

Afstudeerscriptie

De rol van complexiteit

Bij herschikken van taken van artsen naar verpleegkundig specialisten en physician assistants



Marijke Oosterhuis, 360335

Vak: Afstudeerscriptie

Begeleider: Antoinette de Bont

Master Zorgmanagement

Erasmus Universiteit Rotterdam

19-06-2013

Samenvatting

Aanleiding: In antwoord op de stijgende zorgkosten zoekt de overheid naar een manier om de zorgkosten te drukken. Taakherschikking is een voorbeeld hiervan. Nieuwe professionals zoals de physician assistant en de verpleegkundig specialist zijn ingetreden om zo kosten te kunnen drukken. Deze beroepen bestaan nu een aantal jaren in Nederland en deze beroepen zijn nog steeds in ontwikkeling. Het ministerie van VWS heeft opdracht gegeven aan de Erasmus Universiteit Rotterdam om 'best practices' van physician assistants en verpleegkundig specialisten te evalueren.

Doel: Het globale doel van dit onderzoek is de evaluatie van de invloed van taakherschikking in de gezondheidszorg. Het specifieke doel is inzicht krijgen hoe physician assistants en verpleegkundig specialisten omgaan met complexiteit in de praktijk, ten behoeve van taakherschikking.

Methode: Dit onderzoek betracht een kwalitatieve methode. Het onderzoek is gebaseerd op interviews en observaties op drie afdelingen in een ziekenhuis en een revalidatiecentrum. Er zijn physician assistants en verpleegkundig specialisten geobserveerd en geïnterviewd. Daarnaast zijn zorgverleners die bij hen betrokken zijn geïnterviewd. Tevens is bekeken wat in de wet en landelijke beleidsdocumenten beschreven staat over de voorwaarden van handelen van de physician assistant en verpleegkundig specialist.

Resultaten en conclusie: In de wet BIG staat beschreven dat physician assistants en verpleegkundig specialisten handelingen mogen uitvoeren die onder andere van beperkte complexiteit zijn. De landelijke beleidsdocumenten over de taken van een physician assistant en verpleegkundig specialist zijn gebaseerd op deze wet. De verdeling van taken tussen de physician assistant of verpleegkundig specialist en de arts gaat aan de hand van (specifieke) opleiding en ervaring van de physician assistant en verpleegkundig specialist en de beschikbare tijd van artsen. Tevens blijkt dat de grenzen van handelen van de physician assistant en verpleegkundig specialist worden bewaakt door hun eigen vertrouwen en door vertrouwen van het medisch team. Daarnaast speelt de samenwerking tussen de physician assistant/verpleegkundig specialist en de arts(assistent) een belangrijke rol in het uitvoeren van het werk van de physician assistant/verpleegkundig specialist. In de praktijk blijkt dat bij het verdelen van taken van de arts/arts assistent naar de physician assistant of verpleegkundig specialist geen onderscheid wordt gemaakt in de mate van complexiteit, maar dat betekent niet dat de kwaliteit van zorg in gevaar komt.

Summary

Cause: As a response to the rising healthcare costs, the government is looking for a way to reduce the healthcare costs. An example of this is the rearrangement of tasks. New professionals as the physician assistant and the nurse practitioner are employed to reduce the costs. These professions exist for a number of years in the Netherlands and these professions are still in development. The Ministry of Health (VWS) has commissioned at the Erasmus University Rotterdam to evaluate 'best practices' of physician assistants and nurse practitioners.

Aim: The overall aim of this study is to evaluate the influence of rearrangement of tasks in the healthcare system. The specific aim is to understand how physician assistants and nurse practitioners cope with the complexity in practice, for the purpose of task rearrangement.

Method: A qualitative method is used in this study. The study is based on interviews and observations in three departments in a hospital and rehabilitation center. Physician assistants and nurse practitioners were observed and interviewed. In addition, health care providers that are involved in physician assistants and nurse practitioners were interviewed. This study also highlights the conditions in which physician assistants and nurse practitioners work in relation to law and national policy documents.

Results and conclusion: The BIG Act describes the actions of physician assistants and nurse practitioners, including acts of limited complexity. The national policy on the duties of a physician assistant and nurse specialist are based on this law. The division of duties between the physician assistant or nurse practitioner and the doctor is based on training and the experience of the physician assistant and the nurse practitioner and the available time from the doctors. It also appears that the limits of action of the physician assistant and nurse practitioner are guarded by their own confidence and trust of the medical team. In addition, cooperation between the physician assistant, nurse practitioner and the doctor(assistant), has an important role in the performance of duties by the physician assistant/ nurse practitioner. In practice, in rearranging tasks of the doctor/resident to the physician assistant or nurse practitioner is no distinction in the degree of complexity, but that does not mean that the quality of care is compromised.

Inhoud

Samenvatting	1
Summary	2
Inhoud	3
Hoofdstuk 1 Inleiding	5
1.1 Probleemanalyse	5
1.2 Doel van het onderzoek.....	6
1.3 Probleemstelling.....	7
1.4 Leeswijzer	7
Hoofdstuk 2 Achtergrond informatie physician assistant en verpleegkundig specialist	9
2.1 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist.....	9
2.2 Beroepsprofiel physician assistant	11
2.3 Verschillen tussen verpleegkundig specialist en physician assistant.....	12
2.4 Uitbreiding wet Beroepen voor de Individuele Gezondheidszorg (BIG)	13
2.5 Locaties van onderzoek	14
Hoofdstuk 3 Theoretisch kader complexiteit	16
3.1 Relevantie complexiteit voor onderzoek physician assistant en verpleegkundige specialisten	16
3.2 Wat is complexiteit?	16
3.3 Complexiteit in zorgpraktijken	17
3.4 Reductie complexiteit.....	20
Hoofdstuk 4 Methode	21
4.1 Onderzoeksopzet.....	21
4.1.1 Observaties	22
4.1.2 Interviews.....	22
4.1.3 Documenten.....	23
4.2 Data-analyse	23
4.3 Validiteit en betrouwbaarheid	23
Hoofdstuk 5 Resultaten	25
5.1 De wet.....	25
5.2 Complexiteit.....	27
5.2.1 Onderscheid complexiteit.....	27

5.2.2 Verdeling van taken	30
5.3 Grenzen bewaken	34
5.4 Samenwerking	38
Hoofdstuk 6 Conclusie en discussie	41
6.1 Conclusie en discussie	41
6.2 Beperkingen en aanbevelingen	44
Dankwoord	45
Literatuurlijst	46
Bijlage 1 Afkortingenlijst professionals	48

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit eerste hoofdstuk presenteer ik de probleemanalyse van de herschikking van routinematige taken met een beperkte complexiteit in de Nederlandse gezondheidszorg tussen de arts en de physician assistant of verpleegkundig specialist. Vanuit de probleemanalyse beschrijf ik in het tweede deel van dit hoofdstuk het doel en de probleemstelling van het onderzoek.

De kosten van de Nederlandse gezondheidszorg zijn de afgelopen jaren steeds sterker gestegen (CBS 2012). In antwoord op de stijgende kosten zoekt de overheid naar maatregelen om de kosten te beheersen. Hierbij gaat het enerzijds om kostenbeheersing en anderzijds om het waarborgen van de kwaliteit van zorg. De (technologische)-ontwikkeling van de gezondheidszorg en de vergrijzing blijven toenemen. Daardoor blijven ook de zorguitgaven toenemen. De zorguitgaven bedragen naar schatting in 2040 circa 18 procent van het Bruto Binnenlands Product, als de stijging van de zorguitgaven zich in deze mate voortzet (Miljoenennota 2011, Rijksoverheid 2011). Door de stijgende ontwikkelingen en zorgvraag zijn meer zorgverleners nodig om de toenemende vraag naar zorg op te vangen. De huidige instroom van medische professionals sluit niet aan op de toekomstige groei van de zorgvraag, blijkt uit onderzoeken (Capaciteitsorgaan 2010). Door de capaciteitsproblemen en de alsmaar stijgende zorgkosten is een herverdeling binnen de gezondheidszorg nodig. Taakherschikking is mogelijk een manier om dit te kunnen bewerkstelligen (RVZ 2002, Harmsen et al. 2006). Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen de verschillende beroepsgroepen, inclusief de bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheid (RVZ 2002). De toenemende en complexer wordende zorgvraag, de arbeidsmarktproblematiek (zowel bij artsen als bij verpleegkundigen en andere HBO-paramedici), de kostenstijging en de carrièreperspectieven voor paramedische beroepen zijn redenen voor taakherschikking (Platform VS en PA 2012).

1.1 Probleemanalyse

De Verpleegkundige Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) zijn voorbeelden van 'nieuwe professionals' die deelnemen aan de taakherschikking in de zorg. In 2012 werken er ongeveer 750 physician assistants en ongeveer 1500 geregistreerde verpleegkundige specialisten in ziekenhuizen, eerstelijnscentra, verpleeghuizen, GGD's en instellingen voor

(ambulante) GGZ (Platform PA en VS 2012). De toename van het aantal ouderen door de vergrijzing leidt ook tot het vaker voorkomen van co-morbiditeit (een patiënt met tegelijkertijd twee of meer stoornissen of aandoeningen). Co-morbiditeit leidt tot complexere zorg en vraagt daarom om hoger opgeleide professionals (Projectgroep V&VN 2012). Verpleegkundig specialisten en physician assistants kunnen met hun medisch(verpleegkundige) kennis en behandeling aan die vraag voldoen. Zij nemen geprotocolleerde medische standaardtaken over van artsen (Rijksoverheid 2011a en 2011b). Het werk van de verpleegkundig specialist en de physician assistant heeft invloed op de kwaliteit van zorg (Harmsen et al. 2006). De physician assistant en verpleegkundig specialist leveren een bijdrage aan de kwaliteit van zorg. Dit komt vooral door de continuïteit van de zorg die ontstaat (Rijksoverheid 2011a en 2011b). De physician assistant en verpleegkundig specialist hebben zelfstandige bevoegdheid om handelingen uit te voeren, sinds 1 januari 2012. De handelingen voldoen aan een aantal voorwaarden, omdat kwaliteit van zorg het uitgangspunt moet zijn (Handreiking taakherschikking 2012). Een eerste voorwaarde is dat de handelingen in het desbetreffende deskundigheidsgebied ligt. Een tweede voorwaarde is dat de handeling routinematig wordt verricht. En een derde voorwaarde is dat de handeling van beperkte complexiteit is (Handreiking taakherschikking 2012). Dit zijn voorwaarden die op papier worden gesteld, maar vaak blijken dingen in de praktijk anders te werken (Pols 2012). Het onderscheid maken zal lastig zijn, tussen wat complexe handelingen zijn en wat niet. Hoe gaan de physician assistant en de verpleegkundig specialist daar mee om? Physician assistants en verpleegkundig specialisten worden tijdens hun master opleiding niet opgeleid om complexe en niet routinematige handelingen te verrichten. Het kan zijn dat zij in de praktijk toch complexe en niet routine matige handelingen verrichten. Een automatische gedachte is dat daardoor een kwaliteitsprobleem ontstaat. Maar is dat zo? Of spelen andere factoren een rol, die zorgen dat de kwaliteit van zorg gehandhaafd blijft? Onderzoek naar hoe physician assistants en verpleegkundig specialisten daadwerkelijk in de praktijk werken is nodig om zicht op deze problemen te krijgen.

1.2 Doel van het onderzoek

Deze afstudeerscriptie is een onderdeel van EU-FP7 project *“Health CareReform: the impact on practice, outcomes and costs of new roles for health professionals”* (MUNROS). Het doel van het MUNROS onderzoek is: het evalueren van de invloed van taakherschikking (het

herverdelen van taken tussen physician assistant/verpleegkundig specialist en traditionele zorgprofessionals zoals arts assistenten, medisch specialisten en verpleegkundigen) in de zorg. Deze afstudeerscriptie heeft als doel om te evalueren hoe de verpleegkundig specialist en de physician assistant omgaan met beperkt complexe en complexe handelingen in de Nederlandse praktijk. Dit inzicht is van belang om te onderzoeken of en hoe physician assistants en verpleegkundig specialisten in de praktijk omgaan met de complexiteit van handelingen en patiënten. Het is ook van belang om te evalueren hoe de physician assistants en verpleegkundig specialisten de kwaliteit van zorg waarborgen of zelfs verbeteren, als in de praktijk blijkt dat zij ook complexe handelingen uitvoeren.

1.3 Probleemstelling

Het onderzoek heeft plaatsgevonden met de probleemstelling als leidraad. De probleemstelling voor het onderzoek is:

Hoe wordt onderscheid gemaakt tussen beperkte complexe handelingen en complexe handelingen ten behoeve van de taakherschikking van de arts/arts-assistent naar de physician assistant en de verpleegkundige specialist?

1. Hoe wordt in beleidsstukken en regelgeving de taakafbakening van de physician assistant en verpleegkundig specialist beschreven?
2. Hoe worden in de praktijk complexe van beperkt complexe handelingen van de physician assistant en verpleegkundig specialist onderscheiden?
3. Wat is van invloed op de taakverdeling tussen de arts en de physician assistant/verpleegkundig specialist?
4. Hoe worden in de praktijk de uitvoering van complexe handelingen door de physician assistant en verpleegkundig specialist bewaakt?

1.4 Leeswijzer

Door middel van veldonderzoek zal de probleemstelling getracht te worden beantwoord. Allereerst zal in hoofdstuk twee achtergrondinformatie over de physician assistant en verpleegkundig specialist te lezen zijn. Daarna zal in hoofdstuk drie het theoretisch kader rondom complexiteit beschreven worden. Vervolgens zal in hoofdstuk vier de methode van

dit onderzoek worden weergegeven. In hoofdstuk vijf zal de analyse van de resultaten worden gepresenteerd. Tot slot zal in hoofdstuk zes de conclusie en discussie worden beschreven. In het laatste hoofdstuk zullen tevens beperkingen van het onderzoek worden beschreven en aanbevelingen worden gedaan.

Hoofdstuk 2 Achtergrond informatie physician assistant en verpleegkundig specialist

In hoofdstuk 2 beschrijf ik wat de functies van verpleegkundig specialist en van physician assistant inhouden. Daarna beschrijf ik achtergrondinformatie over de soort afdelingen waar mijn onderzoek heeft plaatsgevonden.

2.1 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist

De functie van verpleegkundig specialist is in het jaar 1997 geïntroduceerd. Eerst heette die functie Nurse Practitioner (NP). In 2009 is de nurse practitioner verpleegkundig specialist (VS) gaan heten (Platform PA en VS 2012). Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die een aanvullende tweejarige master 'Advanced nursing practice' heeft afgerond. De verpleegkundig specialist voert taken uit waarbij 'cure' (genezing) en 'care' (verzorging) gecombineerd wordt, ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zorg (Kenbeek & Rademaker 2006, Projectgroep V&V 2012). De beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden Nederland (V&VN) heeft in maart 2012 een beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist uitgegeven. Hierin wordt de volgende definitie van een verpleegkundig specialist gegeven:

'Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, op basis van een door de NVAO (Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie) geaccrediteerde masteropleiding en ervaring op het niveau van expert, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aangaat' (Projectgroep V&V 2012).

Op basis van een anamnese en lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek komt de verpleegkundig specialist tot aanvullende diagnostiek. Hierop volgend past hij/zij evidence-based interventies toe, en indiceert en verricht hij/zij voorbehouden handelingen. De verpleegkundig specialist heeft professionele verantwoordelijkheid. Hieronder valt verantwoordelijkheid nemen en dragen, en verantwoording afleggen. De verpleegkundig specialist is bevoegd tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Er zijn vijf verschillende specialismen waarin verpleegkundig specialisten zijn geregistreerd in het BIG-register. Dit zijn de specialismen intensieve zorg, acute zorg, chronische zorg, preventieve

zorg en geestelijke gezondheidszorg. Per specialisatie verschillen de voorbehouden handelingen, maar ze komen voor een groot deel overeen. De verpleegkundig specialist die voor deze scriptie onderzocht is, is een verpleegkundig specialist Chronische zorg. Een verpleegkundig specialist met deze specialisatie mag de volgende voorbehouden handelingen uitvoeren: heelkundige handelingen, endoscopieën, katheterisaties, injecties, puncties, het uitschrijven van UR-geneesmiddelen. Er zijn een aantal criteria gesteld aan deze handelingen (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialist 2012). Het betreft handelingen die:

- Plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied.
- Een beperkte complexiteit hebben.
- Routinematig zijn.
- Waarvan de risico's van te overzien zijn.
- Uitgeoefend worden volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

De verpleegkundig specialist beschikt over verschillende competenties: de verpleegkundig specialist als klinisch handelaar, communicator, samenwerkingspartner, praktijk onderzoeker, gezondheidsbevorderaar, organisator en professional.

- Klinisch handelen: De verpleegkundig specialist levert, binnen de directe patiëntenzorg, complexe evidence-based verpleegkundig specialistische zorg in combinatie met geprotocolleerde geneeskundige zorg. Dit betreft zorg binnen het eigen deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist gaat een zelfstandige behandelrelatie aan met de patiënt.
- Samenwerken: De verpleegkundig specialist werkt samen met andere zorgprofessionals. Dit gaat op basis van gelijkwaardigheid als zelfstandig behandelaar. In samenwerking met andere zorgprofessionals stemt zij taken met hen af. De verpleegkundig specialist maakt heldere afspraken over de patiëntengroepen die zij ziet binnen haar deskundigheidsgebied. Dit betreffen ook afspraken over het indiceren van voorbehouden handelingen aan deze patiëntengroepen. Als het nodig is roept zij andere professionals in consult.
- Communiceren: De verpleegkundig specialist staat in voor effectieve communicatie met de patiënt en interpreteert informatie in de juiste context.

- Kennis en wetenschap: De verpleegkundig specialist kan op zichzelf en anderen reflecteren, volgt bij- en nascholingen en kan bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek.
- Maatschappelijk handelen: De verpleegkundig specialist begeleidt patiënten in hun weg vinden in het gezondheidszorgsysteem en helpt hen met toegang krijgen tot de juiste zorg op het goede moment. Hij/zij implementeert ook kwaliteitseisen die komen uit wet- en regelgeving.
- Organiseren: De verpleegkundig specialist treedt op als gesprekspartner van zorgverzekeraars. Hij/zij kan zelfstandig productieafspraken maken, denkt mee over de gewenste kwaliteit van zorg en kosteneffectiviteit en levert de daarvoor benodigde gegevens aan. De verpleegkundig specialist zorgt ervoor dat zijn/haar takenpakket goed is afgestemd met dat van andere disciplines met bijbehorende verantwoordelijkheden, bevoegdheden en werklast.
- Professionaliteit en kwaliteit: De verpleegkundig specialist is een zelfbewuste beroepsbeoefenaar en zorgt dat hij/zij continu op persoonlijk en professioneel vlak in ontwikkeling blijft. Hij/zij levert op eerlijke, oprechte en betrokken wijze hoogwaardige patiëntenzorg. Hierbij neemt de verpleegkundig specialist de integriteit en autonomie van de patiënt in acht.

2.2 Beroepsprofiel physician assistant

In oktober 2001 is in Nederland de opleiding tot physician assistant (PA) van start gegaan. De functie van physician assistant bestond toen al enige jaren in de Verenigde Staten. Om de tweeënhalfjarige HBO-master Physician Assistant te kunnen volgen is een HBO-opleiding in de zorg (zoals verpleegkunde of fysiotherapie) met minimaal twee jaar werkervaring nodig. Vanwege het duale karakter van de masteropleiding is een opleidingsplek binnen een geneeskundig specialisme nodig. Tijdens de masteropleiding verkrijgt de physician assistant een brede geneeskundige basiskennis en ontwikkelt medische bekwaamheden die binnen het specialisme vallen waar hij/zij werkzaam is (NAPA 2012). Physician assistants zijn werkzaam binnen het medische domein in bijna alle medische specialismen.

De grenzen van het werkgebied van de physician assistant worden door de specifieke gedelegeerde medische taken bepaald. Deze medische taken zijn samen met de specialist of arts waarmee de physician assistant een samenwerkingsverband heeft bepaald. De

werkzaamheden van een physician assistant variëren van geneeskundige basistaken tot medisch specialistische taken binnen het geneeskundig proces van anamnese, onderzoek, diagnose en behandeling. De physician assistant handelt zelfstandig en is verantwoordelijk voor de behandeling van patiënten. Beleidskaders van een gezondheidszorginstelling, de functionele aanwijzingen van de specialist/arts waarvan de physician assistant taken overneemt en de gebleken bekwaamheid (opleiding en werkervaring) van de individuele physician assistant bepalen de bevoegdheidsgrens van de physician assistant. In de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) zijn de wettelijke bepalingen over de bevoegdheden van de physician assistant vastgelegd (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant 2012). De physician assistant mag een aantal voorbehouden handelingen uitvoeren. Dit betreft het verrichten van heelkundige handelingen, het verrichten van endoscopieën, het verrichten van katheterisaties, het geven van injecties, het verrichten van puncties, het verrichten van electieve cardioversie, het toepassen van defibrillatie en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant 2012). UR-geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die uitsluitend per recept te verkrijgen zijn. Aan deze handelingen zitten de volgende voorwaarden (ibid.):

- De handelingen vallen binnen het deskundigheidsgebied.
- De handelingen zijn van een beperkte complexiteit.
- Het zijn routinematige handelingen.
- Het zijn handelingen waarvan de risico's te overzien zijn.
- De handelingen worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

De physician assistant beschikt over een aantal competenties: klinisch handelen, communiceren, samenwerken, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, professionaliteit. Dit zijn dezelfde competenties als waar de verpleegkundig specialist over beschikt.

2.3 Verschillen tussen verpleegkundig specialist en physician assistant

Uit bovenstaande paragrafen blijkt dat de verpleegkundig specialist en de physician assistant voor een groot deel over dezelfde competenties beschikken. Maar de beide functies hebben

verschillende rollen binnen de gezondheidszorg (Platform PA en VS 2012). Die rollen ontwikkelen zich in de praktijk nog steeds. Individuele verpleegkundig specialisten en physician assistants ontwikkelen zich verder en ook de visie van instellingen op hun inzet ontwikkelt en verandert (ibid.). De feitelijke takenpakketten groeien met deze ontwikkelingen mee.

De verschillen tussen de rollen van de physician assistant en de verpleegkundig specialist zitten in de kernactiviteiten (Platform PA en VS 2012). De verpleegkundig specialist heeft als kernactiviteiten patiëntenzorg, ketenzorg, wetenschappelijk onderzoek en innovatie. De physician assistant heeft als kernactiviteit geneeskundige zorg, specialisme gerelateerd. Een verschil is ook dat de physician assistant breed wordt opgeleid tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen. De verpleegkundig specialist mag voorbehouden handelingen uitvoeren die betrekking hebben op haar specialisatie. De verpleegkundig specialist wordt opgeleid voor een specifieke specialisatie (intensieve zorg, acute zorg, chronische zorg, preventieve zorg en geestelijke gezondheidszorg) en de physician assistant heeft een breed uitstroomprofiel (Platform PA en VS 2012).

2.4 Uitbreiding wet Beroepen voor de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

In 2004 is door de minister van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) de stuurgroep MOBG (Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg) opgericht. Eén van de opdrachten van de stuurgroep is het inbedden van twee nieuwe functies die in de jaren voor 2004 zijn ontstaan in het zorgproces: de Nurse Practitioner (NP) (nu verpleegkundig specialist genoemd) en de physician assistant. Sinds 2009 is de titel van verpleegkundig specialist wettelijk erkend (Projectgroep V&V 2012). Inmiddels is ook de physician assistant wettelijk erkend. De ontwikkelingen van deze functies resulteerde in een wetswijziging van de wet BIG. De aangepaste wettelijke regeling voor taakherschikking is vastgelegd in het experimenteerartikel 36A in de Wet BIG. Voor de verpleegkundig specialist en de physician assistant zijn specifieke uitwerkingen gemaakt in twee Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB) (Platform PA en VS 2012). De regeling geldt voor een periode van vijf jaar. Binnen die periode zal onderzoek worden verricht naar kwaliteit (veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid), effectiviteit en doelmatigheid. Op grond van de resultaten van dat onderzoek neemt de Minister van VWS een beslissing of de verpleegkundig specialist en physician assistant al dan niet definitief worden geregeld in

artikel 36 van de Wet BIG (Platform PA en VS 2012). Indien de minister besluit de verpleegkundig specialist of physician assistant niet definitief in de wet te regelen, stopt het experiment. Indien definitief wordt overgegaan tot regeling in artikel 36 van de Wet BIG zal de minister daartoe een wetsvoorstel indienen bij de Staten-Generaal.

2.5 Locaties van onderzoek

Het onderzoek voor deze scriptie heeft plaatsgevonden op verschillende locaties: een revalidatiecentrum, een afdeling revalidatie in een ziekenhuis en een afdeling chirurgie. In het revalidatiecentrum is een verpleegkundig specialist werkzaam. In het revalidatiecentrum liggen patiënten die tijdelijk intensieve verpleeghuiszorg nodig hebben. Zij zijn in het centrum om te revalideren na een ziekenhuisopname of juist om een ziekenhuisopname te voorkomen. De opnames zijn van korte duur in vergelijking met ander verpleeghuiszorg, met een maximum van een jaar. De verpleegkundig specialist in het revalidatiecentrum is een verpleegkundig specialist chronische zorg. Zij is werkzaam op de afdeling neurologie. Op deze afdeling liggen voornamelijk patiënten met een CVA (Cerebro Vasculair Accident). CVA is een verzamelnaam voor een herseninfarct en een hersenbloeding. De hersenen krijgen daardoor (tijdelijk) geen of een tekort aan zuurstof. Hierdoor kunnen gehele of gedeeltelijke verlammingen van het lichaam ontstaan (CVA vereniging 2013). Slecht of niet kunnen praten, verminderde concentratie, slecht zien en vermoeidheid kunnen ook gevolgen van een CVA zijn. De revalidatiefase van de patiënt wordt pas duidelijk als de blijvende gevolgen van de CVA bekend zijn.

De afdeling revalidatie in het ziekenhuis bestaat uit een polikliniek waar spreekuren worden gehouden door de revalidatieartsen, AIOS (arts in opleiding tot specialist) en de physician assistant. Deze zorgverleners worden, naast spreekuur op de polikliniek, op andere afdelingen, zoals neurologie, traumatologie en kindergeneeskunde in consult geroepen. De revalidatiegeneeskunde houdt zich bezig met de behandeling van letsels en gevolgen van ziektes. In de revalidatiegeneeskunde wordt naar alle aspecten van het leven van patiënten gekeken om zo optimale zelfredzaamheid en zelfstandigheid te behalen.

De onderzochte afdeling chirurgie betrof trauma chirurgie. Deze specialisatie van chirurgie behandelt ongeval slachtoffers met inwendig letsel en botbreuken. Ook liggen op deze afdeling patiënten met ingrepen zoals galblaasverwijdering, nieuwe heupen en amputaties. Traumachirurgie speelt zich af op de spoedeisende hulp (SEH), afdeling en

polikliniek. Op de SEH komen voor de traumachirurgie patiënten met letsels binnen. De patiënten op de afdeling hebben een opname duur van een aantal dagen. Op de polikliniek worden spreekuren gehouden waar vooral post operatieve controles plaatsvinden.

Hoofdstuk 3 Theoretisch kader complexiteit

In dit hoofdstuk beschrijf ik de relevantie van het begrip complexiteit voor een onderzoek naar de rol van de physician assistants en verpleegkundig specialisten. Daarnaast zal het begrip complexiteit en de reductie van complexiteit worden beschreven.

3.1 Relevantie complexiteit voor onderzoek physician assistant en verpleegkundige specialisten

Het zinvol is om bij de complexiteit van praktijken stil te staan, blijkt uit verschillende literatuur (Law & Mol 2002, Mol et al. 2010). Ten eerste is zorgwerk complex. Het werk van physician assistants en verpleegkundig specialisten is onderdeel van complexe processen in de zorgverlening. Ze worden omringd door de onzekerheid en onvoorspelbaarheid van ziektes en zorgprocessen. Het behandelen van een patiënt bestaat uit verschillende interacties, tussen verschillende professionals. Voorbeelden zijn interacties tussen de verpleegkundige en de physician assistant en interacties tussen de physician assistant en de arts. Deze interacties hebben invloed op elkaar en passen processen aan (Berg 1999).

Ten tweede wordt het werk van een physician assistant/verpleegkundig specialist afgebakend van het werk van artsen, door de physician assistant /verpleegkundig specialist handelingen toe te wijzen die van beperkte complexiteit zijn en routinematig worden verricht (Handreiking taakherschikking 2012). Dit zijn handelingen die opgenomen zijn in richtlijnen en daaruit voortvloeiende protocollen. Het betreft tevens handelingen die de physician assistant/verpleegkundig specialist regelmatig verricht (Rijksoverheid 2011a, Rijksoverheid 2011b). De praktijk kan echter niet alleen uit regels bestaan. De physician assistant en de verpleegkundig specialist zal in de praktijk werken volgens protocollen. Maar het werk van de physician assistant/verpleegkundig specialist kan ook uitgevoerd worden door impliciete mechanismen, waarmee zij de kwaliteit van hun werk bewaken. Daarom is het relevant om in de praktijk te onderzoeken hoe het onderscheid gemaakt wordt tussen beperkt complexe en complexe handelingen.

3.2 Wat is complexiteit?

Plsek en Greenhalgh (2001) en Wilson en Holt (2001) beschrijven de kenmerken van complexe systemen. Volgens hen is een complex systeem een verzameling van personen met vrijheid van handelen. De manier van handelen is niet altijd voorspelbaar. De

handelingen van de personen zijn met elkaar verbonden. Daardoor kunnen door de handelingen van de ene persoon, de handelingen van de andere persoon veranderen (Plsek & Greenhalgh 2001, Wilson & Holt 2001). In deze beschrijving past ook de situatie van de physician assistant/verpleegkundig specialist. De physician assistant en verpleegkundig specialist hebben vrijheid van handelen en werken samen met professionals die ook vrijheid van handelen hebben. Biologische en sociale systemen zijn van oorsprong complex. Voorbeelden van biologische en sociale systemen zijn het menselijk lichaam en het gedrag van een persoon. Het menselijk lichaam bestaat uit meerdere interactieve en zelf regulerende fysiologische systemen, zoals biochemische en neuro-endocrine terugkoppelingsmechanismen. Het gedrag van een persoon wordt mede bepaald door een interne set van regels. Deze regels ontstaan door ervaringen uit het verleden en deels door unieke en adaptieve reacties op nieuwe prikkels uit de omgeving (ibid.).

Niet alleen gedrag is complex, ook het systeem rondom de zorg van een patiënt is complex (Urry 2006). De notie van complexiteit beschrijft hoe elementen van een systeem door hun interactie 'spontaan' gezamenlijke eigenschappen of patronen ontwikkelen, beschrijft Urry (2006). De zorg rondom een patiënt is een voorbeeld van een dergelijk systeem. Door verschillende betrokken actoren (bijvoorbeeld physician assistant of verpleegkundig specialist en de arts) kan het zorgproces zich aanpassen en ontwikkelen. Deze aanpassingen en ontwikkelingen hebben invloed op het zorgtraject in de toekomst. De wetenschap van de complexiteit onderzoekt systemen die kunnen aanpassen en ontwikkelen, naarmate de tijd vordert. Complexiteit onderzoekt dus spontane, dynamische en zelf organiserende systemen. De systemen kunnen evalueren en zich aanpassen. Het evalueren en aanpassen heeft veel invloed op de gebeurtenissen die later plaatsvinden (Urry 2006).

3.3 Complexiteit in zorgpraktijken

Mol et al. (2010) schrijven over de complexiteit van zorgpraktijken. En ze schrijven over wie betrokken is in zorgpraktijken. In zorgpraktijken ontstaan vragen hoe het beste de zorg verleend kan worden (Mol et al. 2010). Mol en Pols willen leren wat goede zorg en wat slechte zorg is, door zorgpraktijken te observeren. Hun analyses zijn gericht op verschillen en tegenstrijdigheden. Pols (2012) beschrijft hierover een voorbeeld, over de toepassing van telecare in de zorg. Vooraf was de slechte verwachting over telecare dat de toenemende

mate van self-management zou zorgen voor eenzaamheid van de patiënten. In de praktijk bleek dat er iets goeds gebeurde. Patiënten zochten elkaar op via telecare om tips en kennis te delen die niet in de gangbare gezondheidszorg beschikbaar zijn. Een COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) patiënt, die erg vermoeid werd na het douchen, kreeg bijvoorbeeld als tip van een lotgenoot om zich niet meer af te drogen maar gewoon vanzelf te laten opdrogen (Pols 2012). Dat bespaarde energie.

Om de zoektocht naar goede zorg te typeren introduceren Mol en Pols de notie van sleutelen ('tinkering'). Hiermee bedoelen Mol et al. (2010) aandachtig experimenteren. Mol et al. (2010) beschrijven goede zorg als continu sleutelen in een wereld vol complexe tegenstrijdigheden en verschuivende spanningen. De notie van tinkering biedt een nieuw perspectief op taakherschikking. In plaats van dat vooraf wordt bedacht hoe een juiste verdeling van taken kan plaatsvinden, wordt in de praktijk voortdurend gesleuteld aan de verdeling van taken tussen de arts en de physician assistant/verpleegkundig specialist. Zorg is afhankelijk van subtiele vaardigheden die gaandeweg worden aangepast en verbeterd, wanneer er ruimte is voor experimenteren (Mol et al. 2010).

Een tweede relevant onderscheid is het onderscheid dat Moreira (2010) heeft geïntroduceerd tussen individualistische en de collectieve zorgpraktijken. In een individualistische praktijk is de intentie om zorg te scheiden in complexe en niet-complexe handelingen. Het is de bedoeling dat de physician assistant/verpleegkundig specialist de niet-complexe handelingen op zich neemt. Op deze manier blijft de kwaliteit van zorg gewaarborgd (Handreiking taakherschikking 2012). In een collectieve praktijk kunnen een physician assistant/verpleegkundig specialist complexe handelingen uitvoeren zonder dat de kwaliteit van zorg in gevaar komt dankzij bijvoorbeeld nauwe samenwerking met een arts maar ook door gedeelde ervaringen.

In het onderzoek van Moreira (2010) worden individuele praktijken rondom dementie als volgt beschreven: Een toename van geheugenverlies binnen het eigen lichaam en gedachten van het individu. De toename van geheugenverlies wordt beïnvloed door een variatie in ziektebeelden, classificaties en technieken voor diagnostiek. Bepalen welke activiteiten een persoon kan uitvoeren met zijn/haar geheugen behoort tevens tot de individuele praktijk. In contrast met individuele praktijken staan de collectieve praktijken. Collectieve praktijken plaatsen geheugenverlies binnen de gedeelde context van familie,

thuis, vrienden, werk enzovoort. Zij dragen bij aan wat geheugenverlies is en hoe ermee om te gaan. De persoon blijft gezien als de persoon met dementie, maar dit is niet beperkt tot de afwijking in de hersenen. Het ziektebeeld wordt verspreid en gemanaged door familie, de omgeving, de kliniek, de medicijnen die voorgeschreven worden, geheugengroepen enzovoort.

De originele functies van geheugenklinieken zijn research en het testen van medicatie; een individuele praktijk. Om te begrijpen waarom dit het geval is, is het nodig te verplaatsen naar het concept 'regime'. Onder het concept regime wordt het linken van kennis, actie, objecten en subjecten bedoeld. Dit gebeurt op algemene manieren, waarin mensen hun acties legitiem maken. Volgens Moreira (2010) gebeurt dit vooral om de complexiteit te begrijpen. Het begrijpen van de complexiteit gaat samen met het begrijpen hoe een veelheid van regimes zorgen voor het implementeren van verschillende praktijken. Deze verschillende praktijken zijn het begrijpen, managen en het ervaren van geheugenverlies in een geheugenkliniek. Uit Moreira's paper blijkt dat de kliniek een 'regime of truth' vasthoudt, dat is gericht op de productie van robuuste kennis. In de kliniek is ook een 'regime of hope'. Dit regime bevordert positieve verwachtingen. Gezamenlijk en in spanning zorgen deze regimes voor een individualiserende versie van gezondheidszorg, en zorgen ervoor dat patiënten de ziekte zelf moeten verdragen en met de ziekte moeten leren omgaan.

Ondanks de originele research functie van geheugenklinieken, bevatten de klinieken ook collectieve praktijken; zorg. Dit verwoordt Moreira als het 'regime of care'. In dit regime is de collectieve praktijk van dementie een kwestie van omgaan met het dagelijks leven, om dingen in het dagelijks leven te laten werken; van 'tinkering'. De collectieve praktijk van de zorg is moeilijker om te doen en om in stand te houden rondom de geheugen kliniek dan de individualiserende manier (het diagnosticeren en behandelen van ziekte). Dit komt niet alleen door de geschiedenis van deze klinieken, maar ook door het feit dat zorg collectieven alleen gevormd kunnen worden door afstand te nemen van de focus op de productie van robuuste kennis (regime of truth) en de positieve dromen (regime of hope) (Moreira 2010). Etnografisch onderzoek van Moreira laat zien dat er een complexe spanning is tussen de individuele praktijk en de collectieve praktijk.

3.4 Reductie complexiteit

Regels en protocollen in de gezondheidszorg kunnen gebruikt worden om complexiteit te reduceren (verminderen). Maar er zijn verschillende argumenten tegen het reduceren van complexiteit door versimpeling ('simplification') (Law & Mol 2002). Belangrijkste argument die Law en Mol aanhalen is van Bauman. Bauman (1989) verwerpt de visie dat reductionisme een openbaring is van een continu verbeterproces (Law & Mol 2002). Volgens Bauman reduceren rationale schema's complexiteit, omdat ze ordenen, verdelen, vereenvoudigen en uitsluiten. Deze versimpelingen hebben de neiging om de complexiteit te vergeten. Dit kan ervoor zorgen dat als de complexiteit later verschijnt, het verrassend en storend is, en in extreme gevallen gewoonweg wordt onderdrukt (Law & Mol 2002). Volgens Law en Mol (2002) is het belangrijk om achterdochtig te zijn over versimpeling in de moderne wereld.

In lijn met het werk van Mol heeft Mesman (2009, 2012) onderzoek gedaan naar de complexiteit van patiëntveiligheid. Zij beschrijft dat patiëntveiligheid niet alleen gewaarborgd wordt door formele doelbewuste veiligheidsmaatregelen zoals protocollen, maar ook door de impliciete, niet geplande en misschien een onuitgesproken set van acties. Dit betekent dat niet opzettelijk ingebouwde structuren van gedragingen bijdragen tot het ontstaan van veiligheid van de patiënt (Mesman 2009). In haar werk beschrijft Mesman hoe de complexe interacties tussen ruimtelijke en sociale structuren onmisbare elementen zijn in de borging van patiëntveiligheid. Zij beschrijft specifiek hoe het ordenen van de ruimte een bijdrage levert aan het uitvoeren van complexe situaties. 'De fysieke ordening vergemakkelijkt niet alleen het werk met de handen, maar ook met het hoofd', aldus Mesman (2009).

Hoofdstuk 4 Methode

Voordat een onderzoek wordt uitgevoerd is het nodig na te denken over hoe het onderzoek aangepakt gaat worden. In dit hoofdstuk zal worden beschreven hoe de methode van het onderzoek heeft plaatsgevonden, hoe de data-analyse is gedaan en hoe geprobeerd is om de validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen.

4.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek dat voor deze scriptie is verricht betracht een kwalitatieve methode. In de gele studie zijn interviews en observaties uitgevoerd om inzicht te krijgen in de dagelijkse praktijk van de taakherschikking in de zorg. De instellingen waar de gehele MUNROS studie heeft plaatsgevonden en nog zal plaatsvinden zijn in de jongeren verpleeghuiszorg, de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), de revalidatiezorg (ziekenhuis en revalidatiecentrum), de neonatologieafdeling en chirurgieafdelingen. Voor deze scriptie heeft het onderzoek plaatsgevonden in de revalidatiezorg en op de chirurgie afdeling. Voor het MUNROS project is toestemming gevraagd en gekregen van de medisch ethische commissies en de Raad van Bestuur van deze instellingen. Er is een collectieve database aangelegd met alle data die voor de gehele MUNROS studie verzameld is, en ook nog gaat worden. De gezamenlijke dataverzameling is gedaan door middel van overeenkomende topic lijsten waarmee semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen. Ook is een gezamenlijke topic lijst voor de observaties samengesteld.

Voor deze scriptie heb ik persoonlijk 7 interviews afgenomen en 4 dagen geobserveerd. De geïnterviewde personen waren twee physician assistants, een verpleegkundig specialist, een arts in opleiding tot specialist, een chirurg, een verpleegkundige, en een manager resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE manager). De observaties waren twee dagen met een physician assistant revalidatie, een dag met een physician assistant chirurgie en een dag met een verpleegkundig specialist in een revalidatiecentrum. De data die voor de analyse zijn gebruikt is weergegeven in onderstaande tabel 4.1. Voor de analyse om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn in totaal 8 observatiedagen en 16 interviews gebruikt.

Chirurgie afdelingen	Revalidatie afdeling	Revalidatiecentrum
3 observatiedagen physician assistant	2 observatiedagen physician assistant	3 observatiedagen verpleegkundig specialist
3 interviews physician assistant	1 interview physician assistant	1 interview verpleegkundig specialist
1 interview verpleegkundig specialist	1 interview AIOS	1 interview specialist ouderengeneeskunde
3 interviews chirurg	1 interview RVE manager	1 interview basisarts
1 interview AIOS	1 interview transmuraal verpleegkundige	
1 interview verpleegkundige		

Tabel 4.1 Gebruikte data voor analyse

4.1.1 Observaties

Het onderzoek is begonnen met observeren. De reden hiervoor is dat er tijdens de interviews nog gelegenheid was om vragen te stellen over hetgeen in de praktijk gezien was. Voorgaande aan de observaties zijn er twee topic lijsten gemaakt. Eén lijst voor de eerste algemene observatie en een tweede lijst voor specifieke observaties. Tijdens de observaties zijn hele dagen meegelopen met een verpleegkundig specialist en physician assistants. Onderdelen die zijn geobserveerd zijn onder andere overleg momenten, patiënten visites, polisprekuren, consulten op andere afdelingen, lunch, administratie. Kortom de activiteiten die de verpleegkundig specialist/physician assistant op een normale dag doen. Tijdens de observaties zijn aantekeningen gemaakt. De aantekeningen zijn direct na de observatiedag gedetailleerd uitgewerkt in veldnota's. Alles wat gezien en opgemerkt is, is in de vorm van tekst uitgeschreven (Mortelmans 2009:308).

4.1.2 Interviews

De interviews met de eerder beschreven respondenten zijn face-to-face gehouden. Tijdens de observatiedagen is bekeken welke personen relevant geacht werden om te interviewen. Via de physician assistant of verpleegkundig specialist waar al contact mee was, is de eerste toestemming gevraagd aan de andere respondenten. Hierna is door de onderzoekers zelf contact met de respondenten opgenomen. De semi-gestructureerde interviews zijn

gehouden door vooraf een topic lijst op te stellen. Daardoor werd gezorgd dat relevante onderwerpen zoals samenwerking, vertrouwen, dagelijkse werkzaamheden, voor-/nadelen van de physician assistant/verpleegkundig specialist, werkrelatie, verdeling van patiënten/taken in ieder geval aan de orde kwamen. Verder is er tijdens de interviews doorgevraagd op hetgeen wat de respondent vertelde en zijn dingen die in de praktijk zijn gezien uitgediept. De interviews zijn, na toestemming van de respondent, opgenomen met een voice recorder. Via de Verbatim-methode, het woordelijk uitschrijven van het interview, zijn de opnames uitgewerkt tot een interviewtranscript (Mortelmans 2009).

4.1.3 Documenten

Tevens zijn voor dit onderzoek documenten bekeken. De documenten die voor dit onderzoek zijn gebruikt en geanalyseerd zijn de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) met de tijdelijke besluiten zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialisten en physician assistants, de handreiking taakherschikking en de beroepsprofielen van de verpleegkundig specialist en physician assistant.

4.2 Data-analyse

Na de eerste interviews is een korte analyse gedaan om te bekijken of de topiclijsten aangepast dienden te worden. Er bleek weinig aanpassing nodig. Een topic over het overdragen aan de patiënt van de verpleegkundig specialist/physician assistant naar de arts bleek in de onderzochte settingen niet relevant, omdat dit hier niet aan de orde was. Na het uitwerken van de interviews en veldnota's zijn deze samen met de landelijke documenten gecodeerd middels het programma Atlas.ti. Om structuur in de gegevens te maken en ook een zekere selectie te maken in de data is in eerste instantie open gecodeerd (Mortelmans 2009). Daarna is er axiaal gecodeerd; de hoeveelheid codes zijn gereduceerd. Door de analyse van de codes zijn drie relevante thema's ontstaan. Door middel van deze drie thema's zullen de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd worden. Middels deze drie thema's wordt getracht de probleemstelling van dit onderzoek te beantwoorden.

4.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Tijdens het onderzoek is gepoogd de validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen. Het gebruiken van verschillende dataverzamelmethode heeft bijdragen aan de validiteit van het onderzoek. Door de combinatie van observaties en interviews kan gekeken worden of de verzamelde data met elkaar overeenkomt. Deze datatriangulatie zorgt voor het

verhogen van de validiteit van het onderzoek (Mortelmans 2009:437). Om de validiteit te verhogen is tevens feedback gevraagd van de personen die geïnterviewd/geobserveerd zijn. Deze 'member check' zorgde ervoor om na te gaan of de resultaten van de verzamelde data in de ogen van de onderzochte personen valide (geloofwaardig) zijn (Mortelmans 2009:440). Doordat in de praktijk gemerkt werd dat de respondenten niet veel tijd over hadden naast al hun activiteiten, is besloten om de membercheck te beperken door delen van de data te laten checken en na te vragen bij een volgend bezoek.

De betrouwbaarheid (de reproduceerbaarheid) van een kwalitatief onderzoek is altijd lastig. Dit komt omdat kwalitatief onderzoek ervan uitgaat dat de realiteit sociaal geconstrueerd is en ook evolueert (Mortelmans 2009:435). Wel is gepoogd door het toepassen van zelfreflectie en duidelijkheid in de methodiek van het onderzoek bij te dragen aan de betrouwbaarheid. Zelfreflectie is gebeurd om mijn eigen verhouding tot het onderzoek duidelijk te stellen. Omdat ik zelf zorgprofessional (verloskundige) ben, zou ik mijn eigen visie en interpretaties kunnen gebruiken. Door bij mijn eigen visie en interpretaties stil te staan, is getracht hiermee zo min mogelijk het onderzoek te beïnvloeden. Ook duidelijkheid van de methodologie is noodzakelijk voor de betrouwbaarheid van het onderzoek (Mortelmans 2009:435). De methode is gepoogd zo duidelijk mogelijk te beschrijven, zodat de lezer het proces van het onderzoek mee kan volgen. Op deze manier is de lezer in staat een oordeel te vormen over de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Hoofdstuk 5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. In mijn onderzoek staat de volgende probleemstelling centraal: Hoe wordt onderscheid gemaakt tussen beperkte complexe handelingen en complexe handelingen ten behoeve van de taakherschikking van de arts/arts-assistent naar de physician assistant en de verpleegkundige specialist? In het hoofdstuk 'Theoretisch kader' is het werk van Mol et al. (2010) beschreven. Zij problematiseren het vooraf vastleggen van kwaliteit, zoals wettelijke taakverdeling of richtlijnen. Zoals te lezen in het hoofdstuk 'Theoretisch kader', ontstaan vragen over kwaliteit in zorgpraktijken. Deze vragen over kwaliteit in zorgpraktijken worden ook in praktijken beantwoord (Mol et al. 2010). In dit hoofdstuk resultaten wordt beschreven welke vragen ontstaan over de kwaliteit van de zorg bij het verdelen van taken tussen de arts en de physician assistant/verpleegkundig specialist en hoe deze vragen ook in de praktijk worden beantwoord. Er wordt in het bijzonder beschreven hoe de antwoorden op de vragen de verdeling van taken tussen arts en physician assistant/verpleegkundig specialist mede vormen.

5.1 De wet

De ontwikkelingen van de functies van verpleegkundig specialist en physician assistant resulteerden in een uitbreiding van de wet BIG (wet Beroepen van de Individuele Gezondheidszorg). De wet BIG heeft als doel om de kwaliteit te bevorderen van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren (IGZ 2013). De wet is naar aanleiding van taakherschikking uitgebreid met het experimenteerartikel 36A in de Wet BIG. Voor de verpleegkundig specialist en de physician assistant zijn specifieke uitwerkingen gemaakt in twee Algemene Maatregelen van Bestuur (Platform PA en VS 2012). In deze maatregelen worden aan de handelingen van de physician assistant en de verpleegkundig specialist dezelfde criteria gesteld (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant 2012, Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialist 2012). Het betreffen handelingen die:

- Plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied (voor de verpleegkundig specialist) of deskundigheidsgebied (voor de physician assistant).
- Een beperkte complexiteit hebben.
- Routinematig zijn.

- Waarvan de risico's van te overzien zijn.
- Uitgeoefend worden volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

Uit deze criteria is af te lezen dat de wet schrijft dat physician assistants en verpleegkundig specialisten werk mogen verrichten die onder andere van een beperkte complexiteit zijn. Er vindt standaardisatie van handelingen plaats die aan de physician assistant en verpleegkundig specialist worden overgedragen.

De landelijke beleidsdocumenten zijn afgeleid van de wet BIG met de tijdelijke besluiten zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant en verpleegkundige specialisten (Handreiking taakherschikking 2012, Projectgroep V&V 2012, NAPA 2012). In 2012 is de 'Handreiking implementatie taakherschikking' uitgekomen, gemaakt door de beroepsverenigingen van artsen, verpleegkundigen en physician assistants (de KNMG, V&VN en de NAPA). Deze handleiding stelt dat bij het herverdelen van de taken het uitgangspunt moet zijn dat de kwaliteit van zorg van gelijk niveau blijft of beter wordt. De verdeling van taken moet afgestemd zijn op de opleiding, de competenties en het deskundigheidsgebied van de betrokken beroepsbeoefenaren. Artsen dienen samen met de physician assistant of verpleegkundig specialist, en in sommige gevallen de instellingen of het samenwerkingsverband, te bekijken op welke wijze taakherschikking in de praktijk wordt vormgegeven. De handreiking noemt dezelfde voorwaarden als de wet om voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten (inclusief medicatie voorschrijven) door de physician assistant en verpleegkundig specialist. Handelingen die niet regelmatig door de physician assistant worden verricht, vallen buiten de zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant (Handreiking taakherschikking 2012). Het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist beschrijft de taken naar aanleiding van competentie gebieden, zie hoofdstuk 1. Klinisch handelen wordt omschreven als 'De verpleegkundig specialist biedt binnen de directe patiëntenzorg complexe evidence based verpleegkundig specialistische zorg in combinatie met geprotocolleerde geneeskundige zorg binnen het eigen deskundigheidsgebied' (Projectgroep V&V 2012). In het beroepsprofiel voor verpleegkundig specialisten wordt bij omschrijven van uitvoering van de voorbehouden handelingen ook verwezen naar de voorwaarden uit de 'nieuwe' toevoeging van de wet BIG. Verder beschrijven zij dat het uitgangspunt de zelfstandige behandelrelatie is tussen verpleegkundig specialist en de patiënt. Maar doordat bij de zorgverlening aan patiënten vrijwel altijd

meerdere zorgverleners betrokken zijn, vraagt dit om een sterke focus op samenwerking (Projectgroep V&V 2012). Het beroepsprofiel van de physician assistant is tevens gebaseerd op de wettelijke kaders. 'Op basis van de wet Taakherschikking en de Geneesmiddelenwet is de physician assistant zelfstandig bevoegd tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen' (NAPA 2012). Daarnaast wordt beschreven dat het handelen van een physician assistant in overeenstemming dient te zijn met wettelijke bepalingen en volgens de normen van de beroepsgroep (ibid.).

Mol et al. (2010) stellen echter ter discussie of vooraf in wetten en standaarden kan worden vastgesteld wat goede zorg is. Wie wil weten hoe taakherschikking tussen arts en physician assistant of verpleegkundig specialist kan plaatsvinden met het oog op de kwaliteit van zorg, zal moeten kijken hoe dat in de praktijk gebeurt en welke overwegingen over kwaliteit daar een rol spelen.

5.2 Complexiteit

5.2.1 Onderscheid complexiteit

In voorgaande paragraaf is te lezen dat een physician assistant en een verpleegkundig specialist beperkt complexe taken van een arts mogen overnemen. Complexiteit wordt in de literatuur onder andere beschreven door Plsek en Greenhalgh (2001) en Wilson en Holt (2001). Volgens deze auteurs is een complex systeem een verzameling van personen met vrijheid van handelen. Deze manier van handelen is niet altijd voorspelbaar. De handelingen van de personen zijn met elkaar verbonden. Daardoor kunnen door de handelingen van de ene persoon, de handelingen van de andere persoon veranderen (Plsek & Greenhalgh 2001, Wilson & Holt 2001). Het menselijk lichaam is een voorbeeld van een biologisch complex systeem (ibid.)

In de praktijk is onderzocht hoe onderscheid wordt gemaakt tussen complexe en beperkt complexe handelingen. Daarvoor is eerst bekeken wat zorgverleners complexe en beperkt complexe zorg vinden. De physician assistants en verpleegkundig specialisten die zijn onderzocht vonden het lastig te benoemen wat kenmerken van complexe handelingen zijn. Zij benoemden complexiteit vooral door middel van voorbeelden van ziekte beelden en patiëntencategorieën op hun eigen afdeling. Door verschillende physician assistants en verpleegkundig specialisten werd genoemd dat patiënten met co-morbiditeit (het hebben van meerdere ziektes tegelijk) of een patiënt met een zeldzame aandoening een patiënt

complexer maakt (PA2, PA3, VS1, VS2, VPL1¹). Verpleegkundige 1 geeft aan dat complexe patiënten, patiënten zijn met een heupfractuur, die niet plassen, grote wonden hebben die niet goed genezen of waarbij complicaties zijn opgetreden. Voorbeelden van patiënten die volgens physician assistant 2 complex zijn, zijn patiënten met amputaties, klaplongen of heupfracturen.

‘Als bijvoorbeeld een patiënt een heupfractuur heeft, dan weet je die moet geopereerd worden dus die moet ook een ECG hebben, die moet ook een thoraxfoto hebben, die krijgen katheters, die krijgen infusen, die hebben vaak dat zijn oudere mensen, die hebben vaak een uitgebreide medicijnlijst met een medische voorgeschiedenis. Dus dat is vaak een wat uitgebreider verhaal.’ (Physician assistant 2)

Een andere physician assistant gaf aan dat wat complex is, erg persoonlijk is (PA1). Een zelfde patiënt kan voor de één complex zijn maar voor de andere niet. Een ziekenhuis uit de periferie kan een patiënt doorsturen omdat het voor hen complex is, terwijl het dan voor de physician assistant laag complex is.

Naast dat de zorgverleners complexiteit verschillend beschrijven, is in de praktijk te zien dat bij het verdelen van taken tussen de physician assistant/verpleegkundig specialist en de arts geen onderscheid wordt gemaakt tussen complex en niet complexe handelingen (PA1, PA2, PA3, VS1, CH1, CH2). Meerdere physician assistants houden zich bezig met complexe of hoog complexe patiënten. Een physician assistant werkt bijvoorbeeld afwisselend met een AIOS (arts in opleiding tot specialist) op de voorste kamers en de achterste kamers van de afdeling chirurgie (PA2). Op de voorste kamers liggen de enkelvoudige OK's en op de achterste kamers liggen de hoog complexe patiënten. De physician assistant en de AIOS zijn afwisselend verantwoordelijk voor of de voorste of de achterste kamers. Op de afdeling revalidatie worden patiënten 'at-random' verdeeld over de spreekuren van de verschillende artsen, AIOS en physician assistant. De afdelingen waarop de revalidatie arts en de physician assistant in consult worden geroepen worden verdeeld per locatie van het ziekenhuis (PA1, AIOS1). Het ene half jaar doet de AIOS de consulten van de specialismes die op de ene locatie zijn, en dan doet de physician assistant de specialismen die op de andere locatie zijn.

¹ Afkortingenlijst van de professionals in bijlage 1

Na een half jaar wisselen ze dit om, zodat de AIOS alle afdelingen leert. Bij de werkzaamheden op de poli en de twee locaties wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen de mate van complexiteit van de patiënten. Physician assistant 3 geeft ook aan dat ze hoog complexe zorg doet. Ze gaf daarbij een voorbeeld van een patiënt met een fladderthorax en zei dat dat bijzonder is. Daarnaast is waargenomen dat physician assistant 1 zorg verleende aan een patiënt die een ongeluk had gehad waarvan de physician assistant zei dat het een complexe patiënt is. De patiënt had verschillende aandoeningen tegelijk, zoals fractures en verlamming. In een interview met een physician assistant kwam tevens naar voren dat hij zorg verleent aan hoog complexe patiënten:

‘Nouja goed je hebt wel gezien dat de categorie van patiënten die wij zien dat zij per definitie hoog complexe zorg vragen.’ (Physician assistant 1)

Een verpleegkundig specialist op een CVA (cerebro vasculair accident) afdeling beschreef haar patiëntencategorie als lastig (VS1). Zij vindt CVA een lastige categorie, omdat er bij een CVA vaak meerdere problemen een rol spelen zoals afasie (taalstoornis) en verlamming en het vaak oudere patiënten betreft.

Uit interviews met artsen die op dezelfde afdelingen als physician assistants werken komt naar voren dat physician assistants dezelfde taken uitvoeren als de artsen op de betreffende afdeling (CH1, CH2, AIOS1).

‘Die PA-er die functioneert in feite als een arts. Gewoon volwaardig.’ (Chirurg 1)

‘Wat ik tot nu toe ervaren heb is dat de physician assistant zeg maar dezelfde taken heeft als wat wij doen.’ (AIOS 1)

Uit deze praktijkvoorbeelden blijkt dat er bij taakherschikking tussen arts en physician assistant/verpleegkundig specialist geen onderscheid wordt gemaakt op basis van complexiteit. De physician assistant voert zelfs dezelfde werkzaamheden uit als de arts (in opleiding).

In tegenstelling tot wat de wet voorschrijft, vindt er geen standaardisatie plaats van de handelingen die een physician assistant of verpleegkundig specialist uitvoert. Dit

betekent niet per definitie dat daarom de kwaliteit van zorg in gevaar komt. Zoals in hoofdstuk 'Theoretisch kader' te lezen, beschrijven Law en Mol (2002) dat het niet goed is om complexiteit te reduceren door regels en standaardiseren. Als complexiteit later verschijnt kunnen er grotere problemen ontstaan. Daarom is het belangrijk om stil te staan bij 'versimpelingen' (Law & Mol 2002). Mol et al. (2010) beschrijven hoe vragen over kwaliteit ook, en mogelijk beter, in zorgpraktijken kunnen worden gesteld in plaats buiten zorg praktijken (bijvoorbeeld de wet). Daarom is onderzocht op welke manier de verdeling van taken in de praktijk gebeurt.

5.2.2 Verdeling van taken

In de praktijk leeft het onderscheid tussen complex en beperkt complexe taken niet. De onderzochte professionals vinden het lastig te benoemen welke zorg complex is. Daarnaast blijkt dat ze veelal complexe zorg leveren. Het verdelen van de taken van arts en physician assistant gaat op een andere manier dan dat buiten de praktijk, in wet en regelgeving, wordt beoogd. Zoals eerder beschreven ontstaan in de praktijk vragen over wat goede en slechte zorg is. Onderzoek van Mol et al. (2010) laat zien dat vragen over kwaliteit van zorg wellicht beter in de praktijk beantwoord kunnen worden dan dat vooraf buiten de praktijk regels worden opgesteld. In deze paragraaf wordt daarom beschreven hoe in alledaagse zorgpraktijken de verdeling van taken tussen een physician assistant/verpleegkundig specialist en de arts plaatsvindt als resultaat van vragen die in de praktijk ontstaan over de kwaliteit van zorg. Er wordt beschreven hoe overwegingen over kwaliteit worden ingebracht in het dagelijkse werk dat nodig is om de taken te verdelen.

In de praktijk is te zien hoe legitimiteit wordt gegeven aan de taakverdeling naar de physician assistant en verpleegkundig specialist. Het ontstaan van een legitieme taakverdeling beschrijf ik met behulp van het concept regime dat beschreven is in hoofdstuk 2. Een regime bestaat uit kennis, actie, objecten en subjecten die op specifieke wijze met elkaar worden verbonden (Moreira 2010). In deze paragraaf beschrijf ik verschillende definities van complexiteit zoals geformuleerd door mijn respondenten als verschillende regimes die een specifieke verdeling van taken legitiem maken. Met andere woorden, de verschillende definities van complexiteit zoals die naar voren zijn gekomen in de interviews, zijn – zo laat ik zien - het resultaat van verschillende regimes die taakverdeling tussen de

physician assistant/verpleegkundig specialist en de arts legitimeren. In deze paragraaf onderscheid ik het regime tijd, het regime ervaring en het regime opleiding.

Bij het verdelen van taken tussen physician assistant of verpleegkundig specialist en de arts speelt ten eerste het 'regime van tijd' een rol. Het eerste element van het regime tijd is kennis, er is kennis over hoe lang een behandeling duurt. De objecten zijn de wachtende patiënten en de subjecten de druk bezette professionals. Het laatste element actie, is het werk gedaan krijgen. Door het herschikken van taken naar de physician assistant en verpleegkundig specialist heeft de arts meer tijd voor andere dingen. Taken worden verdeeld en overgenomen, omdat het werk anders voor de arts te veel is. Op een poli revalidatie worden bijvoorbeeld nieuwe patiënten at-random verdeeld, net waar plek is in de agenda. Wel richten artsen zich op verschillende specialismen. De één is bijvoorbeeld meer gespecialiseerd in handrevalidatie, de ander doet het 'schoenenspreekuur'.

Interviewer: En waar zie jij dat plafond?

Respondent: Nouja ik zie dat hier op de afdeling niet omdat ik hier op de afdeling alle ruimte krijg om me goed te ontwikkelen. En wij hebben hier in ieder geval een taakverdeling. De ene specialist is meer gericht op neuro orthopedie, daar hebben we gewoon een onderscheid in omdat het werk gewoon zo veel is. (Physician assistant 1)

In het volgende citaat is ook te zien dat tijd een rol speelt bij het verdelen van taken:

'Dat is wel grappig want ik deed eerst een veel bredere poli maar omdat er ruimtegebrek was op de polikliniek is die vervallen en toen heeft één van de chirurgen gezegd ja dat is allemaal leuk en aardig maar die ruimte op de polikliniek vind ik niet zo belangrijk, ik vind het belangrijker dat jij patiënten van mij kunt overnemen zodat mijn poli minder druk wordt.'
(Physician assistant 3)

In deze citaten is te zien dat patiënten (objecten) op de poli at-random worden verdeeld en dat patiënten (object) door de physician assistant worden gezien op de poli (actie). Deze verdeling vindt plaats omdat de artsen (subjecten) te veel werk hebben. Er is kennis over hoe lang de behandelingen duren, zodat de patiënten verdeeld en ingepland kunnen worden.

Naast het 'regime van tijd' wordt bij het verdelen van taken vastgehouden aan het 'regime van ervaring'. De vier elementen uit dit regime zijn ervaring (kennis), kwetsbare patiënten (objecten), deskundige artsen en lerende physician assistants/verpleegkundig specialisten (subjecten). De actie is in dit regime betrouwbare zorg leveren.

Een verpleegkundig specialist (VS1) had weinig ervaring met het omrekenen van medicatie via pleister naar medicatie per orale (via de mond) intake, daarom deed ze dit samen met de arts. Als een handeling of casus niet onbekend (meer) is, verplaatst deze taak sneller van de arts naar bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist. 'Ja, als een casus bijvoorbeeld 6 keer voorkomt, dan ben ik geneigd om het zelf te doen' (VS1). En een physician assistant deed een spreekuur deels samen met een arts, omdat er een nieuwe behandeling uitgevoerd werd, waar de physician assistant geen ervaring mee had (PA3). Een andere keer deed de physician assistant zelfstandig poli en belde bij één van de patiënten de arts:

De patiënt die zojuist op polibezoek kwam was de eerste keer dat de physician assistant dit zag, ze zegt dat ze al wel een vermoeden had over het vervolg, maar dat ze de arts vroeg om langs te komen omdat het de eerste keer is dat ze dit zag. Ze vertelt verder dat de volgende keer dat dit voorkomt ze de arts niet zal consulteren en zelf beslist, omdat ze het dan kent en weet wat te doen. (Observatie physician assistant 3)

In deze situaties is te zien dat de physician assistant of verpleegkundig specialist handelingen uitvoeren (actie) bij patiënten (objecten) als ze ervaring met de handelingen hebben (kennis). Er was een 'vermoeden', maar doordat de physician assistant (subject) een casus voor de eerste keer meemaakte, riep de ze de arts (subject). Als ze geen ervaring hebben (de kennis ontbreekt) doet de physician assistant of verpleegkundig specialist een beroep op de kennis van de arts, om zo de handeling legitiem te maken.

Als derde speelt het 'regime van opleiding' een rol in de verdeling van taken. Het eerste element is kennis; hetgeen wat geleerd en getoetst is. Objecten zijn ziekten die een specifieke behandeling nodig hebben. Het derde element subjecten, zijn de bekwame professionals. De actie die in dit regime een rol speelt is hooggespecialiseerde zorg leveren.

Het volgen of juist niet volgen van bepaalde opleidingen/cursussen bepaalt mede het wel of niet uitvoeren van bepaalde taken.

De physician assistant doet Botox behandelingen en werkt met een intrathecale pomp. Bij het vertellen over de pomp wijst de physician assistant richting zijn rug. De laatste twee handelingen doen hij en een revalidatiearts, de rest binnen de vakgroep doet dit niet. De physician assistant heeft dat tijdens zijn opleiding geleerd en volgt er regelmatig bijscholingen voor. (Observatie physician assistant 1)

Respondent: 'Bijvoorbeeld met hoofdletsels moet je de cursus ATLS hebben gedaan. Dat hebben de assistenten die in opleiding zijn die moeten dat hier doen, en dan mogen ze dus alle grote trauma's opvangen. En ik heb die opleiding nog niet gedaan, dus ik mag die grote klappers zoals we dat noemen nog niet opvangen.'

Interviewer: 'En stel als je die specifieke opleiding wel doet?'

Respondent: 'Ja dan zou het wel mogen ja.' (Physician assistant 2)

In deze voorbeelden is te zien dat bij het verdelen van taken vastgehouden wordt aan het 'regime van opleiding'. De opleiding speelt mee in de mate van kennis. Naar aanleiding van de opleiding voert een physician assistant handelingen uit bij patiënten die een specifieke behandeling nodig hebben (objecten), zoals de Botox behandelingen en handelingen met een intrathecale pomp. Door voldoende kennis ontstaan er bekwame professionals (subjecten) waardoor hooggespecialiseerde zorg geleverd kan worden (actie). En als de opleiding (kennis) ontbreekt worden bepaalde handelingen niet gedaan. Hier is dus wederom te zien dat een actie legitiem gemaakt wordt door kennis, actie, object en subject aan elkaar te linken. Als de kennis ontbreekt is de actie niet meer legitiem dus wordt de actie niet uitgevoerd.

In de praktijk is te zien dat de regimes van tijd, ervaring en opleiding een rol spelen. Daarnaast is te zien dat het werk van de verpleegkundige specialist en de physician assistant verandert. Als een arts het te druk heeft, er meer ervaring komt of er wordt een opleiding gedaan verandert de verdeling van taken tussen de physician assistant/verpleegkundig specialist en de arts. Het onderscheid van de taken van de arts en de verpleegkundig

specialist en physician assistant staat niet stil. Ze krijgen ruimte om zich te ontwikkelen, en als ze een handeling (een aantal keer) gezien hebben gaan ze deze zelf doen. Er is sprake van 'tinkering', op de werkvloer wordt voortdurend gesleuteld aan de taken van de verpleegkundig specialist en physician assistant (Mol et al. 2010). De zorg is afhankelijk van vaardigheden die gaandeweg worden aangepast en verbeterd, wanneer er ruimte is voor experimenteren. Tinkering draagt bij aan goede zorg (Mol et al. 2010).

5.3 Grenzen bewaken

In voorgaande paragraaf is te lezen dat de verdeling van taken tussen arts en physician assistant/ verpleegkundig specialist legitiem wordt door vast te houden aan verschillende regimes. Tevens is te zien dat het werk van physician assistants en verpleegkundig specialisten door 'tinkering' steeds verandert en tinkering bijdraagt aan goede zorg. Echter is het wel belangrijk dat er bij het uitvoeren van het werk van de physician assistant/verpleegkundig specialist grenzen worden bewaakt. In de zorg die physician assistants en verpleegkundig specialisten leveren komen situaties voor waar ze geen ervaring mee of kennis over hebben. Niet één mens kan alles weten of gezien hebben. Daarom is het belangrijk dat wel de grenzen van physician assistants en verpleegkundig specialisten bewaakt worden, om te voorkomen dat de kwaliteit van zorg in gevaar komt. Maar hoe gebeurt dit?

Mesman (2009) beschrijft in haar onderzoek dat patiëntveiligheid niet alleen gewaarborgd wordt door formele doelbewuste maatregelen zoals protocollen, maar ook door een impliciete, ongeplande en misschien een onuitgesproken set van acties. Dit betekent dat niet opzettelijk opgestelde structuren van gedragingen kunnen bijdragen tot het ontstaan patiëntveiligheid (Mesman 2009). Bij het onderzoeken van de physician assistant en verpleegkundig specialist blijkt dat daar ook impliciete mechanismen een rol spelen. Het bewaken van de grenzen van de physician assistant en verpleegkundig specialist, en daarmee het bewaken van de kwaliteit, gebeurt mede door impliciete mechanismen.

Een eerste impliciet mechanisme is vertrouwen van de physician assistant of verpleegkundig specialist in de handeling of de zorg die ze uitvoeren. De grenzen van het werk van physician assistant en verpleegkundig specialist worden bewaakt door vertrouwen. Vertrouwen van de physician assistant of verpleegkundig specialist in de handeling die ze uitvoeren of zorg die ze leveren. En vertrouwen van de arts in de physician assistant of

verpleegkundig specialist speelt ook een rol. Allereerst zijn physician assistants en verpleegkundig specialisten zelf alert op het bewaken van hun grenzen (PA1,PA2,PA3,VS1,VS2). Een verpleegkundig specialist zei dat ze wel altijd haar bekwaamheid in de gaten houdt (VS1). Ze bewaakt haar bekwaamheid door een combinatie van de medicatie, de patiënt, bijvoorbeeld de kwetsbaarheid, en bekwaamheid. Bekwaamheid vindt ze hetgeen waar ze voor is opgeleid samen met haar ervaring. Een basisarts (BA1) die met de verpleegkundig specialist samenwerkt vertelde daarnaast dat als de zorg buiten de ervaring van de verpleegkundig specialist valt dat ze haar bekwaamheid in de gaten houdt.

'Als het daarbuiten ging vallen, en ik denk dat [naam verpleegkundig specialist] daar ook wel goed in was dat als ze zich er niet bekwaam in voelde dan vroeg ze [naam specialist ouderengeneeskunde].' (Basisarts 1)

Physician assistants geven tevens aan dat ze in hun handelen niet beperkt worden, maar dat ze wel hun grenzen bewaken:

'Maar ja wel met gezond verstand nadenken wat je doet. En liever aan de voorzichtigere kant dan aan de uhh hoe moet ik dat zeggen aan de dat je het er op gokt. Van nou ik denk wel dat het goed gaat, nee ik ben er extreem voorzichtig in.' (Physician assistant 2)

'Je moet je eigen grenzen bepalen', zegt de physician assistant. Ik vraag hem hoe hij dat doet. Als zijn kennis tekort schiet, dan overlegt hij met een revalidatiearts hier, of direct met bijvoorbeeld het dwarslaesie centrum. 'Maar vaak als ik bel krijg ik te horen: Dat moet ik ook opzoeken'. (Observatie physician assistant 1)

'Of als ik twijfel over een wond van goh kunnen we dit zo laten kunnen we het beleid wat we hebben ingezet van de wondzorg adequaat genoeg, dan laat ik ook nog wel eens een baas meekijken.' (Physician assistant 2)

In deze citaten is te zien dat de physician assistants en verpleegkundige specialisten zorg verlenen tot zover ze er vertrouwd mee zijn. Ze gaan zover tot ze vertrouwen hebben in hun

handelen en kennis. Dit is een impliciete set van acties die bijdraagt aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Als physician assistanten en verpleegkundig specialisten handelingen hadden uitgevoerd waar ze niet vertrouwd mee zouden zijn, zou de kwaliteit van zorg niet gewaarborgd zijn. Door twijfel en gebrek aan kennis zouden er fouten kunnen ontstaan.

Er is een tweede impliciet mechanisme dat een rol speelt bij het bewaken van de grenzen van handelen van de physician assistant en verpleegkundig specialist. Dit is vertrouwen van het medische team in de physician assistant of verpleegkundig specialist.

'Er wordt mij niet geremd dat er gezegd wordt van jij kunt dit niet doen want.. maar dat is wel een wisselwerking. Dat is wel vertrouwen wat er wederzijds moet zijn. Kijk als ze van mij weten dat ik mijn grenzen hanteer en ook aan de bel trek op het moment dat het nodig is, dan ehm, ja dan is het vertrouwen ook wat makkelijker te geven.' (Physician assistant 1)

'De ene physician assistant die ik nu heb die weet heel goed wat ze wel en niet zelf kan beslissen. Dat geldt ook voor assistenten. Als je als specialist geen vertrouwen hebt in de assistent kan je niks uit handen geven natuurlijk. Je moet wel vertrouwen dat het goed gaat en dat op tijd de assistent, maar ook de physician assistant zegt van hier houdt mijn kennis op, mijn verantwoordelijkheid. Ik wil nu overleggen. En daar heb ik nog geen problemen mee gehad.' (Chirurg 1)

Tijdens een observatie vertelt een physician assistant dat nieuwe artsen in het begin veel taken zelf willen blijven doen en controlerend zijn (PA3). Als er bij de arts vertrouwen is ontstaan laat de arts taken overnemen:

Zodra ze door hebben wat de physician assistant kan, krijgt ze meer vrijheid. Artsen laten dan los en de physician assistant geeft aan wanneer ze advies van de arts nodig heeft. Als voorbeeld geeft ze een arts die een tijd geleden nieuw is gekomen, in het begin werd alles gecontroleerd en over haar schouder meegekeken. Nu laat hij haar de hele afdeling zelf draaien. (Observatie physician assistant 3)

In deze observatie is te zien dat de arts pas taken uit handen geeft als hij/zij vertrouwen heeft in de physician assistant. Het vertrouwen van een medisch team ontstaat door de manier waarop iemand over de zorg spreekt en door elkaar te kennen:

'Als iemand continu, bij herhaling, foute suggesties doet of een fout oordeel heeft, ja dan vertrouw je het niet meer zo en zal je altijd meer terugkoppeling willen.' (Chirurg 1)

'Ja nou als je zo vaak dezelfde mening deelt dat je baas zegt van je krijgt ook vertrouwen van een baas van goh ja als hij je beleid steeds deelt dat hij zegt zou ik ook doen of hij heeft weinig aanvullingen ja dan groei je daar een beetje in. Dan wordt het op een gegeven moment telefonisch overleg dus op een gegeven moment hoeft hij de wond niet meer te zien. Dan beschrijf ik een wond telefonisch en dan deelt hij ook dat beleid en op een gegeven moment is het meer achteraf van goh ik had nog weer zo'n wond ik had dat en dat gedaan. En als dat alle keren hetzelfde blijft ja dan op een gegeven moment verlies je dat overleg moment.' (Physician assistant 2)

'En ja het team moet goed functioneren, daarvoor moet je elkaar leren kennen, daarvoor moet je ja, dan moet vertrouwen ontstaan.' (Chirurg 3)

Uit de praktijk blijkt dus dat de physician assistant en verpleegkundig specialist taken mogen overnemen en uitbreiden als de artsen hen kennen en vertrouwen hebben in hun handelen. Dit is in lijn met eerder onderzoek van Wallenburg et al. (2012) waaruit blijkt dat artsen de AIOS eerst willen leren kennen en vertrouwen voordat de artsen hen handelingen laten doen. Het vertrouwen van het medisch team draagt bij aan de grenzen van handelen van de physician assistant en verpleegkundig specialist. Het vertrouwen van het medisch team is een impliciet mechanisme, een niet doelbewuste maatregel, dat bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. De physician assistant of verpleegkundig specialist mogen niet zomaar zorg verlenen. Zij moeten eerst vertrouwen winnen van het medisch team, laten zien dat ze goede zorg kunnen leveren, zichzelf bewijzen.

In voorgaande paragraaf is te zien dat in lijn met onderzoek van Mesman (2009) impliciete mechanismen een rol spelen bij het verdelen van taken en het bewaken van de kwaliteit van de zorg bij taakherschikking. Het eerste mechanisme is het vertrouwd zijn met

een handeling van een verpleegkundig specialist of physician assistant. Het tweede mechanisme is het vertrouwen van het medische team in de verpleegkundig specialist of de physician assistant. Op basis van deze mechanismen worden grenzen en daarmee kwaliteit bewaakt van het werk van deze zorgverleners.

5.4 Samenwerking

Naast het legitiem maken van de verdeling van taken tussen de arts en de physician assistant of verpleegkundig specialist en het bewaken van de grenzen tussen de taken van een physician assistant of verpleegkundig specialist door vertrouwen, is ook de samenwerking met de arts een belangrijk bij taakherschikking. Moreira (in Mol et al. 2010) introduceert in zijn onderzoek onderscheid tussen individualistische en collectieve zorgpraktijken. In een individualistische praktijk is het de bedoeling zorg te scheiden in complexe en niet-complexe handelingen. De physician assistant/verpleegkundig specialist neemt in de individualistische praktijk dan de niet-complexe handelingen op zich. In tegenstelling tot de individualistische praktijk staat de collectieve praktijk. De collectieve praktijk plaatst ziekte en zorg binnen een gedeelde context. De physician assistant en verpleegkundig specialist kunnen in de collectieve praktijk complexe zorg leveren zonder dat de kwaliteit van zorg in gevaar komt. Dit kan door nauwe laagdrempelige samenwerking met de arts. De samenwerking stelt in staat dat de physician assistant en de verpleegkundige specialist taken van artsen kunnen overnemen (PA1, PA2, VS1, CH1, BA1).

'Je hebt een samenwerkingsovereenkomst. En dat betekent dat je eh, je bent gewoon een medewerker binnen de vakgroep. En daarbinnen heb je intercollegiaal overleg over zaken. En dat is hier, omdat wij zulke complexe patiënten problematiek hebben, ook helemaal ingebed in de afdeling. We hebben een fotobespreking, een casusbespreking, en ongeacht een physician assistant, een revalidatie arts of revalidatie arts in opleiding, iedereen brengt daar gewoon ingewikkelde casuïstiek in, waar we met zijn allen over brainstormen.' (Physician assistant 1)

Op nagenoeg alle onderzochte afdelingen is dagelijks een overleg waarin patiënten, zowel de patiënten van de physician assistant en de verpleegkundig specialist als de patiënten van de arts en de AIOS worden besproken. Daarnaast kunnen de physician assistants en

verpleegkundig specialisten laagdrempelig bellen naar de arts waarmee ze samenwerken of een arts van een andere afdeling (PA1, PA2, PA3, VS1, VS2).

De physician assistant en cardioloog bespreken de patiënten [met hartproblemen] waarbij de physician assistant graag de mening van de cardioloog wil hebben. (Observatie physician assistant 3)

Ook draagt het 'zien' van elkaar bij aan de samenwerking. Een verpleegkundig specialist zit samen met een specialist ouderengeneeskunde op een kantoor (VS1). Tussen de werkzaamheden door wordt regelmatig overlegd of iets over een patiënt met elkaar gedeeld, zonder dat dit op een vast overlegmoment is. En op de chirurgie afdeling lopen de 'bazen' elke dag altijd even de afdeling op om te kijken of er vragen zijn bij de physician assistants.

De verpleegkundig specialist loopt naar de specialist ouderen geneeskunde die aan zijn bureau zit. Ze gaat naast hem zitten (de stoelen staan vlak naast elkaar) en legt de situatie uit. Ze buigen beiden over het papier met de berekening. De specialist ouderen geneeskunde zegt dat het akkoord is. (Observatie verpleegkundig specialist 1)

'Gewoon je gezicht laten zien, laagdrempelig, zorgen dat je aanwezig bent zodat laagdrempelig overleg kan plaatsvinden. Dus niet dat ze altijd hoeven te bellen maar dat je ook uit jezelf op de afdeling rondloopt en je even voor bepaalde dingen bereikbaar bent.' (Chirurg 3)

'Nouja als die [physician assistant] twijfel heeft over in ons geval de traumatologie, mag die patiënt over naar een ander ziekenhuis, mag die gaan belasten, moet ik eh, extra onderzoek aanvragen omdat het niet goed dreigt te gaan. Als ze erover twijfelt.. wij zijn laagdrempelig bereikbaar denk ik. Uiteindelijk lopen we aan het eind van de dag over de afdeling ook om dan dat soort dingen te overleggen.' (Chirurg 1)

'In dit ziekenhuis heb je heel laagdrempelig overleg. Dus je kan eigenlijk altijd bellen en als je degene niet kunt bereiken die je wil hebben dan is er altijd een waarnemer of een vervanger

nee dus uh als ik binnen nu en 10 minuten hier een arts zou willen hebben of een baas, een chirurg, dan lukt dat.' (Physician assistant 2)

'Die specialist weet, jij die zit dan in mijn team dus als jij mij belt, dan is er iets aan de hand, dan ga ik in ieder geval kijken.' (Chirurg 2)

Daarnaast vindt ook overleg plaats vanuit de kant van de arts. 'Als het nodig is overleg ik met een collega, maar zijn collega's bellen mij net zo goed om te overleggen', vertelde physician assistant 1.

De cardioloog vraagt bij een patiënt uitleg en raad, het betreft zorg die niet cardiologie gerelateerd is. De physician assistant legt het uit en geeft advies, de cardioloog luistert en stelt vragen. Hij neemt haar advies serieus. (Observatie physician assistant 3)

Uit voorgaand beschreven data is te zien dat physician assistants en verpleegkundig specialisten nauw samenwerken met artsen. Door geplande momenten en door elkaar gewoon te zien worden momenten gecreëerd waar informatie en kennis wordt uitgewisseld. Hierdoor kan door het tussentijds stellen van vragen het werk van de physician assistant en verpleegkundig specialist uitgevoerd worden en wordt kwaliteit van zorg in het oog gehouden. De samenwerking tussen de physician assistant/verpleegkundig specialist en de arts in de collectieve praktijk is dus ook een mechanisme die bijdraagt aan het bewaken van een verantwoorde en kwalitatieve zorgverlening.

Hoofdstuk 6 Conclusie en discussie

Tot slot beschrijf ik in dit laatste hoofdstuk de conclusie en discussie van de bevindingen. Daarnaast zal ik de beperkingen van dit onderzoek beschrijven. Ik zal afsluiten met een aantal aanbevelingen.

6.1 Conclusie en discussie

Middels dit kwalitatieve onderzoek is de volgende probleemstelling onderzocht: 'Hoe wordt onderscheid gemaakt tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen ten behoeve van de taakherschikking van de arts/arts-assistent naar de physician assistant en de verpleegkundige specialist?' In de wet BIG staat beschreven dat physician assistants en verpleegkundig specialisten handelingen mogen uitvoeren die van beperkte complexiteit zijn. De landelijke beleidsdocumenten over de taken van een physician assistant en verpleegkundig specialist zijn gebaseerd op deze wet. In de praktijk blijkt dat bij het verdelen van taken van de arts/arts assistent naar de physician assistant of verpleegkundig specialist geen onderscheid wordt gemaakt in de mate van complexiteit. De verdeling gaat op een andere manier, namelijk aan de hand van het gevolgd hebben van aanvullende opleidingen/cursussen van specifieke handelingen (naast de master opleidingen voor physician assistants en verpleegkundig specialisten), de ervaring van de physician assistant en verpleegkundig specialist, en de beschikbare tijd van artsen. Tevens blijkt dat de grenzen van handelen van de physician assistant en verpleegkundig specialist worden bewaakt door impliciete mechanismen. De physician assistants en verpleegkundige specialisten verlenen zorg tot zover ze er vertrouwd mee zijn. Ze gaan zover tot ze vertrouwen hebben in hun handelen en kennis. Dit is een impliciete set van acties die bijdraagt aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Een tweede impliciet mechanisme dat een rol speelt bij het bewaken van de grenzen van handelen van de physician assistant en verpleegkundig specialist is het vertrouwen van het medisch team in de physician assistant of verpleegkundig specialist. De physician assistant of verpleegkundig specialist mogen niet zomaar zorg verlenen. Zij moeten eerst vertrouwen winnen van het medisch team, laten zien dat ze goede zorg kunnen leveren, zichzelf bewijzen. Daarnaast speelt de samenwerking tussen de physician assistant/verpleegkundig specialist en de arts(assistent) een belangrijke rol in het uitvoeren van het werk van de physician assistant/verpleegkundig specialist. De samenwerking met de

arts(assistent) maakt het mogelijk dat de physician assistant en verpleegkundig specialist complexe zorg kunnen leveren.

De onderzochte zorgverleners blijken complexiteit op andere manieren te beschrijven. Ze beschrijven dit voornamelijk aan de hand van voorbeelden. In verschillende situaties wordt anders omgegaan met complexiteit. Ook blijkt dat een patiënt of handeling voor de één complex is, voor een ander niet complex hoeft te zijn. De beschrijving die Plsek en Greenhalgh (2001) en Wilson en Holt (2001) geven is dus niet terug te zien in deze onderzochte praktijk. Dat komt doordat onderscheid tussen complex en beperkt complex niet relevant is bij de taakverdeling tussen physician assistants/verpleegkundig specialisten en artsen. Meerdere physician assistants houden zich bezig met complexe of hoog complexe patiënten. In tegenstelling tot wat de wet voorschrijft, vindt er dus geen standaardisatie plaats van de handelingen die een physician assistant of verpleegkundig specialist uitvoert. Dit heeft niet per definitie tot gevolg dat daarom de kwaliteit van zorg in gevaar komt. Het kan juist niet goed zijn om complexiteit te reduceren door regels en standaardiseren (Law & Mol 2002). Als complexiteit later verschijnt kunnen er grotere problemen ontstaan (ibid.). Door versimpelen kunnen belangrijke zaken worden gemist, omdat de praktijk vaak meer divers en complexer blijkt. In de gezondheidszorg zal echter niet uitgegaan kunnen worden van de gedachte 'we laten iedereen complexe zorg leveren, dan komt het wel goed'. Dit onderzoek laat zien dat in de onderzochte cases andere mechanismen (de regimes, het bewaken van grenzen en de samenwerking) zijn om in de praktijk met de complexiteit van zorg om te gaan. Dit soort mechanismen zullen nodig zijn op iedere plek waar physician assistants en verpleegkundig specialisten werkzaam zijn om op een goede manier met complexiteit en daardoor de kwaliteit van zorg om te gaan.

Daarnaast beschrijven Mol et al. (2010) hoe vragen over kwaliteit ook, en mogelijk beter, in zorgpraktijken kunnen worden gesteld in plaats buiten de praktijk (bijvoorbeeld in de wet). Daarom is onderzocht hoe in alledaagse zorgpraktijken de verdeling van taken tussen een physician assistant/verpleegkundig specialist en de arts plaatsvindt. In de praktijk gebeurt de verdeling van taken van de arts(assistent) naar de physician assistant of verpleegkundig specialist aan de hand van regimes die de taakverdeling legitiem maken. In een regime worden de vier elementen kennis, actie, objecten en subjecten op een specifieke wijze met elkaar worden verbonden (Moreira 2010). Bij de taakverdeling spelen het regime van tijd, het regime van ervaring en het regime van opleiding een rol. In de regimes blijven

alle elementen verbonden, zo wordt de verdeling van taken legitiem gemaakt. Als er een element ontbreekt, er is bijvoorbeeld te weinig ervaring, dan schakelt de physician assistant of verpleegkundig specialist de ervaring van een arts in om zo de handeling legitiem te houden. De regimes bewaken op verschillende manieren de kwaliteit van zorg. Het regime tijd zorgt ervoor dat meer tijd gecreëerd kan worden. Bij het regime ervaring en opleiding zorgt de expertise voor de boring van kwaliteit. Als een handeling onbekend is of er is voor een bepaalde handeling een specifieke cursus/opleiding nodig die de physician assistant/verpleegkundig specialist niet bezit, wordt een professional ingeschakeld die de betreffende expertise wel bezit.

In de praktijk verandert de verdeling van taken steeds. Als een physician assistant of verpleegkundig specialist meer ervaring krijgt, een aanvullende specifieke cursus volgt of de arts tijd te kort komt, gaan de physician assistant en verpleegkundig specialist meer taken/patiënten overnemen van de arts. Er is sprake van 'tinkering' (Mol et al. 2010). Door sleutelen, experimenteren in de praktijk, verandert de verdeling van taken steeds. Dat de handelingen van physician assistants en verpleegkundig specialisten steeds veranderen, en vooral uitbreiden, betekent niet dat er geen grenzen worden bewaakt. De kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd door impliciete mechanismen: grenzen worden gewaarborgd door vertrouwen van de physician assistant/verpleegkundig specialist zelf in het uitvoeren van de handelingen. De grenzen van het werk van de physician assistant of verpleegkundig specialist worden tevens bewaakt door het vertrouwen van het medisch team in de eerder genoemde zorgverleners. Mesman (2009) beschrijft dat veiligheid in de zorg gewaarborgd wordt door informele acties. Dit onderzoek naar physician assistants en verpleegkundig specialisten kan aan de literatuur toevoegen dat naast veiligheid, ook kwaliteit van zorg door impliciete acties gewaarborgd kan worden. Het houden aan alle elementen (kennis, actie, objecten en subjecten) van een regime en het bewaken van grenzen door vertrouwd zijn met de handeling en vertrouwen vanuit het medisch team zijn hier voorbeelden van.

Naast de regimes en bewaken van grenzen wordt het werk van een physician assistant en verpleegkundig specialist ook mogelijk door nauwe samenwerking met artsen. De physician assistant en verpleegkundig specialist kunnen in de collectieve praktijk (Moreira 2010) complexe zorg leveren zonder dat de kwaliteit van zorg in gevaar komt. Dit kan door nauwe laagdrempelige samenwerking met de arts. De samenwerking stelt in staat dat de physician assistant en de verpleegkundige specialist taken van artsen kunnen overnemen.

Door de regimes, door impliciete mechanismen zoals het bewaken van grenzen en door nauw samenwerken wordt de kwaliteit van zorg bij taakherschikking gewaarborgd, ondanks dat niet volgens de wet wordt gehandeld. Noot hierbij is wel dat het doel van dit onderzoek niet was om de daadwerkelijk geleverde kwaliteit van zorg (aan de hand van kwaliteitsindicatoren e.d.) door physician assistants en verpleegkundig specialisten te onderzoeken. Dit is daarom buiten beschouwing gelaten.

6.2 Beperkingen en aanbevelingen

Door middel van interviews en observaties is inzicht gekregen in de wijze waarop taken worden verdeeld tussen physician assistants of verpleegkundig specialisten en artsen. Een beperking van dit kwalitatieve onderzoek is dat het aantal onderzochte physician assistants en verpleegkundig specialisten relatief laag is. Daarom spreken de resultaten voor de betreffende cases en zijn ze niet generaliseerbaar voor alle afdelingen en organisaties waar physician assistants en verpleegkundig specialisten werken. Een tweede beperking is dat de member check alleen gebeurd is op delen van de data waar de onderzoeker niet zeker over was. Het is betrouwbaarder als alle verzamelde data van een member check wordt voorzien.

Dit onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van de vraag van het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) om een evaluatie van de physician assistant en verpleegkundig specialist te starten. Hiervoor zijn door de beroepsorganisaties van de physician assistants en verpleegkundig specialisten 'best practices' aangewezen. Het zou interessant zijn om ook op de plekken te kijken waar het werk van deze nieuwe professionals niet goed van de grond komt. Hoe gebeurt de taakverdeling daar? Wat is op de taakverdeling van invloed? Hoe wordt daar de kwaliteit wel of juist niet gewaarborgd? Dat zijn suggesties voor verder onderzoek. Een aanbeveling voor het ministerie van VWS zou zijn om de beschrijving over de voorwaarden van handelen van de physician assistant en de verpleegkundig specialist te veranderen. Feitelijk treden de onderzochte professionals op deze manier de wet, terwijl wel de kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt.

Dankwoord

Graag wil ik via deze weg een aantal personen bedanken voor het mogelijk maken van mijn scriptie. Zonder hen zou mijn scriptie niet op deze wijze vorm hebben gekregen.

Enorm veel dank aan alle respondenten die tijd hebben vrij gemaakt voor medewerking aan een interview en/of observatiedagen, zonder jullie zou het onderzoek niet mogelijk zijn geweest. Jullie hebben mij veel inzicht gegeven in de dagelijkse praktijk van het werk van een physician assistants en verpleegkundig specialist. Daarnaast hebben jullie mijn medische kennis ook verrijkt door het beantwoorden van al mijn nieuwsgierige vragen over aandoeningen, anatomie van de hersenen, verschillende symptomen en manieren van hechten.

Antoinette de Bont, dank voor je waardevolle begeleiding bij het opzetten van het onderzoek en het maken van mijn scriptie. Het overbrengen van je positieve energie, (meestal) heldere feedback, en je daadkrachtige werkwijze hebben mede geleid tot dit eindproduct.

Ik wil graag ook mijn familie en vrienden bedanken voor de mentale steun en accepteren van mijn baal momenten als het schrijven niet helemaal mee zat. Speciale dank aan Rozan Koster en Marloes Verbeek Wolthuys voor jullie hulp! En Charlotte Claessen, heel veel dank voor het gebruik maken van je bibliotheek met waardevolle documenten de afgelopen twee jaar!

Collega's van Verloskunde in West, heel veel dank voor het schuiven en overnemen van diensten als ik in de knoop dreigde te komen met deadlines. Dank aan alle zwangere vrouwen die besloten om niet te bevallen, zodat ik tijdens werktijd aan mijn scriptie kon werken. Ook dank aan de vrouwen die wel bevielen en mij daardoor weer nieuwe energie gaven om de dag erna geconcentreerd de literatuur in te duiken of data te analyseren.

Allemaal bedankt!

Literatuurlijst

Berg, M. 1999. Accumulating and coordinating: occasions for information technologies in medical work. *Computer Supported Cooperative Work*, 8(4): 373-401

Capaciteitsorgaan. 2010. Capaciteitsplan voor voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen. Utrecht

CBS. 2012. Uitgaven zorg met 3.2 procent gestegen. [internet] Beschikbaar op: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-034-pb.htm>

CVA vereniging. 2013. Het CVA. Nederlandse CVA vereniging. [Internet] Geraadpleegd op 14-03-2013. Beschikbaar op: <http://www.cva-vereniging.nl/pages/het-cva.php>

Iedema, R. 2009. New approaches to researching patient safety. *Social science and medicine*. 69:1701-1704

Handreiking implementatie taakherschikking. 2012. Knmg, V&VN, NAPA

Harmsen, M, Laurant, M, van Achtenberg, T. 2006. Taakherschikking in de Gezondheidszorg: een systematisch literatuuroverzicht. UMC St Radboud, Afdeling Kwaliteit van Zorg

Kenbeek, J, Rademaker, J. 2006. 'Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants in ziekenhuizen, nu en in de toekomst' UMC Consult in samenwerking met Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht

Law, J, Mol, A. 2002. Complexities, social studies of knowledge practices. London: Duke University Press

Mol, A, Moser, I, Pols, J. 2010. Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Bielefeld: Transcript Verslag

Moreira, T. 2010. Now or later? Individual disease and care collectives in the memory clinic. In Mol, A, Moser, I, Pols, J. 2010. Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Bielefeld: Transcript Verslag

Mortelmans, D. 2009. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven/Den Haag: Uitgeverij Acco

Miljoenennota 2011. Miljoenennota van 2012 [internet]. Beschikbaar op http://miljoenennota.prinsjesdag2011.nl/miljoenennota-2012/aDU1033_Box-19-Zorgkosten.aspx

NAPA. 2012. Beroepsprofiel physician assistant. Nederlandse Associatie van Physician Assistants. Utrecht [Internet] Beschikbaar op:
<http://napa.artsennet.nl/Dossiers/Beroepsprofiel.htm>

Platform VS en PA. 2012. Physician assistants en verpleegkundig specialisten wettelijk op eigen benen. NAPA, V&VN VS, KNMG, Platform VS en PA

Projectgroep V&V 2020. 2012. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 4

Plesk, P, Greenhalgh, T. 2001. The challenge of complexity in health care. *Britisch Medical Journal* 323:625-8

Pols, J. 2012. Care at a distance. On the closeness of technology. Amsterdam: Amsterdam University Press

Rijksoverheid. 2011. Rijksbegroting, beleidsagenda 2011 [Internet]. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beschikbaar op
http://www.rijksbegroting.nl/2011/voorbereiding/begroting,kst148633_4.html

Rijksoverheid. 2011a. Ontwerpbesluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant [internet] beschikbaar op:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/04/27/ontwerpbesluit-tijdelijke-zelfstandige-bevoegdheid-physician-assistant.html>

Rijksoverheid. 2011b. Ontwerpbesluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundige specialisten [internet] beschikbaar op:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/04/27/ontwerpbesluit-tijdelijke-zelfstandige-bevoegdheid-verpleegkundig-specialisten.html>

Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant. 2012 [internet] Geraadpleegd op 17-03-2013. Beschikbaar op: http://wetten.overheid.nl/BWBR0030978/geldigheidsdatum_17-03-2013

Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialist. 2012. [internet] Geraadpleegd op 14-03-2013. Beschikbaar op: http://wetten.overheid.nl/BWBR0030980/geldigheidsdatum_19-10-2012

Wilson, T, Holt, T. 2001. Complexity and clinical care. *Britisch Medical Journal* 323:685-8

Urry, J. 2006. Complexity. *Theory Culture & Society* Vol.23:111-7

Bijlage 1 Afkortingenlijst professionals

Afkorting	Functie
PA1	Physician assistant revalidatie in ziekenhuis
PA2	Physician assistant afdeling trauma chirurgie
PA3	Physician assistant afdeling gastro-enterologie chirurgie
VS1	Verpleegkundig specialist revalidatiecentrum
VS2	Verpleegkundig specialist vaatchirurgie
CH1	Chirurg trauma
CH2	Chirurg gastro-enterologie
CH3	Chirurg gastro-enterologie
VPL1	Verpleegkundige afdeling trauma chirurgie
BA1	Basisarts revalidatiecentrum
AIOS1	Arts in opleiding tot specialist revalidatie