

Taakherschikking, een kwestie van vertrouwen?

Een onderzoek naar de rol van hybride vormen
van professioneel vertrouwen in
taakherschikking naar de Physician Assistant

Elles Grubben MA
Studentnummer: 336154
Docent: Dr. Antoinette de Bont
Erasmus Universiteit Rotterdam
14-6-2013

Voorwoord

“Als je als specialist geen vertrouwen hebt in de Physician Assistant kan je niks uit handen geven natuurlijk.”

Deze uitspraak deed een medisch specialist tijdens een interview en geeft in een zin weer waarom ik graag onderzoek wilde doen naar de invloed van vertrouwen op taakherschikking. Toen ik aan dit onderzoek begon dacht ik dat vertrouwen essentieel is om taken uit handen te geven aan een nieuwe professional. Graag wilde ik in de praktijk onderzoeken hoe dit precies werkt, door dit vanuit de bestuurskunde te onderzoeken was het mogelijk om ook mijn bestuurskundige achtergrond in te zetten om te komen tot een mooi en interessant eindresultaat.

Voor u ligt mijn master scriptie, geschreven ter afronding van de studie Zorgmanagement. Omdat zorgprofessionals, actuele veranderingen in de zorg en het betaalbaar en beheersbaar houden van de zorgkosten mij interesseren heb ik er voor gekozen onderzoek te doen naar taakherschikking. In een ziekenhuis heb ik onderzocht wat de invloed is van hybride vormen van professioneel vertrouwen op taakherschikking naar de Physician Assistant.

Na maanden van onderzoeken en schrijven is het moment nu daar dat ik u mijn master scriptie presenteer. Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze scriptie en hoop u, door middel van mijn scriptie, nieuwe inzichten te verschaffen.

Elles Grubben
Utrecht, juni 2013

Samenvatting

In dit onderzoek staat de volgende hoofdvraag centraal: *Wat is de invloed van hybride vormen van professioneel vertrouwen op taakherschikking naar de Physician Assistant in het ziekenhuis?* Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn Physician Assistants in hun werksituatie geobserveerd. Tevens zijn medisch specialisten, arts-assistenten, coassistenten, Physician Assistants en verpleegkundigen geïnterviewd.

Uit dit onderzoek blijkt dat Physician Assistants door de omgeving worden gezien als arts en dat zij ook zodanig functioneren in het ziekenhuis. Zowel de artsen, verpleegkundigen als patiënten erkennen dat Physician Assistants in het medische domein functioneren. De resultaten tonen dat dit zichtbaar is in de wijze waarop Physician Assistants worden aangesproken, de taken die zij uitvoeren en hun positionering in de organisatie als onderdeel van het artsenteam. Dit betekent dat Physician Assistants niet hybride functioneren zoals beoogd, doordat andere professionals dit niet toestaan. Dit komt overeen met het onderzoek van Currie et al. (2010) waar ook uit blijkt dat nieuwe beroepen die zich positioneren tussen het arts domein en het verpleegkundig domein niet hybride kunnen functioneren doordat zij in één van beide domeinen wordt 'gedwongen'. Een andere oorzaak is er in gelegen dat de Physician Assistants niet actief een eigen professionele identiteit ontwikkelen in de interactie met andere professionals en patiënten. Daardoor blijft het beroep Physician Assistant onbekend en draagt dit er aan bij dat zij in de praktijk vooral als arts zijn gepositioneerd. Alhoewel de resultaten tonen dat Physician Assistants onderdeel uit maken van het medisch domein, is zichtbaar dat zij aan de periferie van het medische domein functioneert. Door hun taken begeven zij zich in het medisch domein, maar omdat zij geen 'echte arts' zijn functioneren zij niet in het centrum maar in de periferie en laten de artsen hun ook niet toe in het centrum.

Tevens tonen de resultaten dat er tegelijkertijd sprake is van twee vormen van vertrouwen in de professionele relatie tussen de artsen en Physician Assistants, namelijk 'familiarity' als 'laity'. Ondanks het beeld dat Physician Assistants als arts functioneren, worden zij niet als een van de artsen vertrouwd. Physician Assistants functioneren aan de periferie van het medische domein, wanneer zij tot het centrum van het medische domein zouden behoren, dan zou er niet sprake zijn van twee vormen van vertrouwen maar enkel van 'familiarity'. Doordat de twee vormen van vertrouwen langs elkaar staan in een professionele relatie, kunnen professionals schuiven in de aard van vertrouwen. De resultaten tonen dat in de ene situatie 'familiarity' de basis van vertrouwen is en in een andere situatie 'laity'. Door te schuiven in de aard van vertrouwen kunnen artsen afstand creëren of verkleinen tussen henzelf en Physician Assistants. Daardoor kunnen artsen een positieve reden hebben om te vertrouwen op basis van 'laity', namelijk het beschermen van de eigen groep.

Summary

The aim of this research is to answer the following question: *How do hybrid forms of professional trust affect the task reallocation to a hospital's Physician Assistant?* Relevant literature background is assessed and observations have been conducted in order to answer this question. Furthermore, medical specialists, interns, Physician Assistants and nurses have been interviewed.

The conducted interviews and observations show that the environment regards Physician Assistants as doctors since they execute the tasks formerly carried out by doctors. Both doctors, nurses and patients corroborate these findings by confirming that Physician Assistants are part of the medical domain. This is evident from the way Physician Assistants are addressed, the tasks they execute as well as their positioning within the organization's medical team. Consequently, Physician Assistants do not function in a hybrid way as intended because other professionals do not allow them. This is in line with research conducted by Currie et al. (2010) who found that new professions, positioned between the medical domain and nursing domain, do not function in the proposed hybrid way because they are forced towards either one of these domains. Another cause is the lack of the Physician Assistants' professional identity which they fail to actively develop in interactions with other professionals and patients. Consequently, the profession of Physician Assistants remains unknown which reinforces their positioning as a doctor. Although this research indicates that Physician Assistants are part of the medical domain, it also shows that they actually function at the periphery. An explanation for this is that while their tasks allow them to be in the medical domain, they actually are not doctors and doctors subsequently do not allow them to be in the centre.

The outcome of this study also shows that there are two forms of trust in the professional relation between the Physician Assistant and the doctor: 'familiarity and laity'. Even though this study shows that Physician Assistants function as doctors, they are not trusted as being one of them. Because Physician Assistants function at the periphery of the medical domain, two forms of trust are evident. If they would function in the centre of the medical domain, there would only be one form of trust instead of two, namely familiarity. Results indicate that in some situations the foundation of trust is familiarity whereas in others it is laity. Because these two forms of trust are simultaneously evident, professionals are able to slide between the nature of trust. By sliding between the nature of trust, doctors are able to create or shorten the distance between themselves and the Physician Assistant. This is a positive reason for doctors to have trust based on laity, namely protecting their own group.

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Voorwoord | 2 |
| Samenvatting | 3 |
| Summary | 4 |
| 1. Inleiding | 7 |
| 1.1. Aanleiding | 7 |
| 1.2. De Physician Assistant | 8 |
| 1.3. Doelstelling..... | 9 |
| 1.4. Vraagstelling..... | 9 |
| 1.5. Maatschappelijke relevantie | 10 |
| 1.6. Wetenschappelijke relevantie | 10 |
| 1.7. Leeswijzer..... | 11 |
| 2. Hybride vormen van professioneel vertrouwen | 12 |
| 2.1. Hybride vormen van bestuur | 12 |
| 2.1.1. Overheid | 13 |
| 2.1.2. Medische professie | 13 |
| 2.1.3. Markt & gemeenschap | 14 |
| 2.2. Nieuwe professionals..... | 16 |
| 2.3. Vertrouwen in de gezondheidszorg | 17 |
| 2.4. Vormen van vertrouwen en vormen van samenwerking | 18 |
| 2.4.1. Vertrouwen onder bekenden | 18 |
| 2.4.2. Vertrouwen onder onbekenden | 19 |
| 2.5. De medische opleiding en vertrouwen | 20 |
| 2.6. Vertrouwen in de relatie tussen de medisch professional en de patiënt | 21 |
| 2.7. Hybride vormen van professioneel vertrouwen..... | 21 |
| 2.8. Conclusie | 22 |
| 3. Methoden & Technieken..... | 24 |
| 3.1. Case studie | 24 |
| 3.2. Triangulatie..... | 24 |
| 3.2.1. Interviews | 25 |
| 3.2.2. Observeren | 25 |
| 3.2.3. Documentenanalyse | 26 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3.3. | Analyse | 26 |
| 3.4. | Borging onderzoekskwaliteit | 26 |
| 3.4.1. | Betrouwbaarheid | 27 |
| 3.4.2. | Interne validiteit: geldigheid van het onderzoek | 27 |
| 3.4.3. | Externe validiteit: generaliseerbaarheid van het onderzoek..... | 27 |
| 3.4.4. | Bruikbaarheid | 27 |
| 3.5. | Slot..... | 28 |
| 4. | Resultaten..... | 29 |
| 4.1. | Inleiding..... | 29 |
| 4.2. | De positie van de Physician Assistant | 29 |
| 4.2.1. | Het beeld van de Physician Assistant door de omgeving..... | 29 |
| 4.2.2. | De professionele identiteit van de Physician Assistant | 32 |
| 4.2.3. | Communiceren over de grenzen van professionele groepen..... | 33 |
| 4.2.4. | Conclusie | 33 |
| 4.3. | Vertrouwen | 34 |
| 4.3.1. | De ontwikkeling van vertrouwen | 34 |
| 4.3.2. | Vertrouwen onder bekenden | 35 |
| 4.3.3. | Vertrouwen onder onbekenden | 38 |
| 4.3.4. | Conclusie | 40 |
| 4.4. | Conclusie | 41 |
| 5. | Conclusie en discussie | 43 |
| 5.1. | Inleiding..... | 43 |
| 5.2. | Conclusie | 43 |
| 5.3. | Wetenschappelijke relevantie | 46 |
| 5.4. | Beperkingen..... | 47 |
| 5.5. | Aanbevelingen | 48 |
| 6. | Literatuur..... | 50 |
| | Bijlage 1: Interview topics | 53 |
| | Bijlage 2: Observatie schema | 57 |

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

De toenemende zorgvraag, door onder andere de vergrijzing, het dreigende tekort aan personeel en de snel oplopende kosten dwingen ons om de zorg nog verder te verbeteren, veiliger en doelmatiger te maken. Van belang is dat zorg ook in de toekomst betaalbaar en voor iedereen beschikbaar blijft (VWS 2011¹:2). Dit betekent dat collectieve middelen doelmatiger aangewend en ingezet moeten worden voor diegenen die het echt nodig hebben (VWS 2011²:3). Om dit doel te bereiken zette het kabinet Rutte I in het regeerakkoord ‘vrijheid en verantwoordelijkheid’ op onder andere taakherschikking in: *“Alle zorgverleners kunnen zelfstandig de taken uitvoeren waar zij het beste in zijn (taakherschikking).”* (VVD & CDA 2010:17).

Taakherschikking is één van de antwoorden op de vraag hoe de zorg ook in te toekomst betaalbaar en beschikbaar blijft. Taakherschikking betreft *‘het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen’* (NZA 2012:7). Dit veronderstelt dat taakherschikking leidt tot het doelmatiger inzetten van middelen en daarmee tegemoet komt aan de ontwikkelingen in de zorg. Daarnaast kan taakherschikking artsen ontlasten omdat routinematige handelingen uit handen worden genomen, waardoor de arts meer tijd heeft voor specialistische zorg. Ook zijn er voordelen voor de patiënt te verwachten zoals doorgaans meer tijd en aandacht.

Taakherschikking betekent de tot stand koming van nieuwe beroepen (en daarbij horende opleidingen) die voor de uitvoering van hun taken nauw moeten samenwerken met gevestigde professionals. De inhoud van bestaande beroepen verschuift enerzijds als gevolg van het ontstaan van nieuwe beroepen en anderzijds wordt door de veranderde vraag een krachtig beroep gedaan op preventie en langdurige begeleiding van patiënten (RVZ 2011:7).

Dit onderzoek richt zich op taakherschikking van de arts naar het nieuwe beroep Physician Assistant. De Physician Assistant is binnen het medisch domein: een nieuwe zorgprofessional met een paramedische achtergrond (STG 2006:115). De Physician Assistant heeft een grote eigen handelingsvrijheid, zij weten op bepaalde terreinen meer dan een arts, bijvoorbeeld hoe ze een patiënt snel en adequaat kunnen instellen op medicatie. De arts kan inhoudelijke beslissingen dan minder goed beoordelen en zal zich meer richten op de controle van gevolgde procedures (IGZ 2007:14). Waar taken van artsen naar niet-artsen verschuiven, is het van groot belang dat duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is. Dit leidt daarom tot een nieuwe vorm van samenwerking tussen nieuwe en gevestigde professionals in de gezondheidszorg. Dit betekent dat professionals met een verschillende opleiding in een team moeten samenwerken ten behoeve van kwalitatief goede zorg aan de patiënt. Door de toevoeging van nieuwe beroepen in deze teamgerichte zorg, leidt taakherschikking tevens tot nieuwe vragen over de samenwerking tussen verschillende beroepen (IGZ 2007:14).

Taakherschikking in de gezondheidszorg is relatief nieuw, het eerste onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) dateert uit 2002. De gedachte heerst dat taakherschikking positieve effecten heeft op de effectiviteit van zorg, inzet van schaarse

financiële middelen en de patiënt. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voorspelt dat taakherschikking leidt tot kostenreductie in de curatieve zorg. Het is echter de vraag of deze voorspellingen kloppen.

Om taakherschikking succesvol mogelijk te maken zijn enkele aspecten van groot belang. Een van deze aspecten is vertrouwen tussen professionals. Zonder vertrouwen in elkaars kennis en kunde zal taakherschikking waarschijnlijk niet volledig tot wasdom komen. De vraag is wat de basis van vertrouwen is tussen de artsen en de Physician Assistant en of er wellicht meerdere vormen van vertrouwen in de professionele relatie gelijktijdig zichtbaar zijn. Dit is aanleiding om de rol en invloed van hybride vormen van professioneel vertrouwen op taakherschikking in de gezondheidszorg nader te onderzoeken. De bestuurskundige literatuur definieert hybride organisaties als organisaties die meervoudig besturen, zij worden zowel door de markt, overheid en maatschappelijke omgeving aangesproken. Hybride organisaties reageren op prikkels uit de omgeving en kunnen daardoor van gedaante wisselen. Dit betekent dat zij soms meer richting de overheid schuiven en soms meer richting de markt of gemeenschap (Putters 2009:8).

De Physician Assistant werkt op het snijvlak tussen verpleegkundigen en artsen, voor haar taken beweegt zij voortdurend tussen deze twee beroepen. Waar zij soms dichter richting de arts schuiven, schuiven zij in andere situaties juist meer richting de verpleegkundigen. Daardoor kan de Physician Assistant van ‘gedaante wisselen’. Dit betekent dat de Physician Assistant hybride functioneert over de grenzen van twee beroepen. De vraag is echter of hybride functioneren in de praktijk ook echt zo werkt of dat de Physician Assistant meer richting een van de twee domeinen beweegt. Als de Physician Assistant inderdaad in een van de twee domeinen functioneert, is dit dan het medisch domein omdat zij taken overneemt van de artsen? Staan artsen het toe dat de Physician Assistant in hun domein functioneert?

Om hybride te functioneren over de grenzen van domeinen is vertrouwen van groot belang. In deze context wordt met hybride vormen van professioneel vertrouwen veranderende vormen van vertrouwen tussen professionals bedoeld. Vertrouwen kan wisselende gedaanten aannemen naar aanleiding van prikkels uit de omgeving, bijvoorbeeld een incident.

Dit onderzoek kijkt in de praktijk welke hybride vormen van professioneel vertrouwen herkenbaar zijn en hoe zij taakherschikking beïnvloeden. Het onderzoek maakt deel uit van het Europese onderzoek MUNROS naar taakherschikking in de zorg en wat de effecten van taakherschikking zijn op de financiën.

1.2. De Physician Assistant

Per 1 januari 2012 hebben Physician Assistants voor vijf jaar, conform de Wet BIG, de bevoegdheid om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten. Deze nieuwe bevoegdheid maakt het herschikken van taken tussen artsen en Physician Assistants juridisch beter mogelijk. Bij dat herschikken van taken dient er voor gezorgd te worden dat de kwaliteit van zorg voldoende geborgd blijft (KNMG et al. 2012:7).

Physician Assistants zijn medische zorgprofessionals op HBO-masterniveau opgeleid en werkzaam binnen een deelgebied van de geneeskunde. Tijdens de masteropleiding

ontwikkelt de Physician Assistant een brede geneeskundige basiskennis. Daarnaast ontwikkelt de Physician Assistant specifieke medische bekwaamheden binnen het werkzame specialisme. De brede geneeskundige basis stelt de Physician Assistant in staat om zich na de opleiding ook in andere specialismen te ontwikkelen en werkzaam te zijn. De werkzaamheden zullen voornamelijk bestaan uit het overnemen van (geprotocolleerde) medische taken van artsen (taakherschikking/substitutie). Het doel van het beroep is bijdragen aan de continuïteit en kwaliteit van de geneeskundige zorgverlening door het verrichten van medische taken die eerder alleen door universitair opgeleide artsen verricht werden. Artsen kunnen zich daardoor op de meer specialistische taken richten. De Physician Assistant is werkzaam in het (academisch) ziekenhuis (KNMG et al. 2012:37).

1.3. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in hybride vormen van professioneel vertrouwen.

Door middel van een literatuurstudie en kwalitatief onderzoek is in kaart gebracht hoe vertrouwen in professionele samenwerking vorm krijgt, wat de aanwezigheid van vertrouwen tussen professionals beïnvloedt en hoe meervoudig besturen de inzet van de Physician Assistant in het ziekenhuis beïnvloedt.

1.4. Vraagstelling

In dit onderzoek staat op basis van de doelstelling de volgende hoofdvraag centraal:

Wat is de invloed van hybride vormen van professioneel vertrouwen op taakherschikking naar de Physician Assistant in het ziekenhuis?

Vanuit de theorie wordt gekeken naar verschillende vormen van professioneel vertrouwen, die leiden tot de volgende drie theoretische deelvragen:

- Hoe wordt meervoudig besturen van professionals in de gezondheidszorg geconceptualiseerd?
- Hoe wordt professioneel vertrouwen binnen professionele groepen in de sociologische literatuur geconceptualiseerd?
- Hoe wordt professioneel vertrouwen tussen professionele groepen in de sociologische literatuur geconceptualiseerd?

Aan de hand van empirische data, die in de praktijk door middel van verschillende data verzamelmethode zijn verzameld, is het mogelijk om de volgende drie empirische deelvragen te beantwoorden.

- Hoe beïnvloedt meervoudig besturen de inzet van Physician Assistants in het ziekenhuis?
- Wat is de basis van vertrouwen tussen artsen en de Physician Assistant en waar blijkt dat uit?

1.5. Maatschappelijke relevantie

De snel stijgende collectieve zorguitgaven zijn een groot probleem voor de openbare financiën en economie. De reële zorguitgaven stijgen sinds het begin van deze eeuw met meer dan 4¼% per jaar. De zorguitgaven beslaan nu al een kwart van de collectieve uitgaven, de groei in uitgaven is op zowel de middellange als de lange termijn onhoudbaar. Daarnaast zijn de zorguitgaven slecht beheersbaar, het lukt niet om de groei van de collectieve zorguitgaven binnen de gestelde kaders te houden. De uitgaven zijn de afgelopen vijftien jaar slechts eenmaal binnen het Budgetair Kader Zorg (BKZ) gebleven (Taskforce Beheersing Zorguitgaven 2012:10). De snel stijgende collectieve zorguitgaven vragen om nieuwe en innovatieve manieren om de zorg structureel te verbeteren en goedkoper te maken. Taakherschikking is daarvan een voorbeeld, het is een manier om zorg door ‘goedkopere’ professionals te laten uitvoeren, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.

In de maatschappij heersen verschillende beelden ten aanzien van taakherschikking. De gedachte heerst dat taakherschikking niet structureel vorm krijgt maar alleen mogelijk is in tijdelijke pilots of onder specifieke omstandigheden. Daarnaast vraagt taakherschikking om nieuwe manieren van toezicht op kwaliteit en veiligheid. De vraag die speelt is hoe dit vorm gegeven kan worden. Tot slot is nog weinig bekend over hoe de Physician Assistant in de praktijk werkt, hoe zij samenwerken met andere disciplines en hoe zij zich verhouden ten opzichte van andere disciplines.

Dit onderzoek speelt in op de verschillende heersende beelden in de maatschappij en de behoefte om een antwoord te krijgen op deze vragen. Het onderzoek kan een bijdrage leveren aan het antwoord op de vraag of taakherschikking structureel is, hoe taakherschikking in de praktijk vorm krijgt en op welke wijze toezicht op kwaliteit en veiligheid vormgegeven kan worden. Tevens geeft dit onderzoek meer inzicht in de ontwikkeling van nieuwe beroepen als gevolg van taakherschikking en de samenwerking tussen verschillende professionals. Daarmee komt het onderzoek tegemoet aan de maatschappelijke behoefte meer inzicht te krijgen in taakherschikking.

1.6. Wetenschappelijke relevantie

In de wetenschappelijke literatuur is reeds het een en ander geschreven over taakherschikking in de zorg. Daarin staan met name doelmatigheid, effectiviteit en kostenreductie centraal. Tevens is het meeste onderzoek gedaan in Amerika en is taakherschikking in Europa nog een onderbelicht onderzoeksgebied. Over de rol van vertrouwen in samenwerking, de constructie van professioneel vertrouwen en vertrouwen binnen groepen en tussen groepen is al veel geschreven. Ook het belang van vertrouwen in de gezondheidszorg is uitgebreid gedocumenteerd. De invloed van vertrouwen, en meer specifiek hybride vormen van professioneel vertrouwen, op taakherschikking in de gezondheidszorg is echter nog niet eerder onderzocht. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de ontwikkeling van literatuur op het gebied van de invloed van vertrouwen op taakherschikking en samenwerking tussen professionals, deze invloed wordt in het ziekenhuis onderzocht waarmee een meer generalistisch beeld ontstaat. Daarmee is dit onderzoek een nieuwe verkenning en worden twee, voorheen afzonderlijk onderzochte onderwerpen, samengebracht.

1.7. Leeswijzer

Na het inleidende hoofdstuk 1 staat in hoofdstuk 2 het theoretische concept van hybride vormen van professioneel vertrouwen centraal. Dit hoofdstuk schetst de wetenschappelijke inzichten ten aanzien van professioneel vertrouwen, hoe constructie van vertrouwen plaats vindt en op welke manier het mogelijk is om vertrouwen te beïnvloeden. Het hoofdstuk geeft antwoord op de theoretische deelvragen.

Hoofdstuk 3 besteedt aandacht aan de methoden en technieken die tijdens dit onderzoek zijn gehanteerd. Tevens verantwoord dit hoofdstuk de keuzes die tijdens het onderzoek zijn gemaakt.

Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de resultaten die verkregen zijn uit de dataverzameling in het ziekenhuis om vervolgens deze te analyseren. Na het schetsen van een algemeen beeld van de wijze waarop vertrouwen vorm krijgt bij taakherschikking in het ziekenhuis, schetst dit hoofdstuk de invloed van vertrouwen op taakherschikking.

Hoofdstuk 5 vormt de conclusie en geeft, met behulp van de deelvragen, de verkregen theoretische inzichten en resultaten, een antwoord op de hoofdvraag. Tevens zijn in dit hoofdstuk enkele aanbevelingen geformuleerd naar aanleiding van de resultaten uit het onderzoek.

Hoofdstuk 6 is de literatuurlijst met een overzicht van de gebruikte literatuur voor deze scriptie.

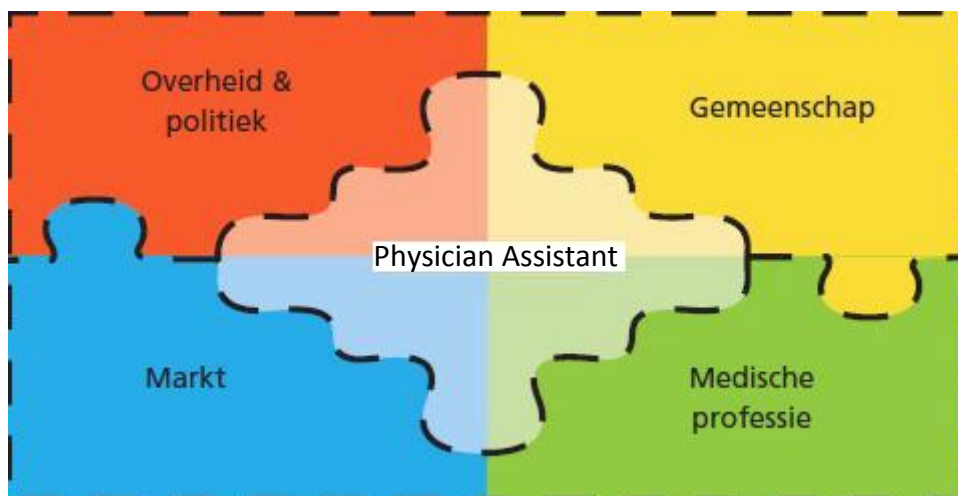
In de bijlagen zijn de interview topics en het observatieschema opgenomen.

2. Hybride vormen van professioneel vertrouwen

In dit theoretisch kader staan twee debatten centraal. Het eerste debat betreft meervoudig besturen in de gezondheidszorg, waarbij de Physician Assistant tussen vier domeinen functioneert. Het tweede debat betreft twee vormen van vertrouwen, enerzijds vertrouwen binnen homogene groepen op basis van *'familiarity'* en anderzijds vertrouwen tussen heterogene groepen op basis van *'laity'*. Door meervoudig te besturen is het mogelijk om homogene en heterogene groepen te sturen. Op deze wijze is het mogelijk om vertrouwen binnen deze groepen te beïnvloeden. Dit theoretisch kader verbindt de twee debatten met elkaar en geeft op deze wijze meer inzicht in de werking van hybride vormen van professioneel vertrouwen en hoe deze invloed hebben op de verdeling en herschikking van taken.

2.1. Hybride vormen van bestuur

Hybride organisaties zijn organisaties die meervoudig besturen. Ze zijn geen klassieke marktpartij en ook niet van de overheid. Dit type organisaties wordt zowel door de markt, overheid en de maatschappelijke omgeving aangesproken. Dit betekent dat hybride organisaties in constante interactie staan met bekenden en onbekenden. Hybride organisaties reageren op prikkels uit de omgeving en kunnen daardoor van gedaante wisselen. Dat kan betekenen dat zij soms meer ondernemend zijn en zich op de markt bewegen, worden aangesproken op hun maatschappelijke betrokkenheid in de wijk en dat ze soms functioneren als uitvoeringorganisatie van de overheid. Dit is het meervoudig besturen dat hybride organisaties in zekere zin permanent 'experimenterende organisaties' maakt (Putters 2009:8). Bij sturing van en in de gezondheidszorg zijn altijd verschillende niveaus van organisatie betrokken. (Bal 2008:11). Putters (2009) schetst de zorgbestuurder als 'hybride' tussen de vier domeinen overheid & politiek, gemeenschap, markt en medische professie. In dit onderzoek is het echter niet de zorgbestuurder maar de Physician Assistant die hybride functioneert tussen de vier domeinen:



Hybride organisaties reageren op verschillende manieren op de introductie van nieuwe professionals. Enerzijds stellen zorgorganisaties zich ondernemend op, zorgbestuurders zijn namelijk belangrijke voorstanders bij de introductie van nieuwe professionals in het werkveld,

zo betalen zij bijvoorbeeld de opleiding. Anderzijds zijn zorgbestuurders behoudend, zij geven de artsen een belangrijke inbreng bij de aanstelling van de Physician Assistant. Taakherschikking is een antwoord op het te kort aan artsen en de behoefte om bronnen doelmatiger in te zetten. Tevens is taakherschikking een middel om patiënt gerichte zorg te leveren. Dit leidt tot dynamische grenzen tussen professies, waarbij kansen voor veranderingen in de jurisdictie van het werk ontstaan. Verpleegkundigen krijgen daardoor taken van de arts die zij in het verleden niet hadden (Currie et al. 2010:945). De Physician Assistant heeft van alle vier de genoemde domeinen vertrouwen nodig om uitvoering te kunnen geven aan de nieuwe taken zodat taakherschikking in de praktijk tot wasdom kan komen.

2.1.1. Overheid

Een push heeft plaatsgevonden om de professionele status van verpleegkundigen te verhogen en tegelijkertijd hun autonomie en macht en het respect voor hun beroep te vergroten. Met de introductie van functies zoals de Physician Assistant, verpleegkundige consultant en verpleegkundige voorschrijver zijn senior functies voor verpleegkundigen geïntroduceerd waardoor zij meer klinische taken vervullen en substitutie plaats vindt van rollen die traditioneel door artsen werden vervuld (Currie et al. 2010:946). De overheid heeft deze nieuwe functies per 1 januari 2012 gelegitimeerd door de wet BIG aan te passen waardoor de Physician Assistant voor vijf jaar de bevoegdheid heeft gekregen om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten. Deze nieuwe bevoegdheid maakt het herschikken van taken tussen artsen en de Physician Assistant juridisch beter mogelijk (KNMG et al. 2012:7). De overheid wil met de wetwijziging bereiken dat de zorg doelmatiger wordt en bijdraagt aan het oplossen van het personeelstekort. Het resultaat daarvan is meer patiëntgerichte zorg met behoud van en een mogelijke verbetering van kwaliteit (VWS 2009). Door de wet BIG aan te passen geeft de overheid de Physician Assistant dezelfde basis van vertrouwen als de artsen.

Volgens Currie et al (2010) kan de overheid in haar nationale beleid de ontwikkeling van nieuwe beroepen minder steunen dan op het eerste gezicht lijkt. Beleidsdocumenten geven bijvoorbeeld weinig aandacht aan sociale en culturele factoren die het succes van veranderingen in professionele titels, carrièrepaden en op competentie gebaseerde functies kunnen tegenhouden. Beleidsmakers hebben geen begrip voor sociale structuren die de introductie van nieuwe beroepen voor gezondheidszorg professionals in de bestaande verdeling van taken ondersteunen. Daardoor ontstaat een gat tussen beleid en implementatie waarbij de ontwikkeling van het nieuwe beroep niet overeenkomst met de intentie van het beleid (Currie et al. 2010:945).

2.1.2. Medische professie

De artsen (medische professie) zien zich geconfronteerd met de nieuwe professionals die aan de grenzen komen van het professionele domein van artsen. Door hun grote zelfstandigheid kan de Physician Assistant grotendeels onafhankelijk van artsen werken. Met het toekennen van bevoegdheden om voorbehouden handelingen te mogen indiceren en verrichten en tevens

medicatie voor te schrijven, treedt de Physician Assistant binnen in het domein dat voorheen exclusief aan de arts was voorbehouden. Veranderingen in de rol van verpleegkundigen, waarin zij werden aangemoedigd om meer technische aspecten van geneeskunde op zich te nemen, suggereren dat verpleegkundigen minder afhankelijk worden van artsen. Dit is minder een uitbreiding van verpleegkundige bevoegdheden en meer een herinterpretatie van gevestigde regels, waarbij verpleegkundigen ondergeschikt blijven aan artsen (Currie et al. 2010:947). *“The nursing profession itself did not support the development of ‘hybrid’, boundary-crossing roles, which required a degree of autonomy unfamiliar to nurses”* (949). Het is dan ook niet vreemd dat de mate waarin senior verpleegkundigen hun hybride rollen begrepen en in staat waren om supervisie en ondersteuning in de ontwikkeling van deze rollen te bieden, gelimiteerd was (Currie et al. 2010:950).

Vertrouwen is belangrijk voor de Physician Assistant om hybride, over de grenzen van professies, te kunnen werken. Vertrouwen in de relatie tussen de arts en Physician Assistant is een manier om de heersende traditionele professionele hiërarchie te bestrijden. Een Physician Assistant zegt over haar functie het volgende: *“Initially the geneticist was the driving force behind the pilot. Then she let off the reins as she felt more secure about me. I’ve led it a little bit more. Once she realized that I was quite capable then she let me have more autonomy.”* (Currie et al. 2010:950). De Physician Assistant maakt gebruik van haar persoonlijke invloed om het effect van rolafhankelijke invloed te beperken. De autonomie van deze Physician Assistant was begrensd, de Physician Assistant kreeg meer vrijheid om zorg te verlenen en dit zelf te organiseren, op het moment dat het vertrouwen ontstaan was over de grenzen van interprofessionele hiërarchie. Supervisie van de arts bleef bestaan voor wat betreft klinische zaken, daarmee prevaleerden rolafhankelijke karakteristieken boven persoonlijke karakteristieken (950-951). *“For example, where a nurse has a long established, more particularized and personalized, relationship with a doctor, they seem able to enact the genetics nurse role, as conceived by policy, more easily”* (Currie et al. 2010:955).

Currie et al. (2010) constateren in hun onderzoek dat nieuwe beroepen, zoals de Physician Assistant, ‘begrensd’ blijven door institutionele factoren. Verpleegkundigen blijven ondergeschikt aan artsen door de manier waarop hun functie over de grenzen van professies heen wordt ontwikkeld. Een meer autonome rol voor verpleegkundigen wordt beperkt door traditie en generieke artsen. Dit is tevens zichtbaar binnen de verpleegkundige professie waar het nieuwe beroep onderwerp is van interne druk. Onder invloed van professionele instituties ligt in de National Health Service (NHS) nog steeds de nadruk op stabiliteit, hiërarchie en werkposities die professioneel en organisatorisch begrensd zijn. Daardoor kan de taakherschikking van professionele rollen en relaties traag verlopen in de NHS (Currie et al. 2010:954).

2.1.3. Markt & gemeenschap

Recent is een aantal Verpleegkundig Specialisten¹ in GGZ instellingen op non-actief gesteld of zelfs ontslagen omdat zij hun werk niet kunnen uitvoeren. Zorgverzekeraars erkennen de

¹ Verpleegkundig Specialisten zijn verpleegkundigen die worden ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aangaan (KNMG et al. 2012:35).

Verpleegkundig Specialist niet als hoofdbehandelaars waardoor ze niet de beoogde besparing opleveren. De Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant mogen zelfstandig diagnoses stellen en behandelen en zijn daarmee hoofdbehandelaar van patiënten. In de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars staat echter dat alleen klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters hoofdbehandelaar mogen zijn. Daardoor moeten de duurdere specialisten alsnog ingeschakeld moeten worden terwijl dat eigenlijk niet nodig is. Door de Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist niet als hoofdbehandelaar te erkennen geven de markt en gemeenschap aan geen vertrouwen in hen te hebben. Gevolg is dat taakherschikking, zoals dit is bedoeld, niet van de grond komt en de voordelen die met taakherschikking gepaard kunnen gaan niet worden benut.

De NZa (2012) herkent dit probleem en signaleert in haar advies taakherschikking twee mogelijke financiële belemmeringen in de regelgeving van de DBC-systematiek. Ten eerste vinden alle zorgactiviteiten plaats onder verantwoordelijkheid van de poortspecialist. Hiermee heeft de poortspecialist de verantwoordelijkheid voor de juiste typering van de zorg en de registratie hiervan. Het is dus niet mogelijk voor niet-poortspecialisten om een initieel subtraject te openen (het starten van een behandeling) (NZa 2012:20). Om deze belemmering weg te nemen adviseert de NZa (2012) de lijst met zorgverleners die in de regelgeving zijn aangemerkt als hoofdbehandelaar uit te breiden met de Physician Assistant (NZa 2012:30).

Onderzoek door de NZa (2012) toont dat er verdeeldheid aanwezig is over het wegnemen van deze belemmering. De Orde van Medisch Specialisten vindt het van belang dat het hoofdbehandelaarschap bij de medisch specialist blijft. Zorgverzekeraars Nederland wil de lijst met poortspecialisten die in de regelgeving zijn aangemerkt als hoofdbehandelaar uitbreiden. De Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen zijn van mening dat het onderscheid tussen poortspecialisten en de verantwoordelijkheid voor de juiste typering en registratie van een zorgtraject losgelaten moet worden (NZa 2012:21).

Ten tweede dient er een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist te zijn bij een polikliniekbezoek. Het registreren van een polikliniekbezoek is namelijk nodig om een niet-klinische DBC (dagverpleging of polikliniek) te kunnen declareren. Om deze belemmering weg te nemen adviseert de NZa (2012) de voorwaarde dat enkel poortspecialisten een polikliniekbezoek in rekening mogen brengen geheel los te laten. De NZa (2012) is van mening dat het niet langer noodzakelijk is om het face-to-face contact met een poortspecialist te verplichten voor het in rekening mogen brengen van een polikliniekbezoek. De poortspecialist is namelijk verantwoordelijk voor de hele registratie, waaronder ook het polikliniekbezoek van de patiënt (NZa 2012:30).

Onderzoek door de NZa (2012) toont dat alle partijen, met uitzondering van de Orde van Medisch Specialisten, voorstander zijn van het advies van de NZa (2012). De Orde van Medisch Specialisten geeft aan dat de huisarts een patiënt verwijst naar een medisch specialist in de tweede lijn, om die reden hechten zij aan het contact tussen de patiënt en medisch specialist (NZa 2012:21).

Naar aanleiding van het onderzoek door de NZa heeft de minister van VWS een brief naar de kamer geschreven. In deze brief erkent de minister dat de medisch specialist omwille van het declareren van de DBC altijd onderdeel moet zijn van de zorgverlening, terwijl dit niet bij elke zorgvraag nodig is. De minister heeft besloten om het aantal zorgverleners dat een DBC in rekening mag brengen uit te breiden met de Physician Assistant en de Verpleegkundig Specialist². Door de regelgeving rond de registratie en declaratie van DBC's uit te breiden met de betreffende beroepsgroepen sluit de registratie- en declaratieregelgeving aan bij de wijziging van de Wet BIG, waarin per 1 januari 2012 deze beroepsgroepen zelfstandig voorbehouden handelingen mogen indiceren en uitvoeren. Daartoe zal de NZa de regels zodanig aanpassen dat de belemmeringen worden opgeheven en de registratie en declaratie van zorgaanbieders per 1 januari 2015 de gewenste ruimte bieden voor de Physician Assistant en de Verpleegkundig Specialist. Het startjaar 2015 is een volgens de minister een logisch moment omdat dit gelijk valt met de invoering van integrale bekostiging. De afzonderlijke bekostiging van instellingen voor medisch specialistische zorg en vrijgevestigde medisch specialisten komt dan te vervallen (VWS 2013:2).

2.2. Nieuwe professionals

Er is sprake van een verschuiving van vertrouwen naar de opkomst van nieuwe professionals. Nieuwe professionals krijgen een prominentere rol omdat de macht van professionals is verschoven. Historisch gezien hebben artsen veel macht doordat zij beschikken over specifieke medische kennis, de professie zelf standaarden bepaalt op het gebied van onderwijs en training, een wettelijke vergunning noodzakelijk is om het beroep van arts te mogen uitoefenen en de meeste wetgeving die op medici van invloed is wordt vormgegeven door (leden van) de beroepsgroep (Boot 2002:79). Daardoor hebben externe partijen zoals de markt, overheid en gemeenschap lange tijd geen tot weinig invloed gehad in het medische domein. Gevestigde posities, sociale relaties en gebruiken van artsen zijn onder druk komen te staan. Als een arts meer rekening moet houden met bijvoorbeeld de media, moet hij andere dingen doen en gaat hij zich tot andere werelden verhouden, bijvoorbeeld die van persvoorlichters en journalisten. Het betreft niet alleen geld en macht; veranderingen rond publieke dienstverlening veranderen sociale relaties, posities en gebruiken van medici. (Noordegraaf 2008:14).

Medici zijn niet geneigd om de nieuwe professionals toe te laten in hun groep/domein, maar door de druk van buitenaf (en de gelegitimeerde macht van deze partijen), kan de medische professie niet meer om de nieuwe professionals heen. Artsen moeten daardoor komen tot vormen van samenwerking. Er is dan sprake van een verschuiving van een homogene naar een heterogene groep. Nancarrow & Borthwick (2005) identificeren vier factoren die belangrijk zijn bij de opkomst van nieuwe professionele beroepen: de praktiserende leden, gebruikers, universiteiten en overheid (Nancarrow & Borthwick 2005:902). De veranderingen in professionele grenzen gaat sneller dan in het verleden

² Verpleegkundig Specialisten zijn verpleegkundigen die worden ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aangaan (KNMG et al. 2012:35).

mogelijk was. De veranderingen vinden plaats in een beleidsklimaat dat arbeidsflexibiliteit voor professionals met minder dominantie in de medische professie actief steunt. Dit is de eerste keer in de geschiedenis dat de overheid expliciet professionals die geen arts zijn steunt om traditionele medische rollen, zoals het voorschrijven van medicatie en opereren, te doorbreken (Nancarrow & Borthwick 2005:913).

Het nieuwe beroep Physician Assistant is ontstaan als gevolg van verticale substitutie. Bij verticale substitutie worden taken over disciplinaire grenzen heen gedelegeerd of geadopteerd, daarbij is het niveau van training of expertise niet gelijkwaardig tussen medewerkers. Verticale substitutie vergroot doorgaans de omvang van het werk van een professional (Nancarrow & Borthwick 2005:909-910). Door de komst van de Physician Assistant via verticale substitutie is er binnen de discipline verpleegkundige een ‘subspecialisatie’ ontstaan. Daarbij betreft de verticale substitutie het overnemen van taken die voorheen door de arts werden gedaan (Nancarrow & Borthwick 2005:910).

Voor de nieuwe professional is het van belang om een professionele identiteit te ontwikkelen. Aan een professionele identiteit ontleent een beroep haar positie en taken. Een professionele identiteit wordt ontwikkeld en gedeeld onder professionals op basis van carrière mogelijkheden. Deze carrière mogelijkheden zijn afhankelijk van een professionele kwalificatie en socialisatie in een lange en intensieve opleiding en het levenslang uitvoeren van dezelfde taken met een groep gelijken. Professionele identiteit is relationeel, legitimiteit moet actief geconstrueerd en gereproduceerd worden in de relatie met anderen. Dit betekent dat professionals in de interactie met andere professionals hun identiteit continu moeten bevestigen en construeren. Een manier om grenzen te bewaken is dan ook voor de ene professionele groep om zichzelf als expert te positioneren ten opzichte van de andere professionele groep die als amateur wordt neergezet (Currie et al. 2010:944).

Door deze verschuiving van professionele macht naar de markt, overheid en gemeenschap veranderen de mechanismen van vertrouwen. Waar voorheen vertrouwen onder medici bestond op basis van ‘*familiarity*’, gaat vertrouwen nu meer over ‘*laity*’ doordat het medische domein niet meer exclusief aan de medici toebehoort maar ook aan de Physician Assistant. Daarbij gaat het meer over meten, kennis universeel maken, vergelijken en afrekenen.

2.3. Vertrouwen in de gezondheidszorg

Vertrouwen is om twee redenen van groot belang in de gezondheidszorg. Allereerst maakt het coöperatie mogelijk tussen de vele relaties in het gezondheidszorg systeem waardoor het mogelijk is om zorg te leveren. Ten tweede kan een gezondheidszorg systeem gefundeerd op vertrouwen bijdragen aan het genereren van bredere sociale waarden. Gezondheidszorg systemen leveren niet alleen zorg en hebben niet alleen tot doel het verbeteren van de gezondheid, maar zij vormen tevens sociale normen die menselijk gedrag vormen en bredere sociale waarden (Kramer 1999). Deze normen dragen bij aan het ontwikkelen van een morele gemeenschap waarin vertrouwen is en kunnen zo de basis leggen voor algemeen vertrouwen (Gilson 2006:362).

2.4. Vormen van vertrouwen en vormen van samenwerking

Om inzicht te verkrijgen in de invloed van hybride vormen van professioneel vertrouwen op taakherschikking in de gezondheidszorg en aan welke bronnen dit vertrouwen wordt ontleend, is het van belang om het concept vertrouwen allereerst te definiëren. Vertrouwen wordt gezien als *“the optimistic acceptance of a vulnerable situation in which the trustor believes the trustee will care for the trustor’s interests”* (Hall et al. 2001:615). In deze definitie staan vier concepten centraal: ten eerste verwantschap; ten tweede een vrijwillige acceptatie als reactie op verwachtingen over hoe een persoon die vertrouwd wordt zich in de toekomst ten opzichte van jezelf zal gedragen; ten derde een mate van risico en kwetsbaarheid; en tot slot dat vertrouwen is verankerd in verwachtingen die anderen hebben ten aanzien van individuele belangen. Hall (2001) zegt over deze verwachtingen van anderen: *“Trusting attitudes are directed as much to motivations and intentions as to results.”* (Hall et al. 2001:615). Vertrouwen is meer, zoals geloof, een expressie van ‘*commitment*’ dan een cognitief begrip (Gilson 2006:361). Deze definitie van vertrouwen ligt dicht bij wat Shapin (1992) als vertrouwen onder bekenden omschrijft. Beide definities benadrukken het belang van de relatie tussen degene die het vertrouwen schenkt en degene die het vertrouwen ontvangt en de rol van verschillende belangen hierin.

2.4.1. Vertrouwen onder bekenden

Shapin (1992) spreekt over twee vormen van vertrouwen: vertrouwen onder bekenden versus vertrouwen onder onbekenden. Vertrouwen onder bekenden is gekenmerkt door ‘*familiarity*’ waarin het aannemen van uitspraken als normaal wordt beschouwd. Geloofwaardigheid wordt ontleend aan bekendheid met elkaar, wantrouwen heeft waarschijnlijk zowel hoge pragmatische als hoge morele consequenties (Shapin 1992:29). Vertrouwen onder onbekenden is gekenmerkt door ‘*laity*’ waarbij onbekenden dagelijks interactie met elkaar hebben (Shapin 1992:18).

Alhoewel Calnan & Rowe (2008) niet specifiek spreken over vertrouwen op basis van ‘*familiarity*’, erkennen zij deze vorm van vertrouwen wel: *“Likewise in inter-practitioner relationships and clinician–manager relations trust is the product of social relations and interaction, with each encounter adding to or diminishing levels of trust between individuals. Trust can no longer be assumed, based on professional status and seniority, instead it is conditional and is earned through a variety of strategies that demonstrate honesty, reliability, competence, accessibility and that colleagues share similar values and will look after each other’s interests.”* (Calnan & Rowe 2008:202). Vertrouwen versterkt samenwerking tussen professionals, wordt geassocieerd met werksatisfactie en motivatie, leidt tot lagere transactie kosten doordat minder controle en monitoring noodzakelijk is en verbetert tevens de efficiëntie van professionals (Calnan & Rowe 2008:203).

In een onderzoek naar het verdelen van werk onder artsen in een praktijk onderscheiden Branson & Armstrong (2004) vertrouwen onder bekenden als een homogene groep waarin in informele systemen via vertrouwen en flexibiliteit het werk wordt verdeeld. Het gaat hierbij vaak om kleine praktijken waarbij artsen makkelijk benaderbaar zijn. Een arts zegt over vertrouwen via flexibiliteit het volgende: *“The key to that system working is*

showing that if you are flexible with your partners, they will be flexible with you and it is just a basis underpinning of any partnership that it's a give and take thing." (Branson & Armstrong 2004:2).

2.4.2. Vertrouwen onder onbekenden

Veel interactie vindt dagelijks plaats tussen mensen die elkaar niet kennen, het gaat hier om vertrouwen onder onbekenden, vertrouwen op basis van *'laity'* (Shapin 1992:18). In deze context zijn procedures en regels van belang, zij dienen als basis om onbekenden te vertrouwen in interactie. Op deze manier wordt tevens de fundering gelegd voor vertrouwen in sociale systemen (Gilson 2006:361). Shapin (1992) stelt dat beide vormen van vertrouwen gelijktijdig aanwezig kunnen zijn, wanneer dit het geval is prefereren mensen *'laity'* (Shapin 1992:19). Branson & Armstrong (2004) erkennen dat dit vertrouwen tussen onbekenden aanwezig is in een heterogene groep waarin formele systemen ingezet worden om werk tussen artsen te verdelen. Een voorbeeld is het inzetten van een punten systeem op basis waarvan taken eerlijk verdeeld worden tussen artsen. Het betreffen vaak grote praktijken waarbij de afstand tussen artsen groot is, artsen spreken in dit verband over verschillende groepen waar geen vertrouwen tussen bestaat (Branson & Armstrong 2004:2).

Op vergelijkbare wijze tonen Sorensen & Iedema (2007) dat wanneer de afstand tussen groepen groot is, er weinig vertrouwen is in elkaars capaciteiten. Wanneer dit vertrouwen ontbreekt zullen professionals geen samenwerkingsrelaties aan gaan. Deze samenwerking is echter wel essentieel om kwalitatief goede zorg aan patiënten te kunnen verlenen. Dit illustreren zij aan de hand van een onderzoek naar herverdeling van taken. Artsen op de intensive care unit hebben, door hun holistisch en klinische oriëntatie, een andere visie op zorg dan 'externe professionals'. Daardoor hebben zij moeite met het afstaan van taken en hebben zij geen vertrouwen in de capaciteiten en kwaliteiten van hun collegae (Sorensen & Iedema 2007:95). Vertrouwen in anderen, de notie dat andere inwoners van een maatschappij zullen handelen ten faveure van het collectieve belang, is daarom gedeeltelijk terug te vinden in vertrouwen in onbekenden gebaseerd op instituties. Dit vertrouwen is tevens verankerd in inter-persoonlijke relaties die regelmatig bekrachtigd worden in effectieve interactie. Het micro en macro niveau van vertrouwen zijn daarmee met elkaar verbonden (Gilson 2006:361).

Communiceren over de grenzen van professionele groepen heen blijkt in de praktijk vaak lastig te zijn. Dit is te verklaren door de aanwezigheid van een sociale hiërarchie in de zorg. Daarnaast is de afstand tussen professionals groot waardoor de gevoelde benaderbaarheid van professionals als laag wordt ervaren (Branson & Armstrong 2004:2). Onderzoek naar de inzet van video observatie en de invloed op gedrag van artsen en verpleegkundigen, liet zien dat het inzichtelijk maken van het eigen gedrag en dat van anderen de professionals in staat stelde om deze grenzen te overbruggen. Zo ontstond er in het onderzochte ziekenhuis een gedeelde basis van waaruit professionals elkaar gingen aanspreken op de wijze waarop zij hun kleding droegen (kleding aan de achterkant dicht knopen om contact met patiënten te voorkomen). Op deze wijze ontstond *'mutual susceptibility'*, Iedema & Rhodes (2010) zeggen hierover het volgende: *"The way in which*

the clinicians dynamically adjust their focus from clinical concerns to the process of gowning shows that they are dynamically attentive to their colleagues' activities. This means too they are capable of communicating across professional boundaries that for decades have constrained how clinicians collaborate, rendering inter-professional communication hierarchical and problematic." (Iedema & Rhodes 2010:208).

2.5.De medische opleiding en vertrouwen

Vervolgens is interessant wat de invloed is van de medische opleiding op de wijze waarop professionals vertrouwen hebben in elkaar. Tijdens de medische opleiding vindt immers een proces plaats waarin artsen in opleiding een gevoel van verantwoordelijkheid ontwikkelen voor hun patiënten. In de medische opleiding zijn zowel vertrouwen in elkaar als professionele autonomie van belang, waardoor een mogelijk conflict kan ontstaan. Meer transparantie en verantwoordelijkheid in de medische opleiding worden gevraagd, waardoor de relatie tussen een arts en de individuele patiënt en tussen de arts en de samenleving verandert. Meer transparantie kan tegelijkertijd tot wantrouwen leiden omdat iemand niet de expertise heeft om de beschikbare informatie voor een arts te interpreteren en begrijpen. Dit is een voorbeeld van vertrouwen tussen de patiënt en arts waarbij sprake is van vertrouwen tussen onbekenden. Vertrouwen, een belangrijk aspect van de arts-patiënt relatie, kan beschadigd worden als teveel belang wordt gehecht aan verantwoordelijkheden en transparantie (Wallenburg et al. 2012:50).

De inrichting van de medische opleiding gebaseerd op het *'trust-based'* perspectief benadrukt echter het belang van vertrouwen tussen bekenden en sluit daarmee aan bij vertrouwen op basis van *'familiarity'*. Aanhangers van het *'trust-based'* perspectief gaan er van uit dat medische training gaat over het opdoen van ervaring, rolmodellen en vertrouwen. De medische opleiding wordt gezien als een moreel leerproces, *'tacit knowledge'* is daarin van groot belang. Vanuit deze visie hoeft er geen strikte supervisie te zijn, maar zijn vertrouwen in elkaar en professionele autonomie van belang (Wallenburg et al. 2012:48-49).

Witman et al. (2010) onderscheiden een vierdeling in de medische habitus: klinisch, wetenschappelijk, professioneel en collegiaal. Vanuit een professionele houding, aangeleerd via het socialisatie proces tijdens de medische opleiding, zien artsen zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk voor hun patiënten (Witman et al. 2010:483). Door dit grote gevoel van verantwoordelijkheid hebben artsen moeite met het herverdelen van taken.

Ook de Physician Assistants ervaren vanuit hun opleiding een groot verantwoordelijkheidsgevoel voor het welzijn van hun patiënten. De bevoegdheidsgrenzen van de Physician Assistant wordt bepaald door functionele afspraken met de arts waarmee de Physician Assistant een samenwerkingsverband heeft, de opleiding c.q. de eigen bekwaamheid en de wettelijke bepalingen met betrekking tot de bevoegdheden. De grenzen van het werkgebied van de Physician Assistant worden bepaald door de specifieke gedelegeerde medische taken. Die dienen met de specialist of arts waarmee de Physician Assistant een samenwerkingsverband heeft te zijn overeengekomen en in een heldere taakomschrijving te zijn vastgelegd. Waar de bevoegdheidsgrens precies wordt gelegd, is afhankelijk van onder andere de beleidskaders van een gezondheidszorginstelling, de

functionele aanwijzingen van de specialist/arts waarvan de Physician Assistant taken overneemt en de gebleken bekwaamheid van de individuele Physician Assistant. Onduidelijkheid heerst over de grenzen van deze taken. Binnen het werkterrein handelt de Physician Assistant zelfstandig en draagt de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënten (NAPA 2012:4-5). Deze onduidelijkheid over de grenzen van het werkgebied bemoeilijkt taakherschikking tussen de arts en Physician Assistant en bevordert professioneel vertrouwen tussen de arts en Physician Assistant niet door het gebrek aan procedures en regels (*'laity'*).

2.6. Vertrouwen in de relatie tussen de medisch professional en de patiënt

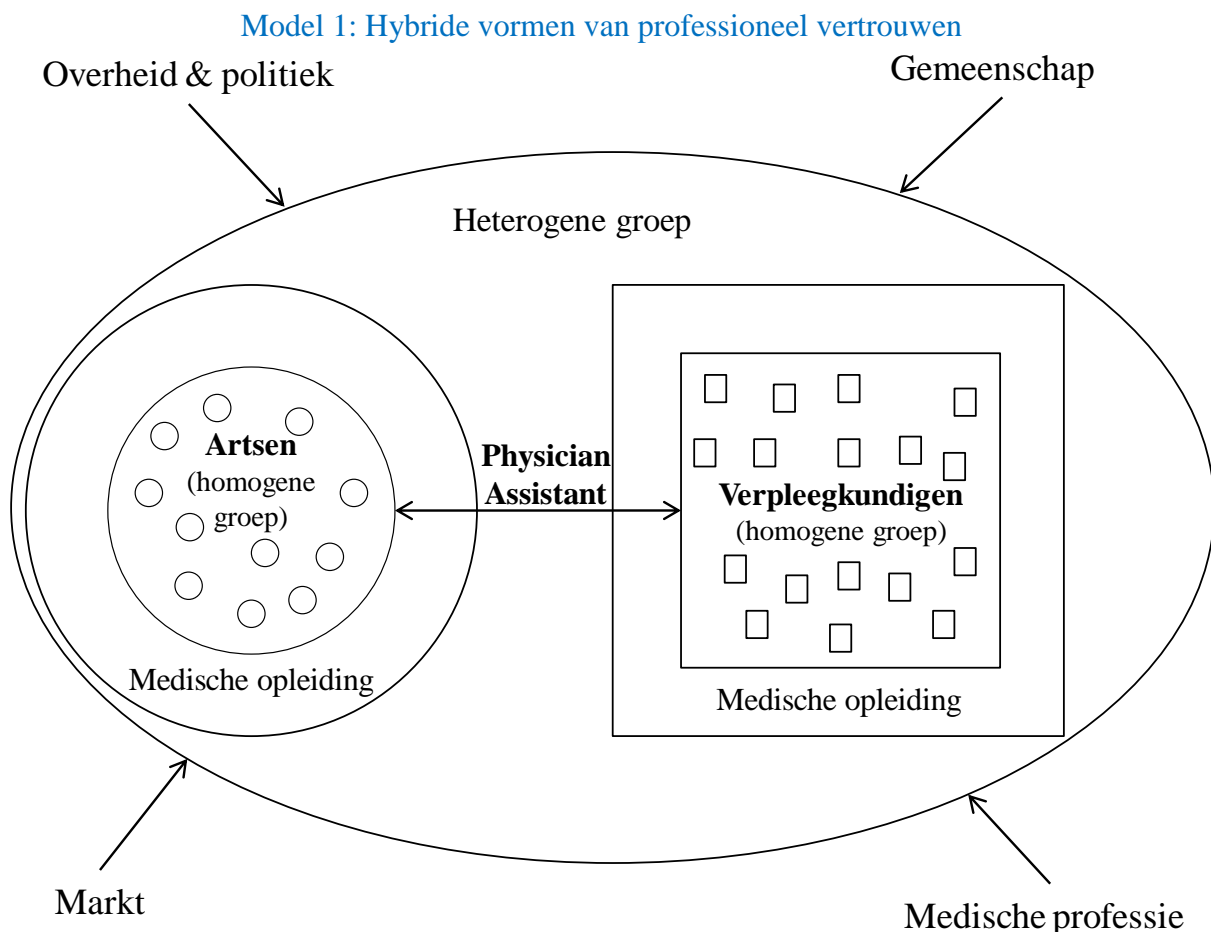
De aanwezigheid van vertrouwen is essentieel in de relatie tussen de medisch professional (arts en Physician Assistant) en patiënt vanwege de aanwezigheid van informatie asymmetrie wat leidt tot een machtsverschil: *“An imbalance of knowledge and power characterizes health care relationships to a unique extent, while the importance of health to achieve one’s life goals makes vulnerability greater and the choice to trust rhetorical.”* (Goold 2002:79). Tegenwoordig willen patiënten geen bewijs van betrouwbaarheid zien maar willen zij zelf de kwaliteit van zorg beoordelen op basis van hun persoonlijke ervaring. Vertrouwen moet gewonnen worden en lijkt gelijk te zijn aan het idee van actief vertrouwen, dit is een nieuwe vorm van vertrouwen (Calnan & Rowe 2008:202). Daarmee is dit een voorbeeld van vertrouwen tussen onbekenden. Actief vertrouwen moet verdiend worden en kan niet als vanzelfsprekend beschouwd worden aangezien het niet meer gebaseerd is op status en aanzien van geaccepteerde professionals. Het komt voort uit de ‘culturele afwending’ van bevoegdheid en expertise als een gegeven richting de opkomst van kritische patiënten (Taylor-Gooby & Zinn 2006:403).

Volgens onderzoek heeft vertrouwen tussen de medisch professional en de patiënt tevens een positief effect op de therapeutische behandeling waardoor de effectiviteit van de behandeling toeneemt. Patiënten die vertrouwen hebben in hun medisch professional ervaren hun zorg als positief (Goold, 2002:79). Het beleidskader van de overheid beoogt het inzichtelijk maken van prestaties door middel van abstracte systemen. Deze systemen hebben tot doel de patiënt inzicht te geven in de kwaliteit van zorg en zo het vertrouwen in een arts of ziekenhuis te bewerkstelligen. Echter toont onderzoek dat patiënten en medisch professionals huidige prestatie systemen niet als geloofwaardig zien omdat ze gemanipuleerd kunnen worden door managers. Vertrouwen moet verdiend worden en komt voort uit de kwaliteit van interactie tussen de patiënt en medisch professional, waarin competentie en empathie aanwezig zijn in plaats van abstracte data (Calnan & Rowe 2008:202).

2.7. Hybride vormen van professioneel vertrouwen

Deze perspectieven op vertrouwen leiden tot een nieuw conceptueel model. In dit model zijn in het midden twee homogene groepen te onderscheiden. De homogene groep bestaande uit artsen (de driehoekjes) en de homogene groep bestaande uit verpleegkundigen (de vierkantjes). Elke homogene groep bestaat uit professionals met hetzelfde beroep, zij vertrouwen elkaar op basis van *'familiarity'*. Dit vertrouwen ontwikkelen zij in het socialisatie

proces tijdens de medische opleiding die daarom ook als een schil om de homogene groepen heen ligt. Deze verschillende homogene groepen maken samen onderdeel uit van een heterogene groep van professionals met verschillende beroepen, waarin vertrouwen op basis van regels en procedures aanwezig is. De Physician Assistant werkt, zoals in §2.1 beschreven, hybride over de grenzen van de arts en de verpleegkundige. In de ene situatie schuift de Physician Assistant meer richting de arts en in de andere situatie beweegt de Physician Assistant meer richting de verpleegkundige. Om die reden is de Physician Assistant in het model tussen de twee professies geplaatst en toont de pijl de richting waarin de Physician Assistant hybride kan functioneren. Putters (2009) schetst de zorgbestuurder als ‘hybride’ tussen de vier domeinen overheid & politiek, gemeenschap, markt en medische professie. In dit onderzoek is het niet de zorgbestuurder maar de Physician Assistant die hybride functioneert tussen de vier domeinen. De Physician Assistant heeft van alle vier de genoemde domeinen vertrouwen nodig om uitvoering te kunnen geven aan de nieuwe taken zodat taakherschikking in de praktijk tot wasdom kan komen. Het model ziet er dan als volgt uit:



2.8. Conclusie

Succes van taakherschikking is sterk gebaseerd op vertrouwen en de wijze van sturen vanuit de vier hybride domeinen. Redenerend vanuit verwantschap zien betrokken spelers in een gezondheidszorgsysteem mogelijkheden voor samenwerking en herschikking van taken. Deze samenwerking is gebaseerd op het socialisatie proces tijdens de medische opleiding waar

artsen een gezamenlijk gevoel van eigen kunnen, verantwoordelijkheid voor patiënten en vertrouwen in de institutionele structuren ontwikkelen. Taakherschikking grijpt dus in op dit socialisatie proces.

Vertrouwen tussen bekenden (homogene groepen) is op basis bekendheid en informele systemen en is zeer verschillend van vertrouwen tussen onbekenden (heterogene groepen) waarbij institutionele systemen van belang zijn. Communiceren over deze professionele grenzen heen is een uitdaging omdat het vraagt om vertrouwen tussen onbekenden.

Vertrouwen tussen arts en patiënt vormt de basis van de professionele relatie. Door veranderingen in de maatschappij zijn patiënten kritischer, vertrouwen is geen gegeven en moet door artsen in interactie ‘gewonnen’ worden.

Door vanuit de vier hybride vormen te sturen is het mogelijk om invloed uit te oefenen op het benodigde vertrouwen om te komen tot taakherschikking.

3. Methoden & Technieken

Elk onderzoek begint met een interessant onderwerp dat de moeite van onderzoek waard is. Vervolgens is de vraag wat de beste manier is om dit interessante onderwerp te onderzoeken, welke vorm van onderzoek het meest geschikt is en hoe de benodigde gegevens en informatie het beste verzameld kunnen worden. Dit methodologische hoofdstuk beschrijft de onderzoeksaanpak van dit onderzoek.

3.1. Case studie

Dit onderzoek naar de rol en invloed van hybride vormen van professioneel vertrouwen op taakherschikking, is onderdeel van het EU-FP7 project “*Health CareReform: the impact on practice, outcomes and costs of new roles for health professionals*” (MUNROS). Het project is er op gericht een systematische vergelijking van de bijdrage van nieuwe professionals in acht Europese landen te vergelijken op basis van de effectiviteit en kosteneffectiviteit van zorg. Dit zal plaats vinden op basis van onderzoek in Nederland waarbij gebruik wordt gemaakt van vier ‘Work Packages’. De vier ‘Work Packages’ zijn:

1. Overzicht van activiteiten: de bijdrage van de Physician Assistant;
2. Case studies;
3. Inzicht in de Proces- en Productiviteitsindicatoren en Klinische Effecten;
4. Het begrijpen van de verschillen in kosten en baten.

Dit onderzoek naar hybride vormen van professioneel vertrouwen bij taakherschikking is alleen in Nederland uitgevoerd en beslaat de ‘Work Package’ 1 en 2. In ‘Work Package’ 1 zijn de nieuwe rollen van de Physician Assistant in het ziekenhuis beschreven. Daarin staan de rollen die Physician Assistant vervult centraal (in het bijzonder de aard van het werk en de klinische oriëntatie). Dit resulteert in een gedetailleerde beschrijving van de rollen die de Physician Assistant vervult en de specifieke zorgpaden waarin zij werkzaam zijn.

In het tweede ‘Work Package’ worden de case studies uitgevoerd. Een case studie betreft het bestuderen van de organisatie van zorg rondom een specifieke groep van patiënten of zorgpad. De case studies richten zich specifiek op het werk van de Physician Assistant, daarbij zijn ook de rollen en posities van andere zorgprofessionals in het zorgproces meegenomen aangezien taakherschikking hierop van invloed is. De case studies zijn instrumenteel voor het verkrijgen van inzicht in de mechanismen van het implementeren van taakherschikking in de zorg. Naast het beschrijven van het huidige zorgpad is er tevens aandacht voor de ex ante situatie en de verandering in het zorgpad en de gevolgen hiervan.

3.2. Triangulatie

In het onderzoek is gebruik gemaakt van klinische onderzoeksvaardigheden om diepte-inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de rollen die Physician Assistant in de dagelijkse zorgpraktijk vervullen en welke invloed vertrouwen hierop heeft. Het onderzoek is multidisciplinair van aard en er is gebruik gemaakt van triangulatie. Dit betekent dat er meer metingen zijn verricht vanuit verschillende invalshoeken (Boeije, 2005: 152). Er zijn verschillende vormen van triangulatie; theoretische triangulatie, datatriangulatie, methodische

triangulatie en onderzoekertriangulatie. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van methodische triangulatie. Daarbij zijn tijdens het onderzoek verschillende methoden gehanteerd om de betrouwbaarheid en volledigheid van het onderzoek te vergroten. In dit onderzoek gaat het om het gebruik van verschillende vormen van kwalitatief onderzoek; interviews, observaties en documentenanalyse. De verschillende onderzoeksvormen zijn naast elkaar uitgevoerd en de resultaten zijn met elkaar in verband gebracht.

Kwalitatief onderzoek heeft als groot voordeel dat het de mogelijkheid biedt om diepgaand onderzoek te verrichten. Daardoor is kwalitatief onderzoek voor een onderwerp als de invloed van vertrouwen op taakherschikking een zeer goede methode. Daarnaast is het een methodiek die de mogelijkheid biedt om naar factoren te zoeken die niet voor de hand liggend zijn en onder de oppervlakte te waarnemen. Deze methode heeft echter wel beperkingen, dit heeft met name te maken met de omvang van het onderzoek. Door de diepte in te gaan was het mogelijk om slechts in één ziekenhuis onderzoek te doen.

3.2.1. Interviews

De interviews zijn semi-gestructureerd van aard: “[...] een gesprek aan de hand van een zogenoemde interviewhandleiding of topiclijst. Hierin staan de onderwerpen waarover de onderzoeker vragen wil stellen of een aantal voorgeformuleerde vragen die de onderzoeker aan de respondenten stelt.” (Van Thiel 2010:109). Het voordeel van een semi-gestructureerd interview is dat het een topiclijst met een gering aantal vragen per topic omvat, deze vragen en onderwerpen zijn ondersteunend en niet richtinggevend. Het heeft mij houvast geboden tijdens lastige interviews en tevens de vrijheid gegeven om onderwerpen die spontaan aan bod komen en relevant zijn verder te exploreren. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen zijn Physician Assistants, artsen, managers en verpleegkundigen geïnterviewd.

Het onderzoek in het ziekenhuis is uitgevoerd in samenwerking met twee studentonderzoekers die allen vanuit een ander concept hebben gekeken naar taakherschikking in de gezondheidszorg. Er is een database aangelegd van de interviews en observaties. Daarom zijn alle concepten in één vragenlijst uitgewerkt waar alle studentonderzoekers gebruik van hebben gemaakt (bijlage 1) en alle studentonderzoekers hebben een training in het interviewprotocol gevolgd. Dit heeft er toe geleid dat voor alle concepten relevante informatie verzameld is. In het kader van dit onderzoek zijn 3 Physician Assistant, 1 Physician Assistant in opleiding, 3 medisch specialisten, 4 artsen in opleiding tot specialist (AIOS), 1 arts niet in opleiding tot specialist (ANIOS), 2 coassistenten, 3 verpleegkundigen, 2 managers en 1 apotheker bevroegd. Daarvan heb ik zelf 9 interviews voor mijn rekening genomen met verschillende professionals.

3.2.2. Observeren

Tevens zijn de Physician Assistants in hun werksituatie geobserveerd. Bij observatie staat het waarnemen van menselijk gedrag in verschillende situaties centraal. De onderzoeker gebruikt zijn eigen waarnemingen om tot onderzoeksconclusies te komen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van participerende observatie. Bij deze vorm van observeren is er interactie tussen de onderzoeker en degenen die onderzocht worden, de identiteit van de onderzoeker is tevens

bekend en de onderzoeker bevindt zich in de onderzoekssituatie (Van Thiel 2010:81-83). *“Participerende observatie is het proces waarin een onderzoeker een veelzijdige en relatief lange relatie met een gemeenschap tot stand brengt en onderhoudt in een natuurlijke setting met het doel wetenschappelijke kennis over die gemeenschap te ontwikkelen.”* (Boeije 2005:55). Het voordeel van observatie is dat het leidt tot rijke en gedetailleerde informatie over het onderzoeksonderwerp in zijn context. Het is mogelijk om vragen te stellen bij gedrag en gebeurtenissen, ook brengt het andere aspecten aan het licht dan bijvoorbeeld een interview (non-verbale gedragsaspecten). In dit onderzoek is semi-gestructureerd geobserveerd, dit betekent dat vooraf tussen de onderzoekers is afgesproken op welke gedragingen, gebeurtenissen en non-verbale communicatie werd gelet. Omdat nog relatief weinig kennis aanwezig is over het onderzoeksonderwerp, is belang gehecht aan het afleiden van categorieën gedurende de observaties doordat steeds vaker dezelfde soort handelingen en gebeurtenissen zich voordoen (patronen).

Het onderzoeksteam heeft 10 dagen op verschillende afdelingen geobserveerd. De onderzoekers zijn met verschillende Physician Assistants meegelopen om zo een volledig beeld te krijgen. Van de 10 observaties heb ik 4 observatiemomenten voor mijn rekening genomen. In bijlage 2 is het gehanteerde observatieschema opgenomen.

3.2.3. Documentenanalyse

Tot slot bestaat het onderzoek uit een documentenanalyse op basis van beleidsdocumenten (VWS, beroepsgroepen, zorginstellingen) en alle relevante en beschikbare documenten. Tevens is de algemene maatregel van bestuur geanalyseerd die de juridische basis vormt van het zelfstandig handelen van de Physician Assistant. Op basis van deze documentenanalyse is het mogelijk om de resultaten te plaatsen in het beleidsperspectief op taakherschikking. De documentenanalyse heb ik samen met mijn 5 collega onderzoekers uitgevoerd.

3.3. Analyse

De analyse is uitgevoerd aan de hand van codering en themagericht te werken. Alle observaties zijn open gecodeerd, bij open codering worden alle verzamelde gegevens zorgvuldig gelezen en in fragmenten ingedeeld. De relevante fragmenten worden gelabeld en onderling vergeleken (Boeije 2005:85). Aan de hand van de thema's die uit deze codering van de observaties naar voren kwamen, zijn de interviews nader geanalyseerd. Doordat dataverzameling en analyseren door elkaar liep was dit een goede manier van werken om enerzijds structuur aan te brengen en anderzijds snelheid te behouden. Deze manier van werken heeft mij daarom geholpen bij het schrijven van de resultaten.

3.4. Borging onderzoekskwaliteit

Bij het doen van onderzoek spelen enkele kwaliteitscriteria die van grote invloed zijn op het onderzoek. Het betreffen de criteria: betrouwbaarheid, interne validiteit (de waarde van het onderzoek voor de organisatie), externe validiteit (generaliseerbaarheid van het onderzoek) en bruikbaarheid. In de volgende paragrafen licht ik toe hoe ik deze kwaliteitscriteria geborgd heb.

3.4.1. Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek wordt bepaald door de nauwkeurigheid en consistentie waarmee variabelen worden gemeten (Van Thiel 2010: 57). Om de consistentie waarmee variabelen worden gemeten hebben alle betrokken onderzoekers dezelfde training gevolgd in observeren en het interviewprotocol. Om de nauwkeurigheid te vergroten is de vragenlijst ontwikkeld op basis van theoretische inzichten. Daarnaast is door gebruik te maken van advies van andere onderzoekers, inter-onderzoeker betrouwbaarheid, de nauwkeurigheid van het onderzoek verder vergroot. In kwalitatief onderzoek is consistentie – herhaalbaarheid – van onderzoek lastig. Herhaalbaarheid is het principe dat onder dezelfde omstandigheden, dezelfde meting leidt tot dezelfde bevinding. Onderzoek is betrouwbaarder wanneer deze herhaalbaar is omdat er meer zekerheid is over de juistheid van bevindingen (Van Thiel 2010:57). Omdat vertrouwen vaak ongrijpbaar is, bemoeilijkt dit de herhaalbaarheid. Het is mogelijk om de herhaalbaarheid te vergroten door de steekproef te vergroten en op dezelfde wijze uit te voeren, dit is gedaan door gebruik te maken van een gezamenlijke database.

3.4.2. Interne validiteit: geldigheid van het onderzoek

Om de interne validiteit te waarborgen zijn verschillende professionals die betrokken zijn bij taakherschikking geïnterviewd en geobserveerd. Op die manier is de gehele onderzoekspopulatie bereikt.

De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder en letterlijk uitgewerkt om er zeker van te zijn dat conclusies en aannames overeenkomen met de werkelijkheid van de respondenten. Tevens is van de observaties een gedetailleerd observatieverslag gemaakt waarbij eigen meningen gescheiden zijn gehouden van de observaties.

3.4.3. Externe validiteit: generaliseerbaarheid van het onderzoek

Er zijn twee vormen van generalisatie van kwalitatief onderzoek: generalisatie naar proces en generalisatie naar populatie. Bij generalisatie naar proces zijn de onderzoeksresultaten representatief voor het soort proces, ongeacht de organisatie waarin dit proces plaats zal vinden. Bij generalisatie naar populatie zijn de onderzoeksresultaten representatief voor de onderzochte populatie (Grubben 2011:50). De resultaten van dit onderzoek zijn generaliseerbaar naar populatie en proces. De invloed van hybride vormen van professioneel vertrouwen op taakherschikking is representatief voor taakherschikking van de arts naar de Physician Assistant. Deze generalisatie naar populatie is mogelijk door hetzelfde onderzoek bij verschillende specialismen en bij dezelfde populatie uit te voeren. Het proces waarin mensen elkaar al dan niet vertrouwen staat centraal, door binnen verschillende specialismen dit proces en haar invloed op taakherschikking te onderzoeken, is het mogelijk om de resultaten te generaliseren naar proces.

3.4.4. Bruikbaarheid

Om de bruikbaarheid van het onderzoek te vergroten is het belangrijk om voor aanvang van het onderzoek de maatschappelijke en wetenschappelijke meerwaarde van het onderzoek te

definiëren. Daarnaast is overeenstemming met de onderzoeksorganisatie over de wensen en verwachtingen van zowel de onderzoeker als de organisatie van belang. Om teleurstelling achteraf te voorkomen hebben de afstudeerbegeleiders een gesprek gehad met de betrokken onderzoeksorganisatie om het onderwerp van onderzoek, de wensen en verwachtingen af te stemmen.

3.5.Slot

In dit hoofdstuk is ingegaan op de methoden en technieken die in dit onderzoek zijn toegepast. Door gebruik te maken van triangulatie is inzicht verkregen in de invloed van hybride vormen van professioneel vertrouwen op taakherschikking naar de Physician Assistant. Er is een combinatie gemaakt van worden van kwalitatief onderzoek (interviews, observaties en documentenanalyse), en een literatuurstudie. De literatuurstudie heeft de focus van het onderzoek verhelderd en de documentenanalyse, interviews en observaties brengen de praktijk in kaart. De respondentengroep van de interviews bestaat uit Physician Assistants, medisch specialisten, arts-assistenten, managers en verpleegkundigen.

In de komende hoofdstukken staan de bevindingen die zijn voortgekomen uit deze onderzoeks aanpak centraal.

4. Resultaten

4.1. Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het onderzoek. Door het koppelen van de observaties en interviews aan de wetenschappelijke theorie, zoals gepresenteerd in het theoretisch kader, geeft dit hoofdstuk meer inzicht in de positie van de Physician Assistant. Deze positie is gebaseerd op meervoudig besturen vanuit de overheid, medische professie en markt & gemeenschap. Dit is zichtbaar in de wettelijke basis, de ruimte die artsen en verpleegkundigen geven aan de Physician Assistant om de herverdeelde taken te vervullen en de erkenning van de Physician Assistant als behandelaar. De mate en vorm van vertrouwen tussen professionals bepaalt in grote mate het succes van taakherschikking.

De eerste paragraaf analyseert of en hoe de Physician Assistant functioneert tussen het medische en het verpleegkundige domein. Ik laat zien of en hoe de Physician Assistant een positie tussen twee domeinen vorm geven en hoe de artsen en verpleegkundigen de positie van de Physician Assistant vorm geven. Zoals Currie et al (2010) eerder beschreven, hebben professionals moeite met zorgverleners die over professionele grenzen gaan. De tweede paragraaf analyseert hoe het vertrouwen tussen de arts en de Physician Assistant in de praktijk vorm krijgt.

4.2. De positie van de Physician Assistant

Met de introductie van het nieuwe beroep Physician Assistant worden taken herverdeeld en neemt de Physician Assistant taken over van de arts, daarmee neemt zij een positie in tussen de twee domeinen. De positie wordt bepaald door het beeld dat de omgeving heeft van de Physician Assistant, de professionele identiteit van de Physician Assistant en de communicatie tussen professionals over de grenzen van professionele groepen. In deze paragraaf beschrijf ik hoe de Physician Assistant beweegt richting het medische domein en hoe als gevolg daarvan het medische domein verschuift. Vervolgens laat ik zien hoe de verschuiving van grenzen van het medische domein de mogelijkheid voor de Physician Assistant heeft vergroot om verantwoordelijkheden te nemen voor taken die uit het medische domein zijn geschoven. Met andere woorden, ik laat zien hoe de Physician Assistant verantwoordelijkheid kan nemen voor medische taken door het ontstaan van een hybride domein. De verantwoordelijkheden die een Physician Assistant in dit hybride domein heeft gekregen, zo zal ik laten zien, verklaren welke taken een Physician Assistant feitelijk doet.

4.2.1. Het beeld van de Physician Assistant door de omgeving

Het beeld dat de omgeving heeft van een Physician Assistant beïnvloedt haar positie en daarmee hun taken in het ziekenhuis. In dit onderzoek bestaat de omgeving uit artsen, verpleegkundigen en patiënten. De volgende paragrafen presenteren het beeld dat elke groep heeft van de Physician Assistant.

Verpleegkundigen

Verpleegkundigen beschouwen de Physician Assistant als arts. De Physician Assistant wordt niet tot het verpleegkundig domein gerekend, zij hebben hun eigen taken die niet overeenkomen met de taken van verpleegkundigen. In de praktijk komt het ook niet voor dat de Physician Assistant verpleegkundige taken op zich neemt. Tijdens sommige taken wordt de Physician Assistant ondersteund door verpleegkundigen. In de ochtend loopt de Physician Assistant de visiteronde, ook wel artsensite, vergezeld en geassisteerd door een verpleegkundige: *Bij de meeste patiënten wil de Physician Assistant de wond bekijken, de verpleegkundige assisteert daarbij door de Physician Assistant van handschoenen te voorzien en al wat nodig is.* Na het lichamelijke onderzoek stelt de Physician Assistant de vervolgbehandeling vast en geeft hierover instructies aan de verpleegkundige: *De verpleegkundige luistert naar de Physician Assistant en schrijft op het a4tje de aanwijzingen voor de zorgverlening en de veranderingen in medicatie op.*

De geïnterviewde en geobserveerde verpleegkundigen bevestigen het beeld dat zij de Physician Assistant als arts beschouwen: *Wanneer we in deze zaal aankomen draait de verpleegkundige het bordje ‘artsensite niet storen’ om en doet de deur dicht.* Tevens blijkt uit de observaties dat zij regelmatig wordt aangesproken met dokter: *De telefoon van de Physician Assistant gaat over, zij heeft haar handen vol en is niet in staat om deze zelf op te nemen. Ze vraagt aan een verpleegkundige in opleiding of zij de telefoon wil opnemen. De verpleegkundige in opleiding neemt de telefoon op met: “de telefoon van dokter [achternaam Physician Assistant]”.* Een senior assistent van een ander specialisme spreekt tijdens het proctologie spreekuur met een patiënt en refereert aan de Physician Assistant als dokter: *Net voordat mevrouw weg wil gaan vraagt ze aan de Physician Assistant of ze vanavond mag sporten. De Physician Assistant raadt dit af. Mevrouw grapt dat het niet erg is om het sporten een keer te missen. Mevrouw staat op het punt om weg te gaan als de senior assistent daaraan toevoegt: ‘Vanavond op doktersadvies niet’.* Deze voorbeelden komen overeen met de bevinding van Currie et al. (2010) dat het minder afhankelijk functioneren van artsen niet door de verpleegkundige professie zelf ondersteund wordt doordat zij hier onbekend mee zijn.

Artsen

Artsen erkennen tevens de Physician Assistant vooral als arts te zien, enkele artsen plaatsen hier wel kanttekeningen bij. De volgende observatie tijdens de lunch toont dat arts-assistenten de Physician Assistant aanspreken met dokter: *In de cirkel zaten al 5 arts-assistenten. Eén daarvan begroet de Physician Assistant met ‘Hallo dokter [achternaam]’, de Physician Assistant lacht en vraagt hoe het gaat.* Een medisch specialist doet hierover de volgende uitspraak: *“Nou ja, die Physician Assistant die functioneert in feite als een arts. Gewoon volwaardig.”* Op de vraag of de Physician Assistant dichter bij de artsen staan of dichter bij de verpleegkundigen zijn bijna alle respondenten het met elkaar eens: de Physician Assistant staat dichter bij de artsen. Een co-assistent zegt daarover: *“Nou ik zie dat ze steeds meer richting artsen schuiven, tenminste althans dat willen ze zelf ook heel graag volgens mij, dat ze zich wel echt distantiëren van de verpleegkundigen.”* Doordat de Physician Assistant taken van de arts zelfstandig overneemt, suggereren Currie et al. (2010) dat dit leidt tot een verminderde afhankelijkheid van artsen. In de functie van de Physician Assistant is volgens

Currie et al. (2010) dan ook geen sprake van uitbreiding van bevoegdheden. Er is echter wel sprake van een herinterpretatie van regels waarbij de regels zodanig worden geïnterpreteerd dat het mogelijk is voor de Physician Assistant om meer taken op zich te nemen. Deze herinterpretatie beïnvloedt de afhankelijkheidsrelatie met artsen. Alhoewel de Physician Assistant ondergeschikt blijft aan artsen tonen de observaties en uitspraken dat zij door artsen wel toegelaten worden in hun domein. Daardoor krijgen zij de kans om minder afhankelijk van artsen een deel van hun taken zelfstandig uit te voeren.

Currie et al. (2010) constateren dat nieuwe beroepen, zoals de Physician Assistant, ‘begrensd’ blijven door institutionele factoren. Een meer autonome rol voor Physician Assistants wordt beperkt door traditie en generieke artsen (Currie et al. 2010:954). De beperking vanuit traditie komt voort uit het feit dat er altijd een artsen domein enerzijds en een verpleegkundig domein anderzijds is geweest. Het functioneren van een nieuw beroep tussen deze domeinen, dat tevens domein overschrijdend werkt, breekt met deze tradities. Het onderzoek toont dat deze breuk met tradities door de artsen niet wordt toegestaan en dat de Physician Assistant daardoor vooral als arts wordt gezien.

Enkele artsen zijn van mening dat de Physician Assistant echt als een beroep tussen de specialisten en de verpleegkundigen functioneert. Een medisch specialist zegt de Physician Assistant als een op zichzelf staand beroep te zien: “[Het vult duidelijk het gat tussen de specialist en de verpleging op.](#)” Op de vraag of een Physician Assistant meer als arts wordt gezien of als verpleegkundige antwoordt een arts-assistent: “[Eigenlijk nergens en dat maakt het lastig. Ze horen er wel bij, maar ze horen er niet bij. Dat maakt het zo lastig. Het is een heel op zich staand vak en ik denk dat het gewoon nog een beetje en plek moet krijgen en plek moet vinden zeg maar.](#)” De specialist en de arts-assistent spreken beiden over de Physician Assistant als een op zichzelf staand beroep, dit impliceert dat de Physician Assistant statisch functioneert tussen de twee domeinen. De respondenten spreken daarmee uit dat er geen sprake is van wat Putters (2009) als hybride definieert. Dit komt overeen met de analyse van Currie et al. (2010) dat nieuwe beroepen, zoals de Physician Assistant, niet daadwerkelijk hybride functioneren.

Anderzijds spreekt de arts-assistent uit dat de Physician Assistant wel bij de artsen horen maar tegelijkertijd ook niet bij de artsen horen. Dit impliceert dat zij, afhankelijk van hun taken, tussen de twee domeinen functioneren. De arts-assistent bevestigt hiermee wat Putters (2009) hybride functioneren noemt. De theorie van Currie et al. (2010) signaleert daarentegen dat nieuwe beroepen of richting het artsendomein bewegen of richting het verpleegkundig domein.

Tot slot tonen de resultaten dat de Physician Assistant en arts-assistent veelal dezelfde taken uitvoeren. Tijdens een observatie valt het volgende op: [In de artsenkamer hangt een papier op het whiteboard met daarop gemaakte afspraken geldend voor arts-assistenten en Pa’ers.](#) De afspraken op dit papier zijn gelijk voor de Physician Assistant en de arts-assistent waardoor zij als gelijkwaardig worden gezien. Tijdens een interview bevestigt een arts-assistent dit beeld met de volgende uitspraak: “[Wat ik tot nu toe ervaren heb is dat de Physician Assistant](#)

zeg maar dezelfde taken heeft als wat wij doen.” Deze voorbeelden tonen dat de Physician Assistant en de arts-assistent op gelijke voet staan. In combinatie met voorgaande resultaten is te concluderen dat de Physician Assistant en de arts-assistent beiden in het medisch domein functioneren.

De resultaten tonen daarmee enerzijds dat de Physician Assistant als arts wordt gezien en in het medisch domein functioneert, en anderzijds dat er een zekere afstand is tussen de artsen en de Physician Assistant. Dit betekent dat de Physician Assistant wel onderdeel uitmaakt van het medisch domein, maar zich niet in het centrum van dit domein begeeft. De Physician Assistant functioneert in de periferie van het medisch domein omdat zij geen arts is maar wel taken overneemt van de arts. Ook de arts-assistent behoort tot de periferie van het medisch domein, in het onderzoek komt naar voren dat de arts-assistenten en de Physician Assistant veelal dezelfde taken uitvoeren. Omdat de arts-assistenten wel een arts zijn maar nog geen medisch specialist zijn behoren ook zij tot de periferie van het medisch domein. Daarmee zijn zij gelijk aan de Physician Assistant.

Patiënten

Patiënten, tot slot, hebben vooral het idee door een dokter behandeld te worden. Meerdere respondenten geven aan dat de patiënt denkt met een arts te spreken. Een interview met een verpleegkundige bevestigt het beeld dat patiënten het onderscheid tussen een arts en een Physician Assistant niet kennen: “Ik denk dat de patiënten die in dit ziekenhuis in bed liggen niet heel erg veel verschil zullen merken tussen een Physician Assistant en een arts-assistent qua kennis, nee dat denk ik niet.”

4.2.2. De professionele identiteit van de Physician Assistant

De professionele identiteit en naamsbekendheid van de Physician Assistant is niet groot. In de observaties blijkt dat de Physician Assistants zich vaak voorstellen met hun voor- en achternaam of dat ze de telefoon opnemen met hun voornaam, achternaam en specialisme. Een medisch specialist zegt het volgende over de wijze waarop de Physician Assistant zich introduceert bij patiënten: “Voornaam achternaam ze zeggen er niks bij en soms hoor je patiënten zeggen ja dokter. Ik vind, maar misschien ben ik daar een beetje vreemd in, dat op zo’n moment moet de Physician Assistent zeggen: ik hoor u zeggen dat ik de dokter ben maar ik ben Physician Assistant, ik heb liever een ander woord maar weet ook niet welke, ik werk samen, ik maak onderdeel van het behandelteam. En dat ze nog even uitleggen dat niet de dokter tot ze gesproken heeft.” Een Physician Assistant zegt over de bekendheid van hun functie het volgende: “Maar wat ik wel lastig vind is dat met name oudere patiënten inderdaad de functie van PA niet kennen. Dan is het altijd de zaalarts functie die je hebt. Dus het mooiste zou ik, hè als we gewoon een normale naam zouden hebben, dus geen Physician Assistant maar een andere naam, zodat we ook gewoon ons vak kunnen uitdragen zonder dat we doen alsof we een zaalarts functie hebben.” Zowel de medisch specialist als de Physician Assistant erkennen in deze uitspraken dat het beroep Physician Assistant nog erg onbekend is. Enerzijds is dit te verklaren doordat de Physician Assistant door professionals als arts wordt gezien en anderzijds doordat zij zichzelf aan patiënten vaak niet als Physician Assistant voorstellen. De

voorbeelden van deze respondenten sluiten daarmee aan bij de theorie van Currie et al (2010) die stelt dat professionals in de relatie met anderen continu hun professionele identiteit moeten bevestigen en construeren (Currie et al. 2010:944). Doordat de Physician Assistant dit in de praktijk weinig doet, beïnvloedt dit de wijze waarop zij gezien worden met als gevolg dat ze vooral als artsen functioneren. Voor de naamsbekendheid van het beroep is het belangrijk de professionele identiteit ook continu te bevestigen en construeren in contact met patiënten. Wanneer patiënten niet weten dat zij door een Physician Assistant zijn behandeld, weerhoudt dit de ontwikkeling van de professionele identiteit van de Physician Assistant. Het gezegde luidt onbekend maakt onbemind. Het risico voor dit nieuwe beroep is dan ook dat zij door de naamsonbekendheid geen eigen professionele identiteit en daaraan gekoppelde positie verwerven. Een ander risico is dat het beroep van voorbijgaande aard is doordat de continuïteit in het geding komt. Doordat erkenning uit de markt en gemeenschap ontbreekt kan dit ertoe leiden dat de algemene maatregel van bestuur die geldig is voor vijf jaar, niet verlengd wordt.

4.2.3. Communiceren over de grenzen van professionele groepen

Voor de Physician Assistant is het geen enkel probleem om te communiceren over de grenzen van professionele groepen. De theorie van Branson & Armstrong (2004) stelt daarentegen dat communiceren over de grenzen van professionele groepen heen in de praktijk vaak lastig is. Dit is te verklaren door de aanwezigheid van een sociale hiërarchie in de zorg. Daarnaast is de afstand tussen professionals groot waardoor de gevoelde benaderbaarheid van professionals als laag wordt ervaren (Branson & Armstrong 2004:2). In de resultaten komt naar voren dat de specialisten en Physician Assistant informeel met elkaar omgaan, ze spreken elkaar bij de voornaam aan en benaderen elkaar laagdrempelig en gemakkelijk. Dit blijkt ook uit het volgende citaat waarin een Physician Assistant spreekt over de werkrelatie met de medisch specialisten: “Ze zijn heel laagdrempelig benaderbaar. Wat ze zelf ook aangeven is dat als ik inderdaad bel voor iets, dat ze dan daadwerkelijk voor mij moeten zijn omdat ik niet bel voor kleine dingen. Dus ja dat is de band die je als Physician Assistant met je medisch specialist opbouwt. Het is het wederzijds vertrouwen dat je moet creëren.” Een mogelijke reden voor deze gemakkelijke en laagdrempelige wederzijdse benaderbaarheid ligt er wellicht in verscholen dat de Physician Assistant niet zozeer tussen de artsen en verpleegkundigen functioneert, maar in de praktijk als arts wordt gezien en ook als zodanig onderdeel uit maakt van het artsteam. Er is dan geen sprake van communicatie over de grenzen van professionele groepen, maar communicatie binnen dezelfde professionele groep.

4.2.4. Conclusie

Concluderend is te stellen dat de Physician Assistant niet hybride functioneert tussen het domein van de artsen en het domein van de verpleegkundigen. Alhoewel het beroep wel zodanig is gepositioneerd, blijkt uit de wetenschappelijke literatuur en het onderzoek dat hybride functioneren niet wordt toegestaan door betrokken professionals. Dit komt overeen met de theorie van Currie et al. (2010) waaruit blijkt dat verpleegkundigen niet in staat waren om hun nieuwe rol hybride in te vullen. Doordat de artsen en verpleegkundigen het niet

toestaan dat een nieuw beroep hybride tussen de grenzen van de twee domeinen gaat functioneren wordt de Physician Assistant in een van de twee domeinen ‘gedwongen’. De consequentie is dat Physician Assistants vooral als artsen worden gezien. De Physician Assistant functioneert volgens de resultaten in het medisch domein. Echter is zichtbaar dat zij niet tot het centrum van dit medische domein behoren, er is sprake van een zekere afstand omdat zij geen ‘echte artsen’ zijn. Daardoor functioneert de medisch specialist aan de periferie van het medisch domein waarbij zij wel onderdeel uit maken van het medisch domein maar niet tot de kern behoren.

Doordat de Physician Assistant als arts wordt gezien, ontwikkelen zij geen eigen professionele identiteit ontwikkeld waardoor de naamsbekendheid van het beroep niet vergroot. De continuïteit van het beroep kan daardoor in het geding komen, bijvoorbeeld door de algemene maatregel van bestuur waardoor het beroep Physician Assistant een juridische basis heeft gekregen niet te verlengen.

4.3. Vertrouwen

Om taakherschikking succesvol mogelijk te maken is vertrouwen tussen professionals van groot belang. Zonder vertrouwen in elkaars kennis en kunde zal taakherschikking waarschijnlijk niet volledig tot wasdom komen. Vertrouwen is daarmee van groot belang voor de Physician Assistant voor de uitoefening van het beroep. De theorie van Currie et al. (2010) toont dat artsen en verpleegkundigen het lastig vinden om een professional te vertrouwen die geen verpleegkundige of arts is. De reden is dat mechanismen van vertrouwen verbonden zijn aan specifieke professionele domeinen. Shapin (1992) erkent dat vertrouwen binnen homogene groepen aanwezig is doordat zij elkaar kennen.

Deze paragraaf analyseert aan de hand van de resultaten hoe het vertrouwen tussen de medisch specialisten en de Physician Assistant in de praktijk vorm krijgt. De vorige paragraaf toont dat artsen de Physician Assistant enerzijds zien als arts waardoor ze deel uitmaken van deze homogene groep. Anderzijds zijn er enkele artsen die benadrukken dat de Physician Assistant geen arts is en tussen de arts en verpleegkundigen functioneert. De vraag die in deze paragraaf centraal staat is dan ook of er sprake is van vertrouwen onder bekenden of vertrouwen onder onbekenden.

4.3.1. De ontwikkeling van vertrouwen

De zelfstandigheid van de Physician Assistant neemt toe naarmate er een langere werkrelatie is met de arts waarin de Physician Assistant zichzelf heeft bewezen en de samenwerking intensificeert waardoor vertrouwen zich ontwikkelt. In de observaties is dit beeld bevestigd: Tijdens de overdracht zijn enkele patiënten besproken waar wat zorgen over zijn, we gaan eerst naar deze patiënten toe, de chirurg wil hier ook graag aanwezig bij zijn. Op een later tijdstip vraag ik de Physician Assistant naar de aanwezigheid van de chirurg bij deze patiënten. De Physician Assistant vertelt dat er onlangs twee nieuwe chirurgen zijn gestart. Ze vertelt dat nieuwe artsen in het begin veel werk naar zich toe trekken en heel erg controlerend zijn. Zodra ze door hebben wat de Physician Assistant kan, krijgt ze meer vrijheid. Artsen laten dan los en de Physician Assistant geeft aan wanneer ze advies van de arts nodig heeft.

Als voorbeeld geeft ze een arts die een tijd geleden nieuw is gekomen, in het begin werd alles gecontroleerd en over haar schouder meegekeken. Nu laat hij haar de hele afdeling zelf draaien. Wanneer de Physician Assistant en de medisch specialist een langere werkrelatie hebben en de medisch specialist overtuigd is van de kwaliteiten van de Physician Assistant, krijgen zij de ruimte om meer taken van de artsen over te nemen. Dit heeft er toe geleid dat de Physician Assistant meer zorg (zoals de step-down unit; een unit voor patiënten die vanaf de Intensive Care komen) zelfstandig mogen uitvoeren waarbij de medisch specialist als achterwacht fungeert. “Als je kijkt naar de medium care afdeling, de step down, was het vroeger de afspraak dat de chirurg elke dag meekijkt en dan was er ook elke dag een chirurg. Nu merk je gewoon dat de chirurg echt het vertrouwen heeft om mij daarin los te laten en mij belt of alles er goed bij ligt, of dat die even een blik werpt en zegt gaat het, dat ik zeg ja het gaat goed en dat hij dan weer weg loopt.” Deze resultaten bevestigen de theorie van Currie et al. (2010) dat naarmate een arts overtuigd is van de capaciteiten van een Physician Assistant, zij de Physician Assistant meer zelfstandigheid geven in het uitvoeren van hun taken. De zelfstandigheid van de Physician Assistant was begrensd, de Physician Assistant kreeg meer vrijheid om zorg te verlenen en dit zelf te organiseren, op het moment dat er vertrouwen was ontstaan over de grenzen van inter-professionele hiërarchie. Doordat de werkrelatie en samenwerking tussen de Physician Assistant en de medisch specialist intensiveert ontstaat er wederzijds vertrouwen. Dit wederzijdse vertrouwen leidt er toe dat de Physician Assistant meer taken zelfstandig mag uitvoeren.

4.3.2. Vertrouwen onder bekenden

Shapin (1992) spreekt over twee vormen van vertrouwen: vertrouwen onder bekenden versus vertrouwen onder onbekenden. Deze paragraaf beschrijft hoe vertrouwen onder bekenden zichtbaar is tussen de arts en de Physician Assistant. De volgende paragraaf beschrijft hoe vertrouwen onder onbekenden aanwezig is tussen de arts & de Physician Assistant.

Vertrouwen onder bekenden is gekenmerkt door *'familiarity'* waarin het aannemen van uitspraken als normaal wordt beschouwd. Geloofwaardigheid wordt ontleend aan bekendheid met elkaar, wantrouwen heeft waarschijnlijk zowel hoge pragmatische als hoge morele consequenties (Shapin 1992:29). *'Familiarity'* is zichtbaar in de dagelijkse samenwerking tussen de artsen en de Physician Assistant.

'Familiarity' blijkt allereerst uit het feit dat de medisch specialisten en de Physician Assistants werkzaam zijn in hetzelfde team. Door gezamenlijk in een team te werken ontstaat bekendheid met elkaar waar vertrouwen aan ontleend wordt. Een medisch specialist zegt daarover het volgende: “Maar het is wel cruciaal dat je beseft dat het teamwork is, dat je onderdeel bent van het team. Zowel de chirurg als de Physician Assistant is onderdeel van het team. Het team moet goed functioneren, daarvoor moet je elkaar leren kennen, daarvoor moet vertrouwen ontstaan.” Ondanks de aanwezigheid van de Physician Assistant in het artsen team, is er een medisch specialist die de Physician Assistant niet als collega ziet, zo blijkt uit het volgende citaat: “Het ziekenhuis vraagt een beoordeling van de medisch specialist en dan moet je ook een niet collega vragen dus daarin heb ik haar [Physician Assistant] gevraagd mij

te beoordelen.” Aan de medisch specialist stel ik de vraag of ze ook informeel met de Physician Assistant omgaan. “Ja, maar wel functioneel. Dus als we een afdelingsuitje hebben, dan gaan zij mee. Ik weet niet of ze met de verpleegkundige etentjes mee gaan, maar zij horen wel meer bij ons in het team is mijn ervaring.” Uit dit citaat blijkt dat de medisch specialisten alleen informeel omgaan met de Physician Assistant als dit functioneel is (zoals bijvoorbeeld een teamuitje). De arts-assistenten ondernemen gezellige uitjes met de Physician Assistant en ze gaan bijvoorbeeld samen stappen. Daardoor ontstaat nog meer onderlinge bekendheid en dus vertrouwen op basis van *familiarity*.

Ten tweede blijkt vertrouwen op basis van *familiarity* uit de erkenning van de artsen dat de Physician Assistant weet wanneer ze de hulp van een arts moeten inschakelen. “Als je als specialist geen vertrouwen hebt in de assistent kan je niks uit handen geven natuurlijk. Je moet wel vertrouwen dat het goed gaat en dat op tijd de assistent, maar ook dat de Physician Assistant zegt: hier houdt mijn kennis op, mijn verantwoordelijkheid, ik wil nu overleggen. En daar heb ik nog geen problemen mee gehad, dat de Physician Assistant dingen beslist waarvan wij zeggen dat had je niet mogen doen.” Doordat de specialist nog geen problemen heeft ervaren met het herkennen van deze grenzen door de Physician Assistant vertrouwt hij dat zij ook in de toekomst in staat is om haar grenzen te bewaken, wat duidt op *familiarity*.

Ten derde is *familiarity* zichtbaar in de omgang tussen de Physician Assistant en de medisch specialisten die zeer vriendelijk en collegiaal is. Ze noemen elkaar bij de voornaam en spreken informeel met elkaar: De Physician Assistant herinnert zich vervolgens dat ze nog terug moet bellen. De Physician Assistant spreekt de chirurg bij de voornaam aan en bespreekt de stand van zaken van de betreffende patiënt. De Physician Assistant lacht en het gesprek gaat nog even over de skitrip. Vervolgens groet ze en hangt op. In de ziekenhuiswereld is sprake van een duidelijke hiërarchie met de medisch specialist bovenaan. De afstand tussen enerzijds het verplegend personeel en anderzijds de artsen is van oudsher erg groot. Opvallend aan het bovenstaande citaat is de manier waarop de Physician Assistant en de medisch specialist met elkaar omgaan. Ten eerste spreken ze elkaar met de voornaam aan, tijdens de observaties bleken arts-assistenten, coassistenten en verpleegkundigen de specialist als dokter aan te spreken. Ten tweede is het opvallend dat de Physician Assistant en de specialist over de skitrip praten, daarmee maken zij een niet werkgerelateerd praatje. Dit duidt beiden op de aanwezigheid van *familiarity*.

Ook met medisch specialisten van andere specialismen gaat de Physician Assistant vriendschappelijk om. Tijdens een observatie is er een patiënt op de afdeling waarbij de Physician Assistant zorgen heeft om haar hart. Daarom besluit de Physician Assistant een consult aan te vragen bij de cardioloog. Wanneer de cardioloog arriveert stel ik mijzelf voor en vertel ik waarom ik met de Physician Assistant meeloop en waar het onderzoek over gaat: De cardioloog maakt een grapje over mijn aanwezigheid: dat de Physician Assistant zich nu moet gedragen. De Physician Assistant moet hierom lachen en doet net alsof ze de cardioloog om de oren slaat. Vervolgens grapt de cardioloog dat het intercollegiale overleg beter kan. Vervolgens bespreken de Physician Assistant en de cardioloog de patiënten waarbij de

Physician Assistant graag de mening van de cardioloog wil hebben. Er is een patiënt met AF, de cardioloog maakt een grapje dat AF op deze afdeling wel vaker voorkomt vergeleken bij andere afdelingen. De Physician Assistant moet lachen en reageert dat dit komt doordat ze vaker een ECG aanvraagt dan de rest, kan ze haar lezen ook oefenen. Deze voorbeelden tonen de informele wijze waarop de cardioloog en Physician Assistant interacteren. De afstand tussen hen lijkt klein te zijn, ze maken continu grapjes. Dit duidt op *'familiarity'*, doordat zij bekend zijn met elkaar maken ze grapjes en weten ze welke grapjes wel of niet gewaardeerd worden. Wanneer sprake zou zijn van *'laity'* zouden er zeer waarschijnlijk geen grapjes worden gemaakt en zou het gesprek zich beperken tot het consult waarvoor de cardioloog is gekomen.

Ten vierde is *'familiarity'* zichtbaar in de Physician Assistant die op naam van de specialist een DBC mag openen en sluiten. Het openen of sluiten van een DBC is alleen voorbehouden aan de medisch specialist. In de praktijk is een medisch specialist echter niet altijd betrokken bij de behandeling van een patiënt en verleent de Physician Assistant of een arts-assistent de zorg. Dit bemoeilijkt het openen en sluiten van een DBC, een specialist moet dit doen maar heeft een patiënt niet gezien. Een Physician Assistant zegt hierover het volgende: “Op dit moment doen wij precies hetzelfde als bij de arts-assistent, wij openen en sluiten de DBC in naam van de medisch specialist.” Dat de Physician Assistant de DBC mag openen en sluiten op naam van de medisch specialist duidt op vertrouwen op basis van *'familiarity'* vanuit de specialisten.

Tot slot blijkt de aanwezigheid van *'familiarity'* uit de uit het groeiende takenpakket van de Physician Assistant. Enkele ambitieuze Physician Assistants willen graag hun taken uitbreiden, dit is mogelijk op basis van het vertrouwen dat de medisch specialist in de Physician Assistant heeft. Een Physician Assistant zegt daarover het volgende: “Nou ja je ziet dat de werkzaamheden uitbreiden. Naarmate je meer ervaring hebt en meer expertise hebt, meer vertrouwen krijgt.” Wanneer ik de vraag stel waaruit zijn vertrouwen in de Physician Assistant blijkt, beaamt een medisch specialist dat de taken van de Physician Assistant toenemen doordat hij vertrouwen in haar heeft: “Nou dat blijkt uit dat haar takenpakket in een vrij korte periode enorm is uitgebreid met zaken die ik tot voor die tijd alleen zelf deed, dat zou ik natuurlijk niet doen als ik haar niet vertrouw. Het vertrouwen in haar baseer ik natuurlijk gewoon op mijn ervaring en inzicht dat zij goede zorg kan leveren en waar haar kwaliteiten liggen, ja.” Het uitbreiden van de taken van de Physician Assistant is mogelijk omdat de specialist haar inmiddels kent en daardoor weet hoe zij patiënten verzorgt en of haar capaciteiten haar in staat stellen om bepaalde taken over te nemen. Zonder dit vertrouwen zou de medisch specialist het niet toestaan dat een Physician Assistant meer taken gaat uitvoeren. De medisch specialisten laten de Physician Assistants daarmee steeds meer toe in hun medische domein waardoor het vertrouwen onder bekenden verder versterkt. Op basis van vertrouwen onder bekenden vindt herverdeling van taken in de praktijk plaats. Dit komt overeen met de theorie van Branson & Armstrong (2004) waaruit blijkt dat artsen hun werk verdelen aan de hand van informele systemen via vertrouwen en flexibiliteit. Het gaat hierbij

vaak om kleine praktijken waarbij artsen makkelijk benaderbaar zijn en meer afhankelijk zijn van elkaar. Het team van artsen en de Physician Assistant is ook relatief klein, daardoor is er sprake van meer nadruk op vertrouwen in de verdeling van taken en krijgt de Physician Assistant waarschijnlijk meer mogelijkheden om taken over te nemen.

4.3.3. Vertrouwen onder onbekenden

De tweede vorm van vertrouwen is vertrouwen onder onbekenden, deze wordt gekenmerkt door *'laity'* waarbij onbekenden dagelijks interactie met elkaar hebben. In deze context zijn procedures en regels van belang, zij dienen als basis om onbekenden te vertrouwen in interactie (Shapin 1992:18). Deze procedures en regels zijn ook aanwezig in de dagelijkse samenwerking tussen de medisch specialist en de Physician Assistant.

Allereerst blijkt de aanwezigheid van vertrouwen op basis van *'laity'* uit de werkafspraken tussen de medisch specialisten en de Physician Assistant. Deze werkafspraken vormen de basis van de samenwerking: “Ja dat zijn dus de goede afspraken maken met de Physician Assisstant. Bij ons hoort de Physician Assistant bij ons team, is dus onderdeel van onze organisatie en zij weet, wanneer de specialist erbij moet komen vanuit zijn of haar opleiding, qua kennis. Wij hebben daar ook werkafspraken over gemaakt.” Uit dit citaat blijkt dat de basis van vertrouwen verankerd ligt in de opleiding die de Physician Assistant heeft gevolgd. Op basis van deze opleiding is de Physician Assistant namelijk in staat zelfstandig in te schatten wanneer medische verrichtingen niet meer tot haar domein behoren. Door deze aan te vullen met specifieke werkafspraken hebben de medisch specialisten het vertrouwen dat de Physician Assistant in staat is de taken goed uit te voeren.

Ten tweede blijkt *'laity'* uit de regelmatige controle door de artsen. In het volgende citaat stelt de Physician Assistant dat de medisch specialisten vertrouwen in haar hebben omdat zij regelmatig naar haar mening vragen: “Chirurgen bellen mij op hun vrije dag om te vragen hoe het met hun patiënten gaat, daar blijkt het ook uit. Dat ze mij mijn gang laten gaan. Dat ze mij ook opdrachten geven maar dat ze ook met mij overleggen: ‘Goh [naam Physician Assistant] heb je die patiënt gezien, wat vind je er van?’” Dat de medisch specialist op zijn vrije dag belt om te vragen hoe het met de patiënten gaat is te zien als een vorm van controle. De medisch specialist voelt de behoefte om te controleren of het goed gaat met zijn patiënten. Wanneer de specialist daadwerkelijk volledig op de Physician Assistant zou vertrouwen, zou er geen sprake zijn van dergelijke controle. Deze controle door de specialist is te kenmerken als *'laity'*, immers als je elkaar zou vertrouwen omdat je elkaar kent, zou je elkaar niet hoeven te controleren.

Ten derde hebben andere specialismen geen vertrouwen in de Physician Assistant. Sommige specialismen die zelf niet met een Physician Assistant werken hebben moeite met hun inzet: “Een van de bezwaren is dat niet alle collega's in het ziekenhuis de Physician Assistant even serieus nemen. Bijvoorbeeld de intensive care specialisten willen niet de patiënten overdragen aan een Physician Assistant en willen dan direct alleen met een arts spreken. Dat vind ik 1

voor de Physician Assistant vervelend maar ook voor ons want het is zinloos. Ik vind dat een PA-er deel uit maakt van de medische staf en de overdracht van patiënten gaat gewoon binnen de medische staf. En of dat nou een specialist, arts-assistent of Physician Assistant is, maakt mij niet uit, maar zo denkt bijvoorbeeld de intensive care er niet over.” Ook de Physician Assistant erkent dat hun beroep in het begin tot veel onduidelijkheid leidde en sommige specialismen niet met hun willen samenwerken: “In het begin, was de Physician Assistant echt een onduidelijk begrip en fenomeen en niemand wist wat ze met ons aanmoesten. En ik heb situaties gehad waarin mensen zeiden van nou ik wil niet met jou overleggen. Ja gewoon van artsen, van specialisten. Kijk en dat is inderdaad binnen vijf jaar heel erg veranderd. Het is nu gewoon de hele organisatie weet van er zijn Physician Assistants en er wordt nu niet meer zo moeilijk gedaan over overleggen. Ja her en der nog wel helaas, en er zijn nog wel een aantal specialisten die het nog lastig vinden.” Deze citaten tonen dat de afstand tussen de Physician Assistant en andere specialismen groot is waardoor zij als een ‘externe professional’ wordt gezien en zij hun taken niet volledig kunnen uitvoeren. Met name het verschil in achtergrond lijkt een belangrijke rol te spelen, alhoewel de medisch specialist waarbij de Physician Assistant in dienst is haar wel als teamlid ziet, wordt zij niet als zodanig erkend door de andere specialismen. Dit gebrek aan vertrouwen in de Physician Assistant leidt er toe dat intensive care artsen een patiënt alleen willen overdragen aan een arts. Dit komt overeen met de theorie van Sorensen & Iedema (2007) die stellen dat wanneer de afstand tussen groepen groot is, er weinig vertrouwen is in elkaars capaciteiten. Als dit vertrouwen ontbreekt zullen professionals geen samenwerkingsrelatie aan gaan (Sorensen & Iedema 2007:95). Zij hebben dan te weinig contact met elkaar en te weinig kennis over elkaars capaciteiten waardoor zij geen vertrouwen aan elkaar durven te geven. Artsen op de intensive care unit hebben, door hun holistisch en klinische oriëntatie, een andere visie op zorg dan ‘externe professionals’. De artsen zien de Physician Assistant als een ‘externe professional’ met een andere achtergrond en een andere visie op zorg. Volgens Sorensen & Iedema (2007) hebben intensive care artsen daardoor moeite met het afstaan van taken en hebben zij geen vertrouwen in de capaciteiten en kwaliteiten van hun collegae (Sorensen & Iedema 2007:95).

Tot slot blijkt uit de wijze waarop omgegaan wordt met het maken van fouten ook dat er kenmerken van ‘*laity*’ aanwezig zijn. Een medisch specialist vertelt dat fouten maken erbij hoort en ook een Physician Assistant fouten maakt. Die fouten moeten bespreekbaar gemaakt worden zodat er van geleerd kan worden, de Physician Assistant moet hierin professioneel zijn door integer en reflectief te zijn: “Kijk het moet niet elke dag gebeuren, maar het gebeurt. Dus het is niet zozeer dat ze, als ze een keer door het rode stoplicht rijdt, dan meteen ontslagen wordt of dat dan mijn hele idee van de Physician Assistant vervalst. Nee alleen moet het wel besproken worden als het een keer gebeurd en moeten we voorkomen dat het nog een keer gebeurt.” Aan verpleegkundigen is vervolgens de vraag gesteld of zij een verandering zien in de relatie tussen de specialist en de Physician Assistant nadat een fout is gemaakt. Volgens de verpleegkundige komt een specialist vaker op de afdeling langs nadat er door de Physician Assistant een fout is gemaakt. Uit deze opmerking van de verpleegkundige blijkt

dat zodra een Physician Assistant een fout maakt, controle in de vorm van fysieke aanwezigheid van de medisch specialist toeneemt. Alhoewel er ruimte is voor fouten, leiden fouten er in de praktijk wel toe dat controle intensiveert en de medisch specialisten terug vallen op regels en procedures. Wanneer sprake zou zijn van *'familiarity'*, zou het maken van een fout niet leiden tot extra controle. Er zou dan sprake zijn van vertrouwen in de kennis en kunde van een Physician Assistant waardoor ze de gemaakte fout niet herhaalt.

4.3.4. Conclusie

Zowel de resultaten als de theorie van Currie et al (2010) tonen dat vertrouwen zich ontwikkelt naarmate een werkrelatie langer duurt, de professionals elkaar beter kennen en de samenwerking intensiveert. Doordat dit vertrouwen groter wordt ontstaat ruimte om taken te herverdelen tussen de arts en de Physician Assistant.

In de werkrelatie tussen de artsen en de Physician Assistant is sprake van zowel vertrouwen op basis van *'laity'* als vertrouwen op basis van *'familiarity'*. Afhankelijk van de situatie wordt geschoven in de basis van vertrouwen. De voorgaande paragrafen tonen aan dat *'familiarity'* blijkt uit de omgang tussen de Physician Assistant en de artsen die zeer vriendelijk en collegiaal is, ze noemen elkaar bij de voornaam en spreken informeel met elkaar. Deze informele omgang toont dat de afstand tussen de medisch specialisten en de Physician Assistant klein is en duidt daarmee op vertrouwen op basis van *'familiarity'*. Deze vorm van vertrouwen maakt het mogelijk om taken te herschikken van de arts naar de Physician Assistant. Vertrouwen op basis van *'laity'* blijkt uit de werkafspraken tussen de artsen en de Physician Assistant over het uitvoeren van de taken. Daarnaast is *'laity'* zichtbaar in de controle door de specialisten in de vorm van een telefoontje hoe het met de patiënten gaat (ook op vrije dagen) of fysieke aanwezigheid. Dit betekent dat alhoewel vertrouwen op basis van *'familiarity'* leidt tot taakherschikking, de behoefte om te controleren aanwezig is. Deze controle leidt er volgens de resultaten niet toe dat de specialisten weer taken in eigen beheer nemen die eerst door de Physician Assistant werden uitgevoerd.

Doordat de Physician Assistant in het medische domein functioneert en als teamlid wordt gezien, is in meerdere mate *'familiarity'* zichtbaar dan *'laity'*. Echter tonen de resultaten ook dat de Physician Assistant aan de periferie van het medische domein functioneert waardoor er ook een zekere afstand is tussen de specialisten en de Physician Assistant. Daar is *'laity'* zichtbaar in de taken die de Physician Assistant uitvoert. Doordat een fysieke afstand waarneembaar is in de locatie en de taken van de Physician Assistant ten opzichte van de specialist, heeft de specialist weinig zicht op de uitvoering van deze taken. In deze situaties is zichtbaar dat de specialist de Physician Assistant op basis van werkafspraken of controle vertrouwt.

De resultaten tonen dat vertrouwen op basis van *'familiarity'* en vertrouwen op basis van *'laity'* gelijktijdig naast elkaar aanwezig zijn. Ondanks het beeld dat de Physician Assistant als arts functioneert, worden zij daarentegen niet als een van de artsen vertrouwd. Alhoewel de Physician Assistant wel onderdeel uitmaakt van het artsteam, zitten zij in de periferie van de groep. Wanneer de Physician Assistant tot het centrum van het medische domein zou behoren, dan zou er niet sprake zijn van twee vormen van vertrouwen maar enkel

van *'familiarity'*. Doordat de Physician Assistant tot de periferie van het artsendomein behoort is er sprake van *'familiarity'* waarin zij taken overnemen van de arts. Tevens is er sprake van *'laity'* waar regels en procedures zichtbaar zijn omdat de afstand tussen het centrum en de periferie dit noodzakelijk maakt. Shapin (1992) stelt dat beide vormen van vertrouwen gelijktijdig aanwezig kunnen zijn, wanneer dit het geval is prefereren mensen *'laity'* (Shapin 1992:19). Dit onderzoek laat ook zien dat beide vormen van vertrouwen gelijktijdig aanwezig kunnen zijn. Echter is daarbij in meerdere mate *'familiarity'* aanwezig dan *'laity'*.

4.4. Conclusie

De analyse toont dat er geen sprake lijkt te zijn van de Physician Assistant als hybride functionerend beroep tussen het domein van de artsen en het domein van de verpleegkundigen. Alhoewel het beroep wel zodanig is gepositioneerd, blijkt uit de theorie van Currie et al (2010) en dit onderzoek dat betrokken professionals hybride functioneren niet toestaan. In de praktijk betekent dit dat de Physician Assistants vooral als artsen worden gezien en gepositioneerd. Alhoewel de Physician Assistant in het medisch domein functioneert, tonen de resultaten ook dat de Physician Assistant niet tot de centrum van dit domein behoort. Omdat zij geen artsen zijn behoren zij niet tot het centrum waar de medisch specialisten wel toe behoren. De Physician Assistant behoort, evenals de arts-assistent, tot de periferie van het medische domein.

Vertrouwen is noodzakelijk om tot taakherschikking te komen waarbij de Physician Assistant taken overneemt van de artsen. Uit het onderzoek blijkt dat de Physician Assistant zowel vertrouwen op basis van *'familiarity'* als *'laity'* krijgt vanuit de artsen. Afhankelijk van de situatie wordt geschoven in de basis van vertrouwen. *'Familiarity'* is zichtbaar in de informele en collegiale manier waarop artsen en de Physician Assistant met elkaar omgaan. De Physician Assistant is onderdeel van het artsteam en mag ook op naam van de specialist DBC's declareren. Aan de andere kant is *'laity'* zichtbaar in de controle door de artsen in de vorm van even om de deur kijken of opbellen om te vragen hoe het met de patiënten gaat. Ook de werkafspraken die de basis vormen van de samenwerking en de weigering van andere professionals om met de Physician Assistant te werken duiden op *'laity'*. Doordat de Physician Assistant in het medische domein functioneert en als teamlid wordt gezien, is in meerdere mate *'familiarity'* zichtbaar dan *'laity'*. Taakherschikking is mogelijk doordat *'familiarity'* aanwezig is in de professionele relatie tussen de arts en de Physician Assistant. Omdat de Physician Assistant aan de periferie van het medische domein functioneert, is er sprake van een zekere afstand tussen de specialisten en de Physician Assistant. Daar is *'laity'* zichtbaar in de taken die de Physician Assistant uitvoert. Doordat een fysieke afstand waarneembaar is in de locatie en de taken van de Physician Assistant ten opzichte van de specialist, heeft de specialist weinig zicht op de uitvoering van deze taken. In deze situaties is zichtbaar dat de specialist de Physician Assistant op basis van werkafspraken of controle vertrouwt.

┃ Taakherschikking, een kwestie van vertrouwen?

Dit betekent dat vertrouwen op basis van *'familiarity'* en *'laity'* naast elkaar aanwezig kunnen zijn in een professionele werkrelatie. Shapin (1992) erkent de mogelijkheid dat beide vormen van vertrouwen gelijktijdig aanwezig kunnen zijn, wanneer dit het geval is prefereren mensen *'laity'*. Dit onderzoek toont echter dat in meerdere mate *'familiarity'* aanwezig is dan *'laity'*.

5. Conclusie en discussie

5.1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn de belangrijkste resultaten beschreven welke uit de interviews en observaties naar voren zijn gekomen. Het theoretisch kader in hoofdstuk 2 heeft de basis gelegd om de data te interpreteren. De beantwoording van de hoofdvraag [Wat is de invloed van hybride vormen van professioneel vertrouwen op taakherschikking naar de Physician Assistant in het ziekenhuis?](#) vindt plaats in dit hoofdstuk.

Deze hoofdvraag wordt beantwoord op basis van de deelvragen en de belangrijkste bevindingen van het onderzoek. De resultaten worden gepositioneerd ten opzichte van de inzichten in de wetenschappelijke literatuur, waarna de beperkingen of discussiepunten van dit onderzoek en de onderzoeksmethodologie beschreven zullen worden. Tot slot worden de implicaties van het onderzoek beschreven en aanbevelingen gedaan voor mogelijk verder onderzoek.

5.2. Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek en de positionering van de Physician Assistant tussen het medische en verpleegkundige domein impliceren dat de Physician Assistant hybride functioneert. De veronderstelling is dat zij voor de uitoefening van het beroep continu bewegen tussen het domein van de artsen en het domein van de verpleegkundigen. Uit dit onderzoek blijkt dat de omgeving de Physician Assistant ziet als arts en dat zij ook zodanig functioneren in het ziekenhuis. Zowel de artsen, verpleegkundigen als patiënten erkennen dat de Physician Assistant in het medische domein functioneert. De resultaten tonen dat dit zichtbaar is in de wijze waarop de Physician Assistant wordt aangesproken, de taken die zij uitvoeren en hun positionering in de organisatie als onderdeel van het artsenteam. Dit betekent dat de Physician Assistant niet hybride functioneert, zoals in de theorie van Putters (2009) beschreven, doordat andere professionals dit niet toestaan. Dit komt overeen met het onderzoek van Currie et al. (2010) waar ook uit blijkt dat nieuwe beroepen die zich positioneren tussen het artsendomein en het verpleegkundig domein niet hybride kunnen functioneren doordat zij in één van beide domeinen wordt 'gedwongen'. Een andere oorzaak is er in gelegen dat de Physician Assistant niet actief een eigen professionele identiteit ontwikkelt in de interactie met andere professionals en patiënten. Daardoor blijft het beroep Physician Assistant onbekend en draagt dit er aan bij dat zij in de praktijk vooral als arts zijn gepositioneerd. Alhoewel de resultaten tonen dat de Physician Assistant onderdeel uit maakt van het medisch domein, is zichtbaar dat zij aan de periferie van het medische domein functioneert. Door haar taken begeeft zij zich in het medisch domein, maar omdat zij geen 'echte arts' is functioneert zij niet in het centrum maar in de periferie en laten de artsen hun ook niet toe in het centrum.

Tevens tonen de resultaten dat er tegelijkertijd sprake is van twee vormen van vertrouwen, zowel *'familiarity'* als *'laity'*. Ondanks het beeld dat de Physician Assistant als

arts functioneert, worden zij daarentegen niet als een van de artsen vertrouwd. De Physician Assistant is namelijk niet een van de artsen, alhoewel zij wel onderdeel uitmaken van het artsenteam, zitten zij in de periferie van de groep. Wanneer de Physician Assistant tot het centrum van het medische domein zou behoren, dan zou er niet sprake zijn van twee vormen van vertrouwen maar enkel van *'familiarity'*. Doordat de Physician Assistant tot de periferie van het artsendomein behoort is er sprake van *'familiarity'* waarin zij taken overnemen van de arts. Tevens is er sprake van *'laity'* waar regels en procedures zichtbaar zijn omdat de afstand tussen het centrum en de periferie dit noodzakelijk maakt.

Aan de hand van het theoretisch kader, interviews en observaties, zijn verschillende deelvragen beantwoord om tot bovenstaande conclusie te kunnen komen. De eerste deelvraag is: [Hoe beïnvloedt meervoudig besturen de inzet van de Physician Assistant in het ziekenhuis?](#) Vanuit de overheid krijgt de Physician Assistant legitimiteit voor de uitvoering van haar taken door de aanpassing in de wet BIG. Voor de overheid is het belang gelegen in het beheersbaar houden van het macrobudget. Door inzet van de Physician Assistant is het mogelijk om goedkopere zorg te leveren zonder kwaliteitsverlies. Daartoe wil de overheid de ruimte om te declareren vergroten. De minister van VWS heeft daarom recent aangekondigd dat de Physician Assistant vanaf 2015 ook hoofdbehandelaar mag zijn en DBC's mag openen en sluiten, de minister zal de wet daartoe aanpassen. Daarmee krijgt de Physician Assistant dezelfde legitimiteit als de medisch specialist. Voor de arts-assistenten verandert er niets, zij mogen ook in de veranderde wetgeving geen hoofdbehandelaar zijn en DBC's openen en sluiten. Uit dit onderzoek blijkt dat de Physician Assistant en de arts-assistenten in de praktijk dezelfde positie hebben, zij hebben veelal vergelijkbare taken en maken beiden onderdeel uit van het medische domein maar staan beiden aan de periferie. Daarentegen maakt de wet wel een verschil tussen de arts-assistenten en de Physician Assistant. Door de wet aan te passen staat de Physician Assistant dichterbij het centrum omdat zij in mogen declareren wat in het verleden alleen een voorrecht van de medisch specialist (het centrum) was.

Verzekeraars sturen de Physician Assistant via contracten, het belang van verzekeraars is gelegen in eenvoud en transparantie. Wanneer één hoofdbehandelaar mag declareren is dit makkelijker te controleren. Tevens hoeft de zorgverzekeraar in dat geval geen onderscheid te maken tussen verschillende professionals, wat zij wel en niet mogen declareren en het tarief dat daaraan verbonden is. Om die reden willen de verzekeraars de ruimte om te declareren verkleinen en geen veranderingen in de huidige wetgeving.

Tot slot is sturing zichtbaar vanuit de Orde van Medisch Specialisten, de beroepsgroep van de medisch specialisten. Ook zij zijn geen voorstander van het uitbreiden van het aantal professionals dat mag declareren, echter hebben zij hier een andere motivatie voor dan de zorgverzekeraars. De Orde van Medisch Specialisten vindt het van belang dat het hoofdbehandelaarschap bij de medisch specialist blijft (NZa 2012:21). Op deze manier bewaken zij de grenzen van hun werkgebied en willen zij het alleenrecht op declareren niet delen met een andere professie. De Orde van Medisch Specialisten is van mening, in tegenstelling tot de NZa, dat het noodzakelijk is om het face-to-face contact met een poortspecialist te verplichten voor het in rekening mogen brengen van een polikliniekbezoek.

De Orde van Medisch Specialisten geeft aan dat de huisarts een patiënt verwijst naar een medisch specialist in de tweede lijn, om die reden hechten zij aan het contact tussen de patiënt en medisch specialist (NZa 2012:21).

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, die onderzoekt wat de invloed is van meervoudig besturen op het vertrouwen tussen de artsen en de Physician Assistant en taakherschikking in de gezondheidszorg, staat in de tweede deelvraag het vertrouwen tussen de arts en de Physician Assistant centraal. De tweede deelvraag luidt: **Wat is de basis van vertrouwen tussen artsen en de Physician Assistant en waar blijkt dat uit?** Vertrouwen is noodzakelijk om tot taakherschikking te komen waarbij de Physician Assistant taken overneemt van de artsen. Op basis van de wijze waarop de artsen en de verpleegkundigen de Physician Assistant positioneren in het medisch doemien, verwachtte ik aan de hand van het theoretisch kader dat het vertrouwen tussen de artsen en de Physician Assistant gebaseerd is op *'familiarity'* omdat ze behoren tot dezelfde groep. Tot mijn verrassing blijken de twee mechanismen van vertrouwen, namelijk *'familiarity'* en *'laity'*, samen de basis te vormen van het onderling vertrouwen tussen de artsen en de Physician Assistant.

'Familiarity' is zichtbaar in de informele en collegiale manier waarop artsen en de Physician Assistant met elkaar omgaan. De Physician Assistant is onderdeel van het artsenteam en mag ook op naam van de specialist DBC's declareren. Deze informele omgang toont dat de afstand tussen de medisch specialisten en de Physician Assistant klein is en duidt daarmee op vertrouwen op basis van *'familiarity'*. Aan de andere kant is *'laity'* zichtbaar in de controleren van de artsen door even om de deur te kijken of op te bellen om te vragen hoe het met de patiënten gaat. Ook de werkafspraken die de basis vormen van de samenwerking en de weigering van andere professionals om met de Physician Assistant te werken duiden op *'laity'*. De resultaten tonen daarmee dat het mogelijk is om informeel en ontspannen met elkaar om te gaan maar dat er tegelijkertijd ook sprake kan zijn van een sterke mate van regulering en controle.

Vertrouwen op basis van *'familiarity'* en vertrouwen op basis van *'laity'* kunnen volgens de resultaten naast elkaar aanwezig zijn in de professionele relatie tussen de arts en de Physician Assistant. Doordat de Physician Assistant in het medische domein functioneert en als teamlid wordt gezien, is in meerdere mate *'familiarity'* zichtbaar dan *'laity'*. Echter tonen de resultaten ook dat de Physician Assistant aan de periferie van het medische domein functioneert waardoor er ook een zekere afstand is tussen de specialisten en de Physician Assistant. Daar is *'laity'* zichtbaar in de taken die de Physician Assistant uitvoert. Doordat een fysieke afstand waarneembaar is in de locatie en de taken van de Physician Assistant ten opzichte van de specialist, heeft de specialist weinig zicht op de uitvoering van deze taken. In deze situaties is zichtbaar dat de specialist de Physician Assistant op basis van werkafspraken of controle vertrouwt.

Shapin (1992) erkent dat beide vormen van vertrouwen gelijktijdig aanwezig kunnen zijn, wanneer dit het geval is prefereren mensen *'laity'* (Shapin 1992:19). Dit onderzoek laat ook zien dat beide vormen van vertrouwen gelijktijdig aanwezig kunnen zijn. Echter is daarbij in meerdere mate *'familiarity'* aanwezig dan *'laity'*.

Tevens tonen de resultaten dat de aard van vertrouwen invloed heeft op taakherschikking. Waar sprake is van *'familiarity'* is zichtbaar dat specialisten taken overdragen aan de Physician Assistant. De Physician Assistant mag op naam de specialisten declareren en krijgt uitbreiding van het takenpakket. Anderzijds is zichtbaar dat de specialisten de noodzaak voelen om de Physician Assistant hierop te controleren wat betekent dat er ook sprake is van *'laity'*. Dit betekent dat alhoewel vertrouwen leidt tot taakherschikking, de behoefte om te controleren aanwezig is. Deze controle leidt er volgens de resultaten niet toe dat de specialisten weer taken in eigen beheer nemen die eerst door de Physician Assistant werden uitgevoerd.

Zowel de resultaten als de theorie van Currie et al (2010) tonen dat vertrouwen zich ontwikkelt naarmate een werkrelatie langer duurt, de professionals elkaar beter kennen en de samenwerking intensiveert. Doordat dit vertrouwen groter wordt ontstaat ruimte om taken te herverdelen tussen de arts en de Physician Assistant.

5.3. Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van deze studie is gelegen in de koppeling van hybride vormen van besturen aan vertrouwen en de invloed daarvan op taakherschikking. Zoals de inleiding in hoofdstuk 1 schetst zijn het allen onderwerpen die al wel onderzocht zijn, maar nog niet eerder in relatie met elkaar zijn onderzocht. Drie bevindingen in dit onderzoek zijn relevant voor de wetenschap.

De eerste bevinding is dat professionals zoals de Physician Assistant waarvan beoogd is dat zij hybride functioneren, dit in de praktijk niet doen. Daarmee bevestigt dit onderzoek het reeds uitgevoerde onderzoek van Currie et al. (2010). Het onderzoek van Currie et al. (2010) naar hybride functionerende beroepen in de gezondheidszorg is tot op heden de enige in zijn soort. Door de bevindingen te bevestigen is een meer fundamentele basis gelegd voor de bevinding dat hybride functioneren niet wordt toegestaan. Waar het onderzoek van Currie et al. (2010) toont dat de verpleegkundige professie hybride rollen niet ondersteunt waardoor zij niet hybride kunnen functioneren, toont dit onderzoek dat het niet alleen verpleegkundigen maar ook artsen zijn die deze hybride rollen niet ondersteunen. De bevinding dat ook artsen hybride rollen niet toestaan en de Physician Assistant daardoor in een domein 'dwingen', is een aanvulling op de theorie van Currie et al. (2010).

Daarnaast stelt deze studie dat het voor taakherschikking van belang is om ruimte te krijgen vanuit de overheid, medische professie en de markt & gemeenschap. Door regels in te voeren die deze ruimte creëren is het voor een beroep zoals de Physician Assistant mogelijk om taken over te nemen van artsen. Wanneer een van deze partijen hier niet aan mee werkt kan dit leiden tot een onoverkomelijk obstakel waardoor de Physician Assistant haar taken niet uit kan voeren en taakherschikking niet volledig tot wasdom komt. De originaliteit van dit onderzoek is gelegen in het onderzoeken van de opkomst van een nieuwe professie vanuit de bestuurskundige literatuur. De bestuurskunde gaat zelden diep in op een specifiek empirisch probleem, vaak betreft het onderzoek naar bijvoorbeeld hervormingen van het zorgstelsel en niet over een onderdeel daarvan zoals de opkomst van een nieuwe professie. Dit onderzoek laat zien dat dit wel de moeite waard is.

De derde bevinding in dit onderzoek die relevant is voor de wetenschap, is dat er in een professionele relatie zowel vertrouwen op basis van *'familiarity'* als *'laity'* aanwezig kan zijn waarbij de aard van vertrouwen kan schuiven. Shapin (1992) gaat er vanuit dat als professionals elkaar kunnen vertrouwen op basis van *'laity'*, ze dit ook zullen doen. Doordat de twee vormen van vertrouwen langs elkaar staan in een professionele relatie, kunnen professionals schuiven in de aard van vertrouwen. De resultaten tonen dat in de ene situatie *'familiarity'* de basis van vertrouwen is en in een andere situatie *'laity'*. Door te schuiven in de aard van vertrouwen kunnen artsen afstand creëren of verkleinen tussen henzelf en de Physician Assistant. Daardoor kunnen artsen een positieve reden hebben om te vertrouwen op basis van *'laity'*, namelijk het beschermen van de eigen groep.

5.4. Beperkingen

Zoals elk onderzoek kent ook dit onderzoek zijn beperkingen. Ten eerste is dit gelegen aan het geringe aantal casussen dat is onderzocht. Door tegenslagen rondom het verkrijgen van de METC verklaring was het helaas mogelijk om in slechts één ziekenhuis onderzoek te doen naar de inzet van de Physician Assistant. De consequentie is dat het onderzoek niet generaliseerbaar is voor alle Physician Assistants in alle ziekenhuizen. Dit onderzoek is uitgevoerd in een topklinisch ziekenhuis waardoor de uitkomsten van dit onderzoek niet hoeven te gelden voor andere onderzoeken. Daarnaast is samenwerking en het vertrouwen dat tussen professionals aanwezig is persoonsgebonden. Dit alles kan betekenen dat de resultaten zoals in dit onderzoek gepresenteerd, niet gelden voor andere Nederlandse ziekenhuizen.

Ten tweede is het onderzoek uitgevoerd in samenwerking met een groep medestudenten met allen een eigen focus op taakherschikking. Dit betekent dat over alle onderwerpen tijdens de interviews vragen zijn gesteld. Wanneer elke onderzoeker een eigen, op het onderwerp afgestemde, vragenlijst had gehanteerd, was naar alle waarschijnlijkheid meer informatie over dit onderwerp verzameld. Ondanks de gezamenlijk gevolgde interviewtraining blijkt dat sommige onderwerpen in het ene interview meer aan bod komen dan in andere interviews. Hier zijn twee verklaringen voor, allereerst is het mogelijk dat een respondent over een onderwerp meer te vertellen heeft dan over een ander onderwerp. Ten tweede is het ook mogelijk dat een onderzoeker vooral gefocust is op het eigen onderwerp en daardoor vooral hier vragen over stelt en in mindere mate over de andere onderwerpen. In het onderzoek naar taakherschikking was sprake van beiden waardoor niet alle interviews even waardevol waren voor dit onderzoek.

Voorts is dit onderzoek binnen twee specialismen uitgevoerd, waarbij ook tussen specialismen sprake was van verschil in verdeling van taken en de manier van werken. Voor dit onderzoek naar vertrouwen is dit minder relevant en daardoor niet aan bod gekomen. Om een goed algemeen beeld te krijgen over de Physician Assistant, de taken en de rol van vertrouwen, zou het goed zijn om dit onderzoek onder meerdere specialismen uit te voeren.

Tot slot zijn patiënten niet geïnterviewd over hun ervaring met de Physician Assistant. In interviews werd herhaaldelijk door respondenten aangegeven dat zij het idee hebben dat de patiënten denken een arts tegenover zich te hebben. Het zou goed zijn om patiënten, direct nadat zij contact hebben gehad met een Physician Assistant, te interviewen. Om een

vollediger beeld te krijgen zouden patiënt ervaringen meegenomen moeten worden in het onderzoek.

5.5.Aanbevelingen

Uit de beperkingen vloeien gedeeltelijk ook de aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek voort. Een eerste aanbeveling is vervolgonderzoek, waarbij dit onderzoek verbreed wordt van naar andere ziekenhuizen (zowel academisch als perifeer) waardoor het mogelijk is om de resultaten te generaliseren. Academische en perifere ziekenhuizen zien vaak een andere patiëntenpopulatie, dit betekent dat academische ziekenhuizen vaak meer complexe patiënten zien en meer specialistische zorg aanbieden. Dit kan consequenties hebben voor de taken van de Physician Assistant, deze kunnen zo complex zijn dat er meer supervisie van de medisch specialist aanwezig is of het kan betekenen dat de Physician Assistant minder taken overneemt. In een aanvullend onderzoek is het mogelijk om te bestuderen of deze verschillen inderdaad aanwezig zijn en wat de consequenties daarvan zijn voor de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Om de generaliseerbaarheid verder te verbeteren is het een aanbeveling om onderzoek te doen binnen verschillende specialismen. In dit onderzoek zijn Physician Assistants binnen 2 specialismen onderzocht. Alhoewel dit onderzoek zich niet specifiek heeft gericht op het verschil in werkwijze tussen de twee specialismen, bleek hier wel verschil in te zijn. Het verschil lijkt met name te zitten in de verdeling van patiënten waar bij het ene specialisme, afhankelijk van de deskundigheid en beschikbaarheid van de teamleden een verdeling wordt gemaakt. Bij het andere specialisme lijkt meer een verschil te zijn in het type taken dat de Physician Assistant uitvoert en de medisch specialist. Vervolgonderzoek kan hier meer inzicht in bieden.

Een tweede aanbeveling is het ontwikkelen van een professionele identiteit voor de Physician Assistant. De resultaten tonen dat de Physician Assistant geen eigen professionele identiteit heeft en deze ook niet ontwikkelt. Volgens dit onderzoek is de oorzaak het beeld van de omgeving dat de Physician Assistant als arts functioneert en zij hun eigen professionele identiteit niet continu creëren en bevestigen in de relatie met andere professionals of patiënten. Om een eigen plekje te creëren tussen de artsen en verpleegkundigen en hybride te functioneren zoals bedoeld, is het hebben van een eigen professionele identiteit noodzakelijk. De beroepsvereniging van de Physician Assistant, NAPA, kan hier een bijdrage aan leveren.

De derde en laatste aanbeveling is in lijn met de tweede aanbeveling, namelijk voor de markt & gemeenschap om de Physician Assistant te erkennen. Om erkenning te verkrijgen is het van belang de bekendheid van het beroep Physician Assistant te vergroten. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door aandacht voor het beroep tijdens de geneeskunde en verpleegkundige opleiding of het aanpassen van de naam. De naam Physician Assistant roept veel onduidelijkheid op, het 'bekt' niet lekker, is Engels en onbekend. Een naam die duidelijk is vergroot waarschijnlijk draagvlak in de markt & gemeenschap, de functie naam dient aan te sluiten bij de taken van het beroep. De NAPA doet er verstandig aan om een PR campagne op te zetten om de naamsbekendheid van het beroep te vergroten. Door een prijs uit te schrijven voor de beste alternatieve beroepstitel kunnen zij zichzelf ludiek presenteren en de markt & gemeenschap actief mee laten denken. Erkenning van de Physician Assistant door de markt &

gemeenschap betekent tevens erkenning van de Physician Assistant als hoofdbehandelaar waarmee zij ook DBC's kunnen openen en sluiten. Alhoewel de minister de wetswijziging heeft aangekondigd, hebben de zorgverzekeraars zich hier nog niet aan geconformeerd. Ten slotte is het mogelijk om erkenning te verkrijgen door een overleg te initiëren tussen de verzekeraar, overheid en wetenschappelijke verenigingen. Wanneer zij samen om de tafel gaan om te inventariseren waar hun visie op de Physician Assistant en hun beleid botst is het mogelijk om de implicaties daarvan in beeld te brengen. Dit overleg kan de basis zijn om een gezamenlijke visie te ontwikkelen op het functioneren van de Physician Assistant en het beleid daarop af te stemmen.

6. Literatuur

Bal, R. (2008). *De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking*. Rede uitgesproken ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van hoogleraar op 29 februari 2008.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Boomonderwijs.

Boot, J.D.M. (2002). *Inleiding in de medische sociologie*. Van Gorcum.

Branson, R. & D. Armstrong (2004). "General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study", *British Medical Journal* 2004;38173.532465.7C.

Calnan, M. & R. Rowe (2008). "Trust, accountability and choice", *Health, Risk & Society*, Vol. 10, No. 3, pp. 201-206.

Coulson, A. (1998). "Trust and contract in public sector management", in Coulson, A. (Ed.), *Trust and Contracts: Relationships in Local Government, Health and Public Services*, The Polity Press, Bristol, pp. 9-34.

Currie, G., R. Finn & G. Martin (2010). "Role transition and the interaction of relational and social identity: New nursing roles in the English NHS", *Organization Studies*, Vol. 31, No.7, pp. 941-961.

Gilson, L. (2006). "Trust in health care: theoretical perspectives and research needs", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 20, No. 5, pp. 359-375.

Goold, S.D. (2002). "Trust, distrust and trustworthiness. Lessons from the field", *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 17, januari 2002, pp. 79-81.

Hall, M.A., Dugan, E., Zheng, B. & A. Mishra (2001). "Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured and does it matter?", *Milbank Quarterly*, Vol. 79, No. 4, pp. 613-39.

Iedema, R. & C. Rhodes (2010). "The undecided space of ethics in organizational surveillance", *Organization Studies*, Vol. 31, No. 2, pp. 199-217.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2007). *Staat van de gezondheidszorg 2007. Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg*. Den Haag.

KNMG, V&VN & NAPA (2012). *Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken*. URL:

<http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Inrichting-van-de-zorg/Taakherschikking-1.htm> geraadpleegd op 8 december 2012.

Kramer, R.M. (1999). "Trust and distrust in organisations: emerging perspectives, enduring questions", *American Review of Psychology*, Vol. 50, pp. 569-98.

Nancarrow, S.A. & A.M. Borthwick (2005). "Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce", *Sociology of Health & Illness*, Vol. 27, No. 7, pp. 897-919.

Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA) (2012). *Beroepsprofiel Physician Assistant*. URL: <http://napa.artsennet.nl/Dossiers/Beroepsprofiel.htm> geraadpleegd op 15 januari 2013.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2012). *Advies Taakherschikking. In de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg*. URL: http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Taakherschikking1.pdf geraadpleegd op 27 november 2012.

Noordegraaf, M. (2008). *Professioneel bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit'*. Rede, uit te spreken bij de aanvaarding van de leerstoel Bestuurs- & Organisatiewetenschap, in het bijzonder Publiek Management.

Putters, K (2009). *Besturen met duivelselastiek*. uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar op 9 oktober 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2011). *Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg*. Den Haag: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.

Shapin, S. (1992). "Cordelia's love. Credibility and the social studies of science", *Perspectives on Science*, Vol. 3, pp.17-31.

Sorensen, R. & R. Iedema (2007). "Redefining accountability in health care: managing the plurality of medical interests", *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, Vol. 12, No. 1, pp. 87-106.

Stichting STG/Health Management Forum (STG) (2006). *Taakherschikking in de neurologie. De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen*. Leiden

Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). *Naar beter betaalbare zorg. Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven*. URL: [http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-](http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en)

publicaties/rapporten/2012/06/15/naar-beter-betaalbare-zorg.html geraadpleegd op 29 november 2012.

Taylor-Gooby, P. & J.O. Zinn (2006). "Current directions in risk research: new developments in psychology and sociology", *Risk analysis*, Vol. 26, pp. 397–411.

Thiel, S. van (2010). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.

VVD & CDA (2010). *Regeerakkoord vrijheid en verantwoordelijkheid*.

VWS (2009). *Kabinet akkoord met taakherschikking zorg*. URL: <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2009/11/27/kabinet-akkoord-met-taakherschikking-zorg.html>, geraadpleegd op 22 februari 2013.

VWS (2011¹). *Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. Kenmerk: MC-U-3048431.

VWS (2011²). *Vertrouwen in de zorg: de beleidsdoelstellingen van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. Kenmerk: MEVA/AEB-3048722

VWS (2013). *Vervolg kabinetsreactie advies NZa taakherschikking*. Kenmerk: CZ-3152101.

Wallenburg, I (2012). *The modern doctor. Unraveling the Practices of Residency Training Reform*. Proefschrift ter verkrijging van de graad Doctor op 31 oktober 2012.

Witman, Y. et al. (2010). "Doctor in the lead: balancing between two worlds", *Organization* Vol. 18, No. 4, pp. 477-495.

Bijlage 1: Interview topics

Algemene introductie

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

Arts

- Wat is uw achtergrond en ervaring (inclusief 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 Physician Assistant en een Verpleegkundig Specialist?
 - Nee..
- Wat is in uw ogen de voordelen van de Physician Assistant/ Verpleegkundig Specialist 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 Physician Assistant/ Verpleegkundig Specialist 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 Physician Assistant/ Verpleegkundig Specialist typeren?
 - Hiërarchisch;
 - Team;
 - Alternatief.

Taakherschikking, een kwestie van vertrouwen?

- Hoe worden patiënten/taken verdeeld tussen u en de Physician Assistant/ Verpleegkundig Specialist?
 - 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 Physician Assistant of Verpleegkundig Specialist uitgevoerd worden?
- Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin de Physician Assistant/ Verpleegkundig Specialist 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 Physician Assistant/Verpleegkundig Specialist de complexiteit van de zorg goed kunnen inschatten?
 - Kunt u begrijpen waarom de Physician Assistant/Verpleegkundig Specialist niet overdroeg?
- Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin de Physician Assistant/ Verpleegkundig Specialist zorg naar uw mening op het geschikte moment overdroeg? Om welke soort zorg ging het? Routine/complex?

Patiënt

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

Physician Assistant/Verpleegkundig Specialist

- Wat is uw achtergrond en ervaring (inclusief 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 Physician Assistant/ Verpleegkundig Specialist 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 Physician Assistant/ Verpleegkundig Specialist voor:
 - De patiënt;
 - Het ziekenhuis;
 - Uw werkzaamheden;
 - De kosten van de zorg.
- Kunt u een voorbeeld geven?
- Hoe zou u uw werkrelatie van artsen/verpleegkundigen typeren
 - Hiërarchisch
 - Team
 - Alternatief
- Hoe organiseert u de patiënten/taakverdeling tussen u en de arts/verpleegkundigen?
 - 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 u 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?

Taakherschikking, een kwestie van vertrouwen?

- Zou u een aantal taken kunnen benoemen die voorheen de arts/verpleegkundige uitvoerde, maar die nu door een Physician Assistant/Verpleegkundig Specialist uitgevoerd worden?
 - Hoe vaak voert u deze handelingen uit? Per week, per maand?
 - Hoe ervaart u dat uw deze taken zelfstandig uitvoert?
- Hoe is de taakverdeling tussen u en de arts de 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?
- Stuurt u wel eens bewust op het aantrekken van een bepaald type medewerker (ten aanzien van zijn/haar skills c.q. opleiding)?

Bijlage 2: Observatie schema

| | |
|---|---|
| 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 houdt iemand zijn verantwoordelijkheid? (voelen) |
| Specifieke aandacht bepaalde taken (voorbehouden handelingen) | Centrale lijn plaatsen Diagnosticeren van patient Transport |
| Welke verschillen zijn er tussen wie wat mag? | Vertrouwen Twee vS met verschillende taken Tussen twee organisatie |
| Wie spreekt met wie en hoe? | Patient (dagboek met plakplaatjes) Met wie spreek je over prive 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 | |

Specifieke observaties

| | |
|---|--|
| Inzoomen 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 (signaal 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) |