

De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg

Dr. I (Iris) Wallenburg
M. (Maarten) Janssen MSc
Dr. A. (Antoinette) de Bont



Februari 2015

Bestuur & Beleid van de Gezondheidszorg (HCG)

Erasmus

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG

De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg

*Een praktijkonderzoek naar taakherschikking
in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland*

Publicatiedatum

Februari 2015

Auteurs:

Dr. I. (Iris) Wallenburg

M. (Maarten) Janssen MSc

Dr. A. (Antoinette) de Bont

Contactgegevens

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Tel. 010-408 8555 / research@bmg.eur.nl / www.bmg.eur.nl

Voorwoord

Taakherschikking leeft in de Nederlandse gezondheidszorg. Het is een thema gebleken waarbij veel partijen in de zorg zich betrokken voelen en weten, wat ook blijkt uit het grote aantal bij dit onderzoek betrokken personen. Praktijkonderzoek doen is alleen mogelijk bij de gratie en gastvrijheid van beroepsbeoefenaren, patiënten, managers en bestuurders. Wij willen hen op deze plaats dan ook graag bedanken.

Allereerst willen wij de betrokkenen vanuit de beroepsverenigingen bedanken: Odile Frauenfelder van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Frank de Roo van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA). Ook bedanken wij Geert van den Brink van het Platform Zorgmasters en Regi van der Burgt van de stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) voor de prettige samenwerking. Tot slot bedanken wij Tom Hoogeveen, senior beleidsadviseur bij vws/meva, voor zijn begeleidende rol.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar de personen en organisaties van de negen case-studies. Om redenen van belofde anonimiteit zullen zij niet met naam en toenaam worden genoemd in deze eindrapportage. Wij danken hen omdat zij, vaak ook als werkzame uren al lang waren verstreken, openhartig met ons spraken over hun persoonlijke achtergronden, hun professionele ervaringen en hun werkzaamheden in de dagelijkse zorgpraktijk. Dit stelde ons als onderzoekers in staat de praktijken en processen van taakherschikking van binnenuit en vanuit verschillende perspectieven te begrijpen en in beeld te brengen.

Dit onderzoek is uitgevoerd door onderstaand team van onderzoekers en studenten van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

- Dr. I. (Iris) Wallenburg – Projectleider / onderzoeker
- Dr. A. (Antoinette) de Bont – Projectleider / onderzoeker
- Dhr. M. (Maarten) Janssen MSc – Promovendus / onderzoeker
- Dhr. M. (Mathijs) Kelder MSc – Onderzoeksassistent
- S. Schouten, A. Knitel, M. Donker, L. Krijnen, E. Willems, M. Oosterhuis, C. Moret, V. Lefeber, W. Wong – Student onderzoekers
- E. Postma – Externe onderzoeker (verbonden aan één van de betrokken instellingen)

Disclaimer

Deze eindrapportage bevat de resultaten van een praktijkonderzoek naar de introductie en de ontwikkeling van de rol van physician assistants en verpleegkundig specialisten in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Het team van onderzoekers heeft hiervoor negen case-studies op afdelingen in negen verschillende zorgorganisaties uitgevoerd. De case-studies verschillen in omvang, aard, en fase van implementatie van nieuwe professionele rollen. Het praktijkonderzoek, met vele interviews, documentstudies en vooral observaties heeft geleid tot een analyse van hoe taakherschikking in de praktijk verloopt en vorm krijgt.

Wij hechten eraan op deze plaats te benadrukken dat het hier gaat om een beschrijvende studie die erop is gericht diepte-inzicht te geven in de doorwerking van taakherschikking in de organisatie en uitvoering van zorg in de dagelijkse praktijk. Het dient dan ook als zodanig gelezen te worden. In dit rapport wordt nadrukkelijk *geen vergelijking* gemaakt tussen de rol van de physician assistant en de verpleegkundig specialist, of tussen de verschillende organisaties waarin de professionals werkzaam zijn¹. Doel van de beschreven analyse is het verschaffen van inzicht in de praktijk van taakherschikking. De negen uitgevoerde case-studies in deze studie zijn *illustratief* en daarmee *niet representatief* voor taakherschikking in de gehele Nederlandse gezondheidszorg.

¹ Zie voor recente voorbeelden van vergelijkingen tussen de VS en de PA bijvoorbeeld Kouwen & van den Brink (2014) en Laurant et al. (2014).

Managementsamenvatting

Taakherschikking, het herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen zorgprofessionals, is een instrument om enerzijds de efficiëntie en patiëntgerichtheid van de zorg te verbeteren en anderzijds om de loopbaan mogelijkheden voor zorgprofessionals te vergroten en hen voor het werk in de zorg te behouden (RVZ 2002, 2011; GR 2008). In Nederland is taakherschikking sinds januari 2012 wettelijk verankerd. Verpleegkundig specialisten (VS'en) en physician assistants (PA's) hebben voor vijf jaar de bevoegdheid gekregen om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. Het gaat om handelingen die voorheen waren voorbehouden aan medisch specialisten, zoals katheterisaties, defibrillaties, endoscopieën, injecties, puncties en het voorschrijven van medicatie (de Bruin-Geraets et al., 2014).

In deze rapportage beschrijven we aan de hand van negen case studies hoe taakherschikking tussen medisch specialisten en verpleegkundig specialisten en tussen medisch specialisten en physician assistants in de praktijk vorm krijgt. De volgende drie onderzoeksvragen waren hierbij leidend:

1. Hoe krijgt taakherschikking vorm in de dagelijkse zorgpraktijk binnen zorgorganisaties?
2. Welke rollen vervullen PA's en VS'en in de dagelijkse zorgpraktijk?
3. Wat betekent de wijze waarop taakherschikking vorm en inhoud krijgt voor de organisatie en uitvoering van zorg in de dagelijkse praktijk?

De VS en de PA hebben zich ontwikkeld tot volwaardige professionals met een zelfstandige rol en eigen handelingsvaardigheden en oriëntatie. Zowel de VS als de PA is onderdeel van het medisch team en beide nemen zowel medische als organisatorische taken over van medisch specialisten. Daarnaast profileren de VS en de PA zich als ontwikkelaars van een eigen beroepsdomein naast dat van de medisch specialisten en verpleegkundigen. Anders gezegd, de rol van de VS en de PA gaat verder dan het overnemen van taken van medisch specialisten. Zij innoveren de zorg door onder andere het versterken van de samenwerking tussen medisch specialisten en verpleegkundigen, het verbeteren van de organisatie van de zorg en de versterking van de psycho-sociale begeleiding van patiënten en familieleden. Derhalve is er geen domeinstrijd tussen gevestigde en nieuwe professionals. Wij concluderen dan ook dat de PA en de VS vooral erop gericht zijn hun eigen specifieke rol vorm te geven.

Deze studie laat zien dat de wijze waarop de rol van de VS en de PA vorm krijgt sterk situationeel is. Ten eerste zijn de rollen afhankelijk van de omstandigheden in de specifieke organisatie, zoals de zorgsetting en de roostering. Ten tweede zijn de rollen van de VS en de PA afhankelijk van de voorkeuren van de managers en professionals die in de betreffende organisatie werkzaam zijn. Deze voorkeuren worden gevormd door ervaring en onderling vertrouwen. Ten derde vindt de rolontwikkeling plaats in teams; taakherschikking is nauw verbonden met teamgericht werken. Ten vierde worden de rollen vastgelegd in lokale afspraken die aangepast of heronderhandeld worden zodra kennis, kunde en vertrouwen van en in de VS of de PA toeneemt. Deze gesitueerdheid leidt ertoe dat de wettelijke bevoegdheid van zowel de VS als de PA niet optimaal wordt benut. Lokale afspraken en gebruiken laten minder ruimte voor een zelfstandige rol van de PA en VS dan de wet toestaat.

Op basis van deze conclusies kunnen aanbevelingen worden gedaan voor het beleid, de praktijk en (vervolg)onderzoek naar taakherschikking in de zorg en de rol van de VS en de PA. In deze managementsamenvatting beschrijven wij de drie beleidsimplicaties van onze onderzoeksresultaten.

1. Door de voorzichtigheid van zowel medisch specialisten als de VS'en en de PA's in combinatie met de zorgvuldige opbouw van checks en balances in teamwerk, verloopt de ontwikkeling van de rol van de VS en de PA gestaag. De resultaten laten zien dat beide beroepen in ontwikkeling zijn en dat er in de praktijk nog niet volledig gebruik wordt gemaakt van de wettelijke bevoegdheden. Daarbij is ruimte die nieuwe professionals in de *lokale* praktijk krijgen en nemen vaak beperkter dan voorzien in de wet. Er lijkt meer landelijke sturing nodig om optimaal gebruik te kunnen maken van de expertise en competenties van de VS'en en de PA's. Dit dient bij voorkeur te gebeuren in nauw overleg met de beroepsgroep, de beroepsorganisaties en andere betrokkenen. Het verdient aanbeveling om de ruimte voor lokale afspraken, zoals nu geformuleerd in de wet, te heroverwegen.
2. Het onderzoek laat zien dat het wettelijk vastgelegde onderscheid tussen complexe en niet-complexe zorgtaken in de praktijk niet passend is. Het blijkt niet uitvoerbaar om altijd vooraf te bepalen wat precies complexe zorg is. De complexiteit van zorg verandert in de dynamiek van de dagelijkse zorgpraktijk. Bovendien wringt het

onderscheid tussen complex en niet complex met de dagelijkse organisatie van de zorg en de werkverdeling die daaruit voortvloeit. Het is echter niet noodzakelijk een nieuw wettelijk criterium te formuleren om de kwaliteit van zorg te waarborgen. De praktijk laat zien dat de rollen van de PA en de VS vorm krijgen in 'teamwerk'. De vele 'checks and balances' die daarin zijn ingebouwd, zoals frequent (in)formeel overleg, zijn afdoende om de kwaliteit (van de uitvoering) van de zorg te borgen. Ons advies aan de Minister van VWS is dan ook om, in nauw overleg met de betrokken beroepsorganisaties, het onderscheid tussen complexe en niet-complexe zorgtaken te heroverwegen.

3. Dit onderzoek laat zien dat de ontwikkeling van nieuwe professionele rollen bijdraagt aan de kwaliteit en continuïteit van de zorg. Het verdient aanbeveling om de discussie over taakherschikking en nieuwe professionele rollen dan ook te verbinden aan discussies over kwaliteit van zorg in bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingstehuizen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	p. 5
Disclaimer	p. 7
Managementsamenvatting	p. 9
1. Inleiding	p. 15
2. Achtergrondinformatie: de VS en de PA in Nederland	p. 19
3. Onderzoeksmethoden	p. 25
4. Resultaten	p. 37
4.1 Het verkrijgen van zelfstandigheid	p. 37
4.2 De schuivende grenzen van taakherschikking	p. 46
4.3 Samenwerking binnen de praktijk van taakherschikking	p. 52
4.4 De herdefiniëring van zorg	p. 59
5. Conclusie	p. 65
6. Discussie	p. 69
Literatuur	p. 73

1. Inleiding

Taakherschikking, het herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen zorgprofessionals, wordt als een belangrijk instrument beschouwd om de efficiëntie en patiëntgerichtheid van de zorg te verbeteren en tegelijkertijd kansen te bieden aan zorgprofessionals om hen voor het werk in de zorg te behouden (RVZ 2002, 2011; Gezondheidsraad, 2008). In veel Westerse landen staat taakherschikking op de beleidsagenda. Nieuwe opleidingen zijn ontwikkeld om aankomend zorgprofessionals te trainen voor zorgspecifieke taken. In Nederland is taakherschikking sinds januari 2012 wettelijk verankerd. Verpleegkundig specialisten en physician assistants hebben voor vijf jaar de bevoegdheid gekregen om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. Het gaat om handelingen die voorheen waren voorbehouden voor medisch specialisten, zoals katheterisaties, defibrillaties, endoscopieën, injecties, puncties en het voorschrijven van medicatie (de Bruin-Geraets et al., 2014). Taakherschikking beperkt zich echter niet tot de beroepsgroepen van de verpleegkundig specialisten en physician assistants alleen. Ook binnen bijvoorbeeld de tandheelkunde, verloskunde en huisartsenzorg vindt taakherschikking plaats. Denk aan mondhygiënist die periodieke controles uitvoeren en gaatjes vullen, aan verloskundigen die gecompliceerde bevallingen begeleiden in het ziekenhuis en aan praktijkondersteuners in de eerstelijnszorg van de huisartsenpraktijk. In dit onderzoek richten we ons specifiek op de physician assistant en de verpleegkundig specialist als (relatief) nieuwe professionals in tweede- en derdelijnszorg.

In de literatuur worden de volgende vier vormen van taakherschikking onderscheiden: taakdiversificatie, taakspecialisatie, taakdelegatie en taaksubstitutie (Nancarrow & Borthwick, 2005). Bij taakdiversificatie gaat het om het uitbreiden van taken en verantwoordelijkheden zonder dat daarbij het domein van andere 'gevestigde' beroepsgroepen wordt overschreden. Hiervoor worden ook wel de Engelse termen 'role enhancement' en 'role enlargement' gebruikt (Dubois & Singh, 2009). Taakspecialisatie betreft het toeleggen op een bepaalde expertise door een beroepsgroep, en het verwerven van de legitieme autoriteit om de kennis en vaardigheden die tot dit specifieke domein behoren, te bezitten en uit te voeren (Nancarrow & Borthwick, 2005). Bij taakdelegatie worden taken overgedragen; de eindverantwoordelijkheid ligt echter bij de beroepsgroep die oorspronkelijk de taken uitvoerde. Taaksubstitutie betreft daarentegen het overdragen van taken tussen beroepsgroepen *met* bijbehorende verantwoordelijkheden. De laatste

twee vormen van taakherschikking, taakdelegatie en taaksubstitutie, komen het dichtst in de buurt van de praktijken van taakherschikking die in dit rapport centraal staan. Dit rapport richt zich dan ook op een beschrijving van hoe taakherschikking tussen medisch specialisten en VS'en en tussen medisch specialisten en PA's in de praktijk vorm krijgt. In deze beschrijvingen zal ook de relatie met de artsen (niet) in opleiding (aios en anios) en die met verpleegkundigen en verzorgenden in ogenschouw worden genomen.

Het rapport is een verslag van een onderzoek (2012-2015) naar de rollen van VS en PA in de dagelijkse zorgverlening. Het onderzoek heeft tot doel diepte-inzicht te geven in hoe VS'en en PA's vormgeven aan hun beroep en beroepsuitoefening, en in hoe dit tot stand komt in samenwerking met andere beroepsbeoefenaren, patiënten en managers in zorgorganisaties. Het onderzoek richt zich op de tweede- en derdelijnszorg; in het bijzonder op de ziekenhuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de langdurige zorg en de revalidatiezorg. Voor deze brede selectie van zorgterreinen is gekozen omdat taakherschikking niet alleen plaatsvindt tussen medisch specialist en nieuwe professionals in het ziekenhuis, maar juist ook tussen verschillende professionals buiten de curatieve zorg zoals in het verpleeghuis. In deze studie onderzoeken we daarom domeinen waarin taakherschikking reeds ver is ontwikkeld en kiezen we voor een brede selectie om recht te doen aan de gevarieerdheid van de praktijk van taakherschikking.

In de 'Handreiking Taakherschikking' die in 2012 is uitgegeven door de KNMG in samenwerking met de beroepsverenigingen van de VS (*Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland*, V&VN) en PA's (*Nederlandse Associatie Physician Assistants*, NAPA), wordt taakherschikking gedefinieerd als "*...de herverdeling van taken tussen beroepsbeoefenaren, waarbij de meer routinematige handelingen worden overgelaten aan bijvoorbeeld verpleegkundigen, VS'en of PA's, zodat artsen zich op meer specialistische handelingen kunnen richten*" (KNMG, 2012). Deze definitie van taakherschikking veronderstelt een duidelijke afbakening van taken die kunnen worden overgedragen. Recent onderzoek naar taakherschikking laat echter zien dat de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk vaak veel diffuser en vloeibaarder is (Dubois & Singh, 2009; Maxwell et al., 2012; Allen, 2001; Bosley & Dale, 2008). Er wordt daarom vaak gesproken over rollen in plaats van vast omschreven beroepsgroepen met bijbehorende taken. In deze rapportage zal deze meer vloeibare benadering (de Laet & Mol, 2000; Mol et al., 2010) van taakherschikking worden gevolgd. Wij geven beschrijvingen en analyses van het *werk* van VS'en en PA's in de

dagelijkse zorgpraktijk binnen een zorgorganisatie. We laten daarbij zien dat de hierboven beschreven vormen van taakherschikking in de praktijk vaak doorelkaar lopen, en beschrijven hoe dit van invloed is op de beroepsvorming en beroepsuitoefening van VS'en en PA's. Om dat te kunnen duiden maken we in dit rapport gebruik van sociologische organisatie- en professie literatuur over taakherschikking. Deze literatuur richt zich veelal op de vraag *of* en *hoe* beroepsdomeinen veranderen door de komst van nieuwe beroepsgroepen (Abbott, 1988; Sanders & Harrision, 2008; Currie et al. 2012) en *hoe* deze nieuwe beroepsgroepen hun professionele identiteit ontwikkelen en zichzelf legitimeren in bestaande structuren en manieren van werken (Maxwell et al., 2012; Foley & Faircloth, 2003; Charles-Jones et al., 2003). We gaan in onze analyse deze literatuur ook 'voorbij' door ons niet alleen te richten op (veranderende) onderlinge verhoudingen tussen beroepsgroepen, maar ook op het dagelijks werk van de VS'en en PA's in de zorgpraktijk (Timmermans, 2006; Sorensen et al., 2007; Orr, 1998). Dit onderzoek richt zich in de analyse van processen van taakherschikking op de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Hoe krijgt taakherschikking vorm in de dagelijkse zorgpraktijk binnen zorgorganisaties?
2. Welke rollen (taken, verantwoordelijkheden, status) vervullen PA's en VS'en in de dagelijkse zorgpraktijk?
3. Wat betekent de wijze waarop taakherschikking vorm en inhoud krijgt voor de organisatie en uitvoering van zorg in de dagelijkse praktijk?

Door ons in de analyse te richten op het dagelijks werk van de VS'en en PA's willen we inzicht geven in de beroepsvorming van de VS en de PA, en in de mogelijke ontwikkeling van nieuwe vormen van zorg. Hiertoe is het rapport als volgt opgebouwd. Het volgende hoofdstuk vormt een achtergrondhoofdstuk waarin we een beschrijving geven van de beroepsgroepen van de VS en de PA, en de (veranderingen in de) institutionele context waarin de twee beroepsgroepen afgelopen jaren vorm hebben gekregen. In hoofdstuk drie worden de onderzoeksmethoden beschreven, en worden beschrijvingen gegeven van de negen case-studies. Hoofdstuk vier is het resultatenhoofdstuk waarin we op basis van de negen case-studies een analyse geven van de onderliggende processen van taakherschikking. In hoofdstuk vijf volgen de conclusies waarin antwoorden worden gegeven op de gestelde onderzoeksvragen. Tot slot bevat de discussie (hoofdstuk 6) de implicaties van dit onderzoek voor beleid, onderzoek en praktijk met betrekking tot taakherschikking in de Nederlandse tweede- en derdelijnszorg.

2. Achtergrondinformatie: de VS en de PA in Nederland

VS'en en PA's vormen beide een relatief nieuwe beroepsgroep in Nederland. In dit hoofdstuk worden beide beroepsgroepen beschreven. We gaan daarbij in op de opleiding, het werkveld, de juridische status, en het aantal beroepsbeoefenaren dat actief is in de zorg in Nederland. Omdat de functies van de PA en de VS zich ontwikkelen in de context van de Nederlandse gezondheidszorg en omdat die context bepalend is voor de wijze waarop in instellingen dagelijks wordt vormgegeven aan taakherschikking, schetsen wij in dit hoofdstuk een aantal belangrijke contextuele ontwikkelingen. Wij baseren ons daarbij zowel op het door ons uitgevoerde onderzoek en op ander recentelijk gepubliceerd onderzoek naar de praktijk van taakherschikking in Nederland.

De Verpleegkundig Specialist

Een VS is een verpleegkundige die een door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) geaccrediteerde HBO-masteropleiding 'Advanced Nursing Practice' heeft gevolgd en ervaring heeft opgedaan op het niveau van expert. De opleiding wordt in Nederland sinds 1997 aangeboden. De VS is als beroep opgenomen in artikel 14 van de Wet BIG in 2009 waarbij de titel 'nurse practitioner' is vervangen door 'verpleegkundig specialist'.

De eerste VS'en zijn in 2000 afgestudeerd. Een VS heeft een achtergrond als verpleegkundige en is opgeleid in één van de volgende vijf expertise gebieden: intensieve zorg, acute zorg, chronische zorg, preventieve zorg of geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Een VS gaat binnen het eigen expertisegebied individuele behandelrelaties aan. Daarbij wordt de zorg rondom de patiënt georganiseerd en worden 'cure' en 'care' activiteiten geïntegreerd.

Het aantal VS'en is de afgelopen jaren snel toegenomen. Op 1 januari 2012 waren er 1298 VS'en werkzaam in de Nederlandse gezondheidszorg; in februari 2015 zijn er 2500 geregistreerde VS'en bij de beroepsorganisatie. (persoonlijke communicatie V&VN 2012).

De Physician Assistant

Waar de VS zich expliciet positioneert op het snijvlak van 'cure' en 'care', plaatst de physician assistant (PA) zich binnen het medische domein. De opleiding tot PA is een door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) geaccrediteerde HBO-

masteropleiding. De PA is werkzaam binnen een deelgebied van de geneeskunde. De bevoegdheidsgrenzen van de PA worden bepaald door de bekwaamheid (in nauwe relatie met de gevolgde opleiding), de functionele afspraken met de medisch specialist waarmee de PA een samenwerkingsverband heeft, en wettelijke bepalingen.

De opleiding tot PA is in oktober 2001 in Nederland van start gegaan. De functie van PA bestond toen al enige decennia in de Verenigde Staten (Hooker, 2006). Op dit moment wordt de opleiding aan vijf hogescholen aangeboden. Om de opleiding te volgen dient de aspirant student een HBO-bachelor opleiding in de gezondheidszorg te hebben afgerond en minimaal twee jaar relevante werkervaring te hebben opgedaan in directe patiëntenzorg. Omdat de opleiding gericht is op de praktijk, dient een PA-in-opleiding een aanstelling te hebben van minimaal 32 uur per week in de eerste of tweedelijnszorginstelling.

De PA staat niet als beroep geregistreerd in de Wet BIG (zie volgende paragraaf). Echter, met de inwerking treding van art 36a van de Wet BIG heeft de PA wel een opleidingstitelbescherming gekregen en valt de PA onder het tuchtrecht zoals geregeld in de Wet BIG. Omdat de PA geen BIG geregistreerd beroep is bestaat er geen publiekrechtelijk kwaliteitsregister. De NAPA houdt een eigen kwaliteitsregister bij. De bevoegdheid om medicijnen voor te schrijven is gekoppeld aan inschrijving in dit register.

Eind 2011 had de NAPA in totaal 487 leden; in september 2012 is dit gestegen tot 600. Hiervan waren er 374 als PA geregistreerd in het kwaliteitsregister; de rest betreft PA's in opleiding (NAPA, persoonlijke communicatie).

Aanpassing Wet BIG

In januari 2012 hebben VS'en en PA's voor vijf jaar de bevoegdheid gekregen om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten, zoals het voorschrijven van UR-geneesmiddelen, het uitvoeren van puncties en defibrillaties. VS'en en PA's zijn zelfstandig functionerende zorgprofessionals die andere zorgverleners, zoals medisch specialisten, in consult kunnen vragen. De bevoegdheid betreft een aanpassing in de Wet BIG (art. 36a) en een aanpassing van de Geneesmiddelenwet. Met de aanpassingen in de Wet BIG en de Geneesmiddelenwet is taakherschikking wettelijk verankerd geraakt in het Nederlandse zorgstelsel. In 2017 volgt een evaluatie van deze tijdelijke wettelijke regeling.

Op grond van de aanpassing in de Wet BIG kan de Minister in een Algemene Maatregel van Bestuur tijdelijk bevoegdheden toekennen aan een beroepsgroep. Het uitgangspunt is het 'bekwaam is bevoegd' beginsel van de Wet BIG: VS'en en PA's mogen alleen die handelingen uitvoeren waarvoor zij bekwaam zijn. Dat wil zeggen dat de VS of PA voor de betreffende handeling is opgeleid en over de kennis, kunde en ervaring beschikt om de handeling uit te voeren. Voor de PA is de bevoegdheid om medicatie voor te schrijven gekoppeld aan het kwaliteitsregister. In een handreiking, opgesteld door de KNMP en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers (NVZA) in samenspraak met de V&VN, de NAPA en KNMG, is o.a. vastgelegd dat het NAPA register gebruikt wordt om de voorschrijvers van medicatie te kunnen verifiëren.

Institutionele factoren: face-to-face criterium, declaratierecht en hoofdbehandelaarschap

De aanpassing van de Wet BIG stelt VS'en en PA's in de gelegenheid klinische taken uit te voeren zonder tussenkomst van de medisch specialist. Echter, ten tijden van het onderzoek hadden VS'en en PA's met een aantal institutionele beperkingen te maken waardoor directe betrokkenheid van de medisch specialist vaak noodzakelijk bleef. Dit waren het face-to-face criterium, het declaratierecht dat voorbehouden was aan medisch specialisten, en de discussie over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. We gaan hieronder kort op deze institutionele factoren in omdat ze relevant zijn voor de manier waarop taakherschikking in de case-studies vorm heeft gekregen. Daarbij is het van belang op te merken dat de besproken belemmerende institutionele factoren aan verandering onderhevig zijn. Per 1 januari 2015 is een systeem van functionele bekostiging in werking getreden waarbij VS'en en PA's door hen uitgevoerde behandelingen mogen declareren en het face-to-face criterium is afgeschaft. Dit betekent dat sommige belemmeringen in de institutionele context mogelijk zijn weggenomen. Een interessante vervolgvraag is echter wel hoe dit in de praktijk gaat uitwerken. Zoals ons onderzoek zal laten zien - en dit is in lijn met recent uitgevoerd onderzoek naar taakherschikking in de Nederlandse gezondheidszorg (Laurant et al. 2014, Kouwen en van den Brink 2014, Kroezen 2014) -, is taakherschikking situationeel. Nationale wetten en regels krijgen vorm binnen zorgpraktijken, en daarbij zijn VS'en en PA's regelmatig aan meer strikte regels gebonden dan de wetgever voorschrijft. Bovendien nemen nieuwe wetten of beleidsmaatregelen belemmeringen in de praktijk niet altijd volledig weg (zoals de blijvende onzekerheid over de permanente wettelijke verankering van de positie van nieuwe professionals) en kunnen er nieuwe ontstaan.

Het face-to-face criterium stelt dat iedere patiënt door een poortspecialist (een medisch specialist of een arts-assistent) moet worden gezien bij een eerste consult. Het face-to-face criterium komt voor uit de wens van de medische beroepsgroep om zicht te kunnen houden op de door de VS of PA uitgevoerde zorg, en dan vooral om eventueel gemiste complexiteit van een zorgvraag te kunnen ondervangen. In de praktijk blijkt de eis van face to face contact echter vooral een belemmering in het zorgproces omdat het VS'en en PA's afhankelijk maakt van een medisch specialist om hun werkzaamheden te kunnen uitvoeren (Kouwen en van den Brink 2014). Daarnaast wordt het door medisch specialisten als onplezierig ervaren dat zij steeds worden 'gestoord' in hun werk om met de VS of PA mee te kijken terwijl men weet dat het om een formaliteit gaat. Zoals ook uit ons onderzoek blijkt (zie hoofdstuk 4) worden in de dagelijkse zorgpraktijk andere ontmoetingsmomenten georganiseerd waarbij medisch specialist en VS of PA elkaar treffen en patiënten casussen kunnen worden besproken. Deze situationele momenten van overleg vervangen de noodzaak van het hebben van een face-to-face criterium. Inmiddels heeft de minister het uit 2012 stammende advies overgenomen waarin werd geadviseerd om het face to face criterium uit te breiden met de beroepen van de VS en/of PA (NZa 2012).

Ook het financieringssysteem vormde een barrière voor taakherschikking. Het recht om een DBC te openen in het DOT/DBC systeem was tot 2015 voorbehouden aan poortspecialisten. VS'en en PA's konden daardoor niet op eigen naam en functie behandelingen declareren. Ook hiervan heeft de NZa geconcludeerd dat dit onwenselijk is indien het doel is taakherschikking te bevorderen (NZa, 2012). Per 1 januari 2015 is een systeem van integrale bekostiging doorgevoerd, waarbij VS'en en PA's de door hen uitgevoerde behandelingen onder de eigen functie kunnen invoeren in het systeem. Hoe dit in de praktijk vorm gaat krijgen dient onderwerp te zijn van nader onderzoek (Kouwen & van den Brink 2014; Laurant et al. 2014).

Net als het face-to-face criterium en het declaratierecht is het toekennen van het hoofdbehandelaarschap een onderwerp dat van invloed is op de zelfstandigheid van de positie van, in dit geval, de VS in de GGZ. In 2012 stelde de IGZ dat het hoofdbehandelaarschap omwille van kwaliteitsborging niet dient te worden uitgebreid naar de VS (IGZ, 2012). De Kamervragen en discussies die hierop volgden leidden tot een reactie van de minister waarin zij stelde dat de VS dient te worden toegevoegd aan het lijstje van beroepen die als hoofdbehandelaar kunnen worden ingezet binnen de GGZ. Een eis die de

minister daarbij aan het hoofdbehandelaarschap stelt is dat het om een BIG-geregistreerd beroep gaat en dat de betreffende professional een opleiding heeft gevolgd specifiek gericht op de GGZ. De minister stelde verder dat de afspraken over het hoofdbehandelaarschap komende tijd verder vorm moeten krijgen in nauwe samenspraak met het veld (Tweede Kamer, 2013/2). De zorgverzekeraars spelen in deze kwestie een belangrijke rol; erkenning van de minister betekent nog niet dat de zorgverzekeraars de VS als hoofdbehandelaar accepteren- en daarmee dus ook niet dat de door de VS geleverde zorg kan worden gedeclareerd. Een aantal verzekeraars heeft bijvoorbeeld aangegeven de VS voorlopig niet als hoofdbehandelaar te zullen erkennen. Voor zorg betaald uit de AWBZ (nu: de Wlz en de Wmo) spelen de kwesties van het declareren en hoofdbehandelaarschap niet. VS'en en PA's kunnen deze taken als hoofdbehandelaar uitvoeren.

De kwesties rondom het face-to-face criterium, de financieringssystematiek en het hoofdbehandelaarschap vormden belangrijke institutionele kaders voor de ontwikkeling en positionering van de VS en PA in ons onderzoek. In dit rapport richten wij ons echter op de dagelijkse zorgpraktijk, en zullen we niet diep ingaan op deze beleidsdiscussies. Het dient hier echter wel nadrukkelijk te worden vermeld dat het één niet los gezien kan worden van het ander; de mogelijkheid om zorg te declareren is bijvoorbeeld cruciaal voor de steun en erkenning van de beroepsgroep binnen zorginstellingen en daarmee voor het dagelijks werk van de VS en de PA.

3. Onderzoeksmethoden

Het onderzoek betreft een praktijkonderzoek. We zijn geïnteresseerd in hoe taakherschikking in de praktijk vorm krijgt en welke betekenis dat heeft voor de rol, werkzaamheden en de positie van de VS en de PA. We hebben hiervoor een etnografisch onderzoek uitgevoerd waarbij we VS'en en PA's geobserveerd hebben tijdens hun dagelijks werk en waarbij we semigestructureerde interviews hebben afgenomen met sleutelfiguren. Gedurende de looptijd van dit onderzoek naar taakherschikking in de Nederlandse gezondheidszorg heeft het iBMG ook een Europese onderzoeksopdracht uitgevoerd. Het gaat hier om een vergelijkend onderzoek naar taakherschikking in Europa ('MUNROS', looptijd 2012-2016). Beide onderzoeken zijn parallel en grotendeels door dezelfde groep van onderzoekers uitgevoerd. Daarbij is gestreefd naar zoveel mogelijk 'wederzijdse uitwisseling', zowel op het gebied van onderzoeksmethoden als de uitkomsten en analyse. De voorliggende rapportage betreft het Nederlandse deel van het onderzoek.

Onderzoeksmethoden

Eind 2012 zijn in nauw overleg met de opdrachtgevers van dit onderzoek (de V&VN en de NAPA) negen case-studies geselecteerd. De case-studies betreffen allen voorbeelden van taakherschikking in de zorg. We hebben daarbij betracht het brede veld van de gezondheidszorg te beslaan; de eerstelijnszorg is echter niet meegenomen omdat de KOH haar onderzoek daar heeft uitgevoerd. Er is voor gekozen om de case-studies te selecteren aan de hand van het criterium van maximale variëteit (Creswell, 1998). Daarbij is geselecteerd op basis van de professional (VS en PA) en het moment van diens introductie, het zorgveld (ziekenhuiszorg, langdurige zorg, GGZ), de soort organisatie (academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis) en een geografische spreiding. Om op die manier een variëteit aan case-studies uit te voeren is getracht een rijk beeld te schetsen van het werk van de VS en de PA in de tweede- en derdelijns zorg. Dit betekent ook dat de onderzochte onderzoeksgroep in deze studie niet representatief hoeft te zijn voor alle in Nederland werkzame VS'en en PA's.

Zoals hierboven vermeld hebben we een etnografische onderzoeksopzet gehanteerd. Daarbij is gebruik gemaakt van verschillende vormen van observaties, semigestructureerde en informele interviews, focusgroepen en documentstudies. Het observeren en schaduwen van professionals is een interessante onderzoeksmethode omdat men beter in staat is het

dagelijks werk te beschrijven en daarop te reflecteren terwijl zij de werkzaamheden uitvoeren (Barley & Kunda, 2001). VS'en en PA's zijn geschaduwde binnen en buiten hun werk op de afdeling, tijdens multidisciplinaire teamoverleggen, tijdens het uitvoeren van behandelingen, tijdens consulten en tijdens 'vrije' momenten zoals de lunch. De observaties richtten zich op de VS en de PA, maar maakten het ook mogelijk het werk van, en de interacties met, patiënten en andere zorgverleners (zoals medisch specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden) te observeren. Tijdens de observaties zijn veldnotities gemaakt die zo snel mogelijk na afloop, veelal dezelfde dag nog, zijn uitgewerkt in uitgebreide transcripten of zogenaamde 'thick descriptions' (Geertz, 1973; Pope, 2005).

Naast de observaties zijn interviews afgenomen met verschillende respondenten. De interviews duurden gemiddeld een uur en zijn opgenomen en getranscribeerd voor de analyse. Naast de professionals zijn ook sleutelfiguren uit de organisatorische context van de deelnemende organisaties geïnterviewd. De interviews waren zowel formeel als informeel van aard. De formele interviews waren semigestructureerd van opzet aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst. Dit gaf de respondenten de gelegenheid om zelf andere onderwerpen aan te dragen en te bespreken met de onderzoekers (Creswell, 1998). Gedurende het onderzoek zijn de interviews ook gebruikt om te reflecteren op bevindingen uit de observaties zodat de interviews ook dienden als membercheck.

Het voordeel van veel tijd doorbrengen met de respondenten is dat het de gelegenheid biedt om informele interviews te houden. Deze informele vraaggesprekken tijdens de observaties zijn verwerkt in de observatie transcripten en dus onderdeel gemaakt van de analyse. In totaal zijn er voor dit onderzoek meer dan *100 interviews* gehouden en is er in totaal voor bijna *700 uren geobserveerd* in de praktijk.

De observaties en interviews zijn uitgevoerd door het team van onderzoekers van het iBMG en negen studenten van de masteropleiding Zorgmanagement van hetzelfde instituut. De studenten zijn door de onderzoekers getraind in het doen van etnografisch onderzoek en zijn tijdens het onderzoek intensief begeleid door de hoofdonderzoekers. De bevindingen van de student-onderzoekers zijn in juli 2013 voorgelegd aan een groep van experts, bestaande uit enkele respondenten van het onderzoek en vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen. Deze bijeenkomst had de vorm van een focusgroepbijeenkomst en is als data meegenomen in de analyse aan de hand van gemaakte opnames en transcripten. De

analyse van de data bestond uit het uitwerken en analyseren van de transcripten op basis van verschillende kwalitatieve analyse technieken. Continue afstemming met andere onderzoekers en het bespreken van initiële resultaten met de opdrachtgevers van de beroepsverenigingen en het Ministerie van VWS zorgden voor meerdere member-checks tijdens de analyse en verslaglegging.

Het onderzoek in de eerste GGZ-casus is aangevuld met een etnografisch onderzoek uitgevoerd door een VS van één van de deelnemende instellingen. Dit deelonderzoek volgde de onderzoeksmethoden van het bredere onderzoeksproject. Net als de student-onderzoekers is de VS, als ‘ingebed onderzoeker’, begeleid door een onderzoeker van het iBMG. De vraag die in dit onderzoek centraal stond was hoe de verschillende VS'en binnen de zorgorganisatie vorm en inhoud gaven aan hun beroep. De resultaten van dit deelonderzoek zijn gepresenteerd tijdens een congres van de zorginstelling over de VS in de psychiatrie. De resultaten zijn ook in deze eindrapportage verwerkt.

De case-studies

Voor deze studie zijn negen case-studies geselecteerd en uitgevoerd:

#	Professionals	Afdeling / Organisatie
1	Physician Assistant	Heelkunde
2	Physician Assistant	Neonatologie
3	Physician Assistant	Spoedeisende hulp
4	VS	Revalidatie
5	VS	GGZ
6	VS	GGZ
7	VS	Verpleeghuis
8	PA & VS	Cardiologie
9	PA & VS	Borstkanker

Op de hierna volgende pagina's worden de afzonderlijke case-studies beschreven. Voor iedere case-studie is een algemene beschrijving gegeven van de organisatie en van de werkzaamheden van de desbetreffende nieuwe professionals (VS of PA). Voor deze beschrijvingen is gewerkt met een vast format. Het gaat om een beknopte feitelijke weergave van de casus; in het resultaten-hoofdstuk worden de bevindingen uit de negen case-studies thematisch in meer detail beschreven².

² Zoals in de disclaimer bij dit rapport is vermeld kunnen op basis van dit onderzoek geen conclusies worden getrokken over de overeenkomsten en/of verschillen tussen de VS en de PA en tussen de verschillende case-studies omdat dit geen onderwerp van studie is geweest. Daarnaast is de onderzoeksgroep selectief gekozen om illustratieve voorbeelden te kunnen beschrijven. De onderzoeksgroep is dan ook niet representatief voor alle in Nederland werkzame VS'en en PA's.

PA - Heelkunde		1
Algemeen		
Informatie over de organisatie	Deze case-studie is uitgevoerd bij de vakgroep heelkunde in een topklinisch ziekenhuis	
Onderzoeksperiode	Februari 2013 tot en met mei 2013	
Nieuwe professionals		
Aantallen PA's/VS'en tijdens onderzoek	15 PA's, waarvan er 4 in opleiding waren	
Werkzaamheden		
Waar zijn de VS/PA's werkzaam en wat is hun rol in zorgproces	PA's zijn werkzaam op de verpleegafdelingen en op de polikliniek. Op de verpleegafdeling fungeren zij als 'zaalarts'.	
Samenwerkingsverbanden met andere professionals	PA's werken vaak samen met aios, en worden gesuperviseerd door de chirurgen die de eindverantwoordelijkheid dragen voor de patiënten.	
Beschrijving werkzaamheden		
Mate van zelfstandig handelen en verschillen tussen individuen	PA's werken zelfstandig, vormen een team met a(n)ios, werkzaamheden zijn deels afhankelijk van opleidingsbehoeften van aios.	
Onderzoek		
Onderzoeksmethoden en –omvang	25 interviews, 48 uur observaties	

PA - Neonatologie			2
Algemeen			
Informatie over de organisatie		Afdeling neonatologie van academisch ziekenhuis	
Onderzoekperiode		September 2013 tot en met februari 2014	
Nieuwe professionals			
Aantallen PA's/VS'en tijdens onderzoek	7 PA's, waarvan er 4 in opleiding waren. De afdeling streeft naar een situatie met 9 PA's, waarvan altijd 1 in opleiding zodat er 24uur een PA aanwezig kan zijn.		
Werkzaamheden			
Waar zijn de VS'en/PA's werkzaam en wat is hun rol in zorgproces	PA's werken op de afdeling vooral in de kliniek (intensive care, high care, medium care). PA's werken zelfstandig onder supervisie van neonatoloog. Daarnaast een coördinerende rol in aansturing van de verpleging. Onderwijstaken in studie geneeskunde.		
Samenwerkingsverbanden met andere professionals	PA's zijn integraal onderdeel van het medisch team waar ze vrij zelfstandig de afdeling runnen. Zij participeren in medisch overleg en voeren veel handelingen zelfstandig uit.		
Beschrijving werkzaamheden			
Mate van zelfstandig handelen en verschillen tussen individuen	PA's hebben een grote mate van zelfstandigheid in het medisch handelen waarin zij een positie tussen de verpleegkundigen en de medisch specialisten innemen.		
Onderzoek			
Onderzoeksmethoden en –omvang	17 interviews, 120 uur observatie		

PA – Spoedeisende Hulp		3
Algemeen		
Informatie over de organisatie	Spoedeisende hulp (SEH) afdeling van academisch ziekenhuis	
Onderzoekperiode	Maart tot en met mei 2014	
Nieuwe professionals		
Aantal PA's/VS'en tijdens onderzoek	3 PA's zijn werkzaam voor 2,6 fte	
Werkzaamheden		
Waar zijn de VS'en/PA's werkzaam en wat is hun rol in zorgproces	PA's richten zich op 'zelfverwijzers', maar nemen ook zorg over van andere specialismen. Vooral eerste opvang, zorg voor kleinere trauma's en medische problemen zoals enkelvoudige botbreuken en aanbrengen van hechtingen.	
Samenwerkingsverbanden met andere professionals	PA's vallen onder de SEH-artsen (ook een relatief nieuwe professionele groep) en staan, o.a. vanwege hun ervaring, in goed contact met andere specialisten waar zij beide naar kunnen doorverwijzen. PA's zijn soort mentor voor de aios en coassistenten en vormen vooral een schakel tussen het verpleegkundig en specialistisch domein.	
Beschrijving werkzaamheden		
Mate van zelfstandig handelen en verschillen tussen individuen	Gaandeweg hebben de PA's een meer zelfstandige rol gekregen in hun specifieke deel van de zorg voor patiënten met kleinere trauma's. Binnen deze ziektebeelden werken ze bijna volledig zelfstandig. Ze werken nauw samen met en onder de supervisie van SEH-artsen, zeker bij de andere ziektebeelden. De PA's verschillen onderling wel erg in de mate van zelfstandigheid.	
Onderzoek		
Onderzoeksmethoden en –omvang	8 interviews, 60 uur observaties	

VS - Revalidatiezorg		4
Algemeen		
Informatie over de organisatie	Revalidatie-instelling, maakt onderdeel uit van bredere zorgorganisatie in de regio.	
Onderzoekperiode	Maart tot en met april 2013	
Nieuwe professionals		
Aantal PA's/VS'en tijdens onderzoek	1 VS	
Werkzaamheden		
Waar zijn de VS'en/PA's werkzaam en wat is hun rol in zorgproces	VS werkzaam in de zorg en behandeling van patiënten op de neurorevalidatie unit, met orthopedische patiënten, patiënten na trauma, amputatie of overige aandoeningen waarvoor geriatrische revalidatie noodzakelijk is.	
Samenwerkingsverbanden met andere professionals	Het medisch team wordt gevormd door een VS, een basisarts en een Specialist Ouderengeneeskunde (SOG). De SOG heeft in de praktijk de eindverantwoordelijkheid voor alle patiënten in de instelling. ³ .	
Beschrijving werkzaamheden		
Mate van zelfstandig handelen en verschillen tussen individuen	VS werkt vrij zelfstandig en werkt nauw samen met de SOG ² .	
Onderzoek		
Onderzoeksmethoden en –omvang	7 interviews, 20 uur observatie	

³ Deze beschrijving van samenwerkingsverbanden is op basis van onderzoeksresultaten uit begin 2013 tot stand gekomen. Tijdens de membercheck hebben de respondenten aangegeven dat dit in de tijd veranderd is. Anno 2015 is de eindverantwoordelijkheid ook bij de VS belegd.

VS – GGZ (1)		5
Algemeen		
Informatie over de organisatie	Grote GGZ instelling met meerdere locaties. Verleent zowel intramurale als extramurale zorg aan patiënten met een psychische aandoening. De case-studie heeft plaatsgevonden binnen het behandelprogramma Ouderen Psychiatrie & Somatiek en Langdurige Psychiatrie gericht op chronisch zieke patiënten opgenomen die langdurig intramuraal worden behandeld.	
Onderzoeksperiode	Maart 2013 tot en met september 2014	
Nieuwe professionals		
Aantal PA's/VS'en tijdens onderzoek	33 VS'en, waarvan 10 in opleiding	
Werkzaamheden		
Waar zijn de VS'en/PA's werkzaam en wat is hun rol in zorgproces	VS'en zijn (hoofd) behandelaar ⁴ ; zij dragen de verantwoordelijkheid voor de aan hen toegewezen patiënten. Eén VS is hoofd van het gehele behandelprogramma Ouderen Psychiatrie & Somatiek.	
Samenwerkingsverbanden met andere professionals	Zorg is multidisciplinair; nauwe samenwerking met psychiater, klinisch psycholoog, somatisch arts en verpleging.	
Beschrijving werkzaamheden		
Mate van zelfstandig handelen en verschillen tussen individuen	VS'en werken veelal zelfstandig, maar mate van zelfstandigheid is afhankelijk van lokale afspraken met managers en psychiater.	
Onderzoek		
Onderzoeksmethoden en –omvang	21 interviews, 200 uur observaties, 2 focusgroepen	

⁴ VS'en kunnen zowel als hoofdbehandelaar als behandelaar werkzaam zijn. Een hoofdbehandelaar draagt eindverantwoordelijkheid voor de zorg. Een behandelaar werkt onder verantwoordelijkheid van een psychiater of klinisch psycholoog.

VS – GGZ (2)		6
Algemeen		
Informatie over de organisatie	Grote ggz-instelling met meerdere locaties. Biedt geestelijke gezondheidszorg met ruim 2400 medewerkers aan in totaal 30.000 cliënten en patiënten per jaar. Ook afdelingen waar topklinische zorg wordt verleend.	
Onderzoeksperiode	November tot en met december 2013	
Nieuwe professionals		
Aantal PA's/VS'en tijdens onderzoek	Bij deze ggz-instelling werken 30 VS'en. Ook zijn er 9 instroomplekken per jaar voor de opleiding tot ggz VS. Keuze om met VS'en te werken gemaakt door RvB, managers spelen grote rol in invulling.	
Werkzaamheden		
Waar zijn de VS'en/PA's werkzaam en wat is hun rol in zorgproces	De VS houdt zelfstandig consulten met intra- en extramurale patiënten en werkt daarin nauw samen met de psychiater. Beide geïnterviewde VS'en hebben naast hun behandelinhoudelijk taak ook andere rollen/taken: teamleider, manager en regio-opleider.	
Samenwerkingsverbanden met andere professionals	Als teamleider stuurt de VS de ggz-verpleegkundigen aan, werkt daarin nauw samen met de dienstdoende psychiater. VS heeft frequent contact met patiënten en mede daardoor een adviserende rol t.o.v. de psychiater.	
Beschrijving werkzaamheden		
Mate van zelfstandig handelen en verschillen tussen individuen	Psychiater duidelijk de leiding in medische beslissingen, bijvoorbeeld waar het gaat om indiceren en/of complexe farmacologische vraagstukken. VS heeft een adviserende rol. VS is zelfstandig in houden van consulten en het bepalen van het behandelbeleid in relatie tot de gevolgen van de ziekte of stoornis. De VS werkt altijd in een multidisciplinair behandelteam	
Onderzoek		
Onderzoeksmethoden en –omvang	2 interviews, 56 uren observatie.	

VS - Verpleeghuiszorg		7
Algemeen		
Informatie over de organisatie	Organisatie biedt langdurige zorg aan mensen met een niet-aangeboren hersenafwijking (NAH) jonger dan 65 jaar. Maakt onderdeel uit van bredere zorgorganisatie.	
Onderzoekperiode	Maart 2013-mei 2014	
Nieuwe professionals		
Aantal PA's/VS'en tijdens onderzoek	2 VS'en, waarvan 1 in opleiding, 1 nurse practitioner	
Werkzaamheden		
Waar zijn de VS'en/PA's werkzaam en wat is hun rol in zorgproces	Samen met SOG verantwoordelijk voor 2 patiëntenafdelingen met bewoners met een NAH	
Samenwerkingsverbanden met andere professionals	Multidisciplinaire opzet van zorg, in nauw overleg met familie en bewoner. VS speelt hierin coördinerende rol. De VS werkt nauw samen met een Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de zorg ⁵ .	
Beschrijving werkzaamheden		
Mate van zelfstandig handelen en verschillen tussen individuen	Zelfstandige positie en voert zelfstandig medische en verpleegkundige handelingen uit. o.a. medisch onderzoek, voorschrijven van medicatie, coördinatie complexe zorghandelingen, scholing verzorgenden. Nauwe samenwerking met SOG.	
Onderzoek		
Onderzoeksmethoden en –omvang	12 interviews, 125 uur observatie	

⁵ Deze beschrijving van samenwerkingsverbanden is op basis van onderzoeksresultaten uit de onderzoeksperiode zoals vermeld tot stand gekomen. Tijdens de membercheck hebben de respondenten aangegeven dat dit in de tijd veranderd is. Anno 2015 is de eindverantwoordelijkheid ook bij de VS belegd.

PA & VS - Cardiologie		8
Algemeen		
Informatie over de organisatie	De afdeling cardiologie (totaal 65 bedden) van topklinisch ziekenhuis buiten de Randstad. Polikliniek en klinische afdelingen met faciliteiten voor noodopvang van patiënten met acute hartklachten.	
Onderzoeksperiode	April tot en met mei 2014	
Nieuwe professionals		
Aantal PA's/VS'en tijdens onderzoek	3,5 fte aan VS'en op de poli en deels in de kliniek, 1 fte PA en 1 VS is in opleiding.	
Werkzaamheden		
Waar zijn de VS'en/PA's werkzaam en wat is hun rol in zorgproces	De PA is werkzaam op alle voorkomende afdelingen cardiologie. Assisteert PA in de kliniek en op de operatiekamer. Werkt vanuit een technische achtergrond vooral met pacemakers en andere implantaten. VS'en werken voornamelijk op de poli hartfalen en doen daar ongeveer de helft van de consulten. Taken bestaan uit het monitoren van gezondheidstoestand van de patiënten, het doen van lichamelijk onderzoek en het bewaken en volgens protocol aanpassen van medicatie. De psychosociale begeleiding (care) van patiënten is naast de medische zorg (cure) van groot belang voor de VS.	
Samenwerkingsverbanden met andere professionals	Maatschap cardiologie, aios, (gespecialiseerde) verpleegkundigen, technici en ondersteunend personeel en onderzoekers.	
Beschrijving werkzaamheden		
Mate van zelfstandig handelen en verschillen tussen individuen	De PA werkt vooral nog als technicus. VS'en zijn relatief zelfstandig op de hartfalen-poli maar zijn ook afhankelijk van de cardiologen of zij worden betrokken / in consult worden geroepen. Zowel de PA's als de VS'en verrichten, onder supervisie, geprotocolleerde medische handelingen.	
Onderzoek		
Onderzoeksmethoden en –omvang	18 interviews, 50 uur observatie.	

PA & VS - Borstkankerzorg		9
Algemeen		
Informatie over de organisatie	Oncologisch centrum, onderzoek vond plaats bij afdeling voor borstkanker	
Onderzoeksperiode	April-juni 2014	
Nieuwe professionals		
Aantal PA's/VS'en tijdens onderzoek	2 PA's en 10 VS'en	
Werkzaamheden		
Waar zijn de VS'en/PA's werkzaam en wat is hun rol in zorgproces	PA's werken op afdeling radiotherapie, VS'en bij heelkunde, interne en plastische chirurgie gespecialiseerd in borstkanker.	
Samenwerkingsverbanden met andere professionals	Werken samen in medisch team met medisch specialisten. Er is frequent overleg en zorg wordt verleend in teamverband.	
Beschrijving werkzaamheden		
Mate van zelfstandig handelen en verschillen tussen individuen	PA's en VS'en werken zelfstandig onder supervisie van medisch specialisten. VS doen een stukje van het zorgproces (alleen heelkunde, of alleen plastische chirurgie)	
Onderzoek		
Onderzoeksmethoden en –omvang	9 interviews, 66 uur observatie	

4. Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitkomsten van de analyse van de negen case-studies. We beschrijven hoe taakherschikking in de praktijk vorm krijgt en welke processen hieraan ten grondslag liggen. We beschrijven vier processen van taakherschikking:

- (1) Het verkrijgen van zelfstandigheid;
- (2) De schuivende grenzen van taakherschikking;
- (3) Samenwerking als centraal aspect van taakherschikking;
- (4) De herdefiniëring van zorg.

Deze vier processen worden in het vervolg van deze rapportage in afzonderlijke paragrafen besproken en uitgewerkt. Datafragmenten uit de negen case-studies dienen hierbij als illustratie bij de gemaakte analyses⁶.

4.1. Het verkrijgen van zelfstandigheid

De negen case-studies laten zien dat de verdeling van rollen en taken tussen medisch specialisten, andere zorgprofessionals en de VS'en of PA's varieert, zowel tussen organisaties als binnen een zorginstelling, en zowel tussen verschillende afdelingen als tussen individuen. Nieuwe professionals in alle casussen nemen taken over die eerder waren voorbehouden aan medisch specialisten of aios. De case-studies leveren hierin een gevarieerd beeld op.

De VS'en in de GGZ-casus hebben een zelfstandige positie verworven in de zorgverlening. Zij zijn (hoofd)behandelaar, wat betekent dat ze de verantwoordelijkheid dragen over de aan hen toegewezen patiënten. Hoewel de psychiater en somatisch arts (i.e. huisarts) nog steeds betrokken zijn, vervullen zij vooral een rol op afstand en worden zij enkel geconsulteerd indien de VS dit nodig acht voor zijn of haar patiënten. In de case-studies van het verpleeghuis en het revalidatiecentrum trekken de VS'en en specialisten ouderen geneeskunde (SOG) juist samen op. De VS en SOG hebben ieder een eigen kennis- en handelingsgebied, waarbij de eindverantwoordelijkheid in de praktijk bij de SOG lijkt te liggen. In de casus van het ziekenhuis maakt de PA onderdeel uit van het medisch team,

⁶ De analyse in het resultatenhoofdstuk is gebaseerd op de negen case-studies. We maken hierbij geen directe vergelijking tussen de afzonderlijke case-studies. De data uit alle case-studies wordt thematisch geanalyseerd en beschreven. Nadere informatie over de gehanteerde werkwijze is te vinden in de disclaimer en het methoden hoofdstuk (H3) van dit rapport.

waartoe naast de medisch specialisten ook aios, anios en de coassistenten behoren. De medische specialist draagt net als de SOG de eindverantwoordelijkheid

De case-studies laten zien dat de mate waarin PA's en VS'en zelfstandig werken verschilt per instelling en per individu. Ervaring en gewonnen vertrouwen in het individuele functioneren vergroten de zelfstandigheid van een PA of een VS. De (bekende) achtergrond van en het vertrouwen in het individu is voor een medisch specialist belangrijker dan de opleiding of de algemene erkenning van het beroep PA of VS. Veel van de PA's en VS'en die in deze studie zijn geïnterviewd en/of geobserveerd, hebben een achtergrond als verpleegkundige op dezelfde afdeling als waar ze tijdens het onderzoek werkzaam waren. Dit was volgens de betrokkenen (zowel medisch specialisten als verpleegkundigen en de PA's zelf) cruciaal voor hoe de rol van de PA of VS zich heeft ontwikkeld. Een psychiater in de tweede GGZ casus stelt bijvoorbeeld dat zij zich heel goed kan voorstellen dat iemand anders in de rol van de VS daar niet dezelfde vrijheid zou krijgen. Ook in de PA casus op de SEH en de neonatologie blijkt dat de persoon erg belangrijk zijn. Zo gaf een SEH-arts aan dat hij soms nog even moet bedenken wat de verschillende PA's precies kunnen, mogen en willen doen. Een PA zei hierover het volgende:

“Wij doen waar wij capabel voor zijn, dat doen artsen toch ook? Als ik voel dat ik niet capabel voor een bepaalde handeling ben, dan doe ik hem niet... en dat is ook de manier waarop het zou moeten werken volgens mij”.

Interview PA SEH-casus, 11-05-2014

Het vertrouwen in de competenties en de vaardigheden van deze individuele nieuwe professionals is niet vanzelfsprekend of bij voorbaat aanwezig. Het gevolg daarvan is dat de rol van een PA en een VS groeit met de tijd. Dit was duidelijk te zien in de casus van de PA op de neonatologie-afdeling. De PA's werkten hier in de kliniek waar zij zorgdroegen voor de zorg aan te vroeg geboren en ernstig zieke kinderen onder de supervisie van een neonatoloog. Aan het begin richtten zij zich vooral op taken die voorheen werden uitgevoerd door aios, zoals het aanleggen van infusen en het interpreteren van lab-resultaten. De PA's deden veel ervaring op in deze handelingen en konden zich daardoor bewijzen als betrouwbare en competente werknemers aan de staf. Bovendien zorgde dit ervoor dat de staf de voordelen van hun werk, in dit geval een toename in continuïteit en kwaliteit van zorg, konden ervaren. PA's mochten daarop intubaties doen en gingen

participeren in avond- en nachtdiensten. De PA's kregen hiermee gaandeweg een grotere klinische verantwoordelijkheid.

Problematisch onderscheid complexe en niet-complexe zorg

De Wet BIG, de Handreiking Taakherschikking en ook het beroepsprofiel van de NAPA lijken in de uitwerking van taakherschikking een 'go-it alone model' te veronderstellen (Martin et al., 2009) waarin taken en verantwoordelijkheden duidelijk van elkaar te onderscheiden, en daarmee overdraagbaar, zijn. Hierbij wordt uitgegaan van een duidelijk onderscheid tussen 'complex' (taken en handelingen die toebehoren aan een medisch specialist) en 'beperkt complex' (taken en handelingen die ook kunnen worden uitgevoerd door een VS of PA). In de formuleringen van de wetsaanpassing (art 36a wet BIG) en de daarop volgende Handreiking Taakherschikking (KNMG, 2012) wordt uitgegaan van de mogelijkheid om vast omschreven medische taken over te dragen van medisch specialisten op de VS'en en PA's. Deze handelingen moeten routinematig zijn en van beperkte complexiteit. In het beroepsprofiel van de PA staan de werkzaamheden van de PA als volgt omschreven:

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

Beroepsprofiel PA, NAPA, 2012:4

Uit onze case-studies blijkt echter dat de dagelijkse zorgpraktijk veel complexer, turbulenter en daarmee diffuser is. Het volgende citaat van Davina Allen (1997), wat voortborduurde op het werk van Anslem Strauss et al. (1985) illustreert dit punt over de complexiteit van de dagelijkse praktijk in de zorg ook:

“Turbulence reflects the centrality of the patient. It makes medical work fundamentally non-rationalizable. Healthcare takes place against the backdrop of highly variable fluctuations in the pace of work, an emergency is always possible”.

Allen, 1997: 506

De turbulentie die Allen beschrijft, maakt het lastig om hierin complex en beperkt complex van elkaar te onderscheiden. Uit het onderzoek blijkt het wettelijke onderscheid tussen

complexe en beperkt-complexe zorg niet voorop te staan. Hier gaat het vooral over de vraag welke zorg nodig is, en wie deze zou kunnen verlenen. Wat complex is, wordt bovendien verschillend beoordeeld. Complexiteit kan bovendien verschuiven; wat eerst als complex werd beschouwd kan later door ervaring routinematig worden. Het onderscheid tussen complex en beperkt complex is daarnaast sterk afhankelijk van de precieze aard van de klinische omgeving. Zo brengt werken op een intensive care, spoedeisende hulp of cardiologie-afdeling per definitie turbulente situaties en complexe handelingen (e.g. intubaties en lumbaal puncties) met zich mee.

Dit neemt echter niet weg dat lokaal afspraken worden gemaakt over welke professionals welke taken uitvoeren. Dit gebeurt vaak in overleg waarbij zowel de medisch specialisten als de nieuwe professionals betrokken zijn. In de neonatologie casus werkten de PA's bijvoorbeeld niet op polikliniek terwijl bij heelkunde en cardiologie de PA's en VS'en juist wel op de polikliniek werkzaam waren en weer in mindere mate in de kliniek. Het werkterrein van de nieuwe professionals wordt daarmee dus vooral lokaal bepaald, afhankelijk van lokale omstandigheden en situationele afwegingen. Dit gebeurt niet alleen via formele afspraken, maar groeit ook geleidelijk in en door het werk van alledag (Barley & Kunda 2001):

“Je moet natuurlijk gaan ontdekken, wat zijn de capaciteiten van zo iemand. Wat krijgt iemand eigenlijk mee in zo'n opleiding, en waar kan je, wie is waar verantwoordelijk voor (...) en wat wil je nu eigenlijk als specialist? Wie is eindverantwoordelijk in die behandeling. Daarvan zeg ik, dat ben ik natuurlijk. En dan moet je toch gaan dealen met die VS, van wat kan die nou eigenlijk, wat vindt ie leuk, en wat is bij te leren en waar is ie nou bekwaam in? Want hij kan wel bevoegd zijn omdat hij wat dingen heeft gelezen, maar hij heeft nog geen patiënten gezien ongeveer, dat kan ook. Dus, je moet daar rustig en gefundeerd over piekeren met anderen”.

Interview psychiater tweede ggz-casus, 28-03-2013

Deze uitspraak van de psychiater laat zien dat besluiten rondom taakherschikking niet lichtvoetig worden genomen. Ook in de andere onderzochte instellingen is vaak een lange weg aan de komst van de PA of de VS vooraf gegaan. In de neonatologie casus was bijvoorbeeld bewust een afweging gemaakt of VS'en of PA's het meest geschikt zouden zijn

voor de afdeling. Er is uiteindelijk gekozen voor de PA omdat diens medische oriëntatie het eenvoudiger zou maken om nieuwe professionals de kliniek te laten 'runnen'. In de verpleeghuis casus viel juist de keuze op de VS omdat dit zou helpen in de wens de zorg te ontmedicaliseren:

“Ik ben onder de indruk geraakt van hetgeen verpleegkundigen kunnen toevoegen aan het medisch handelen en hoe zij een bijdrage kunnen leveren aan het meer totaal maken van de zorg en het ontmedicaliseren, of het medische stukje in de juiste proporties plaatsen...Op dit moment wordt heel veel medisch ingevuld, terwijl het eigenlijk vooral wonen is en we toch nog steeds slecht in staat zijn om dat medische deel in het wonen in te passen. Het is vaak andersom wat we proberen; het wonen aan te passen aan het medische stuk. Vandaar mijn geloof, zo mag je het noemen, in verpleegkundigen die die brug dus kunnen slaan en die vertaling kunnen maken zonder het medische gedeelte nu helemaal bij het grof vuil te zetten, dat moet ook weer niet.”

Interview medisch manager verpleeghuis, 12-04-2013

Taakherschikking, zo laat dit voorbeeld zien, gaat om meer dan overdracht van eenvoudige taken. Het gaat namelijk ook gepaard met een andere invulling van taken en met het uitvoeren van werk dat eerder niet werd gedaan. Zo wil de medisch manager uit bovenstaand fragment met het inzetten van VS'en wonen en medische zorg meer met elkaar verbinden, waarbij het wonen voorop komt te staan. Een verpleegkundige, zo stelt hij, heeft een breder perspectief dan een medisch specialist. Het aspect van de 'holistische benadering' versus de smallere 'medische blik' werd ook in andere casussen veelvuldig genoemd. De argumentatie is hier dat de VS zich onderscheidt van de medisch specialist door zich niet alleen op de patiënt en de aandoening te richten, maar de patiënt te zien in diens bredere (sociale) omgeving⁷.

De ontwikkeling van het takenpakket van nieuw professionals is geen vanzelfsprekendheid en staat niet los van andere medische inhoudelijke ontwikkelingen. Zo zagen we in de SEH casus dat naast de PA's ook een nieuwe medische professional, de SEH-arts is geïntroduceerd. De introductie van deze nieuwe professional (als gevolg van andere beweegredenen maar wat ook kan worden geduid in termen van taakherschikking) is van

⁷ In paragraaf 5.4 gaan we hier uitgebreider op in en bespreken we in meer detail hoe dit ook de zorgverlening zelf herdefinieert.

invloed geweest op de wijze waarop taakherschikking vorm heeft gekregen in de betreffende casus. De SEH-arts is tussen de PA's en de medisch specialisten in komen te staan, zoals onderstaand fragment laat zien:

De SEH-arts zegt dat PA's vooral belangrijk zijn door hun schat aan ervaring. Echter, zo stelt hij, kunnen ze door hun andere achtergrond niet zelf de afdeling draaien en zijn uiteindelijk de SEH-artsen verantwoordelijk: "Ze kunnen nieuwe dingen en zorgen voor continuïteit. Uiteindelijke staat mijn naam eronder".

Observatie en interview SEH-arts, 05-04-2104

In de cardiologiecasus, waar de VS'en werkzaam waren op de polikliniek hartfalen, zagen we ook dat zij vooralsnog een beperkt zelfstandige rol vervulden. De maatschap was sterk verdeeld over de inzet van nieuwe professionals in de acute opvang van hartpatiënten en daarnaast verwezen niet alle cardiologen 'hun' patiënten naar de VS. Bovendien verklaarden de cardiologen dat de volumenormen van de beroepsorganisatie ertoe leidden dat zij handelingen niet konden overdragen; ze moesten zelf 'hun aantallen halen. Dit voorbeeld illustreert daarmee hoe nieuwe professionals voor de ontwikkeling van hun rol afhankelijk zijn van de bereidheid en mogelijkheid van medisch specialisten om bepaalde werkzaamheden over te dragen.

Samen het werk gedaan krijgen

Taakherschikking hangt dus samen met lokale mogelijkheden en bereidheid, landelijke richtlijnen en eisen, en de individuele beoordeling van de competenties van de nieuwe professionals. Uit het onderzoek blijkt dat de verdeling van taken en de rollen vooral een situationele aangelegenheid is die wordt ingegeven door aspecten als plaats, tijd, ervaring en vertrouwen.

Op de verpleegafdeling van het ziekenhuis is de afdeling zo ingericht dat de patiënten met een enkelvoudige operatie op de voorste kamers liggen en de patiënten met meervoudige problematiek op de achterste. De PA en aios doen samen het zaalwerk en staan afwisselend 'voor' en 'achter' zodat de aios een brede ervaring op kunnen doen tijdens de stage.

Observatie casus heerkunde, 12-03-2013

In topklinische en academische ziekenhuizen draait het niet alleen om de dagelijkse zorg aan patiënten, maar worden ook aankomend medisch specialisten opgeleid. Het opleidingsprogramma heeft invloed op de organisatie van de patiëntenzorg en daarmee op de inzet van nieuwe professionals. De PA 'doet' de ene keer de patiënten met meervoudige problematiek, en de andere keer de patiënten die een enkelvoudige ingreep nodig hebben. Niet de mate van complexiteit, maar de opleiding van de aios was hier leidend voor wijze waarop patiënten worden verdeeld. Dit was ook zichtbaar in de neonatologie casus waar PA's en aios vaak samen op een afdeling werkzaam waren. PA's en de VS'en spelen een rol in de opleiding van aios door te zorgen dat zij voldoende ervaring op kunnen doen. De opleiding van de aios is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het team, inclusief de nieuwe professionals. Taakherschikking is daarmee wel van invloed op de opleiding van aankomend medisch specialisten.

Ook ervaring speelt een rol in hoe taakherschikking vorm krijgt. Zo kwam een VS in de verpleeghuis casus uit de kinder- en jeugdzorg voordat zij als VS in verpleeghuiszorg ging werken. De VS heeft eerst de problematiek van verpleeghuispatiënten, en dan vooral van patiënten met een niet aangeboren hersenafwijking moeten leren kennen voordat ze meer zelfstandig kon handelen. Geleidelijk kreeg ze meer 'eigen' patiënten. De SOG kon zich daardoor op meerdere afdelingen binnen de instelling concentreren, en kan makkelijker inspringen op een andere locatie. De afwezigheid van de SOG maakte het tegelijkertijd ook weer mogelijk voor de VS om 'erin te groeien' en meer verantwoordelijkheid op zich te nemen:

De VS en SOG zijn samen verantwoordelijk voor twee verpleegafdelingen. De rollen zijn zo gegroeid dat de arts de meer specialistische taken op zich neemt, en overlegt met medisch specialisten in het ziekenhuis. De VS doet lichamelijk onderzoek en de wondzorg. De SOG is regelmatig afwezig; door waarneming op andere locaties, of doordat hij bijvoorbeeld trainingen geeft. De VS zegt dat ze zijn taken dan overneemt, en als het nodig is kan overleggen met één van de andere SOG's. De afwezigheid van de SOG geeft de VS de gelegenheid 'erin te groeien' en meer zelfstandig te handelen. Ze vertelt dat ook de patiënten en familieleden wennen aan haar aanwezigheid. Eén van de patiënten is Tirza, een jonge vrouw die na een verkeersongeluk en daarop volgend coma met hersenletsel in het verpleeghuis is opgenomen. Haar ouders zijn dagelijks bij haar en hebben vooral vertrouwen in de

SOG, en veel minder in de verpleging. De VS heeft de zorg daarom bij de SOG gelaten. Tot hij met vakantie was en Tirza problemen kreeg met de voeding. De VS heeft zich daar intensief mee bezig gehouden en het vertrouwen gewonnen van de ouders. Zij vinden het nu ook prima dat de VS Tirza behandelt.

Observaties VS verpleeghuis casus – 04-03-2013

Uit ons onderzoek blijkt dat de PA en de VS het vertrouwen moeten winnen van de medisch specialisten, verpleegkundigen en van de patiënten en diens mantelzorgers. Dit is op zich niets nieuws. De zorg is bij uitstek een plek waar leren en werken samenkomen en waar dagelijks (relatieve) nieuwkomers hun plek moeten veroveren door kennis en kunde te tonen en vertrouwen te winnen (Wallenburg et al., 2013). Dit proces van integreren en socialiseren is uitgebreid beschreven in de sociologische literatuur over de medische opleiding (Bosk, 1979, 2003; Hafferty, 2000; Prentice, 2007). Hierin wordt de opleiding in de eerste plaats beschreven als een 'morele opleiding' (Bosk 2003[1979]: xvi) en een socialiseringsproces waarin nieuwkomers de 'professionele mores' moeten leren kennen en eigen moet maken om als volwaardig lid te mogen participeren in de groep van medisch specialisten. Nieuwe leden worden langdurig getest en steeds opnieuw beoordeeld op hun kennis, kunde en professionele ethiek in het dagelijks werk voordat zij meer ruimte krijgen om zelfstandig te handelen (Wallenburg et al., 2013). VS'en en PA's moeten een soortgelijk proces doorlopen. We gaan hier verder op in de volgende paragraaf waarin we het gaan hebben over 'teamwork'. Voor nu is het relevant op te merken dat onze observaties en interviews laten zien dat naast het winnen van vertrouwen de VS en PA *zelf* ook 'institutioneel werk' (Currie et al., 2012; van Schothorst 2013) moeten verrichten om hun werkgebied uit te breiden en verantwoordelijkheid op zich te nemen. Zelfstandigheid is niet alleen iets dat moet worden verdiend en verkregen, maar ook iets dat actief wordt verworven, zoals blijkt uit onderstaand fragment.

De VS in de GGZ is behandelaar geworden van een nieuwe groep patiënten. Ze neemt de groep over van een klinisch psycholoog. De VS zegt dat het de eerste weken ingewikkeld was om het behandelaarschap naar zich toe te trekken, vooral als het ging om de medische aspecten van de behandeling. Ze zegt dat ze er bovenop heeft gezeten: "Dan was er een formulier voor iets dat er moest gebeuren en dan wilde de verpleegkundige die aan de psychiater of psycholoog geven en dan zei ik

kom maar hier, dat is mijn taak, mijn patiënt". Ze zegt dat ze dan de opmerking kreeg 'hé, doe jij dat ook?'. De VS lacht erom: "Het is pionieren en opvoeden".

Observatie GGZ-casus, 06-08-2013

Allen (1997, 2001) heeft in haar onderzoek naar de verhouding tussen medisch specialisten en verpleegkundigen laten zien dat er in de dagelijkse praktijk minder domeinstrijd of onderhandeling tussen de beroepsgroepen plaatsvindt dan op het niveau van de beroepsorganisaties of op het niveau van het management en het bestuur waar keuzes over de verantwoordelijkheidsverdeling worden gemaakt en vastgelegd. In het dagelijks werk, stelt Allen, gaat het veel meer over 'het werk samen gedaan krijgen', en worden individuele capaciteiten zoveel mogelijk benut. De noodzaak om het werk gedaan te krijgen laat zien dat de precieze verdeling van taken in de praktijk sterk afhankelijk kan zijn van de situatie op de afdeling op dat moment. Dit kan ook betekenen dat, zoals in het voorbeeld hierboven, de VS er in het dagelijkse zorgproces zelf voor moet zorgen dat hij of zij zich bepaalde handelingen toe-eigent, net zolang tot het een vanzelfsprekendheid wordt dat de VS óók de medische aspecten van de patiëntenzorg afhandelt.

Conclusie verkrijgen van zelfstandigheid

Het onderzoek laat zien dat het bij het verdelen van rollen en taken tussen 'oude' en 'nieuwe' beroepsgroepen zowel gaat om het maken van afspraken over wat een PA of een VS vermag, als over het in de praktijk tot wasdom laten komen van de rol van de PA en VS. Enerzijds leiden de afspraken ertoe dat er 'piketpaaltjes' worden geslagen voor wat een PA of VS kan en mag. In de precieze uitwerking kan het zijn dat complex en beperkt-complex, en routinematig en niet-routinematig van elkaar worden onderscheiden, ook al blijkt dat vaak lastig. Anderzijds gaat taakherschikking over het werkbaar houden van een dynamische en 'turbulente' zorgpraktijk. Zo kan de afwezigheid van een medisch specialist vragen van een VS dat hij/zij taken van de SOG overneemt en kan de opleiding van een aios van een PA vragen om de ene keer zorg te dragen voor patiënten met meervoudige problematiek, terwijl de volgende keer patiënten met enkelvoudige problematiek aan hem of haar worden toevertrouwd.

In dit dagelijks zorgproces neemt de zelfstandigheid van de VS of PA geleidelijk toe. Hoewel deze ontwikkeling in alle negen case-studies duidelijk naar voren kwam, blijkt de fase waarin de nieuwe professionals zich bevinden verschillend. Zo zit er groot verschil in de mate

waarin de PA's of de VS'en zijn ingebed in het medisch team. In het vervolg van dit hoofdstuk gaan we hier verder op in.

4.2. De schuivende grenzen van taakherschikking

Taakherschikking gaat over het overdragen van taken, inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden. Zoals we hierboven hebben beschreven groeien VS'en en PA's in hun nieuwe rol in de dagelijkse praktijk van zorgverlening. VS'en en PA's nemen medisch werk over van medisch specialisten: er worden klinische taken verricht die voorheen door een medisch specialist of a(n)ios werden gedaan. In deze paragraaf laten we zien *hoe* dit gebeurt en laten we zien waar taakherschikking ophoudt door in te gaan op de dynamiek van de grenzen tussen beroepsgroepen in de praktijk van zorgverlening.

Het tonen van kennis en kunde

VS'en en PA's geven vorm aan hun taken en verantwoordelijkheden in het dagelijks werk⁸, in interactie met medisch specialisten. In het Engels wordt hiervoor de term 'negotiation' gebruikt, wat dit proces eigenlijk beter beschrijft dan de Nederlandse vertaling van 'onderhandelen'. Het gaat namelijk niet om onderhandelen in de zin van het expliciet aftasten van mogelijkheden en het ontwikkelen van strategische interacties om doelstellingen te behalen, maar veel meer om het tonen van kennis en kunde in het dagelijks werk om zodoende vertrouwen te winnen en de rol (taken, verantwoordelijkheden, positie) te verstevigen. De PA's en VS'en die we hebben geobserveerd en geïnterviewd voerden bijna allemaal 'extra' werk uit om vertrouwen te winnen bij de medisch specialisten met wie werd samengewerkt. Bijvoorbeeld door een extra röntgenfoto aan te vragen om te laten zien dat de eerdere conclusie van de PA dat er geen sprake is van een enkelfactuur te bewijzen (Heelkunde casus). In de literatuur wordt dit extra werk 'invisible work' genoemd. PA's en VS'en geven aan dat dit extra werk of, zoals ze het zelf vaak noemen, 'voorzichtig handelen', nodig is om vertrouwen te winnen en daarmee meer ruimte te krijgen om autonoom te kunnen handelen. Door vertrouwen te winnen wordt geleidelijk het handelings- en verantwoordelijkheids-repertoire uitgebreid (Wallenburg et al., 2013):

“Ja nou, als je zo vaak dezelfde mening (...) je krijgt ook vertrouwen van een baas van als hij je beleid steeds deelt dat hij zegt' zou ik ook doen', of hij heeft weinig

⁸ Zie voor een klassiek artikel hierover (Svensson, 1996)

aanvullingen, ja dan groei je daar een beetje in. Dan wordt het op een gegeven moment telefonisch overleg, Op een gegeven moment hoeft hij de wond niet meer te zien. Dan beschrijf ik een wond telefonisch en dan deelt hij ook dat beleid, en op een gegeven moment is het meer achteraf van 'goh ik had nog weer zo'n wond ik had dat en dat gedaan'. En als dat alle keren hetzelfde blijft, ja dan op een gegeven moment verlies je dat overlegmoment."

Interview PA Ziekenhuis Heelkunde casus, 25-04-2013

Kortom, vertrouwen en zelfstandigheid in eigen kunnen, maar ook in de samenwerking met het medisch team, worden opgebouwd en verworven in het dagelijks werk.

Naast het 'puur medische' of 'verzorgende werk' dat VS'en en PA's verrichten zien we eigenlijk in alle case-studies terug dat deze nieuwe professionals ook een rol speelden in de organisatie van zorg. Zij coördineerden, stemden af, verzorgden aanvragen en waren actief in allerlei overleggen en werkgroepen op bijvoorbeeld het gebied van medicatie, veiligheid of het gebruik van bepaalde materialen. In de GGZ en in de SEH-casus hielden de VS'en en de PA's zich bijvoorbeeld bezig met organisatorische ontwikkelingen, zoals de brandveiligheid, het onderwijs, de discussie over inzet in nachtdiensten, roosters en de verbouwing van een behandellocatie. Deze voorbeelden laten zien dat de nieuwe professionals niet alleen belangrijk zijn vanwege hun rol in de zorgverlening maar ook in het draaiende houden van de afdeling omdat zij, net als andere professionals, actief zijn in het leveren van zorg en het organiseren en regelen van de zorgverlening. Deze activiteiten zijn door de socioloog Anselm Strauss (1999) beschreven als 'coordination and articulation work' en deze zijn cruciaal voor draaiende houden van de afdeling of organisatie:

"Work that get things back 'on track' in the face of the unexpected, and modifies action to accommodate unanticipated contingencies. The important thing about articulation work is that it is invisible to rationalized models of work".

Strauss, 1985 in Leigh Star & Strauss, 1999:10

In de dagelijkse gang van zaken is het echter van even groot belang om specifiek werk soms juist niet te doen. Zo werden in de neonatologiecasus de PA's aan het begin wat overvraagd. De eerste PA's deden daarom soms moeite om bepaalde zaken niet meer te hoeven uitvoeren. Om dit bespreekbaar te maken en uiteindelijk voor elkaar te krijgen is acceptatie,

duidelijkheid over rollen en vertrouwen nodig. Dat vertrouwen is, zoals reeds eerder beschreven, een voorwaarde om grensoverschrijdend te kunnen werken. Dit gebeurt echter vaak in de ‘flow’ van alledag. Dit wordt mooi geïllustreerd in de GGZ-casus, waar – zoals we eerder lieten zien – een scherp onderscheid werd gemaakt tussen de behandeling van somatische en psychische aandoeningen. Een GGZ-VS vertelde dat ze recentelijk voor de huisarts was ingevallen toen de huisarts al langere tijd afwezig was door ziekte en er geen waarnemer beschikbaar was:

“Ik deed het samen met de doktersassistente. Complexere cases heb ik afgestemd met een consulterend arts die eind van de middag beschikbaar was. Dat ging prima, over het algemeen zijn het slechts kleine dingen waar mensen mee komen’.

Observatie GGZ-casus, 06-08-2013

Deze VS werkte al langere tijd bij de GGZ instelling, eerst als afdelingsverpleegkundige en wijkverpleegkundige en vervolgens als VS. Bij het invallen voor de huisarts kwamen haar verschillende ervaringen samen. Het overnemen van het spreekuur van de huisarts is ook een grens. Maar anders dan bij het voorschrijven van medicatie en het consulteren van ‘vreemde’ medisch specialisten, is deze grensoverschrijdende taak niet een uitkomst van een onderhandeling of opgebouwd vertrouwen, maar meer een ‘noodoplossing’. Het inspelen op de turbulentie van de alledaagse zorg wordt niet alleen veroorzaakt door patiënten maar ook, zoals hier, door de ongeplande afwezigheid van een medisch specialist.

Een voorbeeld: voorschrijven van medicatie

Het voorschrijven van medicatie is een belangrijk voorbeeld van een voorbehouden handeling die door de wetwijziging in 2012 nu ook door nieuwe professionals kan worden uitgevoerd. VS'en en PA's hebben sinds januari 2012 de bevoegdheid om UR-geneesmiddelen voor te schrijven. In alle onderzochte organisaties in dit onderzoek zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop deze bevoegdheid wordt vormgegeven. In alle gevallen waren lokale afspraken gemaakt over welke medicijnen de groep van VS'en of PA's mochten voorschrijven en welke (categorieën van) medicijnen bleven voorbehouden aan de medisch specialist. In het verpleeghuis, het revalidatiecentrum en op de neonatologie-afdeling was een lokaal formularium opgesteld waarin was vastgelegd welke medicatie mocht worden voorgeschreven door de PA's. De apotheek was hierbij nauw betrokken en had een controlerende taak. Echter, het voorschrijven van medicatie was nog geen gedeelde

praktijk. Sommige VS'en en PA's zagen (nog) van de voorschrijfbevoegdheid af omdat ze zich niet bekwaam achtten. In andere gevallen werden afspraken gemaakt tussen individuele zorgverleners. In de tweede GGZ-casus werden bijvoorbeeld 'koppeltjes' gevormd van een VS of PA en een psychiater. Zij maakten individuele afspraken over welke medicatie de VS kon voorschrijven en met welke vorm van supervisie. De voorschrijfbevoegdheid van de VS was hierbij beperkt tot het eigen expertise gebied. Bij alle 'koppels' ging de overgang van de ene medicamenteuze behandeling naar het andere in nauw overleg met een psychiater. Een andere grens was dat de VS'en geen medicamenteuze behandeling van bipolaire stoornissen mocht opstarten, en dat ook geen somatische medicatie mocht worden voorgeschreven. VS'en gaven aan hier 'te weinig vanaf te weten'.

Veel patiënten hebben alles al gehad aan medicatie, bovendien zijn de samenstellingen vaak niet in richtlijnen te vangen, omdat het zo complex ligt. Ik heb ook liever dat de psychiater hier over gaat omdat ik minder weet van het samengaan van medicatie". (...) Wel doet de VS vaak een voorstel voor medicatie waar de psychiater dan op kan reageren. Echt zelf voorschrijven zal voor deze doelgroep lastig worden, ook al is dat wel de wens van deze VS. Toch ziet hij dat niet gebeuren: "Ze hebben alle mogelijke combinaties al geprobeerd bij deze patiënten, elk protocol is hier al nagelopen en geprobeerd. Hier moeten we zelf kijken wat we aan de patiënt geven voor combinaties. Dat werk is te specialistisch voor mij".

Observatie en interview VS tweede GGZ-casus, 28-11-2013

In de andere GGZ case-studie hadden VS'en die wel van de bevoegdheid gebruik maakten daarvoor eerst een speciaal ontworpen opleidingsmodule moeten doorlopen. Vervolgens tekende een psychiater een verklaring om de betreffende VS de voorschrijfbevoegdheid te geven. Niet iedereen was het hiermee eens. Een VS stelde dat met deze regeling de verantwoordelijkheid nog steeds bij de medisch specialist lag:

"Ik ben het daar helemaal niet mee eens, maar goed weet je, de VS die in de voorschrijfgroep zaten, die hebben dat erbij gezet (...). Ik heb ook tegen de psychiater gezegd; dat moet je nooit doen hoor. Weet je, het is hun, eh, zij zijn bevoegd en bekwaam en het is hun eigen verantwoordelijkheid, en als jij je handtekening gaat zetten en er gaat iets fout, dan kun jij straks op het matje verschijnen".

Interview VS eerste GGZ-casus, 26-03-2013

De observaties en interviews in de andere case-studies gaven een soortgelijk beeld. De VS'en en PA's zagen het voorschrijven van medicatie als een grote verantwoordelijkheid en waren zich bewust van de mogelijke schadelijke consequenties van hun handelen voor de patiënt *en* voor de positie van de eigen beroepsgroep. Ook speelde de kwestie van erkenning van de PA en VS als voorschrijver een rol. In de neonatologie casus, bijvoorbeeld, hadden de PA's de mogelijkheid om alle medicatie voor te schrijven binnen het specifieke vakgebied. PA's handelden volgens eenvoudig te raadplegen protocollen om de juiste dosering te kunnen berekenen. De PA's gaven aan bij voorkeur niet 'uit het hoofd' voor te schrijven. Voorschrijven gebeurde bovendien enkel intern; als er een recept voor een externe apotheek moest komen werd het voorschrijven overgelaten aan de medisch specialist. Dit omdat de voorschrijfbevoegdheid van de PA's extern nog niet overal erkend werd terwijl het in deze organisatie voor gangbare medicatie niet nodig was dat de neonatologen het voorschrijfgedrag van de PA's controleerden. De hierboven geciteerde VS vindt dat de verantwoordelijkheid moet liggen bij de zorgverlener die de medicatie voorschrijft, wat ook juridisch het geval is. De aanpassing van de wet biedt VS'en de mogelijkheid om zelfstandig medicatie voor te schrijven zonder dit afhankelijk te laten zijn van individuele medisch specialisten. In de praktijk blijkt dit dus soms anders uit te werken.

In een eerdere (internationale) studie over het uitbreiden van de voorschrijfbevoegdheid van geneesmiddelen hebben Weiss & Sutton (2009) beschreven dat medisch specialisten de complexiteit en risico's van medische handelingen benadrukken en daarmee de rol als eindverantwoordelijke handhaven:

"...medicine has retained its high status, relative to other health professionals and with patients; it controls the knowledge base relevant for prescribing practice and has managed an 'overseer' role of the process of prescribing".

Weiss & Sutton, 2009: 419

Currie et al. (2012) onderschrijven deze conclusie en laten, net als Weiss en Sutton, zien dat medisch specialisten het medisch kennis- en handelingsdomein beschermen door het articuleren van breed gedeelde waarden zoals het reduceren van risico's en het optimaliseren van patiëntveiligheid. Currie et al. (2012) noemen dit het 'institutionele werk' dat medisch specialisten verrichten om het medisch domein te beschermen en af te schermen van andere (opkomende) zorgprofessionals. Zo was bijvoorbeeld te zien dat

argumenten over kwaliteit van zorg werden gebruikt om de nieuwe professionals niet actief te laten zijn in de opvang van hartpatiënten op de afdeling voor spoedeisende harthulp. Onze studie laat echter ook zien dat VS'en en PA's met hun voorzichtige houding actief bijdragen aan het in stand houden van het medisch domein. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat dit – en dit is meteen een kritiek op de literatuur over de sociologie van professionals die sterk geënt is op de domeinstrijd tussen professies en in het bijzonder de macht van de medische beroepsgroep – niet automatisch leidt tot een status quo. VS'en en PA's verrichten op hun beurt ook institutioneel werk waarmee ze hun werkdomein uitbreiden en de zorg aan patiënten vormgeven (Janssen et al. 2015).

Consulteren van 'andere' medisch specialisten

Naast het voorschrijven van medicatie, waarin grenzen werden vastgelegd maar ook continue werden heronderhandeld in de praktijk, blijkt dat ook in het contact met andere specialismen grenzen een belangrijke rol spelen. Een analyse van de contactmomenten tussen de VS en de PA en andere medisch specialisten van andere afdelingen of instellingen geeft ook inzicht in de schuivende grenzen van taakherschikking. In de SEH-casus, waar spoedzorg wordt verleend, blijkt bijvoorbeeld dat de PA een belangrijke schakel vormt naar andere medische disciplines.

Na het onderzoek van de patiënt loopt de PA de kamer uit voor een overleg met een collega over de betreffende casus. De PA besluit de MDL-arts te bellen. Als hij aan de telefoon is blijkt het dat de MDL-arts niet wil komen. De PA zegt: "ik word er nu wel een beetje moe van, ik heb je hierbij om een consult gevraagd, dus je komt maar hier heen". De discussie gaat over het feit of deze patiënt onder de interne of MDL valt. Bij de MDL willen ze dat de patiënt nog een keer door de PA gezien wordt maar zelf vindt hij dat niet nodig: "Dan ga ik zitten kijken en straks ook de jonge internist nog een keer, die patiënt wordt helemaal gek".

Observaties SEH-casus, 05-04-2014

Dit voorbeeld is natuurlijk specifiek voor de SEH-casus maar laat ook zien dat op sommige plaatsen de nieuwe professionals een belangrijke rol spelen in de coördinatie van zorg. In dit geval door de juiste specialist erbij te roepen (en deze te overtuigen ook daadwerkelijk te komen). Hiervoor is het wel van belang dat de medisch specialist de rol van de PA en de individuele PA (er)kent. De samenwerking of afstemming met 'onbekende' medische

professionals bleek soms lastig doordat onduidelijkheid was over de precieze status van de VS of PA. Tijdens de observaties viel op dat het contact met andere medisch specialisten meestal werd gelegd door de medisch specialist; het werk van de VS'en en PA's beperkte zich vooralsnog tot de eigen afdeling of de eigen organisatie. Zo bleek uit het eerder beschreven voorbeeld van de externe apotheek dat in het contact naar buiten de precieze rol en bevoegdheid van de nieuwe professionals niet altijd duidelijk was.

Deze paragraaf over schuivende grenzen laat zien dat de PA's en de VS'en gericht zijn op samenwerking met andere professionals en dat daarbij wordt aangelopen tegen grenzen van bevoegdheden. Soms conflicteren landelijk gestelde wettelijke grenzen met lokale uitvoeringsregels waardoor grenzen onduidelijk worden. Op het gebied van het voorschrijven van medicatie en het contact met andere professionals blijkt hoe grenzen kunnen verschuiven maar ook hoe deze lokaal worden bepaald.

4.3. Samenwerking als centraal aspect van taakherschikking

In het onderzoek legden de VS'en en de PA's de nadruk op de samenwerking met medisch specialisten, verpleegkundigen en paramedici. Samenwerking werd verkozen boven het zelfstandig uitvoeren van (medische) taken. De nadruk werd gelegd op het belang van samenwerking en het vervullen van een eigen rol *naast* die van de medisch specialist. In deze paragraaf illustreren we dit met de positie van de VS en de PA in het medisch team, in het bijzonder met de relaties met verpleegkundigen, verzorgenden, a(n)ios en paramedici.

Onderdeel worden van het medisch team

In de case-studies van het verpleeghuis en het ziekenhuis maakten de VS'en en PA's onderdeel uit van het medisch team. De PA's droegen een lange witte doktersjas en trokken op met de groep medisch specialisten; de PA's waren aanwezig bij de overdrachten, gingen mee met de lunch en werden uitgenodigd op feestjes en borrels. De PA's in de heelkunde en in de neonatologie case-studies namen bijvoorbeeld deel aan de artsenvisite en de medische overdracht, maar waren niet aanwezig bij de verpleegkundige overdracht. Bovendien werden zij regelmatig door de verpleegkundigen als 'arts' of 'dokter' voorgesteld aan patiënten. Deze fysieke scheidingen tussen VS of PA enerzijds, en de verpleegkundigen anderzijds is een indicatie voor tot welk 'team' de VS'en en PA's behoorden. In het verpleeghuis en revalidatiecentrum deelden de VS'en de kamer met de SOG's. In de GGZ lagen de kamers van de VS'en, die tevens dienst doen als spreekkamer, vlak bij elkaar in een

aparte vleugel. Soms lag de werkkamer op een andere verdieping dan de verpleegafdeling waar de verpleegkundigen en verzorgenden hun teampost hadden. Een VS vertelde dat, toen ze net als VS op de afdeling begon, haar door het hoofd van de medisch specialisten werd gezegd dat ze:

“Vanaf nu met hen mee moest gaan lunchen, en niet langer bij de verpleegkundigen moest aanschuiven”.

Focusgroepbijeenkomst 12-07-2013

Nieuwe professionals zoals de PA en de VS moeten een plek verwerven binnen de groep van medisch specialisten. Zoals de quote hierboven laat zien wordt verwacht dat zij ‘kleur bekennen’ en ook actief socialiseren in het medisch team.

De nadruk op teamwerk is een belangrijke trend in de gezondheidszorg die wordt gedreven door toenemende specialisatie, maar ook door toenemende nadruk op het belang van patiëntveiligheid (Buljac et al., 2012; Kunzle et al., 2010). Teamwerk veronderstelt een bepaalde mate van nabijheid en gelijkwaardigheid. Het elkaar ‘kennen’ en ‘erkennen’ als partner bevordert de kennisdeling (Waring & Bishop, 2010; Brown & Digid, 1996) en maakt het mogelijk elkaar te wijzen op (dreigende) fouten. In deze paragraaf laten we zien dat het team taakherschikking mogelijk maakt, en dat VS’en en PA’s bijdragen aan het team door hun focus op samenwerking en kennisdeling.

Illustratief is de borstkanker casus waarin een team van gespecialiseerde professionals (internisten, radiologen, chirurgen) patiënten met borstkanker behandelden. De tien VS’en en de twee PA’s maakten onderdeel uit van het behandelend medisch team. Ze waren daarbij gericht op specifieke onderdelen van de behandeling: twee PA’s behandelden patiënten met radiotherapie. Vier VS’en werkten samen met de chirurgen aan het diagnosticeren van borstkanker en het inzetten van een behandeling. Vijf VS’en begeleidden patiënten bij chemotherapie en hormoontherapie, dat wil zeggen dat ze het lichamelijk onderzoek deden, de behandeling superviseerden en bijwerkingen behandelden. Ook deden deze VS’en de nacontroles. Eén VS werkte samen met de plastisch chirurgen. Zij deed patiënten-controles en opereerde soms mee op de operatiekamer. De taken van de VS’en en de PA’s werden ook door medisch specialisten uitgevoerd. In deze casus over borstkankerszorg was er frequent overleg tussen de verschillende behandelaars. Zij kwamen

meerdere keren per dag bij elkaar tijdens formele vergaderingen waarin patiënten en de behandeling werden besproken. Daarnaast waren er overlegmomenten binnen de afzonderlijke specialismen (de PA's met de radiotherapeuten en aios bijvoorbeeld), en waren er talloze informele interacties tijdens de lunch, via de telefoon en in de gangen. VS'en presenteerden daarin 'hun' patiënten aan de medisch specialisten en bespraken voorkomende problemen of checkten genomen beslissingen. Medisch specialisten, op hun beurt, vroegen de VS'en om advies over de begeleiding van patiënten. Deze momenten van overleg, beargumenteren wij, waren een drijvende kracht achter taakherschikking. Door continue interactie en afstemming bouwden VS'en en PA's niet alleen het vertrouwen op om zelfstandig te mogen handelen; de medisch specialisten hadden ook zicht op wat er in de spreekkamers gebeurde en konden indien nodig bijsturen.

De VS'en en PA's droegen ook bij aan het team, zoals hieronder treffend wordt geformuleerd door één van de oncologen:

“Een deel van de meerwaarde van de nieuwe professionals zit in het feit dat ze kennis samenbrengen en expertise inbrengen die anderen niet hebben. Het inbrengen van emotionele aspecten van zorg en het delen van gevoelens, ook met het medische team onderling bijvoorbeeld. Dokters zijn dat niet gewend, zij kunnen dat toevoegen”.

Interview oncoloog borstkanker casus, 02-06-2014

De oncoloog wijst hier op de begeleidende rol die VS'en en PA's – meer dan medisch specialisten – hebben. Vanuit hun verpleegkundige of paramedische achtergrond zijn de nieuwe professionals meer gericht op een holistische benadering waarbij patiënten worden beschouwd vanuit hun bredere psychosociale context. Deze professionele 'blik' brachten zijn mee naar het team en droegen daarmee ook bij aan het team.

Het onderzoek laat zien dat het lastig, en wellicht overbodig, is om de grenzen tussen de medisch specialisten en de PA's en VS'en precies te definiëren. Onderstaande observatie laat zien hoe in de praktijk het onderscheid tussen de rollen vervaagt, en daarmee hoe lastig het is aan te geven waar de grenzen precies liggen.

Tijdens de observaties probeer ik [IW] erachter te komen wat het verschil is tussen het werk van de radiotherapeut en de PA. Op een gegeven moment antwoordt de PA dat de radiotherapeut expertise heeft over een breder spectrum, waarna ze toevoegt dat de radiotherapeuten gespecialiseerd zijn in bepaalde radiotherapeutische behandelingen. Ik vraag daarop naar het verschil tussen complexe en routinematige zorg. Volgens de PA is dit verschil niet helder; patiënten worden niet op basis van dit onderscheid verdeeld over de artsen en PA's. Ze voegt toe dat een verschil wellicht 'de second-opinions' zijn; afgesproken is dat deze patiënten door de medisch specialist worden gezien. "Maar, gaat de PA verder, ik zie ook de second-opinions". "Soms vragen patiënten expliciet om een arts, maar daar gaan we hier niet in mee".

Physician assistant, observaties 24-04-2014

Terwijl grenzen tussen de medisch specialisten en nieuwe professionals soms leken te zijn 'vervaagd', werden ze op andere momenten juist weer zichtbaar of voelbaar. Een observatie uit de SEH-casus illustreert dit laatste:

Een patiënt wordt de SEH binnen gebracht. De patiënt is verwezen naar de chirurg, maar de PA vangt de patiënt op zonder op toestemming van de chirurg te wachten: 'Ik kijk eerst naar deze patiënt, misschien kan ik al een foto aanvragen of bloedtest afnemen. Dat scheelt tijd voor de chirurgen'. Na een poosje komt de chirurg binnen. Hij kijkt geïrriteerd en vraagt de patiënt het verhaal opnieuw te vertellen.

Observatie SEH casus, 30 maart 2014

Werkzaamheden overlappen, maar verantwoordelijkheden niet. Waar de grenzen precies liggen wordt voor een groot deel bepaald in de praktijk; in het werk van alledag en kan per situatie of individu verschillen. Het belang van grenzen en tegelijkertijd het gebrek aan eenduidigheid over grenzen vraagt van de VS en PA om steeds opnieuw in te schatten waar de grenzen liggen. Dit is een continue en 'embodied' activiteit die lastig te vangen is in vastomschreven protocollen en richtlijnen.

Relatie met de aios

PA's en VS'en voerden werkzaamheden uit die voorheen (of nog steeds deels) door aios en anios werden uitgevoerd. Voor beginnende coassistenten en a(n)ios die bepaalde handelingen wilden leren, of 'beginnersvragen' hadden, was de aanwezigheid van de PA een

voordeel. PA's zijn ervaren, kennen de 'mores' van de afdeling *en* die van de individuele medisch specialisten, en zijn laagdrempelig benaderbaar (Foley & Faircloth, 2003). Dit in tegenstelling tot de medisch specialisten aan wie het liefst juist zo min mogelijk werd gevraagd omdat de jonge artsen zich aan hen moesten bewijzen. De ervaren PA's fungeerden regelmatig als praktijkopleider van de aios, bijvoorbeeld bij het aanleggen van een infuus of het maken van een echo. In de ziekenhuis case-studies (heelkunde, de SEH, neonatologie) waren de VS en/of PA en de aios dan ook nauw met elkaar verbonden.

De ervaren a(n)ios beschouwden de PA daarentegen meer als een concurrent. Sommige anio's en aios meenden dat de PA's taken en handelingen uitvoerden die zijzelf graag zouden willen doen als onderdeel van de opleiding en dat door de aanwezigheid van de PA leerervaringen werden misgelopen. Zo was er bij een intubatie van een zeer jonge prematuur op de neonatologie afdeling onduidelijkheid wie de intubatie zou gaan uitvoeren. De aios wilde de handeling oefenen, een ervaren PA had de handeling al een tijdje niet meer gedaan en wilde zijn vaardigheden bijhouden, en een ervaren aio vroeg zich af of het kind niet te kwetsbaar was en de handeling beter door een neonatoloog kon worden uitgevoerd. Leren, het onderhouden van vaardigheden en het leveren van geroutineerde zorg staan in dit voorbeeld gespannen naast elkaar. Hoewel deze spanning een kenmerk is van een zorgorganisatie waarin professionals worden opgeleid, maakt de aanwezigheid van verschillende professionals die dezelfde vaardigheden moeten ontwikkelen en bijhouden de concurrentie om die handelingen te kunnen uitvoeren groter⁹.

Relatie met de verpleegkundigen en verzorgenden

Ons onderzoek laat zien dat de VS en de PA vaak een verbindende functie hebben tussen de groep van verpleegkundigen en de medisch specialisten, juist omdat zij beide discourses goed kennen en daarop weten in te spelen. Eerder hebben we betoogd dat de PA en VS tot het medisch team behoren; hier laten we zien hoe zij zich in die rol verhouden tot het verpleegkundige domein. De meeste VS'en en PA's die we hebben geobserveerd en gesproken, hebben een achtergrond als verpleegkundige. Zij hebben dus de overstap moeten maken van collega-verpleegkundige naar de groep van medisch specialisten. In de verschillende case-studies hebben we uitvoerig met verpleegkundigen en verzorgenden gesproken om de samenwerking vanuit hun perspectief te analyseren. Hieruit bleek dat zij de komst van de VS en/of PA vaak als prettig ervoeren, zowel voor de wijze waarop zij hun

⁹ Zie ook eerdere analyse dat de aanwezigheid van een PA of VS nieuwe vragen oproept over de wijze van opleiden van aios in de praktijk (zie eerste resultatenparagraaf).

eigen werk konden verrichten als voor de kwaliteit van de zorg in het algemeen. In het fragment hieronder beschrijft een verpleegkundige van de SEH hoe zij de samenwerking met de in dit geval PA's ervaren heeft:

De verpleegkundige zegt dat ze [PA's] continuïteit brengen in het zorgproces en dat het heel fijn is om met hen samen te werken. Een aio kan bijvoorbeeld niet even gipsen, waar een PA 'dit zo doet'. Ook begrijpen ze de verpleging beter, omdat ze uit hetzelfde vak komen. Ze weten waar ze het over hebben en wat ze van je vragen. Ook kunnen ze even helpen als bepaalde handelingen minder goed gaan. Het is bovendien de perfecte doorgroeimogelijkheid voor ambitieuze mensen. De specialisatie zorgt dat zij behouden blijven voor de zorg en voor de organisatie.

Observaties SEH-casus, 11-05-2014

Hoewel de samenwerking als prettig werd ervaren, bijvoorbeeld ook omdat de VS'en in de GGZ –meer dan de psychiater ooit had gedaan- de verpleegkundigen bij het behandelproces betrokken, waren er ook momenten van spanning en ongemak. Vooral toen de VS en PA net begonnen op de afdeling. PA's in de neonatologiecasus en op de SEH vertelden dat zijn in het begin bewust tijdelijk geen verpleegkundige taken (meer) hadden uitgevoerd om duidelijk ook afstand te nemen en verder vorm te geven aan een nieuwe professionele identiteit.

Het onderzoek laat zien dat de VS'en een verbindende functie hebben tussen de groep van verpleegkundigen en de medisch specialisten, juist omdat ze tussen beiden weten te bewegen. Een verpleegkundige in de GGZ-casus gaf bijvoorbeeld aan dat, voordat de VS er was, vragen langer bleven liggen of soms door de verpleegkundigen zelf werden opgelost omdat ze niet naar de psychiater durfden te stappen. De drempel naar de VS is lager:

“Als een patiënt gedrag laat zien waarvan ik denk, dat is raar, maar het is niet, ik heb niet concreet iets, dan ga ik langs [bij de VS]. Om een soort van samen te pingpongen of het nou iets is of niet. Of dat zij [de VS] zegt, kijk eens naar weet ik veel, de bloedsuiker ofzo, of kijk eens naar of ie spanning heeft op de groep, nou ja. En voor hetzelfde geldt is het niets, maar dat zijn van de vage dingen dat ik dat handig en fijn vind om even te kunnen pingpongen”.

Interview Verpleegkundige GGZ, 08-04-2013

Ook de psychiater herkende de afstand tussen het verpleegkundig team en hemzelf en zag daarin een rol weggelegd voor de nieuwe professionals.

“Ja, dat vind ik, dat (...) de verbinding tussen de verpleegkundig team en het behandelteam, eh, dat krijgt daar voordeel van. Dat je iemand hebt die weet hoe een verpleegkundig team in elkaar zit, en hoe men denkt als verpleegkundige, en hoe men moet rapporteren of hoe men iets kan uitzoeken (...). Als dokter sloeg je nog wel eens de plank mis, en dan dacht je, nou ze zullen het wel oplossen en dan werd er helemaal niets opgelost, of het werd heel anders opgelost dan je zou willen, omdat het gewoon een heel ander systeem is”.

Interview psychiater GGZ-casus, 28-03-2013

In de verpleeghuiscasus speelde de VS een rol in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De VS onderhield daarvoor intensief contact met de verzorgenden. De VS speelde een centrale rol in het opzetten van multidisciplinaire overleggen en betrok daarbij ook de patiënt en diens mantelzorgers. Daarnaast richtte ze zich op de kwaliteit van zorg verleend door de verzorgenden. Ze onderhield daarvoor nauw contact met de afdelingen, wees hen op alternatieven om zorg te verlenen, en gaf klinische lessen. Meer dan de SOG was de VS gericht op de dagelijkse zorg van de bewoners.

Conclusies samenwerking als centraal aspect van taakherschikking

In deze paragraaf hebben we ingezoomd op de rol van teamwerk bij taakherschikking. We hebben laten zien dat teamwerk een centraal mechanisme is achter taakherschikking; het maakt continue afstemming mogelijk tussen de VS of PA en de medisch specialisten. Vanuit hun specifieke rol en perspectief dragen VS'en en PA's ook bij aan het team en aan teamwerk. In deze paragraaf hebben we verder laten zien hoe de focus op samenwerking en de 'benaderbaarheid' van de VS en PA de afstand tussen medisch specialisten, aios, verpleegkundigen en verzorgenden heeft verkleind. Deze 'brugfunctie' wordt beschouwd als een belangrijke bijdrage van nieuwe professionals aan de kwaliteit van zorg.

De analyse in deze paragraaf laat ook zien dat PA's en VS'en geen medisch specialisten zijn. Zij nemen een nieuwe rol in *naast* de medisch specialist. Taken en bevoegdheden kunnen daarbij overlappen, maar status en verantwoordelijkheid doen dat (vooralsnog) niet (altijd).

Bovendien geven de VS'en en PA's een nieuwe invulling aan de zorg. Deze 'herdefiniëring van zorg' staat centraal in de vierde en laatste resultatenparagraaf.

4.4. De herdefiniëring van zorg

Taakherschikking gaat niet alleen over het overnemen van taken; uit ons onderzoek blijkt ook dat de aard van zorgverlening verandert als gevolg van de inzet van nieuwe professionals. Daarom richten wij ons in deze paragraaf op taakherschikking in relatie tot zorginnovatie en analyseren we hoe de VS en de PA opnieuw vorm en inhoud geven aan de patiëntenzorg in de dagelijkse zorgpraktijk.

Het vormgeven van zorg

Uit het onderzoek blijkt dat VS'en de zorg op een andere manier invulden dan medisch specialisten gewend waren. Dit was vooral het geval in de case-studies van de GGZ, het verpleeghuis en het revalidatiecentrum. Tijdens de observaties in de tweede GGZ-casus spraken we met een VS over het verschil tussen zijn werk en dat van de psychiater:

Als ik vraag naar het zojuist gevoerde gesprek en het verschil met de psychiater zegt hij dat dit een hele verpleegkundige anamnese was. 'Waar de psychiater het gaat hebben over medicatie, heb ik het over de omgang in het leven en de omgeving. Wat betekent het?'. Het zijn twee domeinen naast elkaar en bij de second opinion doen wij het altijd samen. (...) Zonder de VS zou de patiënt alleen met de psychiater praten en die hebben er baat bij dat nu het verpleegkundige deel goed wordt belicht.

Observaties tweede GGZ-casus op 22-11-2013

Een tweede voorbeeld van het 'anders vormgeven van zorg' is de Bijwerkingen Poli in de andere GGZ-casus. De Bijwerkingen Poli was gericht op psychiatrische patiënten die medicatie zoals antipsychotica gebruiken en die daarbij mogelijk last hebben van (ernstige) bijwerkingen. Deze bijwerkingen, zoals sufheid en gewichtstoename, kunnen diep ingrijpen op de ervaren kwaliteit van leven. Het doel van de polikliniek was om de behandeling te monitoren en een balans te vinden tussen een adequate behandeling van de psychische stoornis en een voor de patiënt aanvaardbare manier van leven. Dit kon betekenen dat voor andere medicatie werd gekozen, of een dosering werd verlaagd waarbij de patiënt mogelijk meer last krijgt van wanen maar zich wel prettiger voelt in het dagelijks leven. De polikliniek was opgezet door een VS. Zij had ook de dagelijkse leiding over de poli en werkte daarbij

samen met een psychiater. Onder haar leiding werden patiënten gescreend en werd een voorstel gedaan voor verdere behandeling aan de (hoofd)behandelaar. Dit kon een psychiater, klinisch psycholoog of een collega VS zijn.

De Poli Bijwerkingen had in 2012 de IZZ “Mooi Mens” award gewonnen voor zorgmedewerkers. Naast de bijwerkingen polikliniek waren in deze GGZ instelling de afgelopen jaren een aantal andere projecten opgezet door VS'en om de zorg voor chronische psychiatrische patiënten te verbeteren. Voorbeelden waren ‘het levensboek’ en een palliatieve zorgunit voor psychiatrische patiënten. Het levensboek was een project waarin zorgverleners samen met een patiënt een boek maakten over diens leven om zo het verleden te herinneren, te verwerken en tegelijkertijd de band tussen de patiënt en de zorgverlener te versterken. De drie projecten waren allemaal erop gericht de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren en zijn of haar individualiteit en persoonlijke wensen en gedachten meer centraal te stellen in de zorgverlening.

Deze patiëntgerichte aanpak was ook zichtbaar in het onderzochte verpleeghuis. Eén van de VS'en in deze casus legde uit dat zij een zachtere benadering nastreeft in haar rol als VS. Meer dan de SOG is haar doel om de cliënt zoveel mogelijk te betrekken bij het eigen zorgproces. De SOG zegt hierover:

“Als je beiden in hetzelfde vierkantje wilt opereren, daar word je niet wijzer van. Houd juist de verschillen erin en vul elkaar gewoon aan (...) Dan maak je je positie het sterkst, als je je eigenheden goed in beeld hebt. Een dokter heeft bepaalde eigenheden”.

Interview SOG Verpleeghuis casus, 27-03-2013

De VS in deze casus was erop gericht de patiëntenzorg zoveel mogelijk multidisciplinair vorm te geven door naast verschillende zorgverleners ook de familieleden van de patiënt actief te betrekken. De VS speelde een coördinerende rol door alle betrokkenen op één lijn te krijgen. Ze investeerde daarbij in het aanleggen en onderhouden van relaties met de mantelzorgers, bijvoorbeeld door wekelijks te bellen met een echtgenote van één van de patiënten om haar vertrouwen in de zorg te winnen en haar deel te maken van het zorgproces voor haar man.

De VS in deze casus investeerde ook in het verbeteren van de kwaliteit van zorg op de verpleegafdelingen. Vanuit haar verpleegkundige expertise signaleerde zij verpleegproblemen die niet adequaat werden aangepakt door het verzorgend personeel. De VS signaleerde een kennistekort en ging verzorgenden 'on-the-job' trainen, bijvoorbeeld op het gebied van wondverzorging. Ook attendeerde zij hen op de mogelijkheid paramedici te betrekken om voorkomende verpleeg- of mobiliteitsproblemen van patiënten op te lossen of te verzachten. De VS had hierbij een signalerende en coördinerende taak. De VS zag het niet als haar taak het werk van de verzorgenden over te nemen omdat ze dan onvoldoende tijd overhield om haar medische functie te vervullen. In plaats van het overnemen van taken of handelingen verbleef ze regelmatig op de afdelingen om adviezen te geven en verpleegkundige handelingen aan te sturen. In deze casus was dus ook sprake van het herdefiniëren van zorg, maar dan door het bevorderen van de kwaliteit van zorg verleend door andere, lager opgeleide zorgverleners. Deze kwaliteit bevorderende rol van de VS is interessant voor de ontwikkeling van de verpleeghuiszorg, in het bijzonder in het kader van de zorgen die er zijn over de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen.

Naast het feit dat de VS en de PA zich soms focusten op bepaalde aspecten van zorg, zagen we ook dat deze professionals de zorg op een andere manier verleenden. Het gaat dus niet alleen om het 'doen van andere dingen' maar ook over 'dingen anders doen'. Uit de case-studies bleek bijvoorbeeld dat nieuwe professionals veel meer benaderbaar zijn voor zowel verpleging als voor de patiënten op de afdeling. Zo was bijvoorbeeld te zien dat de VS'en in de cardiologie casus eenvoudig telefonisch te bereiken waren voor patiënten of hun naasten. Sterker, de VS stimuleerde patiënten hen ook te bellen als ze daar de noodzaak voor voelden, of met vragen zaten. Onderstaande observatie illustreert dit:

Om 09:00uur zou de eerste patiënt moeten komen maar een kwartier voor die tijd wordt er gebeld door een man die zich zorgen maakt over de situatie van zijn vrouw met hartfalen. Het gaat niet goed met haar. De VS legt mij uit dat het lijkt alsof de man vooral belt voor geruststelling, checken van zijn gevoel en voor het hebben van even kort overleg. De VS legt uit dat hij vaak dit soort gesprekken voert omdat mensen altijd kunnen bellen. De man die belde was bezig zich een paar keer te verontschuldigen, zo zegt hij dat hij niet wil mekkeren, dat hij zich realiseert dat hij erg lastig is etc. Hoewel de VS op zijn beurt hem weer geruststelt door te zeggen dat 'ze daar voor zijn en dat ze beter te vroeg dan te laat kunnen bellen' lijkt dit niet veel

uit te maken...de VS sluit het gesprek af met de opmerking dat hij echt alle recht heeft om de huisarts te bellen en dat hij daar niet over moet twijfelen. (...) Later die dag belt dezelfde man nog een keer om te vertellen dat de huisarts niet is geweest maar dat hij blij is nog even met de VS te spreken. Na het gesprek legt de VS mij uit dat dit is waarom ze bellen, ze hebben vaak geruststelling nodig. Maar hij benadrukt ook dat het hem de mogelijkheid geeft om te interveniëren mocht dat nodig zijn.

Observatie cardiologie casus, 21-05-2014

De toegankelijkheid van deze nieuwe professional voor patiënten zoals te zien in het bovenstaande fragment, was ook terug te zien in de andere case-studies. Bijvoorbeeld in de tweede GGZ-casus. Hier werd de VS veelvuldig direct door patiënten benaderd, zowel per telefoon, de app, mail of gewoon door binnen te lopen in het kantoor. De toegankelijkheid van deze nieuwe professionals laat de beroepsoriëntatie van nieuwe professionals¹⁰ zien; meer dan medisch specialisten zijn zij erop gericht naast de patiënt te gaan staan en deze te ondersteunen in het ziekteproces.

Pionieren, professionaliseren en vastleggen

Nieuwe professionals bewegen in de praktijk in een spanningsveld tussen aan de ene kant ‘pionieren’, en aan de andere kant het willen verankeren van het eigen beroepsdomein. Tijdens de observaties en interviews gaven VS’en en PA’s regelmatig aan dat hun beroep in ontwikkeling is en dat het voor alle betrokken partijen nog onduidelijk is ‘waar het precies naartoe gaat’. Het ‘pionieren’ wordt gezien als een wenselijke maar ook uitdagende ontwikkeling. Zo vond één van de VS’en dat de verpleegkundig-specialisten-in-opleiding (vio’s) actief mee zouden moeten werken aan de beroepsvorming, en niet enkel zouden moeten proberen mee te komen in de slipstream van hun voorgangers.

“De leerlingen zijn wat meer terughoudend. Maar dan denk ik juist: het gaat wel over jullie beroep! Zij leren de nieuwe dingen en ontwikkelingen; welke kant gaan we op met dit beroep? En dan denk ik: kom erbij! Wie ben ik om het allemaal te weten”.

VS verpleeghuis casus, 04-03-2013

¹⁰ We hebben het hier bewust over ‘nieuw professionals’ omdat we geen vergelijking kunnen en willen maken tussen de VS en de PA. Dit was immers niet de focus van het onderzoek, en daarvoor waren de case-studies te verschillend van aard. We kunnen echter wel opmerken dat de gerichtheid op psychosociale begeleiding *in onze case-studies* meer zichtbaar was bij de VS.

De aanpassing van de Wet BIG maakt het mogelijk het werkdomein van de VS en PA verder uit te breiden. Hier werd actief vorm aan gegeven, zowel in het dagelijks werk als tijdens landelijke en lokale congressen. VS'en en PA's ontmoetten elkaar regelmatig –in afzonderlijke congressen, maar soms ook gezamenlijk –om zorginhoudelijke ontwikkelingen te bespreken en ervaringen te delen. In een paar jaar tijd zijn verschillende landelijke verenigingen opgericht. Binnen de beroepsverenigingen van een aantal medisch specialismen, zoals de cardiologie en orthopedie, hadden VS'en en PA's een eigen 'beroepskamer' of werkgroep opgericht om de zorgverlening verder te professionaliseren. De nadruk lag daarbij vooral op het ontwikkelen en uitdragen van evidence-based kennis van de zorgverlening. De verbinding met de medisch specialisten had daarnaast tot doel de zichtbaarheid van VS'en en PA's binnen de betreffende medische beroepsgroep verbeteren. Landelijke en lokale ontwikkelingen gingen hierbij hand in hand. Wat landelijk werd vastgelegd was veelal geënt op lokale praktijken. Een voorbeeld is de VS uit het verpleeghuis die besloot na een tegenvallende ervaring met een nieuwe SOG die haar nauwelijks ruimte bood, een taak- en functieomschrijving te maken van de rol van de VS om haar werkzaamheden vast te leggen en op die manier niet langer volledig afhankelijk te zijn van de ideeën en welwillendheid van een individuele medisch specialist. Deze lokale taak- en functieomschrijving is onderdeel geworden van een landelijke rolbeschrijving van de VS in de chronische zorg. Dit voorbeeld illustreert de samenhang en interactie tussen lokale en nationale ontwikkelingen.

Conclusies herdefiniëring van zorg

VS en PA zijn geen nieuwe medisch specialisten of vervangers van medisch specialisten. Ze nemen werkzaamheden en taken niet alleen over, maar geven hier ook opnieuw vorm aan. Accenten in de zorg worden daarbij verlegd. Zowel VS'en als PA's leggen bijvoorbeeld meer nadruk op begeleiding en de psychosociale consequenties van een aandoening. Ook richten zij zich op bepaalde aspecten van de zorg en doen daarbij een bepaalde routine vaardigheid op die zou kunnen worden beschreven als 'routinized expertise'; VS'en en PA's verkrijgen een dusdanige routine in het uitvoeren van (technische) handelingen dat zij daarin beter ('meer bekwaam') zijn dan medisch specialisten. De kwaliteit van zorg neemt daardoor toe.

De worsteling met aspecten als eigenheid, gelijkheid en gelijkwaardigheid, en de behoefte aan pionieren enerzijds en vastleggen anderzijds zijn illustratief voor de twee nieuwe beroepsgroepen die hun domein verkennen en tegelijkertijd (nog) creëren in de dagelijkse

praktijk van zorgverlening. Dit onderzoek laat zien dat landelijke richtlijnen en lokale praktijken en ontwikkelingen hierbij hand in hand gaan.

5. Conclusie

Dit rapport laat zien hoe taakherschikking tussen medisch specialisten en de VS en de PA vorm heeft gekregen in negen case-studies. Beschreven is welke taken VS'en en PA's uitvoeren en met welke mate van zelfstandigheid. In dit laatste hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in de introductie van dit rapport:

1. Hoe krijgt taakherschikking vorm in de dagelijkse zorgpraktijk binnen zorgorganisaties?
2. Welke rollen (taken, verantwoordelijkheden, status) vervullen PA's en VS'en in de dagelijkse zorgpraktijk?
3. Wat betekent de wijze waarop taakherschikking vorm en inhoud krijgt voor de organisatie en uitvoering van zorg in de dagelijkse praktijk?

De analyse van de negen case-studies leidt tot vier belangrijke conclusies:

- (1) De VS en de PA hebben zich ontwikkeld tot volwaardige professionals met een zelfstandige rol en eigen handelingsvaardigheden en oriëntatie. Zowel de VS als de PA is onderdeel van het medisch team en beide nemen zowel medische als organisatorische taken over van medisch specialisten.
- (2) De VS en de PA profileren zich als ontwikkelaars van een eigen beroepsdomein naast dat van de medisch specialisten en verpleegkundigen. Anders gezegd, de rol van de VS'en en de PA's gaat verder dan het overnemen van taken van medisch specialisten. Zij innoveren de zorg door (onder andere) het versterken van de samenwerking tussen medisch specialisten en verpleegkundigen, het verbeteren van de organisatie van de zorg en de versterking van de psycho-sociale begeleiding van patiënten en familieleden. Derhalve is er geen domeinstrijd tussen gevestigde en nieuwe professionals. De PA en de VS zijn er vooral op gericht hun eigen specifieke rol vorm te geven.
- (3) De wijze waarop de rol van de VS en de PA vorm krijgt is situationeel. Ten eerste zijn de rollen afhankelijk van de omstandigheden in de specifieke organisatie, zoals bijvoorbeeld de zorgsetting en de roostering. Ten tweede zijn de rollen van de VS en de PA afhankelijk van de voorkeuren van de managers en professionals die in de betreffende organisatie werkzaam zijn. Deze voorkeuren worden gevormd door ervaring en onderling vertrouwen. Ten derde worden de rollen vastgelegd in lokale afspraken die

aangepast of heronderhandeld worden als kennis, kunde en vertrouwen van en in de VS of PA toeneemt. Zo krijgen zij geleidelijk meer verantwoordelijkheden.

- (4) Lokale afspraken en gebruiken leiden ertoe dat de wettelijke bevoegdheid van zowel de VS als de PA niet optimaal wordt benut. In de praktijk worden nieuwe afhankelijkheidsrelaties gecreëerd. Voorbeelden hiervan zijn het toekennen van 'eindverantwoordelijkheid' aan medisch specialisten, en VS'en of PA's die 'onder supervisie' werken van een medisch specialist. Deze toekenning van eindverantwoordelijkheid kent echter geen wettelijk basis; op basis van de Wet BIG zijn zorgprofessionals namelijk individueel verantwoordelijk voor de door hen geleverde zorg.

Deze vier hoofdconclusies volgen uit de analyse van de wijze waarop taakherschikking vorm krijgt in de negen onderzochte case-studies. We hebben laten zien dat er verschillen bestaan in de werkzaamheden en mate van zelfstandigheid van nieuwe professionals. Deze verschillen ontstaan doordat persoonlijke achtergrond en ervaring van individuele professionals bepalend zijn voor de rol die een VS of PA vervult. Dit betreft zowel de persoon van de medisch specialist die taken moet overdragen, als de persoon van de VS of PA die dit werk moet gaan uitvoeren. Taakherschikking draait enerzijds om het winnen van vertrouwen en het creëren van ruimte. De resultaten laten zien dat zowel de PA's als de VS'en hierin vaak zoekende waren. In het vormgeven aan de precieze roloppvatting bewogen zij heen en weer tussen het gevoel van de noodzaak om vertrouwen te winnen, de behoefte om te mogen pionieren en grenzen te verleggen, en de wens om werkzaamheden vast te leggen en daarmee het eigen beroepsdomein af te bakenen en veilig te stellen. Anderzijds is voor taakherschikking de dagelijkse praktijk op een afdeling bepalend. De aard van de afdeling en de dagelijkse dynamiek van een specifieke zorgpraktijk met bepaalde ingesleten werkpatronen, nevenbelangen (zoals opleiding van aios) en geldende organisatiestructuren hebben invloed op de werkzaamheden van de PA's en de VS'en en de mate van zelfstandigheid die zij hebben. Deze gesitueerdheid zorgt voor een sterk lokaal bepaalde uitwerking van de rol van de VS en de PA. De afbakeningen tussen de werkzaamheden tussen de nieuwe professionals en de medische specialisten zijn in de praktijk dan ook minder scherp en rigide dan in de beleidstukken wordt verondersteld.

VS'en en PA's verkiezen het werken in teams boven het zelfstandig, in de zin van 'alleen',

uitvoeren van taken. De inbedding in het team is belangrijk om te begrijpen hoe taakherschikking in de praktijk vorm krijgt. Binnen het team bepaalt de attitude van 'de dingen gedaan krijgen' de precieze invulling van taken van de nieuwe professionals. Daarnaast, zo hebben we laten zien, voegen de PA's en de VS'en kennis en vaardigheden toe aan het team. Het werken in teams hangt ook sterk samen met het winnen van vertrouwen. Door nauw samen te werken winnen VS'en en PA's het vertrouwen van medisch specialisten en vergroten daarmee hun ruimte om zelfstandig te werken. Het gaat echter niet alleen om het winnen van vertrouwen van de *ander*; veel van de VS'en en PA's die zijn gesproken en geobserveerd zijn in hun teams bewust en actief bezig de eigen kennis en kunde te vergroten en daarmee het vertrouwen in de eigen rol verder te ontwikkelen.

Tot slot laat de analyse zien dat de PA's en de VS'en de zorg herdefiniëren. Door hun manier van werken en door hun specifieke competenties en vaardigheden verandert de organisatie van zorg *en* de zorgverlening zelf. De VS'en richten zich, meer dan medisch specialisten, op de praktische en emotionele begeleiding van patiënten en familieleden. Zo integreerden de VS'en in het verpleeghuis, in het revalidatiecentrum, in de GGZ en op de polikliniek cardiologie aspecten van 'care' en 'cure' in de dagelijkse patiëntenzorg. Zo hebben wij bijvoorbeeld laten zien hoe, in de verpleeghuiscasus, de VS erop gericht was de kwaliteit van patiëntenzorg te verbeteren door verzorgenden te betrekken in het zorgproces en in te zetten op het vergroten van kennis en vaardigheden van deze verzorgenden. De PA's dragen bij aan de continuïteit en daarmee de kwaliteit van zorg. Zo namen de PA's de positie in van de anios en bleken zij regelmatig meer geroutineerd in het uitvoeren van voor de patiënt, en diens naasten, belastende klinische handelingen.

Kort samengevat, individuele VS'en en PA's groeien in hun te ontwikkelen rol, grenzen tussen hen en de andere zorgverleners verschuiven en nieuwe manieren van samenwerking worden gevonden. De zorg en de wijze waarop deze wordt verleend verandert daarin mee als gevolg van taakherschikking. Taakherschikking, zo hebben wij in deze rapportage laten zien, gaat daarmee voorbij aan het eenvoudigweg overdragen van taken.

6. Discussie

In dit laatste hoofdstuk gaan we in op de implicaties van dit onderzoek voor beleid, praktijk en onderzoek.

Implicaties voor beleid

De resultaten van dit onderzoek leiden tot drie implicaties voor beleid voor taakherschikking en de rol van de VS en de PA in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland.

1. Door de voorzichtigheid van zowel medisch specialisten als de VS'en en de PA's in combinatie met de zorgvuldige opbouw van checks en balances in teamwerk, verloopt de ontwikkeling van de rol van de VS en de PA gestaag. De resultaten laten zien dat beide beroepen in ontwikkeling zijn en dat er in de praktijk nog niet volledig gebruik wordt gemaakt van de wettelijke bevoegdheden. Daarbij is ruimte die nieuwe professionals in de *lokale* praktijk krijgen en nemen vaak beperkter dan voorzien in de wet. Er lijkt meer landelijke sturing nodig om optimaal gebruik te kunnen maken van de expertise en competenties van de VS'en en de PA's. Dit dient bij voorkeur te gebeuren in nauw overleg met de beroepsgroep, de beroepsorganisaties en andere betrokkenen. Het verdient aanbeveling om de ruimte voor lokale afspraken, zoals nu geformuleerd in de wet, te heroverwegen.
2. Het onderzoek laat zien dat het wettelijk vastgelegde onderscheid tussen complexe en niet-complexe zorgtaken in de praktijk niet passend is. Het blijkt niet uitvoerbaar om altijd vooraf te bepalen wat precies complexe zorg is. De complexiteit van zorg verandert in de dynamiek van de dagelijkse zorgpraktijk. Bovendien wringt het onderscheid tussen complex en niet complex met de dagelijkse organisatie van de zorg en de werkverdeling die daaruit voortvloeit. Het is echter niet noodzakelijk een nieuw wettelijk criterium te formuleren om de kwaliteit van zorg te waarborgen. De praktijk laat zien dat de rollen van de PA en de VS vorm krijgen in 'teamwerk'. De vele 'checks and balances' die daarin zijn ingebouwd, zoals frequent (in)formeel overleg, zijn afdoende om de kwaliteit (van de uitvoering) van de zorg te borgen. Ons advies aan de Minister van VWS is dan ook om, in nauw overleg met de betrokken beroepsorganisaties, het onderscheid tussen complexe en niet-complexe zorgtaken te heroverwegen.

3. Dit onderzoek laat zien dat de ontwikkeling van nieuwe professionele rollen bijdraagt aan de kwaliteit en continuïteit van de zorg. Het verdient aanbeveling om de discussie over taakherschikking en nieuwe professionals dan ook te verbinden aan discussies over kwaliteit van zorg in bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingstehuizen.

Implicaties voor de praktijk

De resultaten van dit onderzoek hebben drie implicaties voor de praktijk waarin men dagelijks werkt aan het vormgeven van de rol van de VS en de PA.

1. Nieuwe professionals zelf, maar ook de organisaties waarin zij werken, kunnen zich sterker profileren op het gebied van nieuwe professionele rollen. Zij moet meer lef tonen door 'het gewoon te gaan doen'. Nieuwe professionals werken al in verschillende domeinen van de zorg maar de ontwikkeling van hun rol vraagt om ondernemende en vooruitstrevende professionals die proactief deze nieuwe rollen oppakken. Aandacht zou meer uit moeten gaan naar *hoe* men, uitgaande van de unieke set van vaardigheden en competenties van de VS en de PA, deze rollen kan ontwikkelen binnen het medisch team en binnen een organisatorische context. Een te voorzichtige houding, bijvoorbeeld in het initiëren en uitvoeren van voorbehouden handelingen, kan ertoe leiden dat niet optimaal gebruik wordt gemaakt van de expertise en competenties van VS'en en PA's.
2. Het is van groot belang dat de nieuwe professionals (of de beroepsgroepen) niet enkel hun meerwaarde in de praktijk laten zien maar ook hun meerwaarde conceptualiseren in discussies over de kwaliteit van de zorg. Inhoudelijk kan sterker worden uitgedragen dat nieuwe professionals niet enkel het werk anders doen, of zich richten op andere elementen van zorg, maar dat zij daadwerkelijk bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit en continuïteit van zorg. De verbinding tussen nieuwe rollen en de inhoud van zorg wordt momenteel in de praktijk nog te weinig gemaakt.
3. Het is van belang dat zowel de PA als de VS zich meer dan nu het geval is voorbij het lokale niveau gaan organiseren. VS'en en de PA's zijn sterk gericht op de organisatie van hun werk en de zorg binnen hun eigen organisatie. In combinatie met de grote verschillen in rollen tussen organisaties, zetten VS'en en PA's met een sterkte interne oriëntatie zich vast in een organisatie. VS'en en PA's uit verschillende zorginstellingen dienen zich sterker landelijk te organiseren om hun mobiliteit te vergroten en hun loopbaanontwikkeling, waar mogelijk, verder te stimuleren.

Implicaties voor (vervolg)onderzoek

Tot slot, de resultaten van dit onderzoek hebben drie implicaties voor vervolgonderzoek naar de rol van de VS en PA in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland.

1. Het is onze verwachting dat de PA en de VS in de komende jaren hun rol verder zullen ontwikkelen. Zij zullen een meer centrale rol in de zorgverlening gaan vervullen waarin zij, sterker dan nu het geval is, een coördinerende rol zullen gaan spelen. Nieuw onderzoek naar de bijdragen van de VS en de PA aan de kwaliteit en continuïteit van de zorg is aan te bevelen om deze ontwikkeling verder te analyseren.
2. Dit onderzoek had niet tot doel om de mate van zelfstandigheid en de precieze invulling van de rollen van de VS'en en de PA's te evalueren. Op basis van dit onderzoek kunnen we echter wel criteria definiëren die in een evaluatief vervolgonderzoek hiervoor gebruikt zouden kunnen worden. Deze criteria zijn (1) *zelfstandigheid*; de mate van inbedding hangt af van hoe zelfstandig de VS of de PA kan werken gelet op handelingen, verantwoordelijkheden en samenwerkingsverbanden; (2) *continuïteit van de functie*; de mate van inbedding hangt ook af van de mate waarin continuïteit is gewaarborgd doordat het werk bijvoorbeeld is vastgelegd in nieuwe protocollen of afspraken waardoor nieuwe professionals minder afhankelijk zijn van individuen in de organisatie; (3) *Innovatie v/d zorg(organisatie)*; de mate van inbedding in de zorgpraktijk hangt ook af van de mate waarin het werk van de nieuwe professionals van invloed is op de organisatie van zorg, en de zorg zelf. Deze veranderingen kunnen de nieuwe professionals namelijk tot onmisbare schakels en integraal onderdeel van de zorgverlening maken waarin de nadruk ligt op het verbeteren van de kwaliteit van zorg.
3. Per 1 januari 2015 is een systeem van functionele bekostiging in werking getreden waarbij VS'en en PA's de door hen uitgevoerde behandelingen mogen declareren en het face-to-face criterium is afgeschaft. Dit betekent dat een aantal van de institutionele belemmeringen voor een zelfstandige rol van de VS en de PA zijn weggenomen. Vervolgonderzoek moet uitwijzen hoe het systeem van functionele bekostiging in de praktijk uitwerkt en wat dit betekent voor de verdere ontwikkeling van de rol van de VS en de PA.

Literatuur

- Abbott, A. 1988. *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Allen, D. 2001. *The changing shape of nursing practice: The role of nurses in the hospital division of labour*. London: Routledge.
- Allen, D. A. 1997. The nursing-boundary: A negotiated order? *Sociology of Health & Illness* 19(4): 498-520.
- Barley, S.R., Kunda, G. (2001) Bringing Work Back In. *Organization Science*, 12(1), p. 76-95
- Bruin-Geraets, de D.P., Eijk-Hustings, van Y.J.L., Vrijhoef, H.J.M. (2014) Evaluating newly acquired authority of nurse practitioners and physician assistants for reserved medical procedures in the Netherlands: a study protocol. *Journal of Advanced Nursing*
- Bosk, C. L. 2003 [1979]. *Forgive and remember: Managing medical failure*. Chicago and London: The university press of Chicago Press.
- Bosley, S., and Dale, J. 2008. Healthcare assistants in general practice: Practical and conceptual issues of skill-mix change. *Br J Gen Pract.* 58 (547): 118-24.
- Brown, J. S., and Duguid, P. 1996. Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning and innovation. In *Organizational learning.*, ed. L. S. Sproull M.D. Cohen, 58-82. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage publications.
- Buljac-Samardzic, M., van Woerkom M., and Paauwe, J. 2012. Team safety and innovation by learning from errors in long-term care settings. *Health Care Management Review* 37 (3): 280-91.
- Charles-Jones, H., Latimer, J. and May, C. 2003. Transforming general practice: The redistribution of medical work in primary care. *Sociology of Health & Illness* 25 (1): 71-92.
- Creswell, J. W. 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Currie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G. and Warring, J. 2012. Institutional work to maintain professional power: Recreating the model of medical professionalism. *Organization Studies* 33 (7): 937-62.
- De Laet, M., and Mol, A. 2000. The zimbabwe bush pump: Mechanics of a fluid technology. *Social Studies of Science* 30(2): 225-63.

- Dubois, C. A., and Singh, D. 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond: Towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health* 7: 87-106.
- Foley, L., and Faircloth, C.A. 2003. Medicine as discursive resource: Legitimation in the work narratives of midwives. *Sociology of Health & Illness* 25 (2): 165-84.
- Gezondheidsraad. 2008. *Taakherschikking in de gezondheidszorg: Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Geertz, C. 1973. *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Hafferty, F. W. 2000. Reconfiguring the sociology of medical education: Emerging topics and pressing issues. In *Handbook of medical sociology.*, eds. C. E. Bird, P. Conrad and A. M. Fremont. Fifth edition ed., 238-257. New Jersey: Prentice Hall.
- Hooker, R. S. 2006. Physician assistants and nurse practitioners: The united states experience. *MJA* 185 (1): 4-7.
- IGZ, 2012. Consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Janssen, M, Wallenburg, I., Bont, de, A., 2015. Developing a new occupational domain in healthcare practice; an ethnographic analysis of job-crafting by new professionals, *short-paper EGOS conference*.
- KNMG. 2012. Handreiking implementatie taakherschikking. Utrecht: KNMG.
- Kouwen, A.J., Brink, vd, G.T.W.J. (2014) Taakherschikking en & Kostprijzen: *Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie*, publicatie Radboud UMC.
- Kroezen, M. 2014. Nurse prescribing - *A study on task substitution and professional jurisdictions*, Dissertatie Nivel 2014.
- Kunzle, B., Zala-Mezo, E., Wacker, J. 2010. Leadership in anaesthesia teams: The most effective leadership is shared. *Quality & Safety in Health Care* 19: 1-6.
- Laurant, M., Camp, vd K., Boerboom, L., Wijers, N., 2014. *Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van PA's en VS, IQ healthcare Radboudmc*
- Leigh Star, S., and Strauss, A. 1999. Layers of silence, areas of voice: The ecology of visible and invisible work. *Computer Supported Cooperative Work* 8 : 9-30.
- Martin, G. P., Currie, G. and Finn, R. 2009. Reconfiguring or reproducing intraprofessional boundaries? specialist expertise, generalist knowledge and the 'modernization' of the medical workforce. *Social Science & Medicine* 68(7): 1191-8.

- Maxwell, E., Baillie, L., Rickard, W. and McLaren, S.M. 2012. Exploring the relationship between social identity and workplace jurisdiction for new nursing roles: A case study approach. *International Journal of Nursing Studies*.
- Mol, A., Moser, I., and Pols, J. 2010. *Care in practice: On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Nancarrow, S. A., and Borthwick, A.M. 2005. The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Sociology of Health & Illness*: 897-919.
- NZa, 2012. *Advies Taakherschikking. In de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Orr, J. 1998. Images of Work. *Science Technology & Human Values* 23(4): 439-55.
- Pope, C. 2005. Conducting ethnography in medical settings. *Medical Education* 39: 1180-7.
- Prentice, R. 2007. Drilling surgeons: The social lessons of embodied surgical learning. *Science, Technology & Human Values* 32: 534-53.
- RVZ. 2002. Taakherschikking in de zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ. 2011. Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Sanders, T., and Harrison, S. 2008. Professional legitimacy claims in the multidisciplinary workplace: The case of heart failure care. *Sociology of Health & Illness* 30 (2): 289-308.
- Schothorst, J., van. 2013. *De ontwikkeling en positionering van SEH-arsten in drie topklinische ziekenhuizen*. Afstudeerscriptie master Zorgmanagement, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Sorensen, F., Diederiks, J., Grit, F., and van de Horst., F. 2007. Exclusive idiosyncratic and collective expertise in the interprofessional arena: The case of optometry and eye cases in the Netherlands. *Sociology of Health & Illness* 29 (4): 481-96.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S. and Suczet, B. 1985. *Social organisation of medical work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Svensson, R. 1996. The interplay between doctors and nurses: A negotiated order perspective. *Sociology of Health & Illness* 18 (3): 379-98.
- Timmermans, S. 2006. *Postmortem: How medical examiners explain suspicious deaths*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Tweede Kamer, 2013/2. Hoofdbehandelaarschap GGZ. Kenmerk: 129353-106301-CZ.
- V&VN. 2012. *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

- Wallenburg, I., de Bont, A., Heineman, M.J., Scheele, F., and Meurs, P. 2013. Learning to doctor: Tinkering with visibility in residency training. *Sociology of Health & Illness* 35 (4): 544-59.
- Waring, J. J., and Bishop, S. 2010. "Water cooler learning: Knowledge sharing at the clinical "backstage" and its contribution to patient safety. *Journal of Health Organization and Management* 24 (4): 325-42.
- Weiss, M. C., and Sutton, J. 2009. The changing nature of prescribing: Pharmacists as prescribers and challenges to medical dominance. *Sociology of Health & Illness* 31 (3): 406-21.

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postadres
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl