

De complexe praktijk van taakherschikking
Een onderzoek naar het handelen van de Physician Assistant

Erasmus Universiteit Rotterdam

Master Zorgmanagement

Student: Esther M. Willems

Studentnummer: 349366

Begeleider: Dr. A.A. de Bont

Meelezers: Drs. I. Wallenburg

Dr. J.D.H. van Wijngaarden

Voorwoord

Het schrijven van een scriptie wordt vaak gezien als het zwaarste en vervelendste deel van het afstuderen. Ik moet eerlijk bekennen dat ik die ervaring niet deel. Daarvoor gaat mijn dank uit naar Antoinette de Bont die mij tijdens mijn scriptie traject begeleidt heeft. Zij is in staat geweest om mij de begeleiding te geven die ik nodig had en door haar vertrouwen ging ik zelf ook geloven dat ik deze scriptie tot een goed einde kon brengen.

Op deze plaats wil ik ook alle betrokkenen bedanken voor hun deelname aan het onderzoek.

Ook gaat mijn dank uit naar Frans, mijn zwager, die me voorzien heeft van goede feedback en mijn teksten redigeerde. Met behulp van zijn taaltalenten ligt er een mooie tekst. Uiteraard is de rest van de familie me ook tot steun geweest. Niet alleen tijdens het schrijven van de scriptie maar zeker ook gedurende de drie studie jaren die nu achter de rug zijn.

In het bijzonder wil ik de man die ik liefheb bedanken. Hij heeft me de afgelopen maanden onvoorwaardelijk gesteund en de enkele tranen die gevloeid hebben gedroogd. Lieve Pascal dank je wel!

Esther

Samenvatting

Relevantie

Door de opkomst van nieuwe technologieën, de toenemende vergrijzing, de vraag naar efficiëntie en de toenemende (publieke) aandacht voor de mate van kwaliteit nemen de zorgkosten toe. Ook het dreigende tekort aan professionals in de gezondheidszorg speelt een rol. Om op deze factoren in te kunnen spelen heeft men taakherschikking geïntroduceerd. Taakherschikking is het anders toebedelen van taken en het inzetten van een nieuw type professional. De physician assistant is een voorbeeld van een nieuw type professional. Vanwege de invloed die het handelen van de physician assistant heeft op de continuïteit en kwaliteit van zorg zijn er voorwaarden gesteld aan dat handelen.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Hoe ervaren physician assistants de voorwaarden die gesteld zijn aan hun beroepsuitoefening?

Methoden

Dit onderzoek maakt deel uit van het MUNROS project. Het resultaat van dit kwalitatieve onderzoek is een gedetailleerde beschrijving van het handelen van de physician assistant.

De dataverzameling wordt gedaan door de zes leden van het team in diverse (zorg-) instellingen. De individuele dataverzameling bestaat uit 20 uur observaties in de Isala klinieken te Zwolle. Aan patiënten is er middels een toestemmingsformulier toestemming gevraagd voor de aanwezigheid van de onderzoeker. Elf respondenten zijn geïnterviewd. Interviews zijn voorbereid door het gezamenlijk opstellen van een topiclijst. De verzamelde data wordt opgeslagen op de beveiligde database Sin Online.

Resultaten

De wettelijke voorwaarden stellen dat een physician assistant alleen zelfstandig handelingen mag verrichten als deze liggen in het deelgebied van de geneeskunde waarin de physician assistant is opgeleid, handelingen routinematig verricht worden en beperkt van complexiteit zijn en wanneer het gaat om veel voorkomende aandoeningen. De beleidskaders van een gezondheidszorginstelling, de functionele aanwijzingen van de specialist en/ of arts waarvan de physician assistant handelingen overneemt en de gebleken bekwaamheid van de individuele physician assistant bepalen waar de bevoegdheidsgrens precies wordt neergelegd. Er bestaat echter geen concrete wettelijke definitie van complexiteit en ook professionals hanteren verschillende definities. Door het ontbreken van een definitie handelt de physician assistant in sommige situaties buiten de wettelijk gestelde voorwaarden. Onderzoek naar standaardisatie van handelingen laat zien dat physician assistants de

werkafspraken niet altijd naleven. Ook blijkt dat alleen tijdens direct toezicht door een chirurg ingegrepen kan worden in het handelen van de physician assistant.

Conclusie

De physician assistants ervaren de voorwaarden die gesteld zijn aan hun beroepsuitoefening als beperkend. Het beroep is volgens physician assistants en de Nederlandse Associatie Physician Assistants nog in ontwikkeling. Doordat physician assistants in staat zijn zelf de grenzen van hun handelen te bepalen zoeken zij de grenzen op tot waar zij kunnen gaan. De physician assistants zijn van mening dat zij hoogcomplexere zorg kunnen leveren en in een enkel geval wordt door de physician assistant impliciet gebruik gemaakt van de titel arts. Echter de aansprakelijkheid lijkt niet door de physician assistant gedragen te kunnen worden. Als eerste door het ontbreken van een concreet onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen. Ten tweede lijkt die aansprakelijkheid niet gedragen te kunnen worden doordat het beroep nog in ontwikkeling is en de grenzen van het zelfstandig handelen door een physician assistant nog niet vastomlijnd zijn. En als derde door het ontbreken van een BIG-registratie. De implicatie die volgt is dat de wet en de praktijk zowel niet op elkaar aansluiten als elkaar niet aanvullen.

Dit leidt tot de conclusie dat taakherschikking van de chirurg naar de PA niet in alle gevallen gaat middels de gestelde voorwaarden. Ook wordt niet duidelijk welke voorwaarden dan wel nageleefd worden. De implicatie hiervan is dat taakherschikking tussen de chirurg en de PA niet plaatsvindt op juridische gronden en niet op basis van de beleidskaders van de gezondheidszorginstelling ofwel de functionele aanwijzingen van de specialist en/ of arts waarvan de physician assistant handelingen overneemt.

Discussie

Omdat een deel van de praktijk niet zichtbaar is geweest bemoeilijkt dat de vertaling van wat zichtbaar is naar wat het betekent. Dit kenmerkt de complexiteit van onderzoek doen naar de praktijk. Dat wat zichtbaar was verschilde per dag waardoor de praktijk er per dag anders uitzag. Dat het analyseren van de praktijk nooit volledig gedaan kan worden doet geen afbreuk aan de resultaten van dit onderzoek. Dit onderzoek heeft geleid tot een beschrijving van de situatie en daardoor bijgedragen aan het wetenschappelijke debat over taakherschikking.

Summary

The emergence of new technologies, population ageing, the demand for efficiency and the growing public attention for healthcare quality has led to increasing healthcare costs. These increasing healthcare costs and the impending staff shortage has led to the introduction of skill-mix. Skill-mix entails extending the roles of existing health professions and introducing new ones, such as the physician assistant. Due to the effect the actions of a physician assistant has on continuity and quality of healthcare these actions are subject to specific conditions. This study tries to answer the following question:

How do physician assistants experience the conditions their actions are subject to?

Methods

This study contributes to the MUNROS project. The result of this qualitative study is a detailed description of the actions of physician assistants.

A team of six members collected data in various healthcare centres. The individual data collected consists of 20 hours of observations at the Isala clinics in Zwolle. Patient's approval was obtained via an approval form. Eleven professionals participated in interviews. These were collectively prepared with a topic list. Collected data is saved on the secure database Sin Online.

Results

According to the law, physician assistants can only act on their own when their actions are within the educated field, when actions are performed regularly, when actions are of limited complexity and when it regards common conditions. Guideline documents within a health centre, indicators set by the surgeon and the individual skills and know-how of the physician assistant determine which actions a physician assistant is authorised to perform. Due to the absence of a legal definition of complexity and differing professional definitions of complexity a physician assistant sometimes acts outside the set terms. A standardisation analysis shows that physician assistants do not always follow the working arrangements made. This study also shows that interference in the actions of a physician assistant only takes place when a surgeon is actually supervising.

Conclusions

Physician assistants experience the terms that their actions are subject to as limiting. The profession of physician assistant is still developing and the Dutch Association Physician Assistants therefore encourages physician assistants to push the limits that are set. Because physician assistants determine their own terms to which their actions are subject to they

explore these limits and attempt to stretch them. Physician assistants consider themselves capable of delivering highly complex care. In some instances physician assistants even introduce themselves as surgeon because they do not correct the nurse who introduces the physician to the patient as doctor. However, it seems that the physician cannot be held accountable. Firstly, due to the absence of a clear distinction between limited complex and complex actions. Secondly, due to the ongoing development of the profession and lack of clear limitations. And lastly, due to the absence of a BIG- registration. All this implies that the law and practice lack sufficient connection and do not seem to complete each other.

This leads us to believe that skill-mix between the surgeon and physician in some cases is not based on the set terms. Which terms are in fact followed has yet to become clear. This implies that skill-mix does not follow the legal terms, nor the health centres' guideline documents, nor the indicators set by the surgeon.

Discussion

Due to the invisibility of some parts of day-to-day practice, not all parts can be fully analysed. This illustrates the complexity of researching day-to-day practice. The visible components of day-to-day practice differ tremendously, creating a different view of day-to-day practice each day. Despite this complexity, the results presented in this study are relevant. The end-result of this study is a detailed description of actions performed by physician assistants. It contributes to the ongoing scientific debate about skill-mix.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	5
H1. Inleiding	8
1.1 <i>Introductie</i>	8
1.2 <i>Probleemstelling</i>	9
1.3 <i>Leeswijzer</i>	10
H2. Theoretisch kader	11
2.1 <i>Complexiteit van praktijken</i>	11
2.2 <i>Specifieke thema's voor onderzoek naar reductie van complexiteit bij</i>	14
<i>taakherschikking</i>	14
2.3 <i>Reflecteren op mijn eigen rol als onderzoeker bij reductie van complexiteit</i>	14
H3. Methoden van onderzoek	17
3.1 <i>Onderzoeksdesign</i>	17
3.2 <i>Methode, instellingen en respondenten</i>	18
H4. Resultaten	20
4.1 <i>Hoe wordt in de dagelijkse praktijk onderscheid gemaakt tussen beperkt complexe en complexe handelingen?</i>	20
4.2 <i>Wat is de betekenis van dit onderscheid voor zowel het verdelen van handelingen als de aansprakelijkheid van de PA, de arts en de verpleegkundigen?</i>	34
4.3 <i>Wat is de zichtbare implicatie van het onderscheid tussen beperkt complexe en.....</i>	36
<i>complexe handelingen?</i>	36
H5. Conclusie en discussie	38
5.1 <i>Conclusie resultaten</i>	38
5.2 <i>Discussie resultaten</i>	40
5.3 <i>Beperkingen van onderzoek</i>	42
5.4 <i>Aanbevelingen voor de praktijk</i>	42
H6. Referentielijst	46
Bijlagen	49
<i>Lijst met afkortingen</i>	49
<i>Topiclijst interviews</i>	50
<i>Topiclijst observaties</i>	53
<i>Tekst toestemmingsformulier patiënten</i>	55

H1. Inleiding

1.1 Introductie

De gezondheidszorg in Nederland is een veelbesproken item. Diverse media berichten er over en dan met name over de steeds maar toenemende kosten van de zorg. Ook de wetenschap houdt zich hier mee bezig en publiceert diverse stukken waar verschillende oplossingen in aangedragen worden. De overheid is zich er van bewust dat de zorgkosten toenemen. Samen met de betreffende (advies-) organen probeert de overheid deze stijging in bedwang te houden. Door de opkomst van nieuwe technologieën, de toenemende vergrijzing, de vraag naar efficiëntie en de toenemende (publieke) aandacht voor de mate van kwaliteit zal dit echter niet eenvoudig zijn. De voorspelling is dat wanneer de stijging van zorgkosten zich doorzet de kosten in 2040 uit zullen komen op circa 18 procent van ons Bruto Binnenlands Product (Rijksoverheid 2012a en -b).

Niet alleen de opkomst van nieuwe technologieën, de toenemende vergrijzing, de vraag naar efficiëntie en de toenemende (publieke) aandacht voor de mate van kwaliteit spelen een rol in de gezondheidszorg, maar ook het dreigende tekort aan professionals. Onderzoek van het Capaciteitsorgaan (2011) lijkt uit te wijzen dat de huidige mate van instroom van professionals niet zal gaan aansluiten op de eveneens toenemende vraag naar zorg. Om op al deze factoren in te kunnen spelen heeft men het herverdelen van taken of te wel taakherschikking geïntroduceerd (Dierick- van Daele et al. 2008:481, RVZ 2002, Sibbald et al. 2004). De Raad voor Volksgezondheid & Zorg definieert taakherschikking als het structureel herverdelen van taken tussen de verschillende beroepsgroepen (RVZ 2002). De Gezondheidsraad (2008) hanteert echter een bredere definitie van taakherschikking. Van deze definitie zal ik ook uitgaan gedurende dit onderzoek. Zij formuleren taakherschikking als volgt:

‘Het anders toebedelen van taken en het inzetten van een nieuw type professional - een niet-arts die beperkt medische taken uit mag voeren [...]’

Er zijn in het verleden meerdere auteurs geweest die van mening waren dat de effectiviteit van taakherschikking nog niet degelijk is aangetoond. Buchan en Dal Poz (2002) en Sibbald et al. (2004) stellen dat er in het algemeen onvoldoende onderzoek is gedaan. Maar ook dat de gedane studies significante beperkingen vertoonden. Die significante beperkingen zouden dan met name zitten in de beperkte generaliseerbaarheid van de resultaten, doordat de zorgsystemen van de diverse landen onderling sterk verschillen (Dierick- van Daele et al. 2008:482, 488). Buchan & Dal Poz (2002:578) voegen daar aan toe dat gedane studies ook methodologische zwaktes vertoonden, verder zouden er te weinig geschikte evaluaties van

kwaliteit/ outcome en kosten bestaan en heeft men gebruik gemaakt van te beperkte steekproeven.

Gezien de bestaande kritieken zou men verwachten dat verder onderzoek afgeraden zou worden. Het tegendeel is echter waar, want Sibbald et al. (2004) raden juist aan om meer onderzoek te doen naar de gevolgen van taakherschikking. Dit onderzoek zal zich ook richten op taakherschikking en dan specifiek op de physician assistant (PA). De PA is werkzaam in de ziekenhuiszorg (NAPA et al. 2012).

Vanuit de definitie van taakherschikking van de Gezondheidsraad (2008) is de PA een voorbeeld van een nieuw type professional. De PA voert handelingen uit die voorheen waren voorbehouden aan artsen. Hierdoor heeft de PA volgens Harmsen et al. (2006) ook invloed op de kwaliteit van zorg en draagt de PA ook bij aan de continuïteit van zorg (Gezondheidsraad 2008, Rijksoverheid 2011a en 2011b). Vanwege de invloed die het handelen van de PA heeft op de continuïteit en kwaliteit van zorg, zijn er voorwaarden gesteld aan dat handelen. Het handelen moet liggen in het betreffende deskundigheidsgebied, handelingen moeten routinematig worden verricht en de handelingen mogen tot maximaal beperkt van complexiteit zijn (NAPA, V&VN & KNMG 2012).

De gezondheidszorg in Nederland wordt door vele verschillende professionals uitgevoerd. Dit betekent dat de gezondheidszorg een omvangrijke organisatie behelst (Dierick- van Daele 2011:519). De vraag die rijst is hoe de voorwaarden gesteld aan het handelen van de PA zich verhouden in die omvangrijke organisatie? Wat is nu precies een handeling van beperkte complexiteit? En is het in de dagelijkse praktijk wel mogelijk om enkel routinematig te handelen? Om antwoord te kunnen krijgen op deze vragen is het noodzakelijk om het handelen van de PA te onderzoeken.

1.2 Probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is om het handelen van de PA in kaart te brengen en te evalueren hoe de PA in de dagelijkse praktijk omgaat met de voorwaarden die gesteld zijn aan het handelen. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt dan ook:

Hoe ervaren physician assistants de voorwaarden die gesteld zijn aan hun beroepsuitoefening?

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag, zal ik gebruik maken van de volgende deelvragen:

1. Hoe wordt in de dagelijkse praktijk onderscheid gemaakt tussen beperkt complexe en complexe handelingen?
 - 1.1. Hoe wordt over dit onderscheid gesproken?
 - Formeel
 - Informeel
 - 1.2. Hoe worden handelingen gestandaardiseerd?
 - 1.3. Hoe worden complexe handelingen georganiseerd?
 - In geval van acute zorg
 - In geval van grote onzekerheid over hetgeen nodig is om goed te handelen
 - In geval van zeer gespecialiseerde zorg
2. Wat is de betekenis van dit onderscheid voor zowel het verdelen van handelingen als de aansprakelijkheid van de PA, de arts en de verpleegkundigen?
3. Wat is de zichtbare implicatie van het onderscheid tussen beperkt complexe en complexe handelingen voor:
 - Beroepsontwikkeling
 - Continuïteit van zorg
 - Overlap van handelingen

1.3 Leeswijzer

Het antwoord op de hoofdvraag zoek ik binnen de kaders van de complexiteit theorie. In hoofdstuk 2 beschrijf ik het theoretisch kader en ga ik in op de complexiteit theorie. Vervolgens beschrijf ik in hoofdstuk 3 de methoden van onderzoek, de validiteit en betrouwbaarheid van mijn onderzoek. In hoofdstuk 4 presenteer ik de resultaten en in hoofdstuk 5 sluit ik af met een discussie en conclusie. Verwijzingen in de tekst zijn gedaan in de Chicago Style, zoals gehanteerd binnen de Erasmus Universiteit. Tot slot vindt u op pagina 49 een overzicht van de gebruikte afkortingen.

H2. Theoretisch kader

Dit onderzoek richt zich op het handelen van de physician assistant (PA). De PA acteert in de complexe setting van de zorg. Om het handelen te kunnen onderzoeken, is het noodzakelijk om die complexiteit van zorgpraktijken mee te nemen. In dit hoofdstuk zullen achtereenvolgens de complexiteit van de praktijk en de complexiteit van onderzoek doen naar de praktijk worden besproken. Met behulp van voorbeelden uit de literatuur zal ik duidelijk maken hoe noties van complexiteit kunnen worden toegepast op het onderzoek naar het handelen van de PA. In het eerste deel beschrijf ik twee strategieën om complexiteit te onderzoeken. In het tweede deel reflecteer ik op mijn eigen rol bij het reduceren van complexiteit als onderzoeker van praktijken. Tot slot benoem ik specifieke thema's die relevant zijn voor de reductie van complexiteit binnen interdisciplinaire verhoudingen. Een onderzoek naar taakherschikking gaat ten slotte over verschuiving van professionele domeinen.

2.1 Complexiteit van praktijken

Wallenburg et al. (2010) definiëren complexiteit als het afwijken van regels om recht te doen aan een specifieke situatie, zoals een bijzondere arts - cliënt relatie of een behandeling die onverwacht anders verloopt. Een goed voorbeeld waaruit de complexiteit van de praktijk naar voren komt, komt uit het artikel van Wallenburg et al. (2012). Zij halen het wassen van een patiënt aan. Regels schrijven voor hoe vaak dat moet gebeuren en hoe. Maar wanneer gaan regels voor op de wens van de patiënt en wanneer moeten regels 'overtreden' worden als de situatie daarom vraagt? Een eenvoudig protocol over het wassen van een patiënt kan in de praktijk voor lastige situaties zorgen (Wallenburg et al. 2012).

Law en Mol (2002:1) kijken vanuit een ander perspectief. Zij definiëren complexiteit als het aanwezig zijn van een relatie tussen zaken die tegelijkertijd niet bij elkaar horen, als het voorkomen van een gebeurtenis die niet klopt in de tijd en als fenomenen die tijd en ruimte in nemen, maar tegelijkertijd niet waar te nemen zijn. Law en Mol contrasteren complexiteit met reductie. Reduceren definiëren Law en Mol in twee stappen. De eerste stap is het beschrijven van de werkelijkheid als een beperkte set van onderdelen die ieder apart worden beschreven. De tweede stap is het opnieuw verbinden van de losse onderdelen. Anders gezegd, de tweede stap van reduceren is assembleren van de losse onderdelen tot een nieuw geheel. In beide stappen worden onderdelen of gebeurtenissen buiten beschouwing gelaten.

In hun werk laten Law en Mol zien hoe modellen en schema's, die complexiteit willen reduceren, vier effecten hebben. Modellen en schema's 1. ordenen, 2. verdelen, 3.

versimpelen en 4. excluderen. Het effect is dat sommige zaken meer aandacht krijgen en andere minder met als gevolg dat onderdelen van een probleem niet meegenomen worden en in enkele gevallen bewust buiten de verklaring of de oplossing worden gehouden. Wanneer het complexe gereduceerd wordt tot iets simpels, betekent dat ook dat, in het uiterste geval, die narigheden onderdrukt worden zodat de versimpelde versie van de werkelijkheid past in het plaatje dat geschetst is en dan leidt die simplificatie uiteindelijk tot data die niet representatief is (Law & Mol 2002). Law en Mol (2002) halen, om dit te benadrukken, het werk van Bruna Latour aan die in zijn stuk Irreductions zegt dat:

'... objects of knowledge are presented as always too complex for the sciences to catch and order. They never really fit within the schemes that are made for them, schemes that are inevitably simplifications.'

(Latour: in Mol en Law 2002:5)

Een voorbeeld ontleend uit het artikel van Wallenburg et al. (2012) gaat over de complexiteit van kennisdeling in een formele setting, namelijk het ochtendoverleg op de afdeling gynaecologie. Artsen in opleiding tot specialist (AIOS) uit de avonddienst moeten tijdens het ochtendoverleg beschrijven wat er die nacht heeft plaatsgevonden. Dit overleg en het bespreken van de casussen gebeurt in een vaste volgorde en aan de hand van basisregels. Een op het oog normale overdracht van gegevens behelst in werkelijkheid een veel complexere dimensie in het opleiden van AIOS. Erickson (1999: in Wallenburg et al. 2012) zegt daarover dat het ochtendoverleg de plek is waar AIOS worden getest, klinische kennis wordt bediscussieerd en lessen worden geleerd. Ook worden de hiërarchische structuren zichtbaar gemaakt en aangeleerd, zodat AIOS hun plek weten ten opzichte van hun superieuren (Wallenburg et al. 2012).

Om de complexiteit in deze situatie te begrijpen, ordenen we eerst hetgeen we zien. Wie zijn er, waar zijn we, in welke setting, wat gebeurt er, enzovoorts. Vervolgens verdelen we het geen dat we zien in elementen die we kunnen analyseren. Het analyseren van de elementen houdt in dat we die elementen versimpelen tot losse stukken. Vervolgens excluderen we dat wat we niet kunnen zien om tot slot de geanalyseerde elementen te assembleren. In het gegeven voorbeeld is dat ook gedaan. Er zijn gynaecologen aanwezig en AIOS, die bij elkaar zitten op de afdeling gynaecologie van een ziekenhuis en patiënten bespreken. De AIOS presenteren de gebeurtenissen van de avond daarvoor aan de specialisten die op hun beurt de AIOS corrigeren en uitdagen. Het presenteren houdt voor de AIOS in dat hij/ zij ter overstaande van de specialist blijf moet geven van kennis en kunde. Wanneer we dit voorbeeld willen analyseren dan kijken we naar hiërarchische structuren, namelijk de relatie specialist – AIOS, hoe communiceren zij, wie heeft de leiding, hoe

reageren ze op elkaar, enzovoorts. Ook analyseren we de manier van communiceren bijvoorbeeld taalgebruik en toon. Dat wat we niet kunnen zien, bijvoorbeeld onderlinge relaties of gebeurtenissen uit het verleden excluderen we, want dat wat we niet kunnen zien, kunnen we niet analyseren. Tot slot assembleren we het geheel. Wallenburg et al. (2012) concluderen vervolgens dat dit voorbeeld de socialisatie van een AIOS van een leek in een specialist laat zien, waarbij de geldende normen, waarden en hiërarchie wordt aangeleerd.

In mijn onderzoek zal ik ook complexe situaties reduceren om ze te kunnen analyseren, hierbij rekening houdend met het feit dat door het vormen van modellen en schema's ik niet alles de volle aandacht kan geven. Om het proces van reduceren te kunnen analyseren zal ik gedetailleerd bij moeten houden hoe ik de complexiteit orden, verdeel, simplificeer en welke elementen ik excludeer en om welke reden.

Het beschrijven van reduceren is één strategie om de complexiteit van zorgpraktijken te onderzoeken. Een tweede strategie is te beschrijven wat backstage gebeurt. Backstage is daar waar informele kennisdeling en overleg tussen professionals plaatsvindt. Gelijkgestemden zoeken elkaar op en bespreken op informele wijze zaken die spelen in de zorg, waarbij vertrouwen een grote rol speelt (Waring & Bishop 2010). Professionals communiceren echter niet alleen via de formele kanalen, maar zij delen ook kennis op informele wijze. Die informele kennisdeling vindt vooral plaats tussen gelijkgestemden, waarbij vaak zeer relevante vakkennis wordt gedeeld. Informele kennisdeling tussen professionals moet daarom ook meegenomen worden in een onderzoek naar het functioneren van de PA, omdat het onderdeel uitmaakt van het medisch handelen (Waring & Bishop 2010).

Waar Wallenburg et al. (2012) aangeven dat een doel van formele kennisoverdracht, zoals het voorbeeld van het ochtendoverleg bedoeld is om de hiërarchische structuren kenbaar te maken, biedt informele kennisdeling professionals de gelegenheid om kennis te delen buiten de voorgeschreven protocollen en gedragsregels om. Hiërarchische verhoudingen zijn dan minder van invloed (Waring & Bishop 2010). Volgens Waring en Bishop (2010) wordt communicatie in een formele setting vaak bemoeilijkt. Doordat er in zo'n setting meer heterogeniteit is en het een wat open setting betreft, worden de gevoelige zaken minder besproken en durft men ook wat minder goed zaken in twijfel te trekken. Hierdoor worden die gevoelige en emotionele zaken over het hoofd gezien en gemarginaliseerd. Maar dit is volgens Waring en Bishop (2010) geen reden om dit niet mee te nemen in het onderzoek. Het is wel belangrijk om de verschillen tussen formele en informele kennisdeling te onderzoeken en te kijken hoe dit in de praktijk tot uiting komt (Iedema 2009, Wallenburg et al. 2012).

2.2 Specifieke thema's voor onderzoek naar reductie van complexiteit bij taakherschikking

Het opkomen van een nieuw beroep zoals de PA betekent een verschuiving in werkdomeinen. Deze domeinen zijn gedurende vele jaren gevormd en het is daarom begrijpelijk dat er weerstand bestaat bij bepaalde beroepsgroepen tegen taakherschikking (Bloemendaal & Van der Kwartel 2009, Stevens et al. 2007). Hierin ligt dus de noodzaak om complexiteit mee te nemen in het onderzoek: de mogelijkheid om spanningen en tegenstrijdigheden die aanwezig zijn in de praktijk te kunnen analyseren (Iedema 2009).

Wederom geef ik hier een voorbeeld ontleent uit Wallenburg et al. (2012), omdat het een goede beschrijving geeft van de praktijk. Wallenburg et al. (2012) beschrijven een situatie waarin AIOS geheel zelfstandig patiënten zien zonder de directe tussenkomst van hun supervisors. Toch is er in deze situatie wel controle door de supervisor. Die controle vindt plaats door middel van het bestuderen van het patiëntendossier door de opleider. Het invullen van een dergelijk dossier is onderhevig aan richtlijnen en protocollen. Wanneer een AIOS hiervan afwijkt, kan dit een teken van incompetentie zijn. De AIOS weet dat de dossiers nagekeken zullen worden, daardoor bestaat er een regulerend vermogen. De AIOS doet wat hij moet doen op de correcte manier door indirect toezicht. Wat ik met dit voorbeeld duidelijk probeer te maken is dat artsen wel gewend en bereid zijn taken 'af te staan', maar dat zij dit doen in een situatie waarin zij wel controle kunnen blijven uitoefenen. Ook is er sprake van een hiërarchische structuur, waarin duidelijk is wie er verantwoordelijk is en wie de lijnen uitzet. Wanneer we dus gaan kijken naar de setting waarin de PA acteert, zullen we ook het verdelen van handelingen mee moeten nemen. Want hoe zijn dan de onderlinge verhoudingen? En in welke relatie staan de professionals dan tot elkaar? Wie is er (eind-) verantwoordelijk voor het medisch handelen?

2.3 Reflecteren op mijn eigen rol als onderzoeker bij reductie van complexiteit

Iedema (2009) zegt dat wanneer onderzoek gedaan wordt naar de praktijk de complexiteit van die praktijk meegenomen moet worden in het onderzoek. Die complexiteit bemoeilijkt namelijk de vertaling van wat te zien is naar wat het betekent. Want als een deel niet waarneembaar is, is dat van invloed op de analyse van hetgeen wat wel zichtbaar is. Law en Mol (2002) geven een mooi voorbeeld waarmee ik de complexiteit van onderzoek doen duidelijk probeer te krijgen. Zij beschrijven die complexiteit door de relatie met tijd te beschrijven aan de hand van foto's. De tijd verandert, gaat dan weer snel, dan weer langzaam, de tijd brengt ons soms terug naar mooie herinneringen. Van veel zaken maken we foto's om die momenten in tijd vast te kunnen leggen; snapshots van stilstaande momenten. Maar die snapshots vangen slechts een deel van de werkelijkheid, het zijn maar gewoon foto's. Wat op de ene foto te zien is, is op de andere foto niet in beeld en komt later

weer terug. Die foto's laten zien wat er is, maar tegelijkertijd ook wat er niet is; ze laten in zekere zin complexiteit zien, dan is 'hij' er wel en dan weer niet, wisselend in de tijd. Dat zelfde geldt voor onderzoek doen. Wat in het ene onderzoek zichtbaar is, is dat bij een ander onderzoek niet. Wat bij de ene observatie waargenomen wordt is een dag later onzichtbaar.

Om die reden is het belangrijk om te expliciteren hoe ik in mijn onderzoek praktijken reduceer. Timmermans (2006:28) definieert de praktijk als volgt:

'[...] the actual contingent, situated process of performing tasks, doing work together, and transforming into something different.'

Het analyseren van de praktijk draait volgens Timmermans (2006) om de vragen "Wie doet wat?", "Wanneer?", "Waar?" en "Met welke gevolgen?". De antwoorden op deze vragen zijn de 'zichtbaarheden' in het dagelijkse werk die sterk met elkaar vervlochten zijn en daarom dienen ze tegelijkertijd bestudeert te worden. Wallenburg et al. (2012) laten in hun artikel zien dat er in de dagelijkse klinische routines meerdere vormen van 'zichtbaarheden' zijn. Zij laten dit zien aan de hand van het bestuderen van AIOS. Het opleiden van AIOS gebeurt zichtbaar door directe training, maar ook onzichtbaar door geldende normen en waarden. Dit maakt het onderzoek doen naar de praktijk zeer complex. Het beantwoorden van de vragen gesteld door Timmermans (2006) wordt nog complexer, wanneer we niet alleen naar het medisch handelen van artsen kijken maar ook naar het medisch handelen van andere professionals, zoals de PA. Want hoe worden handelingen verdeeld en wie is er verantwoordelijk? Daarbij komt nog de complexiteit van medisch handelen op zich. Niet enkel het medisch handelen is complex, maar ook de implicaties van medisch handelen, voor zowel de patiënt als de organisatie, zijn complex (Wallenburg et al. 2012). Wat betekent dit dan voor het handelen van de PA? Hoe wordt, gezien vanuit de definitie van taakherschikking door de Gezondheidsraad, bepaalt wat routinematig is, wat eenvoudig is en wat complex is?

Samengevat zal ik gebruik maken van de volgende twee strategieën om complexiteit te onderzoeken:

- Reduceren door: 1. ordenen; 2. verdelen; 3. versimpelen en 4. excluderen.
- Contrasteren van frontstage en backstage.

Ik realiseer me dat onderzoek doen per definitie een reductie is van complexiteit. Daarom heb ik in deze paragraaf geëxpliciteerd hoe ik praktijken onderzoek. Tot slot heb ik specifieke thema's benoemt die relevant zijn voor een onderzoek naar verschuiving van professionele domeinen: hiërarchie, verantwoordelijkheid, verdelen van handelingen en kennisdeling. In

twee type beschrijvingen van complexiteit ben ik echter bijzonder geïnteresseerd, namelijk: hiërarchie en kennisdeling.

De noodzaak om complexiteit mee te nemen in het onderzoek heb ik eerder al besproken, namelijk de mogelijkheid om spanningen en tegenstrijdigheden die aanwezig zijn in de praktijk te kunnen analyseren. Complexiteit alleen is echter niet voldoende. Ook de verschillen ten aanzien van kennisdeling en de manier waarop handelingen worden verdeeld moet worden meegenomen. Maar waar naar mijn idee vooral de meerwaarde van complexiteit zit is de bewustwording dat het analyseren van de praktijk nooit volledig gedaan kan worden ook niet door middel van het bestuderen van kennisdeling en het verdelen van handelingen. Immers niet alles is zichtbaar. Met mijn onderzoek pretendeer ik dan ook niet om dé situatie te beschrijven, maar om een situatie te beschrijven om zo een bijdrage te kunnen leveren aan het wetenschappelijk debat over taakherschikking.

'[...] findings reflect the limits and affordances that are inscribed into the methods that were used to produce them.'

(Law 2004: in Iedema 2009)

H3. Methoden van onderzoek

3.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek maakt deel uit van een project waaraan de Erasmus Universiteit Instituut Beleid Management en Gezondheidszorg verbonden is, namelijk het MUNROS project (*Health CareReform: the impact on practice, outcomes and costs of new roles for health professionals*). Dat project omvat het evalueren van de invloed van taakherschikking in de zorg door middel van het afnemen van interviews, het doen van observaties en het bestuderen/ analyseren van (patiënten-)dossiers. De financiering van dat project komt vanuit de Europese Unie en behelst een samenwerking tussen de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Universiteit van Aberdeen, de Universiteit van Manchester, de Berlijnse Technische Universiteit en de Universiteit van Bergen. Het project heeft als doel de effectiviteit en kosteneffectiviteit van taakherschikking op de zorg te analyseren. Dit zal gedaan worden door data uit acht Europese landen op een systematische wijze met elkaar te vergelijken (De Bont et al. 2012a en 2012b, MUNROS 2012).

Gezien het tijdsbestek zal mijn bijdrage tot het onderzoek zich beperken tot het onderzoeken en beschrijven van het nieuwe beroep de PA en dan in het bijzonder de aard van de handelingen die de PA verricht in de dagelijkse ziekenhuispraktijk. Het betreft dus een kwalitatief onderzoek met als resultaat een gedetailleerde beschrijving van het handelen van de PA. Dit sluit aan bij "*Work Package 1*" zoals beschreven door De Bont et al. (2012a en 2012b).

Doordat dit onderzoek deel uitmaakt van het MUNROS project is de wijze van onderzoek doen al vastgelegd. Vanuit de Erasmus Universiteit zullen zes studenten onder leiding van dr. A.A. de Bont en drs. I. Wallenburg een bijdrage leveren aan het project. De zes studenten zullen elk een à twee zorginstellingen bezoeken waar zij data zullen verzamelen. Hierdoor zal iedere student, individueel, kunnen beschikken over een grotere hoeveelheid aan data, al stelt Mortelmans (2007) dat de omvang van de steekproef van een kwalitatief onderzoek niet al te groot hoeft te zijn. Het gaat er om dat men voldoende data verzamelt om binnen de grenzen van het theoretisch kader antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag.

De zes studenten die, onder leiding van dr. A.A. de Bont en drs. I. Wallenburg een bijdrage gaan leveren aan het project, zullen diverse trainingen krijgen ten aanzien van de dataverzameling; dit om de consistentie in de dataverzameling te vergroten (Mortelmans 2008:182-183). Deze opzet komt ten goede aan de interne betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de diverse onderzoeken die gedaan worden in het kader van het overkoepelende project (Mortelmans 2008:433-434). De individueel verzamelde data wordt vervolgens gedeeld met het gehele onderzoeksteam. Hierdoor is er door anderen inzage in

het verzamelde basismateriaal. Mortelmans (2008:434) benoemt het hebben van inzage in elkaars basismateriaal als tweede voorwaarde voor het vergroten van de interne betrouwbaarheid van een kwalitatief onderzoek.

De dataverzameling zal door de zes studenten gedaan worden in diverse (zorg-) instellingen. Doel is om data te kunnen verzamelen in ziekenhuizen (diverse afdelingen), GGZ-instellingen en ouderenzorg. De instellingen worden door de Erasmus Universiteit benaderd met de vraag of zij willen participeren in het onderzoek. Vervolgens zullen de zes studenten verdeeld worden over de diverse instellingen.

3.2 Methode, instellingen en respondenten

Opzet van het MUNROS project is om interviews af te nemen bij:

12 physician assistants

12 verpleegkundig specialisten

8 specialisten/ artsen

8 verpleegkundigen

8 artsen in opleiding tot specialist

24 patiënten/ouders

4 managers

Dit komt neer op de volgende interviews per instelling:

3 interviews met een physician assistant of verpleegkundig specialist

2 interviews met een specialist/ arts

2 interviews met een verpleegkundige

2 interviews met een arts in opleiding tot specialist

1 interview met een manager

2 interviews met een patiënt

De interviews zullen gezamenlijk voorbereid worden door het opstellen van topiclijsten en transcripten. Ook is het streven van het overkoepelende project om 24 dagen observaties te doen. De studenten zullen een training krijgen in het doen van observaties en het maken van observatie aantekeningen. Het bestuderen en analyseren van 200 dossiers behoort ook tot de doelstelling. De dataverzameling zal vervolgens via een beveiligde database (via Sin Online) gedeeld worden en ook daar bewaard worden.

De dataverzameling die ik zal uitvoeren, zal bestaan uit het afnemen van twaalf interviews en het doen van vier dagen (à acht uur) observaties verdeeld over de afdelingen gastro-entologie chirurgie en de afdeling traumatologie van de Isala klinieken te Zwolle. De afdeling

gastro-enterologie chirurgie bevat ook een Step Down Unit, hetgeen wil zeggen dat het een afdeling betreft die net een niveau onder de intensive care ligt. Ook zal er geobserveerd worden op eventuele andere locaties waar de PA werkzaam is bijvoorbeeld een polikliniek.

De interviews zullen opgenomen worden met een iPad. Voorafgaand aan het interview zal aan de respondenten mondeling toestemming worden gevraagd om het gesprek op te nemen. De interviews worden getranscribeerd en opgeslagen op Sin Online.

Observaties vinden zowel plaats op de afdelingen als ook op overige locaties waar de PA's werkzaam zijn. Aan medewerkers zal mondeling toestemming worden gevraagd voor het observeren op de afdelingen en locaties. Aan patiënten zal een brief worden gepresenteerd om toestemming te vragen voor de aanwezigheid van de onderzoeker. De observaties worden uitgewerkt in een observatieverslag en opgeslagen op Sin Online. De toestemmingsformulieren worden bewaard op de Erasmus Universiteit.

De Isala kliniek is een opleidingsziekenhuis. Dit betekent dat naast de professionals die er werkzaam zijn ook professionals werken die nog in opleiding zijn. Onder andere verpleegkundigen in opleiding, physician assistants in opleiding, coassistenten en artsen in opleiding tot specialist zijn er werkzaam.

H4. Resultaten

In dit hoofdstuk zal ik de resultaten van het onderzoek naar het handelen van de PA beschrijven. Aan het handelen van de PA zijn voorwaarden gesteld door de NAPA, V&VN en KNMG (2012): het handelen moet liggen in het betreffende deskundigheidsgebied, handelingen moeten routinematig worden verricht en handelingen mogen tot maximaal beperkt van complexiteit zijn.

Door theorie over complexiteit, gepresenteerd in het theoretisch kader, te koppelen aan observaties en interviews breng ik in kaart welke handelingen de PA uitvoert en welke handelingen overgenomen worden van artsen. Het overnemen van handelingen door PA's maakt het ook noodzakelijk om te beschrijven hoe die handelingen georganiseerd zijn om vervolgens te kunnen beschrijven hoe taakherschikking plaatsvindt. Taakherschikking is immers het anders toedelen van taken en het inzetten van een nieuw type professional (oftewel een niet-arts die beperkt medische handelingen uit mag voeren) volgens de definitie van de Gezondheidsraad (2008). Daarbij verschuiven er handelingen die traditioneel gezien alleen door een arts werden uitgevoerd naar een nieuwe beroepsgroep. Volgens Bloemendaal en Van der Kwartel (2009) en Stevens et al. (2007) roept taakherschikking daardoor weerstand op bij de beroepsgroep van artsen door het verschuiven van werkdomeinen. Of en hoe die weerstand in de praktijk tot uiting komt, is van invloed op taakherschikking. Welke handelingen worden er wel en welke handelingen worden niet overgenomen door PA's?

4.1 Hoe wordt in de dagelijkse praktijk onderscheid gemaakt tussen beperkt complexe en complexe handelingen?

Complexiteit wordt door Wallenburg et al. (2012) gedefinieerd als het afwijken van regels om recht te doen aan een specifieke situatie, bijvoorbeeld een behandeling die onverwachts anders loopt. Law en Mol (2002) introduceren een tweede definitie, namelijk dat complexiteit het aanwezig zijn van een relatie is tussen zaken die tegelijkertijd niet bij elkaar horen, als het voorkomen van een gebeurtenis die niet klopt in de tijd en als fenomenen die tijd en ruimte in nemen, maar tegelijkertijd niet waar te nemen zijn. En om de complexiteit te kunnen bevatten, is het noodzakelijk om datgene wat te zien is te ordenen en te analyseren als losse stukken om het vervolgens weer te assembleren. Gevolg hiervan is wel dat niet alles meegenomen kan worden in de analyse.

In mijn onderzoek maak ik gebruik van beide definities van complexiteit. Met behulp van de definities van enerzijds Wallenburg et al. (2012) en Law en Mol (2002) anderzijds, laat ik zien hoe professionals onderscheid maken tussen beperkt complexe handelingen en

complexe handelingen. Dat verschil maak ik duidelijk om het proces van taakherschikking te kunnen analyseren.

Standaardisatie van handelingen beschrijf ik om de verschillen en overeenkomsten tussen professionals in beeld te krijgen. De verschillen laten dan zien hoe in de praktijk onderscheid gemaakt wordt tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen en hoe taakherschikking plaatsvindt.

De organisatie van complexe handelingen beschrijf ik om inzichtelijk te krijgen welke handelingen PA's zelfstandig mogen verrichten en onder welke voorwaarden er taakherschikking plaatsvindt.

4.1.1 Hoe wordt over het onderscheid tussen beperkt complexe en complexe handelingen gesproken?

Volgens de definitie van de Gezondheidsraad (2008) mogen PA's alleen handelingen overnemen van artsen als die routinematig verricht kunnen worden en beperkt van complexiteit zijn. De bevoegdheid van een PA is op twee manieren wettelijk afgebakend. Op de eerste plaats door de opleiding die een PA krijgt binnen een bepaald deelgebied van de geneeskunde, bijvoorbeeld het deelgebied gastro-enterologie (GE). Op de tweede plaats doordat de PA zich richt op veel voorkomende aandoeningen. Wettelijk wordt er geen concrete definitie gegeven van beperkte complexiteit, behalve dan dat onder beperkt van complexiteit veel voorkomende aandoeningen wordt verstaan (Gezondheidsraad 2008, Staatsblad 2011). Daarmee bestaat er geen eenduidig onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen. Het beroepsprofiel van de PA opgesteld door NAPA (2012) geeft ook geen concrete invulling aan dit onderscheid. In het beroepsprofiel staat:

“De grenzen van het werkgebied van de PA worden bepaald door de specifieke gedelegeerde medische taken. Die dienen met de specialist of arts waarmee de PA een samenwerkingsverband heeft te zijn overeengekomen en in een heldere taakomschrijving te zijn vastgelegd.”

Welke handelingen een PA zelfstandig verricht wordt bepaald door de specialist of groep specialisten van bijvoorbeeld een maatschap. De opleiding tot PA geeft volgens NAPA en de geïnterviewde respondenten de PA brede bagage mee, maar de klinische opleiding krijgt de PA in de praktijk. PA Verkerk heeft uitgelegd dat zij tijdens haar opleiding in het ziekenhuis verschillende verrichtingen moest laten aftekenen door haar supervisor. Dit betekent dat de PA onder supervisie handelingen heeft verricht. De supervisor testte hier de kennis en kunde van de PA. Zodra de PA laat zien over deze kennis en kunde te beschikken worden de verrichtingen afgetekend of te wel de supervisor geeft toestemming aan de PA om die

verrichtingen voortaan zelfstandig te doen. Chirurg Raktøe vult op het bovenstaande aan dat het verdelen van handelingen gebeurt op basis van vastgelegde werkafspraken. Maar meer nog zijn het de opleiding die de PA's hebben gehad en het vertrouwen dat de chirurgen hebben in de betreffende PA die van doorslaggevend belang zijn in het afstaan van handelingen (Bos 2012). Dit sluit aan op wat in het beroepsprofiel van de PA staat.

Omdat er geen definitie van beperkte complexiteit gegeven wordt anders dan veelvoorkomende aandoeningen kijken we naar hoge complexiteit om in beeld te krijgen welke voorwaarden er wel gesteld worden aan het handelen van de PA. Hoogcomplexiteit wordt door chirurg Raktøe gezien als zorg waarvoor een chirurg nodig is en de PA de chirurg erbij moet roepen. Een voorbeeld van hoogcomplexiteit is de ontdekking van een nieuwe afwijking tijdens een controle. Daarnaast is het indicatie stellen voor een operatie en het bepalen van het beleid ook een taak voor de chirurg. Chirurg Willems gaf in een interview aan dat een aantal handelingen onder supervisie gedaan kunnen worden door de PA. Hierdoor krijgt de specialist meer ruimte om nieuwe of andere patiënten te zien. De handelingen die zij door een PA zou laten verrichten zijn: follow up na een coloncarcinoom, follow up na een mamma carcinoom en het lopen van de zaalvisite. Chirurg Willems bestempelt deze handelingen als routinematig. Het lopen van de zaalvisite wordt door de chirurgen dus (impliciet) als beperkt complex bestempeld. Uit observaties en gesprekken met de PA komt echter een ander beeld van naar voren ten aanzien van de complexiteit van zaalvisite lopen.

Het lopen van de zaalvisite laat zich omschrijven als het bezoeken van de patiënten op de afdeling waarbij een breed scala aan handelingen wordt verricht. Enkele voorbeelden daarvan zijn het afnemen van een anamnese, het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek, het aanvragen van testen, bijvoorbeeld een bloedonderzoek, het bijstellen van de hoeveelheid toegediend vocht en/ of vloeibaar voedsel en het stellen van een diagnose. Ook het aanpassen van medicatie is een handeling die op zaal verricht wordt. Tijdens de zaalvisite bespreekt de PA of de arts met zowel de patiënt als met het verpleegkundig personeel de stand van zaken. Een voorbeeld van een handeling die tijdens het lopen van de zaalvisite kan voorkomen is het aanpassen van medicatie. Tijdens een observatie van een zaalvisite besprak PA Renart¹ met verpleegkundige Van de Kamp de toegediende dosis. Na dit overleg besloot PA Renart de dosis te verminderen. Het gevoerde medisch beleid werd hierbij geëvalueerd en aangepast: het verminderen van de toegediende pijnmedicatie. Patiënt Zuiderma geeft aan misselijk te worden van orale pijnmedicatie. PA Renart geeft vervolgens de opdracht aan verpleegkundige Van de Kamp om de pijnmedicatie intraveneus

¹ Namen van professionals en patiënten zijn fictief

toe te dienen. Dit zijn enkele voorbeelden van handelingen waarmee een professional te maken krijgt tijdens het lopen van de zaalvisite. De chirurg bestempelt echter het bepalen van het beleid als hoogcomplexere zorg. Door het aanpassen van de medicatie wijzigt de PA het beleid. Hier is sprake van een complexe handeling volgens de definitie van de chirurg.

Op de afdelingen zijn onder andere verpleegkundigen, PA's in opleiding, PA's, co-assistenten (co's) en A(N)IOS (ANIOS en/ of AIOS) werkzaam en liggen patiënten met een bepaald ziektebeeld. Op de trauma-afdeling liggen patiënten met bijvoorbeeld breuken of amputaties van ledematen en op de GE chirurgie afdeling liggen patiënten die geopereerd zijn in het buikgebied, bijvoorbeeld aan het maag- of darmstelsel of galblaas. Een voorbeeld daarvan is patiënt Bouk met een buikdrain. De buikdrain is verstopt en moet uitgezogen worden. PA Renart geeft twee verpleegkundigen de opdracht de buikdrain uit te zuigen en geeft een instructie hoe het uitzuigen van de buikdrain gedaan moet worden. Het verstopt raken van de buikdrain is een complicatie ontstaan na de operatie. De ontdekking van een nieuwe afwijking tijdens een controle wordt door de chirurg bestempeld als hoogcomplexere zorg. Het optreden van een complicatie is dan volgens de definitie van de chirurg hoogcomplexere zorg. De PA verricht hier wederom een handeling van (hoog-) complexiteit.

Dat de PA's hoogcomplexere handelingen verrichten komt in de praktijk nog verder tot uiting door het visite lopen op de Step Down Unit op de GE afdeling, een afdeling net onder het niveau van de intensive care (IC). A(N)IOS met een paar jaar ervaring lopen zelfstandig de visite op deze afdeling, maar ook de PA loopt de visite op deze afdeling zelfstandig. Volgens de PA's zijn de verschillende handelingen die zij verrichten tijdens de zaalvisite maar ook gedurende hun andere werkzaamheden weldegelijk complex van aard. PA's bestempelen handelingen die zij verrichten bij instabiele patiënten, patiënten met multipathologie of patiënten met een ingewikkelde pathologie als complex. PA Renart zegt daarbij dat het lastig te verwoorden is wat complexiteit is. De grens van wat een PA zelfstandig mag doen van een chirurg verschuift al naar gelang de ervaring en kennis en kunde toeneemt. Een van de PA's gaf aan dat volgens haar de GE afdeling hoogcomplex is vanwege de multipathologie en de patiëntencategorie die bekend staat om zijn hoge mortaliteitscijfer. Wettelijk gezien is de PA bevoegd om handelingen van beperkte complexiteit te verrichten. Zij geven dus (impliciet) aan dat zij buiten de wettelijk gestelde voorwaarden werken; de gestelde voorwaarden worden niet nageleefd.

Een voorbeeld van hoogcomplexere zorg waar een PA mee in aanraking kwam tijdens het lopen van de zaalvisite is de fladderthorax. De PA op de GE afdeling constateerde tijdens het lopen van de visite en na het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek een fladderthorax bij een patiënt. Een fladderthorax is een aandoening aan de longen en valt onder de categorie ademhalingsletsel. Bij deze patiënt was er sprake van een aantal ribfracturen waardoor de fladderthorax werd veroorzaakt. Bij een fladderthorax beweegt een

deel van de borstkas tegengesteld aan de normale beweging, namelijk bij inademing naar binnen en bij uitademing naar buiten in plaats van andersom. Een fladderthorax is een ernstig en potentieel levensbedreigend letsel en de kans op complicaties is groot (Nijssen en Goslings 2013). Tegen de PA in opleiding die met haar mee liep zei ze dat een fladderthorax bijzonder is. Later legde ze uit dat een fladderthorax hoogcomplexere zorg is. Ook juridisch lijkt deze behandeling te vallen onder complexe behandelingen die daarmee niet door een PA uitgevoerd zouden mogen worden. De fladderthorax is namelijk een bijzondere, niet veel voorkomende aandoening die niet routinematig door de PA behandeld wordt. Daarnaast sluit deze behandeling niet aan bij de opleiding van deze PA. De PA in kwestie is opgeleid in het deelgebied gastro-enterologie: de fladderthorax is een ademhalingsletsel en valt onder het deelgebied longen. Eveneens is gedurende de observaties is niet waargenomen dat de PA contact heeft gehad met de chirurg. De PA handelt hier dus niet alleen buiten de wettelijk gestelde voorwaarden, maar ook buiten de voorwaarden gesteld door de chirurgen. Er is hier immers sprake van een ontdekking van een nieuwe afwijking tijdens een controle en tegelijkertijd een complicatie van een bestaande aandoening, de gebroken ribben, waarvoor een beleid moet worden opgesteld. De chirurgen bestempelen de fladderthorax dus ook als hoogcomplexere zorg en voor hoogcomplexere zorg is een chirurg nodig aldus de chirurgen.

De fladderthorax is echter niet de enige handeling tijdens de zaalvisite die vanuit het juridisch kader als complex is te typeren. Een ander voorbeeld uit de praktijk gaat over PA Keijzer die een patiënt met meerdere aandoeningen tegelijk (beenfractuur, aortadissectie en een nog niet gediagnosticeerde afwijking aan zijn ruggenmerg) behandelde. Ook dit kan niet bestempeld worden als laagcomplexere zorg en tegelijkertijd gaat het om zorg die eveneens buiten het deskundigheidsgebied van de PA valt. De PA's stellen dat zij over het algemeen met complexe zorg te maken hebben, omdat zij werkzaam zijn in een topklinisch ziekenhuis. PA Keijzer zegt: *“Wij zien heel veel problematieken waar de huisarts eigenlijk niet mee uit de voeten kan maar wat voor ons relatief laag complex is”*. Ook ging een gesprek tussen twee PA's tijdens een van de observaties over een collega PA die werkzaam is in een, naar hun mening, klein perifeer ziekenhuis. Vervolgens werd er gelachen en zei de ene PA: *“...hier doen wij hoogcomplexere zorg, ik heb net nog een [...] hoogcomplexere casus helemaal alleen gedaan”*.

Samenvattend worden er dus veel handelingen verricht door de PA die formeel complex zijn. De chirurgen bestempelen het lopen van de zaalvisite als beperkt complex en tegelijkertijd verrichten PA's volgens de definitie van diezelfde chirurgen hoogcomplexere handelingen tijdens het lopen van de zaalvisite. De PA's verrichten dus handelingen van hoge complexiteit. Dit laat zien dat complexiteit niet alleen verschillend gedefinieerd wordt door de professionals, maar dat het ook van de context afhankelijk is. De ervaring van de individuele PA, welke ook nog eens verschuift over de tijd, met tijd neemt immers de ervaring

toe, de setting waarin een PA werkzaam is en de afdeling waar een PA werkzaam is zijn allen factoren die de complexiteit beïnvloeden.

Tijdens het onderzoek is ook aan co's en A(N)IOS gevraagd wat zij onder complexiteit verstaan. In plaats van een definitie of criteria te benoemen, gaven ze met name voorbeelden. Een van de AIOS, AIOS Croonen, bestempelt de zorg, die op de trauma-afdeling plaatsvindt, als minder complex. Op deze afdeling krijgen patiënten postoperatieve nazorg. Ze voegt toe dat het alsnog wel lastig kan zijn, maar dat het vooral wonden controleren is en voorschrijven van pijnmedicatie. Een van de chirurgen vult hierop aan dat in zijn perceptie een dure en hoogopgeleide kracht met twaalf jaar universitair of postuniversitair onderwijs zijn tijd niet zou moeten besteden aan het voorlichten van patiënten over operaties of aan andere handelingen waarvoor zij te duur of te goed opgeleid zijn. AIOS en chirurgen krijgen dan niet alleen meer tijd beschikbaar voor andere zaken die specifiek voor hen bedoeld zijn, maar de kwaliteit van zorg neemt volgens chirurg Raktoue ook toe. Deze toename van kwaliteit komt volgens hem doordat chirurgen enkele handelingen die ze als lastig en vervelend ervaren en er eerder *'half half'* bij deden nu kunnen overdragen. De PA's doen deze handelingen naar zijn mening met veel meer plezier, toewijding en precisie waardoor de kwaliteit van zorg toeneemt.

Een voorbeeld uit de praktijk waaruit de beperkte complexiteit blijkt, is de wondverzorging van patiënt Haak met een amputatie van het rechteronderbeen. Het linkerbeen heeft nog open wonden en moet goed gemonitord worden om amputatie daarvan te voorkomen. PA Verkerk bespreekt de huidige gang van zaken met patiënt Haak, zowel lichamelijk als psychisch, het verdere behandelplan en eventuele bijkomende complicaties die mogelijk kunnen optreden. Daarna inspecteert PA Verkerk de wonden. Hiervoor dient eerst het verband verwijderd te worden. Vanwege de pijn moet PA Verkerk gebruik maken van pijnmedicatie. Ze geeft verpleegkundige Driessen de opdracht de pijnmedicatie te halen en legt uit hoe de pijnmedicatie toe te dienen. Het handelen van PA Verkerk als zaalarts past binnen de wettelijke voorwaarden van opleiding en deskundigheid beschreven in het Staatsblad (2011) en valt ook binnen de definitie van de Gezondheidsraad (2008). Het handelen is namelijk routinematig en beperkt van complexiteit. AIOS Croonen geeft aan dat het wat haar betreft prima is dat de PA's de zaalvisites lopen. Zo houdt zij meer tijd over voor de echt complexe zaken. Dit is ook de mening van een van de chirurgen, chirurg Willems, die de meerwaarde van de PA bestempelt als het creëren van ruimte voor de specialist om nieuwe of andere patiënten te zien.

Een van de ANIOS, ANIOS Bal, had een sterk uitgesproken mening over het functioneren van de PA als zaalarts. ANIOS Bal had er vooral moeite mee dat naar haar mening, de PA een eigen "toko gaat runnen" in het ziekenhuis. ANIOS Bal sprak over een

PA die een medische misser had begaan waarna de patiënt was overleden. Zij is van mening dat PA's niet competent genoeg zijn om zelfstandig te werken als zaalarts. ANIOS Bal maakte zich vooral erg zorgen om de sterke lobby die volgens haar gehouden wordt door de beroepsvereniging NAPA en dat de 'bazen' in het ziekenhuis hier zich te weinig tegen weerden. Een van de PA's zou volgens ANIOS Bal gezegd hebben dat het beroep van A(N)IOS op termijn zou verdwijnen. Het verdwijnen van het beroep A(N)IOS zou ernstige gevolgen hebben voor de opleiding van nieuwe artsen en specialisten, aldus ANIOS Bal. Tijdens het met haar gehouden interview gaf zij geen antwoord op de vraag wat zij onder complexiteit verstaat. Haar antwoorden toonden eerder de weerstand aan tegen taakherschikking en het toetreden van de PA in het medisch domein (Bloemendaal en Van Der Kwartel 2009 en Stevens et al. 2007).

De co vindt het handelen van de PA complex, omdat de co nog aan het begin van zijn opleidingstraject zit. Co Vijzelman gaf aan dat hij veel kan leren van de PA die zaalvisite loopt en hij vindt het dan ook prima dat de PA's de zaalvisite lopen. Door zijn bredere kennis overstijgt co Vijzelman het niveau van een PA al snel denkt hij. Co Vijzelman gaf daarbij expliciet aan dat het doel van een geneeskunde student niet is om zaalarts te worden, maar om door te leren voor bijvoorbeeld chirurg. Uit dit voorbeeld maak ik op dat de co Vijzelman de complexiteit van de zorg die door een PA wordt geleverd niet als uitermate hoogcomplexiteit ziet.

De PA functioneert op het gebied van zaalarts. Een functie die voorheen vooral was voorbehouden aan A(N)IOS. De AIOS is echter al verder in het opleidingstraject en ziet de PA niet als een 'concurrent' die handelingen wegneemt waar de AIOS zelf nog ervaring mee moet opdoen. De ANIOS ziet de PA als concurrent op zijn domein en de co ziet de PA als iemand met ervaring waar de co veel van kan leren. Wat dit nu laat zien is dat complexiteit niet alleen verschillend gedefinieerd wordt door professionals, maar dat de definitie van complexiteit ook afhankelijk is van de context waarin de professionals zich bevinden.

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat de wettelijke richtlijnen in de praktijk niet gevolgd worden. Dit komt allereerst doordat niet duidelijk gedefinieerd is wat volgens de wet onder beperkte complexiteit wordt verstaan. Ten tweede wordt duidelijk dat professionals verschillende definities hanteren van complexiteit en ten derde dat de complexiteit context afhankelijk is.

4.1.2 Hoe worden handelingen gestandaardiseerd?

Het handelen van de PA beperkt zich niet tot beperkt complexe handelingen blijkt uit paragraaf 4.1.1. waardoor er buiten de wettelijk gestelde voorwaarden gehandeld wordt. Hoe wordt taakherschikking in de praktijk dan uitgevoerd als het niet gebeurt op basis van

complexiteit? Het beroepsprofiel van de PA stelt dat afhankelijk van onder andere de beleidskaders van een gezondheidszorginstelling, de functionele aanwijzingen van de specialist en/ of arts waarvan de PA handelingen overneemt en de gebleken bekwaamheid van de individuele PA, wordt bepaald waar de bevoegdheidsgrens precies wordt neergelegd (NAPA 2012). Op grond van complexiteit werd niet duidelijk hoe taakherschikking plaatsvindt. Vindt taakherschikking dan plaats op basis van de beleidskaders van de gezondheidszorginstelling?

Tot de beleidskaders van de onderzochte instelling behoren werkafspraken, protocollen en opleidingstrajecten. Die beleidskaders dienen te zorgen voor standaardisatie zodat alle professionals hetzelfde handelen. Een voorbeeld van een gestandaardiseerde handeling is het ochtendoverleg. Voorafgaand aan het visitelopen op de afdeling komen de PA's, co's, ANIOS, AIOS en chirurgen bij elkaar in het ochtendoverleg. Daar worden alle patiënten besproken die op de verschillende afdelingen liggen. Tijdens het ochtendoverleg passeren het uitgevoerde beleid, de huidige stand van zaken en het toekomstig beleid in hoog tempo de revue via een vaste volgorde. Het overleg vond plaats in een zaaltje waar er plaats was voor ongeveer 30 personen. Aan de ene wand een scherm op de muur met een tafel en twee stoelen ervoor, daar tegenover vier rijen met stoelen. Aan de zijkant nog twee computers en een deur naar de gezamenlijke ruimte voor de A(N)IOS. De overdracht wordt gedaan door een AIOS met een specialist naast zich. Erickson (1999: in Wallenburg et al. 2012) zegt dat het ochtendoverleg de plek is waar AIOS worden getest, klinische kennis wordt bediscussieerd en lessen worden geleerd. Ook worden de hiërarchische structuren zichtbaar gemaakt en aangeleerd, zodat AIOS hun plek weten ten opzichte van hun supervisors volgens Wallenburg et al. (2012). Alle casussen worden besproken waarbij er geen onderscheid bestaat tussen casussen voor de PA en casussen voor de rest van het medisch team. De PA is gedurende het hele ochtendoverleg aanwezig, zo blijkt uit de observaties, en dus ook tijdens het bespreken van de hoogcomplexe casussen. De positie van de PA begeeft zich dan ook meer op het vlak van de artsen. De PA's luisteren naar gegevens die gedeeld worden, maar de PA's dragen verder niet actief bij aan de overdracht.. De aanwezigheid van de PA bij dit overleg en uit het feit dat de socialisatie van de PA grote overeenkomsten vertoont met de socialisatie van de A(N)IOS maak ik op dat de PA gezien wordt als lid van het medisch team. Dat PA's naar de zelfde feestjes en borrels gaan als de co's, A(N)IOS en chirurgen ondersteund dat. Doordat de PA gezien wordt als lid van het medisch team en doordat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen de PA en de rest van het medisch team wordt niet duidelijk hoe taakherschikking plaatsvindt en onder welke voorwaarden.

Ook het lopen van de zaalvisite, zoals beschreven in paragraaf 4.1.1, is een voorbeeld van standaardisatie. Het lopen van de zaalvisite vindt op vastgestelde tijden plaats

en de zaalarts wordt begeleid door twee verpleegkundigen. Daarnaast gelden er een aantal basisregels oftewel werkafspraken voor het lopen van de visite. Die werkafspraken gelden voor zowel de PA als de A(N)IOS. Hier wordt geen onderscheid gemaakt op basis van complexiteit en ook niet op functie; er is namelijk geen aparte werkafpraak voor de PA. Op de trauma-afdeling hangt in de artsenkamer een overzicht van een gemaakte werkafpraak over het lopen van de visite aan de muur. In groot lettertype zijn de volgende zes punten afgesproken: *1. Voor de visites kort inventariseren of er patiënten zijn die 's ochtends met ontslag gaan; 2. Kort voorbespreken op de unit in verband met privacy voor de patiënt; 3. Wondinspectie: na 48 uur (of wond moet nagelekt hebben); 4. (aanpassingen) Digitale recepten gelijk uitprinten; 5. Indien patiënt niet naar huis gaat, streven om ontslag brief mee te geven aan patiënt; 6. De arts/PA'er komt na de middagoverdracht naar de afdeling om vragen te beantwoorden of medicatie voor te schrijven.* Bij geen van deze punten staat een toevoeging wanneer een PA niet meer zelfstandig mag handelen. Ook uit dit voorbeeld is niet op te maken hoe standaardisatie taakherschikking verklaard.

Een dergelijk werkafpraak dient voor standaardisatie van handelingen te zorgen. Voorbeelden van andere schema's die moeten leiden tot standaardisatie van handelingen, zijn een protocol ontslagprocedure op de chirurgie afdeling en een protocol toediening trombolytica op de trauma-afdeling. Op de trauma-afdeling hangt ook een schema waarop duidelijk wordt gemaakt in welke categorie bepaalde aandoeningen vallen. Op basis van de verdeling wordt bepaald wie wat mag doen en hoe dat gedaan moet worden. Hierbij wordt de PA in dezelfde categorie geplaatst als de A(N)IOS met een tot drie jaar ervaring. Zo probeert men te bewerkstelligen dat zowel PA's als A(N)IOS hetzelfde handelen. Wederom is er hier geen sprake van een onderscheid in complexiteit. Daarnaast werkt men op alle afdelingen met standaard consultformulieren en aanvraagformulieren voor bijvoorbeeld een lab. Ook hier wordt geen onderscheid gemaakt tussen de PA en de A(N)IOS evenals dat er geen onderscheid in complexiteit gemaakt wordt. Wederom verklaard standaardisatie van handelingen niet hoe taakherschikking plaatsvindt. Dit is opvallend, omdat het beroepsprofiel van de PA en de chirurgen stellen dat middels gemaakte werkafspraken de voorwaarden waar onder taakherschikking plaatsvindt worden gesteld.

Het schema voor het lopen van de zaalvisite op de trauma-afdeling zou ook als een verdeling in complexiteit te bestempelen kunnen zijn . De PA op de trauma-afdeling gaf echter aan dat zij op de spoedeisende hulp sterk geprotocolleerd werkt en dat zij daar alleen de enkelvoudige breuken zelfstandig mag behandelen. In die situatie is er dus wel sprake van een onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen. Wanneer zij echter als zaalarts functioneert op de trauma-afdeling dan is niet vastomlijnd wat zij wel en wat zij niet zelfstandig mag doen. Zij bepaalt op de trauma-afdeling haar eigen grenzen. Wanneer zij zichzelf bekwaam acht om zelfstandig te werken dan doet zij dit.

Wanneer zij zich niet bekwaam voelt, dan roept ze er een A(N)IOS of chirurg bij. In deze situatie is er geen sprake van een concreet onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen. Hier verwijs ik naar mijn eerdere beschrijving van het lopen van de zaalvisite in paragraaf 4.1.1. Dat de PA stelt dat zij vooral zelf bepaalt wat zij wel en niet doet, lijkt aan te geven dat er nauwelijks sprake van gestelde voorwaarden is. Ook hier wordt niet duidelijk onder welke voorwaarden taakherschikking plaatsvindt.

Een ander voorbeeld van standaardisatie van handelen is de verslaglegging. Het invullen van het medisch patiëntdossier is onderhevig aan richtlijnen en protocollen. Weliswaar kan dit op details verschillen per afdeling, maar men gebruikt dezelfde afkortingen en dezelfde opbouw van verslaglegging. Hoe de verslaglegging gedaan dient te worden is onderdeel van de opleiding van zowel de PA als de WO geschoolde professional. Het invullen van een dossier gaat aan de hand van een aantal vaste onderdelen. Diezelfde onderdelen worden tijdens het ochtendoverleg besproken. Zowel de PA als de rest van het medisch team mogen het dossier invullen, hierbij wordt dus ook geen onderscheid gemaakt tussen de diverse professionals en wordt op grond van standaardisatie ook niet verklaard hoe taakherschikking tussen de arts en de PA plaatsvindt en onder welke voorwaarden. Volgens chirurg Raktoe is het ook niet mogelijk om tot in detail vast te leggen wat een PA nu wel en niet mag doen ten aanzien van complexe zorg. Hij zegt dat: *“...het vak is zo complex, de patiënt die in zo'n ziekenhuis zijn zo complex daar kun je bijna niet goed vastleggen. Wat je wel goed met elkaar kunt afspreken is hoe verantwoordelijkheden liggen en hoe je op een prettige manier voor die mensen kunt zorgen”*. De PA's in deze instelling sluiten zich daarbij aan.

Concluderend stel ik dat het standaardiseren van handelingen niet verklaard hoe taakherschikking plaatsvindt en onder welke voorwaarden. Ook wordt door standaardisatie het onderscheid tussen beperkt complexe en complexe handelingen niet duidelijk. Tot slot is er ook geen onderscheid waargenomen tussen handelingen die wel of niet door PA's verricht mochten worden in vergelijking met co's, A(N)IOS en chirurgen.

4.1.3 Hoe worden complexe handelingen georganiseerd?

Als taakherschikking tussen de PA en de arts niet plaatsvindt op basis van de wettelijke voorwaarden en ook niet te verklaren is aan de hand van standaardisatie van handelingen hoe vindt taakherschikking dan wel plaats en onder welke voorwaarden? Zijn het dan de functionele aanwijzingen van de specialist en/ of arts waarvan de PA handelingen overneemt die verklaren hoe taakherschikking plaatsvindt? De organisatie van complexe handelingen, of te wel hoe de praktijk georganiseerd is geeft wellicht antwoord op deze vragen.

Dat de organisatie van complexe handelingen niet gebeurt op basis van complexiteit en ook niet op basis van standaardisatie blijkt uit de voorgaande twee paragrafen. Toch verrichten PA's niet alle handelingen die verricht kunnen worden in de geobserveerde

instelling. Zo is de PA niet werkzaam op de IC en handelen de PA's voornamelijk niet zelfstandig op de OK. Er is dus toch sprake van een organisatie ten aanzien van handelingen die verricht worden door PA's. Dat de PA deel uitmaakt van het medisch team en dat de socialisatie van de PA overeenkomsten vertoont met die van A(N)IOS, zoals beschreven in paragraaf 4.1.2, is van invloed op die organisatie. De hiërarchische positie van de PA en in welke hiërarchische verhoudingen zij staan ten opzichte van andere zorgprofessionals is van invloed op de vorm van toezicht die geldt voor de PA en op de handelingen die PA's mogen verrichten. De organisatie van handelingen die een PA mag verrichten lijkt plaats te vinden op drie manieren: zelfstandig, zonder toezicht; op basis van indirect toezicht en op basis van direct toezicht.

Uit mijn observaties blijkt dat PA's zonder toezicht de zaalvisites lopen. Een beschrijving van het lopen van de zaalvisites is al eerder gegeven in paragraaf 4.1.1. Het beschreven voorbeeld van de fladderthorax laat zien dat de PA op zaal met hoog complexe zorg te maken krijgt en dat de PA dit zonder toezicht diagnosticeerde. Een ander voorbeeld van het zelfstandig handelen van de PA zonder toezicht is het handelen van PA Renart tijdens het proctologie spreekuur. Het proctologie spreekuur is een poliklinisch spreekuur waar patiënten met lichamelijke aandoeningen rondom het anale gebied worden gezien en onderzocht. Een dergelijk onderzoek vindt plaats met een proctoscoop (Isala 1999). Bij een diagnose aambeien is behandeling direct mogelijk. PA Renart is door chirurgen opgeleid om het poliklinisch spreekuur zelfstandig te draaien en is getraind in het behandelen van aambeien. Het zelfstandig handelen van PA Renart valt in deze situatie binnen de wettelijk gestelde voorwaarden, want het is routinematig, er is sprake van een veelvoorkomende aandoening en daarmee volgens de wet beperkt van complexiteit en het ligt binnen het deelgebied waarin de PA is opgeleid.

Het handelen van de PA op het proctologie spreekuur lijkt geheel zelfstandig gedaan te worden door de PA. Tijdens het observeren is niet waargenomen dat de chirurg betrokken was bij de consulten of dat de PA contact heeft gehad met de chirurg. Welke werkafspraken er bestaan waarover gesproken werd door chirurg Raktoe in paragraaf 4.1.1 en 4.1.2, is niet bekend. We weten dus niet wat er '*backstage*' is afgesproken tussen PA Renart en de chirurgen. Waring en Bishop (2010) definiëren *backstage* als daar waar informele kennisdeling en overleg tussen professionals plaatsvindt. Informele kennisdeling vindt met name plaats tussen gelijkgestemden en vertrouwen speelt hierbij een grote rol. Uit de beschreven voorbeelden maak ik op dat er voldoende vertrouwen in de PA gesteld wordt om zelfstandig de zaalvisites te lopen en zelfstandig het poliklinisch spreekuur te draaien, maar ik kan niet met zekerheid vaststellen dat de PA inderdaad geheel zonder toezicht werkt of dat er wellicht toch sprake is van indirect toezicht.

Indirect toezicht vindt plaats middels controle van het patiëntendossier. Wallenburg et al. (2012) stellen dat een zelfstandig werkende AIOS toch nog gecontroleerd wordt door de supervisor via het patiëntendossier. De AIOS weet dit en daardoor bestaat er een regulerend effect waaruit de hiërarchische structuren duidelijk worden. Er is hier volgens Wallenburg et al. (2012) sprake van indirect toezicht. De PA heeft ook te maken met diezelfde structuur als de AIOS middels dat indirecte toezicht. Chirurg Raktoue gaf in zijn interview aan dat men elke ochtend en middag bij elkaar zit voor overleg. Daarnaast is er een paar keer per week een papierenvisite. De hele groep is dan bij elkaar en dan worden alle patiënten gedurende een bespreking van een uur in het bijzijn van de hele groep besproken.

Het ochtend- en middagoverleg en de wekelijkse papierenvisite vertonen grote overeenkomst met het voorbeeld over de socialisatie van AIOS door Wallenburg et al. (2012). De PA wordt meegenomen in die socialisatie en de hiërarchie wordt kenbaar gemaakt, zoals besproken in paragraaf 4.1.2. Naast dit formele overleg bestaan er ook diverse momenten van informeel overleg. Zo bespreken PA's en A(N)IOS casussen tijdens de lunchpauze, op de gang en telefonisch tussen afspraken door. Informele kennisdeling biedt volgens Waring en Bishop (2010) de gelegenheid om buiten de voorgeschreven protocollen en gedragsregels om kennis te delen. Tijdens deze informele momenten spraken de zorgprofessionals elkaar ook aan met de voornaam of, zoals in deze instelling gewoon was, met de achternaam alsof het de voornaam was. Vooral A(N)IOS spraken elkaar op deze wijze aan en zo werd ook PA Renart aangesproken. Zo zei een AIOS na het overleg tegen haar: *“Hé Renart het wordt een drukke dag voor je”*. Dit informele overleg draagt bij aan indirect toezicht. Door het bespreken van de casussen wordt wederom kennis en kunde getoetst en vindt er intercollegiale toetsing plaats.

Dat de PA gezien wordt als lid van het medisch team verklaart waarom de PA zelfstandig kan werken zonder en met indirect toezicht. De PA werkt echter ook onder direct toezicht. Het zelfstandig handelen wordt dan beperkt. In het volgende voorbeeld laat ik zien dat de PA die eerst geheel zelfstandig het poliklinisch spreekuur draaide nu wordt gesuperviseerd door de chirurg en het zelfstandig handelen door de PA wordt beperkt.

Tijdens een poliklinisch spreekuur werd PA Renart begeleid door chirurg Willems, omdat er sprake was van een nieuw uitgevoerde behandeling door chirurg Willems. Doordat het een nieuw uitgevoerde behandeling betrof, valt het wettelijk gezien buiten het deskundigheidsgebied van de PA, immers niet bekwaam is niet bevoegd (Staatblad 2011). Het is daarom interessant om te beschrijven hoe in deze situatie de organisatie van complexe handelingen plaatsvindt. Gedurende de consulten met diverse patiënten werd PA Renart aangevuld en verbeterd door chirurg Willems. Een concreet voorbeeld waaruit de begeleiding door chirurg Willems blijkt zal ik nu nader beschrijven. PA Renart wilde bij patiënt De Jong een onderzoek met de proctoscoop doen. Chirurg Willems zegt dat onderzoek met

de proctoscoop niet noodzakelijk is. PA Renart voert vervolgens de behandeling met de proctoscoop ook niet uit, terwijl zij de proctoscoop al in haar handen had en klaar was om de behandeling uit te voeren. PA Renart geeft de proctoscoop weer terug aan de doktersassistente en trekt haar handschoenen uit. Het onderzoek is klaar, PA Renart en chirurg Willems hebben alleen gekeken, waarop ze terugkeren naar de computer. Terwijl ze nabespreken wat ze gezien hebben, kleedt patiënt De Jong zich aan. Chirurg Willems legt de casus uit aan PA Renart. Ze legt uit wat ze zojuist gezien hebben en legt daarna het verdere medische aspect hiervan uit aan PA Renart. Daarna bespreekt chirurg Willems het vervolg met patiënt De Jong, terwijl PA Renart luistert. Chirurg Willems zei dit ook op duidelijke toon tegen PA Renart: *“Ik zal wel vertellen, kan jij luisteren.”* Opvallend aan dit voorbeeld is dat chirurg Willems ingrijpt in de gang van zaken door zowel de leiding over te nemen en zelf het woord te voeren. Alle voorgaande consulten waarbij chirurg Willems aanwezig was, voerde PA Renart het woord en handelde ze zelfstandig. Chirurg Willems keek hier alleen mee en liet heel af en toe wat van zich horen.

Uit dit voorbeeld blijkt duidelijk dat het zelfstandig handelen door de PA werd beperkt door de chirurg. De PA zat al klaar met de proctoscoop om een onderzoek uit te voeren zoals het protocol voorschrijft. De chirurg beslist echter anders en het onderzoek wordt niet uitgevoerd. Het afwijken van protocol door de chirurg in deze situatie wordt door Wallenburg et al. (2012) gezien als een uiting van complexiteit. Voor de PA is deze situatie ook complex, omdat niet bekend is waarom het onderzoek niet hoeft plaats te vinden en omdat het een nieuwe behandeling betrof. Chirurg Willems bespreekt de casus wel met PA Renart. Hier is sprake van informele kennisdeling. De chirurg deelt relevante vakkennis met de PA en dat wordt volgens Waring en Bishop (2010) alleen gedaan tussen gelijkgestemden. Hieruit zou op te maken kunnen zijn dat de chirurg de PA in dit geval als gelijke beschouwd. Uit deze situatie blijkt dat chirurg Willems het zelfstandig handelen van PA Renart beperkt, wanneer het een nieuwe handeling betreft. Chirurg Willems acht in deze situatie de zorg als te complex om PA Renart zelfstandig te laten handelen. Dat chirurg Willems PA Renart wel uitleg geeft is aan de ene kant uit te leggen als informele kennisdeling volgens Waring en Bishop (2010), maar kan ook het duidelijk maken van de hiërarchische verhoudingen zijn volgens Wallenburg et al. (2012). Uit dit voorbeeld maak ik op dat deze situatie gelijkenis vertoont met het voorbeeld geschetst in het theoretisch kader over de socialisatie van een AIOS. Net zoals Wallenburg et al. (2012) concludeer ik dan dat de chirurg de PA de geldende normen, waarden en hiërarchie aanleert en de PA dus gezien wordt als lid van de medische professie.

Tijdens het poliklinisch spreekuur werd het zelfstandig handelen door de PA beperkt door de chirurg, omdat de chirurg van mening was dat de zorg te complex was. De chirurg kon in deze situatie ingrijpen, omdat de chirurg direct toezicht hield. Op zaal is er geen

sprake van direct toezicht. Wanneer de zorg daar te complex wordt voor de PA moet de PA zelf die grenzen aangeven. Dat de PA niet altijd zelf die grenzen aangeeft blijkt uit een anekdote van een aantal A(N)IOS die vertelden dat een PA geheel steriel aan tafel stond op de POK (Poliklinische Operatiekamer) om een handeling zelfstandig te verrichten. De A(N)IOS zijn toen naar de superviserende chirurg gestapt. Achteraf bleek dat de chirurg geen toestemming had gegeven aan de PA om de handeling op de POK zelfstandig te verrichten. De PA was echter van mening dat deze handeling door de PA zelf verricht had kunnen worden. Deze situatie is naar mijn mening een logisch gevolg van het ontbreken van een concreet onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen en de afwezigheid van concrete voorwaarden.

4.1.4 Conclusie

De conclusie van deze paragraaf luidt dat er in de praktijk niet wordt gesproken over een onderscheid tussen beperkt complexe en complexe handelingen. Dit komt onder meer doordat in de wet niet duidelijk gedefinieerd is wat onder beperkte complexiteit wordt verstaan. Er wordt ook niet over het onderscheid gesproken omdat professionals verschillende definities hanteren van complexiteit. Complexiteit bleek ook van de context afhankelijk te zijn. Het handelen van de PA valt in de praktijk in sommige situaties dan ook buiten de wettelijk gestelde voorwaarden voor taakherschikking.

Het standaardiseren van handelingen laat geen verschillen zien tussen professionals. Hierdoor ontstaat er geen inzicht in het onderscheid tussen beperkt complexiteit en complexiteit. Ook wordt door standaardisatie niet verklaard hoe taakherschikking plaatsvindt en onder welke voorwaarden. De werkafspraken waar de NAPA in het beroepsprofiel van de PA en de chirurgen over spreken blijken in de praktijk niet bij te dragen aan een duidelijk onderscheid. De voorwaarden gesteld door middel van de gemaakte werkafspraken en door de chirurgen worden niet altijd nageleefd door de PA's. Hieruit wordt dus niet concreet duidelijk hoe taakherschikking plaatsvindt.

Het beschrijven van de organisatie van complexe handelingen middels de drie vormen van toezicht: zelfstandig, zonder toezicht; op basis van indirect toezicht en op basis van direct toezicht, laat zien dat het handelen van de PA in situaties van hoogcomplexe zorg alleen beperkt wordt wanneer de chirurg direct toezicht houdt. Wanneer er geen sprake is van direct toezicht dan worden de voorwaarden gesteld aan het handelen van de PA niet altijd nageleefd. Met name wanneer de PA de zaalvisite zelfstandig en zonder toezicht loopt verricht de PA handelingen die buiten de gestelde voorwaarden vallen. Het is de PA zelf die bepaalt welke voorwaarden gelden en welke nageleefd worden wanneer er geen sprake is van direct toezicht door de chirurg.

4.2 Wat is de betekenis van dit onderscheid voor zowel het verdelen van handelingen als de aansprakelijkheid van de PA, de arts en de verpleegkundigen?

Door het ontbreken van een concreet onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen is niet duidelijk welke handelingen wel en welke handelingen niet door een PA zelfstandig verricht mogen worden. Het beroep van PA is volgens PA's nog in ontwikkeling. Dit is ook de heersende opinie binnen de beroepsvereniging NAPA. De vraag is nu waar de ontwikkeling van dit beroep eindigt. Zullen PA's bijvoorbeeld ook OK's gaan doen? Chirurg Raktoe vroeg zich dit tijdens zijn interview ook af, maar gaf als antwoord in eerste instantie "*Nee, dat zullen ze nooit gaan doen.*", om vervolgens toe te geven het eigenlijk niet te weten en het niet te kunnen voorspellen omdat het beroep zich nog ontwikkelt. Uit interviews met PA's komt naar voren dat PA's met name zelf bepalen wat zij wel en niet zelfstandig doen en dat PA's hier enige invloed op kunnen uitoefenen door te overleggen met de chirurgen met wie zij samenwerken. De PA's geven aan meer complexe handelingen te willen verrichten en zoeken daarom de grenzen van hun deskundigheidsgebied op om dit voor elkaar te krijgen. Het gegeven voorbeeld over de PA die steriel klaarstond op de POK, terwijl de superviserende chirurg hiervoor geen toestemming had gegeven, is een concreet voorbeeld van het opzoeken van de grenzen door de PA's en tegelijkertijd laat het zien dat de PA's van mening zijn dat zij in staat zijn hoogcomplexe zorg te leveren. De huidige afbakening van het beroep beperken PA's in het handelen zeggen zij. Volgens de PA zou er geen onderscheid gemaakt moeten worden in beperkt complexe en complexe handelingen, maar moet de gebleken bekwaamheid van de individuele PA bepalen waar de bevoegdheidsgrens wordt neergelegd. Nu het beroep PA nog in ontwikkeling is stimuleert de NAPA de PA's ook om die grenzen op te zoeken, omdat nu nog niet vastomlijnd is wat een PA wel en niet mag doen. De NAPA stimuleert de PA's door te stellen dat PA's moeten pionieren.

Al eerder heb ik de angst die bij A(N)IOS bestaat dat PA's hun "eigen toko gaan runnen" beschreven. De meerwaarde van de PA wordt vooral gezien in het licht van continuïteit, maar men maakt zich daarnaast wel zorgen over de aansprakelijkheid. Een van de respondenten kwam met het voorbeeld dat een PA die zelfstandig handelde niet op tijd een arts in consult had geroepen. De PA had niet doorgehad dat het slecht ging met de patiënt en de betreffende patiënt was binnen het uur overleden. Wederom blijkt hier de complexiteit van de situatie uit volgens de definitie van Wallenburg et al. (2012). Het betreft namelijk een behandeling die onverwachts anders loopt. De ANIOS besprak dit voorbeeld omdat ze hiermee wilde aangeven dat de arts wel verantwoordelijk was voor het handelen van de PA, maar niet op tijd geroepen was. De familie van de patiënt had volgens de ANIOS een klacht tegen het ziekenhuis kunnen indienen voor het feit dat de patiënt niet door een arts gezien was. De PA's staan op dit moment niet ingeschreven in het BIG-register hetgeen

leidt tot onduidelijkheid over aansprakelijkheid. Het BIG-register geeft duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener (CIBG 2012). De vraag is dan ook wie er in deze situatie aansprakelijk zou zijn geweest. De arts die de handelingen heeft toevertrouwd aan de PA of de PA die de medische misser heeft begaan?

De KNMP, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, is ook van mening dat het deskundigheidsgebied van de PA niet scherp is afgebakend en dat het per PA verschilt. In een interview met Frank de Roo, PA en voorzitter van de NAPA, wordt geschreven dat: *“Voor alles geldt: waar de PA niet bekwaam voor is, daar is hij ook niet voor bevoegd. Het deskundigheidsgebied is de grens”* (Bos 2012). Een goed voorbeeld is het voorschrijven van medicatie. Officieel is de PA bevoegd om dit zelfstandig te doen vanaf 1 januari 2012 (Staatsblad 2011), maar sommige PA's schreven al eerder zelfstandig medicatie voor, omdat de PA's zich hiervoor bekwaam achtten. De PA's hadden daarvoor toestemming van de supervisor en tevens afspraken gemaakt met apothekers. Andere PA's hielden zich aan wat wettelijk toegestaan was en schreven geen medicatie voor, ook al voelden zij zich hier wel bekwaam voor. PA Verkerk zegt hierover: *“Nee met medicatie ben ik heel streng voor mezelf geweest. Nee medicatie, ik heb nooit zelf medicatie voorgeschreven toen het nog niet mocht. Pas vanaf 1 januari heb ik het gedaan. Ik heb het wel in de computer gezet, dat een arts het kon accorderen. [...] En heel vaak zeiden mensen van ach doe toch. Maar ik heb gedacht, ook omdat ik zo extreem voorzichtig ben, stel je voor er gebeurt wat ja ik wil niet het risico lopen. Dus ik heb dat netjes tot 1 januari gedaan”*.

Daarbij komt nog dat uit mijn observaties blijkt dat de PA zich niet altijd als PA voorstelt. De patiënt heeft hierdoor niet altijd in de gaten dat er geen arts aan het bed of op de poli staat, maar een PA. Een voorbeeld uit een van de observaties is dat de verpleegkundigen de PA's die visite kwamen lopen voorstelden als *“De dokters komen nu de visite lopen”*. De PA's in kwestie corrigeerden dit niet. Een aantal van de respondenten meent dat de PA's zich wel erg scherp proberen te profileren en zich voordoen als arts, zoals in het genoemde voorbeeld over het aan de patiënt voorgesteld worden als arts. Impliciet wordt er door de PA dan gebruik gemaakt van de titel dokter door het niet corrigeren. Wanneer de PA zich als dokter profileert dan moet de PA ook de volledige aansprakelijkheid dragen voor het eigen handelen. Echter die aansprakelijkheid lijkt niet door de PA gedragen te kunnen worden. Als eerste door het ontbreken van een concreet onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen. Ten tweede lijkt die aansprakelijkheid niet gedragen te kunnen worden doordat het beroep nog in ontwikkeling is en de grenzen van het zelfstandig handelen door een PA nog niet vastomlijnd zijn. En als derde door het ontbreken van een BIG-registratie.

4.3 Wat is de zichtbare implicatie van het onderscheid tussen beperkt complexe en complexe handelingen?

Door het ontbreken van een concreet onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen is er geen zichtbare implicatie van dat onderscheid. Het ontbreken van het onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen heeft echter ook implicaties.

Wettelijk is er geen concrete definitie van complexiteit. Er wordt gesproken over beperkt complexiteit en als uitleg dat het gaat om veelvoorkomende aandoeningen. Kanker is een veelvoorkomende ziekte (RIVM 2013). Valt de behandeling van kanker dan ook onder beperkte complexiteit? Naast het ontbreken van een wettelijke definitie hanteren professionals in de praktijk, zo blijkt uit de voorgaande paragrafen, verschillende definities van complexiteit. Wettelijk gezien is er dus geen concreet onderscheid, praktisch ook niet. Waarbij er in de praktijk handelingen zelfstandig verricht worden door de PA die niet passen binnen de wettelijk gestelde voorwaarden. Het beroepsprofiel van de PA opgesteld door de NAPA (2012) vult die lacune niet op. De implicatie van bovenstaande is dat de wet en de praktijk niet op elkaar aansluiten.

Het werken met de drie vormen van toezicht vult de bestaande lacune tussen wet en praktijk ook niet op. De chirurgen zijn van mening dat een aantal verrichtingen onder supervisie door de PA gedaan kunnen worden, zoals eerder genoemd, en de chirurgen spreken dan ook over het lopen van de zaalvisite door de PA. Uit de observaties komt naar voren dat er geen toezicht waarneembaar is tijdens het lopen van de zaalvisites. Over welke vorm van supervisie spraken de chirurgen dan? De PA's zijn van mening dat zij niet gesuperviseerd worden. PA Renart zegt dat zij de poliklinische spreekuren normaal gesproken geheel zelfstandig draait zonder supervisie van de chirurg. In een interview zegt PA Renart dat zij vindt dat de PA naast de arts staat en dat er geen sprake is van supervisie. PA Keijzer stelde het zeer scherp door te zeggen: *“Maar ik heb een bloedhekel aan PA's die roepen dat ze gesuperviseerd worden want eh in principe is het gewoon zo... je hebt een samenwerkingsovereenkomst. En dat betekent dat je eh, je bent gewoon een medewerker binnen de vakgroep. En daarbinnen heb je intercollegiaal overleg”*. In het beroepsprofiel van de PA staat dat de PA een beroep kan doen op supervisie van de specialist. In de Algemene Maatregel van Bestuur over de tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant (AMvB 2011) staat echter dat de PA alleen zelfstandig bevoegd is wanneer het gaat om routinematige zorg en zorg van beperkte complexiteit. Voor al het andere is de arts bevoegd. In het Staatsblad (2011) staat ook vermeld dat er afstemming dient plaats te vinden met de arts. Hier komen we weer terug op het ontbreken van een concrete definitie van complexiteit, zowel wettelijk als praktisch. Dit leidt tot onenigheid over het wel of niet superviseren van de chirurg bij het zelfstandig handelen van de PA.

Een andere implicatie van het ontbreken van het onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen is dat niet duidelijk is wie nu precies aansprakelijk is voor de geleverde zorg, zoals besproken in paragraaf 4.2. Dit onderkent ook de KNMP, die van mening is dat de PA geen voorbehouden handelingen zoals het voorschrijven van medicatie zou mogen verrichten zolang de PA nog niet is opgenomen in het BIG-register.

H5. Conclusie en discussie

Op basis van de beschreven resultaten in hoofdstuk 4 zal ik in dit hoofdstuk antwoord geven op de hoofdvraag. Vervolgens bespreek ik de beperkingen van dit onderzoek en geef ik een kritische reflectie van mijn rol als onderzoeker zoals aangegeven in hoofdstuk 2. Tot slot zal ik een drietal aanbevelingen voor de praktijk doen.

5.1 Conclusie resultaten

Hoe ervaren PA's de voorwaarden die gesteld zijn aan hun beroepsuitoefening? Uit dit onderzoek komt naar voren dat de voorwaarden gesteld aan het handelen van de PA niet altijd nageleefd worden door de PA's. Daaruit maak ik op dat de PA van mening is dat de gestelde voorwaarden het handelen van de PA belemmerd. De wettelijke voorwaarden stellen dat een PA alleen zelfstandig handelingen mag verrichten als deze liggen in het deelgebied van de geneeskunde waarin de PA is opgeleid, handelingen routinematig verricht worden en beperkt van complexiteit zijn en wanneer het gaat om veel voorkomende aandoeningen. De beleidskaders van een gezondheidszorginstelling, de functionele aanwijzingen van de specialist en/ of arts waarvan de PA handelingen overneemt en de gebleken bekwaamheid van de individuele PA bepalen waar de bevoegdheidsgrens precies wordt neergelegd. De beschreven casussen laten zien dat PA's ook handelingen verrichten die niet binnen de wettelijke voorwaarden, de beleidskaders en de voorwaarden gesteld door de chirurgen vallen.

Het niet naleven van de voorwaarden gebeurt om een aantal redenen. Allereerst bestaat er in de dagelijkse praktijk geen eenduidig onderscheid tussen beperkt complexe en complexe handelingen. Dit komt onder meer doordat in de wet niet duidelijk gedefinieerd is wat onder beperkte complexiteit wordt verstaan. Er wordt ook niet over het onderscheid gesproken omdat professionals verschillende definities hanteren van complexiteit waaruit op te maken is dat de complexiteit van zorg geen onderdeel van de opleiding is voor zowel de PA als in de geneeskunde opleiding. Zou dit wel het geval zijn geweest dan zou men dezelfde definitie van complexiteit hanteren. En complexiteit bleek ook van de context afhankelijk te zijn. Het handelen van de PA valt in de praktijk in sommige situaties dan ook buiten de wettelijk gestelde voorwaarden voor taakherschikking.

Ten tweede leidt standaardisatie van handelingen niet tot een onderscheid tussen professionals. Het leek alsof PA's dezelfde handelingen verrichtten als co's, A(N)IOS en chirurgen. Ook komt uit dit onderzoek naar voren dat de PA dezelfde socialisatie krijgt als een A(N)IOS. Op basis daarvan concludeer ik dat de PA meer op het vlak van de artsen gezien wordt en onderdeel uitmaakt van de medische professie. Standaardisatie heeft dan ook niet geleid tot een duidelijk onderscheid tussen beperkt complexiteit en complexiteit.

Standaardisatie van handelingen lijkt dus niet bij te dragen aan een verder inzicht in hoe taakherschikking plaatsvindt, omdat PA's de gemaakte werkafspraken niet altijd naleven.

Tot slot is er gekeken welke voorwaarden voor taakherschikking er dan in de praktijk van toepassing zijn. Door middel van drie vormen van toezicht: zelfstandig, zonder toezicht; op basis van indirect toezicht en op basis van direct toezicht is in beeld gebracht wanneer PA's wel of niet hoogcomplexere handelingen verrichten. Slechts wanneer er sprake is van direct toezicht door de chirurg wordt het handelen van de PA beperkt ten aanzien van het verrichten van hoogcomplexere handelingen en handelt de PA binnen de gestelde voorwaarden. Wanneer er geen direct toezicht plaatsvindt is het de PA zelf die lijkt te bepalen waar de grenzen van het handelen liggen en verricht de PA handelingen die ook buiten de gestelde voorwaarden vallen.

De bevoegdheden van een PA zijn op dit moment nog niet duidelijk. Dit komt door het ontbreken van een concreet onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen, doordat de PA nog geen BIG-registratie kent en door de lacune tussen de wet en de praktijk. Het beroep van PA is volgens PA's en hun beroepsvereniging NAPA nog in ontwikkeling. Doordat PA's in staat zijn zelf de grenzen van hun handelen te bepalen zoeken zij de grenzen op tot waar zij kunnen gaan. Dat de PA's de grenzen van opzoeken blijkt uit het beschreven voorbeeld van de PA die klaarstond op de POK, maar hier geen toestemming voor had van de chirurg. De PA's zijn van mening dat zij hoogcomplexere zorg kunnen leveren en in een enkel geval wordt door de PA impliciet gebruik gemaakt van de titel arts door het niet corrigeren van de verpleegkundige toen die de PA voorstelde aan de patiënt als arts. Wanneer de PA zich als dokter profileert dan moet de PA ook de volledige aansprakelijkheid dragen voor het eigen handelen en dat lijkt ten eerste door ontbreken van een concreet onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen nauwelijks mogelijk. Ten tweede lijkt die aansprakelijkheid niet gedragen te kunnen worden doordat het beroep nog in ontwikkeling is en de grenzen van het zelfstandig handelen door een PA nog niet vastomlijnd zijn. En als derde door het ontbreken van een BIG-registratie.

Het ontbreken van een concreet onderscheid tussen beperkt complexe handelingen en complexe handelingen heeft een aantal implicaties. Door de afwezigheid van een concrete wettelijke definitie is niet duidelijk welke handelingen wel en welke handelingen niet door een PA verricht mogen worden. Ook hanteren professionals verschillende definities van complexiteit waardoor er in de praktijk ook niet duidelijk is welke handelingen wel en welke handelingen niet door een PA verricht mogen worden. Het beroepsprofiel van de PA opgesteld door de NAPA vult die lacune eveneens niet op. De implicatie die volgt is dat de wet en de praktijk zowel niet op elkaar aansluiten als elkaar niet aanvullen.

Het werken middels de drie vormen van toezicht vult de lacune ook niet op. In de eerste plaats doordat de PA alleen beperkt kan worden in het handelen wanneer de chirurg direct toezicht houdt. Het kan echter niet de bedoeling van taakherschikking zijn dat de chirurg continu toezicht moet houden. Dan kan de chirurg de handelingen zelf verrichten.

In de tweede plaats is men het überhaupt niet eens over de noodzaak van supervisie. De chirurgen zijn van mening dat zij de PA's superviseren en zij worden gesterkt in hun mening door de AMvB (2011). De PA's zijn van mening dat zij een samenwerkingsverband hebben en in positie naast de chirurg staan. Dat de PA's van mening zijn dat zij naast de chirurg staan lijkt een logisch gevolg van het gedrag van de chirurgen zelf die de PA's dezelfde socialisatie laten ondergaan als de co's en A(N)IOS.

Concluderend stel ik dat taakherschikking van de chirurg naar de PA niet in alle gevallen gaat middels de gestelde voorwaarden. Ook wordt niet duidelijk welke voorwaarden dan wel nageleefd worden. De implicatie hiervan is dat taakherschikking tussen de chirurg en de PA niet plaatsvindt op juridische gronden en niet op basis van de beleidskaders van de gezondheidszorginstelling ofwel de functionele aanwijzingen van de specialist en/ of arts waarvan de physician assistant handelingen overneemt.

5.2 Discussie resultaten

In het theoretisch kader heb ik beschreven dat ik me realiseer dat onderzoek doen naar de praktijk per definitie een reductie van complexiteit is. Van te voren beschreef ik dat het analyseren van de praktijk nooit volledig gedaan kan worden. Dat kwam tijdens het onderzoek nog duidelijker naar voren dan ik had verwacht. Bij sommige gesprekken mocht ik als onderzoeker namelijk niet aanwezig zijn. Ook werd er veel telefonisch overleg gepleegd. Daardoor kon ik maar een kant van het verhaal horen, niet alleen inhoudelijk maar ook intonatie. Tijdens het observeren op zaal had de PA een telefonisch gesprek. Ik kon niet horen met wie zij sprak en hoe de ander reageerde. Na het beëindigen van het gesprek vertelde de PA dat zij met een chirurg gesproken had, waarover zij gesproken hebben en dat chirurg het eens was met de door de PA voorgestelde behandeling. Wat ik niet heb kunnen horen is of de chirurg het daadwerkelijk eens was met de PA of dat de chirurg nog aanvullende voorwaarden gesteld heeft. Dit laat de complexiteit van onderzoek doen naar de praktijk zien waar Iedema (2009) over spreekt. Ik heb namelijk een deel van de praktijk niet kunnen zien (horen) en dat bemoeilijkt de vertaling van wat ik zie naar wat het betekent. Want zie ik nu een PA die intercollegiaal overleg heeft of zie ik een PA die toestemming moet vragen aan de superviserende chirurg?

Wallenburg et al. (2012) halen in hun artikel hiërarchie en socialisatie aan. Zij beschrijven dat het ochtendoverleg de complexiteit van kennisdeling in een formele setting

laat zien en dat hiërarchische structuren tijdens het ochtendoverleg worden aangeleerd. Resultaten uit dit onderzoek bevestigen dat beeld. Zo zijn PA's in opleiding, PA's, co's, ANIOS wel aanwezig bij het ochtendoverleg, maar wanneer er aanvullende vragen zijn op de gepresenteerde casussen zijn het de AIOS en chirurgen die de vragen stellen en met elkaar discussiëren over het beleid. Tijdens een dergelijk ochtendoverleg werd er door een AIOS een casus gepresenteerd. Twee chirurgen in de zaal waren het niet eens met het gevoerde beleid en spraken de AIOS hierop aan. De superviserende chirurg gaf vervolgens een aanvulling op het door de AIOS gegeven antwoord. Een andere AIOS stelde daaropvolgend ook een vraag waarop antwoord werd gegeven door een van de chirurgen. De overige aanwezigen hielden hun mond.

Nadien bleek dat de PA die ik observeerde ook nog vragen had over de casus. Deze vragen stelde de PA echter niet tijdens het overleg, maar later aan een AIOS en een chirurg. Dit bevestigt dat wat Waring en Bishop (2010) stellen, namelijk dat tijdens informele kennisdeling hiërarchische verhoudingen minder van invloed zijn. Een ander voorbeeld van informele kennisdeling en een situatie waarbij hiërarchische verhoudingen minder van invloed zijn is het voorbeeld van de casusbesprekingen tijdens de lunchpauze. Tijdens observaties was ik aanwezig bij de lunchpauzes waar PA's in opleiding, PA's, co's, ANIOS en AIOS bij elkaar zaten en vakkennis werd gedeeld.

Timmermans' definitie van de praktijk is voor mij een leidraad gebleken gedurende dit onderzoek. Tijdens het observeren kijk je naar wie er zijn, waar we zijn, wat ze doen enzovoorts. Door dit in kaart te brengen ontstaat er een beeld van de praktijk. De complexiteit van de praktijk werd duidelijk doordat het beeld van de praktijk per observatiedag verschilde. Zo was op de ene observatiedag er wel sprake van hoogcomplexiteit door de aanwezigheid van een patiënt met een fladderthorax en een andere dag alleen sprake van veel voorkomende aandoeningen, namelijk botbreuken. Dus wat zichtbaar was op de ene dag zichtbaar was dat een andere dag niet meer. Een ander voorbeeld van de complexiteit van de praktijk is het voorschrijven van medicatie. Op de eerste observatiedag vertelde een PA dat ze geen handgeschreven recepten mocht meegeven. Ik interpreteerde dat als beperking in het handelen van de PA. Een week later werd tijdens het observeren duidelijk dat de apotheek geen handgeschreven recepten accepteert en dat die beperking voor alle professionals geldt. De complexiteit van onderzoek doen waar Law en Mol (2002) over spraken werd duidelijk realiteit.

Door de complexiteit van de praktijk ben ik niet in staat gebleken om op Timmermans' vragen "Wie doet wat?", "Wanneer?", "Waar?" en "Met welke gevolgen?" volledig antwoord te geven. De zichtbaarheden in het dagelijkse werk die sterk met elkaar vervlochten zijn waarover Wallenburg et al. (2012) spreken zijn niet voldoende zichtbaar geweest. Dit sluit echter wel weer aan op hetgeen ik eerder gezegd heb, namelijk dat het analyseren van de

praktijk nooit volledig gedaan kan worden. Ik heb wel een beschrijving gegeven van de situatie en daardoor bijgedragen aan het wetenschappelijke debat over taakherschikking, namelijk dat de PA de huidig gestelde voorwaarden als beperkend ervaart, maar dat de voorwaarden in de praktijk vooral gesteld worden door de superviserende chirurgen waarvan de PA handelingen overneemt.

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat er veel spanningen en tegenstrijdigheden aanwezig waren in de praktijk. Volgens Iedema (2009) noodzaakt dat tot het gebruik van de complexiteitstheorie. Iedema (2009) biedt het gebruik van de complexiteitstheorie de mogelijkheid om spanningen en tegenstrijdigheden die aanwezig zijn in de praktijk te kunnen analyseren.

5.3 Beperkingen van onderzoek

Een beperking van het onderzoek is de complexiteit van de praktijk waarover ik schrijf in paragraaf 5.2. Gedurende de korte periode van dit onderzoek is niet alles zichtbaar geworden. Dit is van invloed op de generaliseerbaarheid van dit onderzoek, echter ik heb al eerder aangegeven dat dit onderzoek niet ten doel heeft een beschrijving van dé situatie te geven, maar een bijdrage te leveren aan het wetenschappelijke debat over taakherschikking.

Een tweede beperking was het verkrijgen van toegang tot de betreffende instelling. Deze toestemming heeft langer op zich laten wachten dan gepland. Het verzamelen van data begon daardoor op een later, maar heeft niet geleid tot een tekort aan data.

Een derde beperking in het onderzoek bleek het benaderen van respondenten. Met name het benaderen van patiënten was lastig door de medische conditie die velen hadden. Chirurgen bleken lastig benaderbaar vanwege hun schema's. Dit heeft echter niet geleid tot een tekort aan data of een ondervertegenwoordiging. Met patiënten bleek het wel mogelijk om gedurende de observaties te praten. Met chirurgen zijn alsnog voldoende interviews gehouden.

5.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek wil ik een drietal aanbevelingen geven voor de praktijk.

Mijn eerste aanbeveling voor de praktijk richt zich op de naam van de PA en de afbakening van diens bevoegdheden. De naam physician assistant maakt niet duidelijk wat het beroep inhoudt. De naam is de Engelse vertaling van arts assistent. Het onderscheid tussen een HBO geschoolde en WO geschoolde professional komt in de benaming niet tot uiting. Uit de benaming zou op zijn minst duidelijk moeten worden met wie men van doen heeft. Ik stel voor om een naam te kiezen die de functie duidelijk maakt, maar ook het onderscheid ten aanzien van de arts. Als voorbeeld geef ik de naam artsondersteuner.

Naast het aanpassen van de naam lijkt het mij ook noodzakelijk om de bevoegdheden van het beroep verder af te bakenen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de PA vooral zelf bepaalt waar de grenzen van het handelen liggen. Ook het beroepsprofiel van de PA (NAPA 2012) geeft geen duidelijke afbakening.

“De grenzen van het werkgebied van de PA worden bepaald door de specifieke gedelegeerde medische taken. Die dienen met de specialist of arts waarmee de PA een samenwerkingsverband heeft te zijn overeengekomen en in een heldere taakomschrijving te zijn vastgelegd.”

Deze beschrijving is op zijn minst vaag te noemen. Ook de wettelijke voorwaarden geven niet voldoende afbakening. De PA is bevoegd om een aantal voorbehouden handelingen te verrichten, maar alleen wanneer deze routinematig verricht worden en van beperkte complexiteit zijn. Onder beperkt van complexiteit wordt veel voorkomende aandoeningen verstaan (Gezondheidsraad 2008, Staatsblad 2011). In de praktijk hanteert men echter niet dezelfde definitie van wat een handeling van beperkte complexiteit is. Men heeft zelfs geen eenduidige definitie van wat een complexe of hoogcomplexe handeling is.

De definitie van de Gezondheidsraad (2008) over het anders toebedelen van taken geeft ook geen duidelijke afbakening. Want wat wordt er verstaan onder het anders toebedelen en hoe gebeurt dat anders toebedelen dan in de praktijk?

‘Het anders toebedelen van taken en het inzetten van een nieuw type professional - een niet-arts die beperkt medische taken uit mag voeren [...]’

Uit dit onderzoek komt naar voren dat in de praktijk het toebedelen van handelingen niet volgens vastomlijnde afspraken gebeurt. Het is de superviserende chirurg samen met de PA die bepalen welke handelingen er door de PA verricht worden. In combinatie met het ontbreken van een eenduidige definitie van complexiteit lijkt mij de inzet van de PA niet bijdragen aan het doel van taakherschikking.

Mijn advies voor de praktijk is om de afbakening van het beroep strakker te organiseren door het aanpassen van een aantal punten. Allereerst door het handelen van een PA te koppelen aan een functie. Door af te spreken dat een PA de functie van bijvoorbeeld zaalarts mag vervullen, vervalt de noodzaak tot het definiëren van complexiteit immers de PA vervult dan de functie van zaalarts en alles wat daar bij komt kijken. Ook het punt van routinematig handelen wordt beter hanteerbaar, immers de handeling zaalarts is dan routinematig en men hoeft niet meer casusspecifiek te oordelen.

Een tweede punt is de samenwerking met de chirurg of arts. De arts is van mening dat hij/ zij superviseert, de PA dat hij/zij volledig zelfstandig werkt zonder supervisie. Mijn advies is om te werken met de verdeling zoals mondhygiënisten en tandartsen dat ook kennen, namelijk zelfstandig bevoegdheden en functionele bevoegdheden. De functionele bevoegdheid geldt alleen wanneer er toestemming is van de tandarts en de mondhygiënist bekwaam is. Dit voorkomt 'vaagheden' ten aanzien van aansprakelijkheid en bevoegdheid. De NAPA dient als beroepsorganisatie dan tuchtrecht van de PA op zich te nemen, zolang de PA niet BIG-geregistreerd is.

Mijn tweede aanbeveling richt zich op de opleiding van zowel de arts als de PA. De resultaten in dit onderzoek tonen aan dat er een spanningsveld bestaat tussen de A(N)IOS en de PA. Uit dit onderzoek komt naar voren dat co's, ANIOS en AIOS zich zorgen maken om hun positie. Zij geven allen aan dat er een tekort aan opleidingsplaatsen dreigt door de opkomst van de PA's. Een onderzoek van het Capaciteitsorgaan (2011) wees uit dat er een dreigend tekort aan personeel bestaat. De co's, ANIOS en AIOS spreken dat tegen. Zij stellen dat er juist een overschot dreigt aan WO opgeleide professionals. Een recent gepubliceerd stuk beschrijft de toenemende werkloosheid onder jonge specialisten (Croonen 2013a en b). Dit bevestigt het beeld geschetst door de co's, ANIOS en AIOS. Tromp Meesters et al. (2013) vonden in hun onderzoek ook nog eens geen aantoonbaar verschil in de klinische vaardigheden van PA's en AIOS.

Tegelijkertijd zijn PA's nog bezig met beroepsvorming en zoeken ze naar de grenzen van hun deskundigheid. Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat PA's anders kijken naar complexiteit, naar mijn idee meer op het niveau van de patiënt. De arts kijkt meer patiëntoverstijgend en richt zich op de organisatie van werk. Mijn aanbeveling is op basis van dit gegeven dat er een onderzoek komt naar de inhoud van beide opleidingen, dat gekeken wordt waar de overeenkomsten en de verschillen zitten en dat op basis daarvan de inkleding van beide beroepen verder gestalte wordt gegeven. Is het namelijk wel kostenefficiënt, een doel van taakherschikking, om een extra beroepsgroep te introduceren die hetzelfde doet als een al bestaande beroepsgroep, die daar ook nog eens meer tijd voor neemt en daarbij het opleidingstraject van de WO opgeleide professional beïnvloedt?

Mijn derde aanbeveling is een aanbeveling voor een vervolgonderzoek naar de kostenefficiëntie van de inzet van de PA. Zoals ik hierboven al beschreef is de PA een extra groep professionals die handelingen verricht die al verricht werden. Er is weer een nieuwe laag professionals toegevoegd aan de al zo omvangrijke gezondheidszorgorganisatie (Dierick- van Daele 2011). De respondenten in dit onderzoek spreken van continuïteit van zorg; de PA heeft meer aandacht voor de patiënt. Een chirurg ziet de PA als een extra

kostenpost: *“Meer personeel, die langzamer werkt”*. De vraag is of de zorg niet duurder wordt met de opkomst van de PA.

H6. Referentielijst

- AMvB (Algemene Maatregel van Bestuur). 2011. *Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant 2011*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Bloemendaal, I. & A.J.J. van der Kwartel. 2009. *Taakherschikking in de mondzorg*. Utrecht: Prismant.
- Bont, A.A. de, J. van Exel & I. Wallenburg. 2012a. *De Physician Assistant: De invloed op zorgpraktijken, kwaliteit en kosten van zorg in Nederland*. Onderzoeksvoorstel. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bont, A.A. de, J. van Exel & I. Wallenburg. 2012b. *De Verpleegkundig Specialist: De invloed op zorgpraktijken, kwaliteit en kosten van zorg in Nederland*. Onderzoeksvoorstel. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bos, E. 2012. 'Physician assistant knokt voor erkenning.' *Pharmaceutisch Weekblad* 15:10-13.
- Buchan, J. & M.R. Dal Poz. 2002. 'Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence.' *Bulletin of the World Health Organization* 80(7):575-580.
- Capaciteitsorgaan. 2011. *Capaciteitsplan 2010 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen*. Revisie 1.1. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- CIBG (Uitvoeringsorganisatie van het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 1999. *Over BIG-register*. [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [aangehaald op 25-05-2013]. Bereikbaar op <https://www.bigregister.nl/overbigregister/>
- Croonen, H. 2013a. 'Werkloosheid bij elf specialismen.' *Medisch Contact* 22:1170.
- Croonen, H. 2013b. 'Ruimte maken voor jonge klaren.' *Medisch Contact* 22:1174-1176.
- Dierick- van Daele, A.T.M. & et al. 2008. 'Critical appraisal of the literature on economic evaluations of substitution of skills between professionals: a systematic literature review.' *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14(4):481-492.
- Dierick- van Daele, A.T.M. & et al. 2011. 'Is it economically viable to employ the nurse practitioner in general practice?'. *Journal of Clinical Nursing* 20(3-4):518-529.
- Gezondheidsraad. 2008. *Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Harmsen, M. et al. 2007. *Taakherschikking in de Gezondheidszorg: een systematisch literatuuroverzicht*. Nijmegen: afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St. Radboud Mei 2007

- Iedema, R. 2009. 'New approaches to researching patient safety'. *Social science and medicine* 69:1701-1704.
- Isala Klinieken. 1999. *Welkom op de afdeling Proctologie Isala*. Brochure Isala Klinieken.
- Law, J. & A. Mol. 2002. *Complexities. Social studies of knowledge practices*. Durham: Duke University Press Chapter 1:1-22.
- Mol, A., I. Moser & J. Pols. 2010. *Care in practice. On tinkering in clinics homes and farms*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Mortelmans, D. 2007. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven/ Den Haag: Acco.
- MUNROS. 2012. "Health Care Reform: the iMPact on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfeSsionals". Grant agreement no: 305467. Seventh Framework Programme.
- NAPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants). 2012. *Beroepsprofiel Physician Assistant*. Nederlandse Associatie Physician Assistants
- NAPA (Nederlandse Associatie Physician Assistant) et al.. 2012. *Physician assistants en verpleegkundig specialisten ook wettelijk op eigen benen* [Internet]. Platform VS en PA, 09-2012 [aangehaald op 27-10-2012]. Bereikbaar op <http://www.platformzorgmasters.nl/cms/wp-content/uploads/2012/09/Physician-assistants-en-verpleegkundig-specialisten-ook-wettelijk-op-eigen-benen1.pdf>
- NAPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants), V&VN (Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) & KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst). 2012. *Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
- Nijssen, M. & C. Goslings. 2013. 'Operatieve fixatie van ribfracturen bij fladderthorax.' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 157:A6254
- Rijksoverheid. 2011a. *Ontwerpbesluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant* [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) [aangehaald op 13-12-2012]. Bereikbaar 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]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) [aangehaald op 13-12-2012]. Bereikbaar op

<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/04/27/ontwerpbesluit-tijdelijke-zelfstandige-bevoegdheid-verpleegkundig-specialisten.html>

Rijksoverheid. 2012a. *Miljoenennota 2012* [Internet]. Tweede Kamer der Staten-Generaal [aangehaald op 03-01-2012]. Bereikbaar op

<http://www.rijksbegroting.nl/2012/voorbereiding/miljoenennota>

Rijksoverheid. 2012b. *Begroting 2012* [Internet]. Tweede Kamer der Staten-Generaal [aangehaald op 03-01-2012]. Bereikbaar op

http://www.rijksbegroting.nl/2012/voorbereiding/begroting.kst160371_20.html

RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). 2013. *Nationaal Kompas Volksgezondheid. Ziekten en aandoeningen* [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [aangehaald op 01-07-2013]. Bereikbaar op

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/welke-ziekten-hebben-de-hoogste-prevalentie/>

RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). 2002. *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.

Sibbald, B., J. Shen & A. McBride. 2004. 'Changing the skill-mix of the health care workforce'. *Journal of Health Services Research & Policy* 9(1):S1:28-38.

Staatsblad. 2011. *Besluit van 21 december 2011, houdende tijdelijke regels inzake de opleiding, deskundigheid en tijdelijke zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van de physician assistant (Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant)*. 's-Gravenhage 2011: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Nummer 658.

Stevens, F.C.J. et al.. 2007. 'Exclusive, idiosyncratic and collective expertise in the interprofessional arena: the case of optometry and eye care in The Netherlands.' *Sociology of Health & Illness* 29(4):481-496

Timmermans, S. 2006. *Postmortem: How Medical Examiners Explain Suspicious Deaths*. Chicago and London: University of Chicago Press.

Tromp Meester, C. et al. (2013). 'Taakverschuiving en kwaliteit van zorg in de praktijk. Physician assistant versus AIOS op de preoperatieve poli anesthesiologie.' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 157:A5518

Wallenburg, I. et al. 2012. 'Learning to doctor: tinkering with visibility in residency training'. *Sociology of Health & Illness* XX(X):1-16.

Waring, J. J. & S. Bishop. 2010. "'Water cooler" learning: knowledge sharing at the clinical "backstage" and its contribution to patient safety'. *Journal of Health Organization Management* 24(4):325-342.

Bijlagen

Lijst met afkortingen

AIOS	Arts in opleiding tot specialist/ artsen in opleiding tot specialist
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ANIOS	Arts niet in opleiding tot specialist/ artsen niet in opleiding tot specialist
A(N)IOS	AIOS en ANIOS (enkelvoud/meervoud)
CIBG	uitvoeringsorganisatie van het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voorheen Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
Co	Coassistent
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
GE	Gastro-enterologie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IC	Intensive Care
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
MUNROS	Health Care Reform: the iMPact on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfeSsionals
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
OK	Operatiekamer
PA	Physician Assistant
POK	Poliklinische Operatiekamer
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
V&VN	Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Topiclijst interviews

Algemene introductie:

- Voorstellen: onderzoeker vanuit Erasmus Universiteit
- Doel onderzoek: het evalueren van de PA en VS
- Toestemming vragen om interview op te nemen

Aan de arts:

- Wat is uw achtergrond en ervaring (incl. wel/niet in opleiding)?
- Hoe zien uw dagelijkse werkzaamheden eruit?
 - Kunt u beschrijven hoe uw laatste werkdag uitzag?
 - Was dit een gewone dag?
- Wat is uw ervaring met het werken met een pa en een vs?
 - Nee...
- *Wat is in uw ogen de voordelen van de PA/VS voor:*
 - *de patiënt;*
 - *het ziekenhuis;*
 - *uw werkzaamheden;*
 - *de kosten van de zorg.*

Kunt u een voorbeeld geven?
- *Wat is in uw ogen de eventuele nadelen van de PA/VS voor:*
 - *de patiënt;*
 - *het ziekenhuis;*
 - *uw werkzaamheden;*
 - *de kosten van de zorg.*

Kunt u een voorbeeld geven?
- Verschillende manieren ...Hoe zou u uw werkrelatie met de PA/VS typeren?
 - Hiërarchisch
 - Team
 - Alternatief
- Hoe worden patiënten/taken verdeeld tussen u en de PA/VS?
 - Overleg, doorvragen wanneer en waarover
 - 1 keer per dag, supervisie
 - verwijzen, terug bellen..
 - Verdeling van patiënten
 - Verdeling van taken
 - Verdeling verantwoordelijkheid
- Zou u een aantal taken kunnen benoemen die u voorheen zelf uitvoerde, maar die nu door een VS/ PA uitgevoerd worden?

- Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin de PA/VS de patiënt had moeten overdragen?
 - Wat was de reden?
 - Hoe heeft u in deze situatie gereageerd?
 - Wat heeft dit gedaan met u vertrouwen? Is vertrouwen weer hersteld en hoe?
 - Heeft de PA/VS de complexiteit van de zorg goed kunnen inschatten?
 - Kunt u begrijpen waarom de PA/VS niet overdroeg?..

Aan de patiënt:

- Weet u of uw te maken heeft met een PA of een VS?
- Merkt u verschil tussen de zorg door een PA/VS en een VPK?
- Merkt u verschil tussen de zorg door een PA/VS en een arts?
- Wat vindt u prettig als u door een PA/VS behandeld wordt? voor uw de meerwaarde van een PA/VS?
- Zou u dingen anders willen zien in de zorg die u van een PA/VS heeft gekregen?

Aan de PA/VS:

- Wat is uw achtergrond en ervaring (incl. wel/niet in opleiding)?
- Hoe zien uw dagelijkse werkzaamheden eruit?
 - Kunt u beschrijven hoe uw dag er gisteren uitzag?
 - Was dit een gewone dag?
- Wat is in uw ogen de voordelen van de PA/VS voor:
 - de patiënt;
 - het ziekenhuis;
 - uw werkzaamheden;
 - de kosten van de zorg.
 Kunt u een voorbeeld geven?
- Wat zijn in uw ogen de eventuele nadelen van de inzet van de PA/VS voor:
 - de patiënt;
 - het ziekenhuis;
 - uw werkzaamheden;
 - de kosten van de zorg.
- Hoe zou u uw werkrelatie van artsen/VPK typeren
 - Hiërarchisch
 - Team
 - Alternatief

- Hoe organiseert u de patiënten/taakverdeling tussen u en de arts/VPK?
 - Overleg, doorvragen wanneer en waarover
 - Op basis van richtlijnen
 - Verdeling van patiënten
 - Verdeling van taken.
 - Wijze van verantwoording

- Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin je een patiënt eigenlijk had moeten overdragen aan een arts en dit niet hebt gedaan?
 - Wat was de reden van deze beslissing?
 - Wat was de reactie van de arts in deze situatie?
 - Is er een verschil in overdracht, bijvoorbeeld spoed of algemeen?
 - Hoe heeft deze overdracht terug de relatie met de arts beïnvloedt?

- Zou u een aantal taken kunnen benoemen die voorheen de arts/VPK uitvoerde, maar die nu door een VS/ PA uitgevoerd worden?
 - Hoe vaak voert u deze handelingen uit? Per week, per maand?
 - Hoe ervaart u dat u deze taken zelfstandig uitvoert?

- Hoe is de taakverdeling tussen u en de arts de afgelopen drie jaar veranderd?

- Kunt u in uw organisatie alle handeling zelfstandig uitvoeren waar u bevoegd voor bent?
 - Welke handelingen wel, welke niet?
 - Wat is de reden volgens u?
 - Welke belemmeringen ervaart u bij het zelfstandig uitvoeren van taken?
 - Aan wie en hoe legt u verantwoording af over uw handelen?

Manager

- Kunt u kort beschrijven welk type medewerkers u onder uw hoede heeft? Was dit een jaar of 3 geleden ook al zo?

- Hoe ervaart u de diversiteit aan medewerkers?

- Stuur u wel eens bewust op het aantrekken van een bepaald type medewerker (ten aanzien van zijn/haar skills c.q. opleiding)?

Topiclijst observaties

Wie is wie	Andere kleding, boordje Gesprekken? Taal? Tot wie verhoud je je? Wat gebeurt er als een PA de zaal inloopt? Wat hoe is de relatie tussen de professionals? Plaats in de zaal?
Wie doet wat	Hoe komt het tot stand? Hoe komt een andere zorgverlener er bij? Hoe houd iemand zijn verantwoordelijkheid? (voelen)
Specifieke aandacht bepaalde taken (voorbehouden handelingen)	Centrale lijn plaatsen Diagnosticeren van patiënt Transport
Welke verschillen zijn er tussen wie wat mag?	Vertrouwen Twee PA's met verschillende taken Tussen twee organisaties
Wie spreekt met wie en hoe?	Patiënt (dagboek met plakplaatjes) Met wie spreek je over privé zaken?
Verschillen in wie met wie werkt per situatie/organisatie	Gewone bevalling Complexe zorg Verschillen per organisatie
complexiteit	Wanneer wordt iets complex? Wanneer noemt iets complex? Verandert het ritme van de zorg?
sfeer	

Specieke observaties.

Inzoemen handelingen	uitzuigen van het kindje, maken van echo.
Wie doet wat?	Bestaat uit verschillende taken: Centrale lijn? Verleggen van het kind? Protocollen raadplegen Benoemen, volgens protocol... Verschillen in wie protocol raadpleegt?
Vooraf	Hoe worden de taken verdeeld? Is er overleg? Hoe worden taken overgedragen? Ontstaat er discussie over wie wat doet?
Achteraf	Controle door wie Bespreking van hetgeen gebeurt Roddels Verantwoording aan wie over wat ? Hoe precies?
Nieuwe handelingen	Omgaan met onzekerheid iets uitvoeren dat je nog niet eerder hebt gedaan
Vertrouwen observeren	Overleg plegen Houding (dicht bij elkaar staan) Opmerkingen die je maakt De manier van communiceren Controle/verantwoording Voelen wie bij de groep hoort Wie eet met wie? Wie ontmoet elkaar op de gang?
Ontmoetingsplaatsen/onderling overleg	Kleedruimte Overdracht Koffie/eten Vergaderingen Balie Informeel overleg
Complexiteit	Overdragen van taken (signal om op te letten) Frequentie van handelingen? Toename van overleg? Stiller worden Samen gaan doen: kijk even mee, overleggen wat je gaat doen vooraf. Tempo verschillen Blijven mensen praten?(tong uit mijn mond)

Tekst toestemmingsformulier patiënten

Van Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Geachte heer/mevrouw,

De Erasmus universiteit Rotterdam (EUR) voert in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een onderzoek uit naar de rol van de physician assistant in de chirurgische zorg. Het doel van het onderzoek is om de werkzaamheden van de physician assistant in de dagelijkse praktijk te beschrijven. Een physician assistant is opgeleid om zelfstandig specifieke medische handelingen uit te voeren.

Voor het onderzoek observeren we physician assistants tijdens hun werk. We vragen uw toestemming om aanwezig te zijn bij een consult en/of een operatie en om aantekeningen te maken over het werk van de physician assistant. We maken aantekeningen over onder andere de taken van de physician assistant, de duur van hun werkzaamheden en de samenwerking met andere zorgverleners.

Daarnaast voeren we een dossieronderzoek uit. We vragen toestemming om uw dossier in te zien en gegevens over de uitvoering van uw behandeling en de resultaten anoniem op te slaan in een database op de beveiligde server van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De resultaten van het onderzoek worden verwerkt in een rapport aan de Tweede Kamer. Daarnaast zullen presentaties worden gegeven voor de beroepsvereniging van physician assistants en de Koninklijk Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunde. Het onderzoek duurt twee jaar en wordt eind 2014 afgerond.

We willen uitdrukkelijk vermelden dat indien u afziet van deelname aan het onderzoek dit geen enkele consequenties heeft voor uw behandeling.

Kort samengevat, vragen we uw toestemming om:

- aanwezig te zijn tijdens consult en/of operatie;
- aantekeningen te maken over het werk van de physician assistant;

- uw dossier in te zien;
- geanonimiseerde gegevens uit uw dossier op te slaan in een database;
- de resultaten te publiceren op zodanige wijze dat deze niet terug te leiden zijn naar u.

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door Dr. Sam Adams , Dr. Antoinette de Bont, en Dr. Iris Wallenburg. Voor vragen over het onderzoek kunt u contact opnemen met de projectleider Dr. Iris Wallenburg (wallenburg@bmg.eur.nl, 010-4088771).

Indien gewenst sturen we u graag de resultaten van het onderzoek.

Datum:.....

Naam:.....

Handtekening:

Emailadres indien u de resultaten van het onderzoek toegestuurd wilt hebben:

.....

