

Taakherschikking binnen de revalidatiegeneeskunde

Anneke J.A.H. van Vught, Marleen H. Lovink, Miranda G.H. Laurant

Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, HAN.

Nijmegen, september 2015

Voorwoord

Het voorliggend rapport geeft in artikelvorm de resultaten van de pilotstudie weer naar de inzet van physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS'en) binnen de revalidatiegeneeskunde. In deze studie zijn zes praktijkvoorbeelden in beeld gebracht, waarbij gebruik gemaakt is van verschillende onderzoeksmethoden.

De opdrachtgever van deze pilot studie is het Center of Expertise Sneller Herstel van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Het onderzoek is begeleid door een klankbordgroep bestaande uit:

- prof. dr. Ria Nijhuis-van der Sanden (hoogleraar paramedische wetenschappen, Radboudumc Nijmegen)
- Gera Peeters MPA (revalidatiegeneeskunde, Radboudumc Nijmegen)
- dr. Allan Pieterse MPA (revalidatiegeneeskunde, Radboudumc Nijmegen)
- prof. dr. Sander Geurts (hoogleraar revalidatiegeneeskunde, Radboudumc Nijmegen)
- dr. Bert de Swart (lector Neurorevalidatie en programmaleider Center of Expertise Sneller Herstel)

De resultaten van deze pilotstudie worden verwerkt in een internationale publicatie en een nationale publicatie (intentie). In september – november 2015 zullen deze artikelen worden ingediend voor publicatie. Dit onderzoek wordt mondeling gepresenteerd tijdens het congres van de vereniging van revalidatieartsen 'Dutch Congress of Rehabilitation Medicine' in november 2015 en het jaarcongres van de beroepsvereniging van VS'en (V&VN-VS) in oktober 2015. Tevens is een abstract ingediend voor het jaarcongres van de beroepsvereniging van PA's (NAPA).

Naar aanleiding van de resultaten van dit project en discussies met de klankbordgroep en het werkveld wordt nagedacht over een vervolgproject om inzicht te krijgen in de ruimte voor de inzet van de PA/VS revalidatiegeneeskunde in de eerste en anderhalve lijn. De ervaren resultaten van de patiënt met de inzet van de PA/VS binnen de revalidatiegeneeskunde worden verder verdiept in studentenprojecten 2015-2016.

Wij danken Marleen Lovink (onderzoeker, lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening) voor de ondersteuning in codering van de interviews.

Veel leesplezier.

dr. Miranda Laurant (lector Organisatie van Zorg en Dienstverlening)

dr. Anneke van Vught (associate lector Taakherschikking in de Gezondheidszorg)

Samenvatting

Aanleiding In de laatste jaren wordt een toename gezien van de inzet van physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS'en) binnen de revalidatiegeneeskunde. Er is nog weinig zicht op hoe deze professionals ingezet worden binnen de revalidatiegeneeskunde en wat de ervaringen zijn met de inzet van PA's en VS'en.

Doel Het doel van de pilotstudie is om zicht te krijgen in de redenen voor taakherschikking, wijze van inzet van PA's/VS'en en ervaren resultaten met de inzet van PA's/VS'en.

Methode Vragenlijsten en diepte interviews werden afgenomen bij PA's, VS'en, revalidatieartsen, verpleegkundigen en paramedici. Twee onderzoekers hebben de interviews onafhankelijk gecodeerd op relevante thema's.

Resultaten In zes instellingen vulden zeven PA's en vier VS'en de vragenlijst in. De interviews vonden plaats met zes revalidatieartsen, zes paramedici, vijf PA's, twee VS'en, en twee verpleegkundigen uit zes instellingen. Primaire redenen voor het opleiden van PA's en VS'en zijn: a) verhogen van de continuïteit van zorg, b) verlagen van de werkdruk van de revalidatiearts, en c) verhogen van de kwaliteit van zorg. De inzet van PA's en VS'en is afhankelijk van situationele factoren als de visie van de revalidatiearts(en) en persoonlijke eigenschappen van professionals. Toegenomen continuïteit van zorg en kwaliteit van zorg werden genoemd als belangrijkste winstpunten voor de inzet van een PA/VS. Echter, sommige revalidatieartsen ervaren de PA/VS als een bedreiging voor hun eigen positie.

Discussie PA's/VS'en worden breed ingezet binnen de revalidatiegeneeskunde. De mate van substitutie, zelfstandigheid van de PA/VS en de ervaren resultaten lijken afhankelijk van de (gedeelde) visie van revalidatieartsen en de persoonlijke eigenschappen van professionals.

Conclusie Taakherschikking binnen de breedte van de revalidatiegeneeskunde is mogelijk en wordt positief ontvangen. De uitdaging voor een betere positionering van PA's en VS'en is om de toegevoegde waarde van de PA/VS in de revalidatiegeneeskunde inzichtelijk te maken.

INLEIDING

Achtergrond

In de laatste jaren wordt een toename gezien van het aantal physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS'en) dat in de revalidatiegeneeskunde wordt opgeleid. (1) In 2002 zijn de PA en VS geïntroduceerd in de Nederlandse gezondheidszorg. (2) PA's ondersteunen artsen door zelfstandig en structureel medische taken te verrichten, in samenspraak met medici. PA's verrichten vooral medische taken, veelal binnen een medisch specialisme. (3) Verpleegkundig specialisten verrichten medische en verpleegkundige taken bij een specifieke, voorgeselecteerde patiëntencategorie en houden zich bezig met nieuwe taken op het gebied van deskundigheidsbevordering, zorgvernieuwing, ketenzorg en transmurale zorg. (4) De inzet van de PA en VS is een van de mogelijke strategieën om de kosten van de gezondheidszorg beheersbaar te houden en tegelijkertijd te voldoen aan de steeds hogere verwachtingen op het gebied van kwaliteit en toegankelijkheid. Met andere woorden aan zorg die betaalbaar, bereikbaar en beschikbaar is. (5)

In 2012 zijn de wettelijke bevoegdheden van PA's en VS'en, waaronder het indiceren en uitvoeren van een aantal medisch voorbehouden handelingen in de Algemene Maatregelen van Bestuur vastgesteld. (6) Hierdoor kunnen PA's en VS'en zelfstandig, binnen hun eigen deskundigheidsgebied, taken uitvoeren. Dit wordt taakherschikking genoemd, het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen (wet BIG art 36a). Taakherschikking is anders dan taakdelegatie, waarbij de arts de eindverantwoordelijke blijft voor de taak die wordt overgedragen (wet BIG art 38). (7)

Onderzoek naar de inzet van de PA en VS heeft in diverse studies, met name in algemene ziekenhuizen en de eerste lijn aangetoond dat taakherschikking resulteert in veilige, kwalitatief goede en doelmatige zorg. De patiënttevredenheid over de inzet van de PA/VS is hoog en de continuïteit van zorg neemt toe door de inzet van deze professionals. (8-11)

Over de wijze waarop taakherschikking in de revalidatiegeneeskunde kan bijdragen aan een betaalbare revalidatiegeneeskunde met hoge kwaliteit, passend binnen de veranderingen in het zorgstelsel, is nog weinig bekend. Wel wordt er binnen diverse instellingen reeds gewerkt met PA's en VS'en. (1) Momenteel werken in Nederland ongeveer 45 PA's en een onbekend aantal VS'en in de revalidatiegeneeskunde.

Het beoogde doel van deze studie was om inzicht te krijgen in de inzet en de taken (inclusief verantwoordelijkheden) van PA's en VS'en in de revalidatiegeneeskunde en welke consequenties de inzet van de PA/VS heeft voor het werk van andere zorgprofessionals zoals artsen, paramedici en verpleegkundigen.

Vraagstellingen

In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de volgende vragen:

1. Wat zijn de motieven voor de inzet van een PA of VS binnen de revalidatiegeneeskunde?
2. Welke taken worden uitgevoerd door de PA's en VS'en en wat is de achterliggende motivatie van deze taakinrichting? Hierbij wordt meegenomen door wie deze taken vóór de inzet van de PA of VS uitgevoerd werden.
3. Wat zijn de ervaren resultaten van de inzet van de PA of VS binnen de revalidatiegeneeskunde?

METHODE

Studie design

Observationele beschrijvende pilotstudie, waarin inzicht verkregen werd in de motieven voor de inzet van de PA of VS, de keuzen die hieraan ten grondslag liggen, en de factoren die de implementatie beïnvloeden. Daarnaast werd inzicht verkregen in de taken en verantwoordelijkheden van de PA of VS, alsmede de (ervaren) effecten van de inzet van deze professionals. Binnen deze studie werd gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve methoden van onderzoek. Het onderzoek vond plaats van september 2014 tot juni 2015.

Setting

In dit onderzoek werden alleen ziekenhuizen, revalidatiecentra en zelfstandige behandelcentra waar PA's en VS'en samenwerken met revalidatieartsen meegenomen. Er werd binnen de regio Midden- en Zuid Nederland gezocht naar zoveel mogelijk variatie in praktijkvoorbeelden waarin PA's/VS'en binnen de revalidatiegeneeskunde werken. Revalidatieafdelingen in verpleeghuizen vielen buiten het onderzoek, omdat hier specialisten ouderengeneeskunde verantwoordelijk zijn voor de medische zorg. Deze werden wel meegenomen in een lopend onderzoek naar taakherschikking in de ouderenzorg. (12)

Participanten

De vragenlijst werd voorgelegd aan alle PA's en VS'en revalidatiegeneeskunde binnen zes instellingen. De diepte interviews vonden plaats met een revalidatiearts die nauw samenwerkte met de betreffende PA/VS, met een PA of VS en met 1 of 2 verpleegkundigen/paramedici die samenwerkten met de PA/VS. De setting en het team waarin de PA/VS werkt wordt in dit verslag een praktijkvoorbeeld genoemd.

Vragenlijst

Een vragenlijst werd gebruikt om inzicht te krijgen in de taken en verantwoordelijkheden van PA's en VS'en. Deze vragenlijst is afgeleid uit eerder onderzoek naar taken en functieprofielen van PA's en VS'en. (2) De vragenlijst kunt u vinden in bijlage 1.

Interviews

Om inzicht te krijgen in de motieven voor de inzet van een PA/VS en de ervaren resultaten werd gewerkt met diepte interviews. Deze manier van interviewen laat enige ruimte voor nieuwe topics terwijl we zeker zijn van het aanbod komen van alle onderwerpen. (13) Professionals werden apart of in duo's geïnterviewd. Deze keuze werd gemaakt op basis van praktische redenen of persoonlijke voorkeur van de geïnterviewde.

Een topiclijst werd ontwikkeld in samenspraak met stakeholders binnen de revalidatiegeneeskunde en/of taakherschikking (i.e. klankbordgroep). De topic lijst werd vooraf getest op werkbaarheid en werd waar nodig bijgesteld tijdens het proces van data verzameling (en analyse). De topic lijst, die te vinden is in bijlage 2, bevat de volgende onderwerpen:

- Belangrijkste reden(en) inzet PA/ VS. *(niet aan paramedici/verpleegkundigen gesteld)*
- Taken PA/VS en achterliggende motivatie.
- Ervaren resultaten PA/ VS op patiëntuitkomsten, zorggebruik, extramuralisering, arbeidstevredenheid artsen en andere zorg professionals, kosten, en kwaliteit van zorg.

Eén onderzoeker (AvV) nam de interviews af. Elke deelnemer ontving vooraf informatie over het doel van het interview. Tijdens de interviews werden in steekwoorden verbale en non-verbale kenmerken genoteerd. De interviews werden gehouden tussen januari 2015 en maart 2015 en duurde 45 - 60 minuten per interview. De interviews vonden plaats in de instelling waar de participanten werkzaam zijn en werden opgenomen op geluidsband.

Data- analyse

De gegevens uit de vragenlijsten werden beschrijvend geanalyseerd. Continue variabelen werden weergegeven in medianen met ranges of gemiddelden met standaarddeviaties (sd). Categoriele variabelen werden weergegeven in percentages. Voor de dataverwerking van de vragenlijsten werd gebruikt gemaakt van SPSS software.

Alle interviews werden verbatim uitgeschreven. Twee onderzoekers (MLO en AvV) codeerden en analyseerden de transcripten onafhankelijk van elkaar om bias te verminderen en de validiteit van de resultaten te vergroten. Consensus werd bereikt door overleg en indien nodig werd een derde onderzoeker betrokken. Voor de dataverwerking van de interviews werd gebruik gemaakt van Atlas.ti software.

Omdat het een pilotstudie betreft zijn de aantallen klein. Overeenkomsten en verschillen tussen PA's en VS'en zijn niet primair onderzocht. Wanneer specifieke keuzes gemaakt werden voor de ene of andere professie is dit wel beschreven.

Ethische overwegingen

Alle deelnemers aan dit onderzoek werden geïnformeerd over het onderzoek en verzekerd dat hun identiteit niet onthuld werd. Gegevens zijn geanonimiseerd verwerkt en niet herleidbaar tot individuele personen. Alle deelnemers ondertekenden een informed consent.

RESULTATEN

De resultaten zijn opgedeeld in kenmerken van de PA/VS, modellen waarin PA's en VS'en werken, en factoren die van invloed zijn op de inzet van PA's en VS'en.

Studiepopulatie

In zes instellingen vulden zeven PA's en vier VS'en de vragenlijst in (79% respons). De interviews vonden plaats met zes revalidatieartsen, zes paramedici, vijf PA's, twee VS'en, en twee verpleegkundigen uit zes instellingen.

Kenmerken van de PA/VS

De kenmerken van de PA's en VS'en staan in tabel 1 weergegeven. PA's en VS'en in de voorliggende pilotstudie hebben 0 tot 9 jaar werkervaring als PA/VS. Alle PA's hebben een paramedische vooropleiding afgerond. De omvang van het contract van alle PA's en VS'en bedroeg 32-36 uur.

Tabel 1: kenmerken van de VS'en/PA's

	7 PA (5 instellingen)	4 VS (2 instellingen)
Geslacht	1 M/ 6 V	1 M/ 3V
Leeftijd in jaren (mediaan (min-max))	42 (30 – 51)	45 (36 - 57)
Aantal jaren werkzaam als PA/VS (mediaan (min-max))	1 (0-4)	9 (3-9)
Vooropleiding	5 fysio, 2 ergo	Verpleegkunde
Omvang contract	32-36 uur	32-36 uur

PA's en VS'en besteden gemiddeld 28,2 (sd 2,3) uur per week aan directe en indirecte patiëntenzorg, zie tabel 2. Daarnaast voeren ze een aantal andere taken uit. Deze taken worden ook wel aangeduid als niet-patiëntgebonden taken:

- kwaliteitszorg, bijvoorbeeld verbetertrajecten en (her)ontwerp van instellingsprotocollen;
- patiëntveiligheidsprojecten, bijvoorbeeld het vormgeven van een veiligheidsmanagement systeem;
- onderwijs aan coassistenten en verpleegkundigen;
- uitvoeren van (wetenschappelijk/praktijkgericht) onderzoek;
- organisatorische taken, bijvoorbeeld het bijhouden van de website, patiënt folders en de PR van de praktijk.

Tabel 2: taken PA/VS

	Gem (sd) n=11
Direct patiënt gebonden taken	18,2 (2,0) uur
Indirect patiënt gebonden taken	10,0 (2,4) uur
Kwaliteitsbeleid	1,8 (0,8) uur
Patiënt veiligheid	0,6 (1,2) uur
Onderwijs	0,8 (1,2) uur
Onderzoek	1,0 (1,3) uur
Organisatorische taken	1,3 (1,0) uur

De taken die de PA's en VS'en uitvoeren zijn overgenomen van de revalidatiearts of van de arts-assistent (taakherschikking). PA's en VS'en typeren gemiddeld 70% van hun taken als medische taken. Nieuwe taken die eerder door niemand anders uitgevoerd werden zijn wetenschappelijk onderzoek, het opzetten van een website, of het ontwikkelen van patiëntenfolders en richtlijnen/protocollen.

De PA's en VS'en werken zelfstandig. Zij openen allen zelfstandig Diagnose Behandel Combinaties (DBC's, DOT's), soms na overleg met de revalidatiearts. Vijf van de elf PA's/VS'en indiceren zelf UR geneesmiddelen en zeven PA's/VS'en doen dit onder supervisie. Bij 0 - 40% (gemiddeld 18%) van de patiënten wordt door de PA/VS gewerkt met protocollen. PA's/VS'en overleggen gemiddeld 81 minuten (sd 34 minuten) per week met de revalidatiearts. Meestal vindt het overleg dagelijks plaats, op een vast moment of ad hoc. Er staan weinig afspraken op papier over de taken, samenwerking met de revalidatiearts en de afbakening van de taken. Afstemming vindt voornamelijk mondeling plaats en gebeurt op basis van vertrouwen. Onderstaand is het thema vertrouwen verder toegelicht.

Modellen met primaire motieven, taken en resultaten

De invulling van de taken van PA's en VS'en verschilt per praktijkvoorbeeld. Grofweg zijn er drie modellen gevonden, zie tabel 3. Hieronder zijn de modellen beschreven, waarbij ook de primaire motieven, taken en de belangrijkste ervaren resultaten meegenomen zijn.

- De PA/VS wordt ingezet met als primaire reden **de continuïteit van zorg te verbeteren**. De PA/VS werkt dan in de functie van zaalarts op een verpleegafdeling of in een consultfunctie

door het hele ziekenhuis of verricht in een team van PA's poliwerkzaamheden. De PA/VS heeft een brugfunctie tussen verschillende paramedici/verpleegkundigen en revalidatieartsen, waardoor het team wordt versterkt. De PA/VS is laagdrempelig te benaderen voor paramedici en verpleegkundigen. Zie enkele quotes in tabel 3.

- De PA/VS wordt ingezet op de polikliniek met als primaire reden het **ontlasten van de medisch specialist**, zodat deze ruimte heeft voor andere taken. De PA heeft een eigen (specialistische) poli. Door het overnemen van de taken van de revalidatiearts heeft de revalidatiearts meer ruimte voor onderzoek, onderwijs en innovaties. De duur van een consult door een PA/VS is soms gelijk aan de duur van een consult van een revalidatiearts, maar soms ook tot twee keer zo lang. Zie enkele quotes in tabel 3.
- De PA/VS met aandachtsgebied wordt primair ingezet om de **kwaliteit van zorg te verhogen**. Dit aandachtsgebied betreft een maatschappelijk (wet- en regelgeving/ indicaties) of een verpleegkundig aandachtsgebied. Met het aandachtsgebied wordt zorg op maat geboden. Voorbeelden van een VS en PA met een aandachtsgebied zijn een VS met extra aandacht voor continentieproblematiek en een PA met extra aandacht voor de maatschappelijke context waarin de patiënt zich bevindt. De PA/VS met een aandachtsgebied gaat bijvoorbeeld ook op huisbezoek om de context waarin de patiënt leeft mee te nemen. Zie enkele quotes in tabel 3.

Naast de inhoudelijke ervaringen met de PA/VS genoemd binnen de drie modellen zijn er drie overstijgende thema's die in de interviews werden aangekaart. Het gaat om: acceptatie; kwaliteit en competenties; en veranderende taken/rollen.

Acceptatie

Een veelvoorkomend thema dat genoemd werd op basis van de ervaringen met de PA/VS is acceptatie. Professionals gaven aan dat in de revalidatiegeneeskunde veel multidisciplinair gewerkt wordt. Er bestaan korte lijnen tussen revalidatieartsen, PA/VS en paramedici. Dit vergemakkelijkt de positionering/acceptatie van de PA/VS.

Enkele paramedici gaven aan dat de taken van de PA niet helemaal duidelijk zijn. De revalidatieartsen gaven aan PA's/VS'en te zien als een collega om mee te sparren. De PA/VS wordt geaccepteerd door de patiënt. Toch wil een enkele keer de patiënt graag de behandelend revalidatiearts zien. In een quote vertelde een fysiotherapeut zijn beleving bij de inzet van een PA: *“Voor mij is de PA gewoon een revalidatiearts met, als het te complex wordt, de revalidatiearts op de achtergrond”.*
(fysiotherapeut)

Tabel 3: Inzet van PA/VS revalidatiegeneeskunde inclusief motieven, taken en ervaringen

	Model 1	Model 2	Model 3
Primaire reden inzet PA/VS	Verbeteren van de continuïteit van zorg	Ontlasten van de revalidatiearts, zodat deze ruimte krijgt voor andere taken en innovaties	Verbeteren van de kwaliteit van zorg, door aandachtsgebied van VS of PA
quotes	<p><i>“Er waren heel veel wisselingen en ze wilden wat meer continuïteit in dokter, ook op de zaal, ook op de medische consulten. Daar zijn enorme fluctuaties, en daardoor kan je de polikliniek gewoon niet goed handelen, omdat je niet weet hoe druk het op de kliniek is. Dus om daarbij een continue ondersteuning in te krijgen hebben we voor de PA gekozen.” (revalidatiearts)</i></p> <p><i>“Dus toen hebben we een beleid ingezet van: “We hebben drie pijlers. Het zou mooi zijn als straks iedere pijler een PA had.” Dus niet alleen een arts, maar ook een PA. En die PA zou met name ook de cross-links kunnen maken, poliklinisch, maar ook klinisch consulten en dat soort zaken.” (revalidatiearts)</i></p>	<p><i>“De wens tot stafuitbreiding was de primaire reden. Dan heb je twee mogelijkheden. Dan ga je kijken: “Kun je een nieuw staflid aanstellen? Of kun je je staf uitbreiden met een nieuwe groep, een nieuwe professie, Physician Assistant?” Die fase dat wij daar voor stonden, dat was ook heel pragmatisch, hadden we niet het geld om een staflid in te huren. Wel de sterke wens om ontlasting te krijgen van taken. Omdat we natuurlijk in een academisch ziekenhuis zitten met toenemende onderwijs/onderzoekstaken. Het management werd ook steeds complexer met de reorganisatie. Dan was eigenlijk op dat moment voor ons de PA een hele grote uitkomst, dat dat überhaupt bestond. Dat je dus met minder lasten wel lasten verlichting kunt krijgen.” (revalidatiearts)</i></p> <p><i>“De praktijk was gewoon dat wij als afdeling qua werkzaamheden lange wachttijden kregen, voldoende aanbod hadden en eigenlijk een revalidatiearts tekort hadden. Maar daar konden we de afgelopen tien jaar niet aan komen. Met name gericht op de chronische pijn, naast de amputaties. Toen is er ... Drie jaar geleden zijn we met een PA begonnen. Toen was er een subsidiepot om PA's op te leiden.” (revalidatiearts)</i></p>	<p><i>“Voor de ingewikkelde problematiek is het eigenlijk handig als je een geneeskundige expertise in huis hebt in combinatie met de regelgeving, zoals die er is op dit gebied (voormalige AWBZ-zorg). Een maatschappelijk werker kun je wel die regelgeving proberen aan te leren, maar die lopen altijd weer tegen het, tegen dat medisch gedeelte aan. En de revalidatieartsen hebben te weinig wetskennis en regelkennis. Wij dachten dat voor deze combinatie van werkzaamheden een PA uitstekend geschikt is. Dat blijkt ook.” (revalidatiearts)</i></p> <p><i>“Primair is de inzet van de VS vooral bedoeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren” (verpleegkundig specialist)</i></p>

Taken PA/VS	De PA/VS werkt in de functie van zaalarts op een verpleegafdeling, in een consultfunctie door het hele ziekenhuis of verricht in een team van PA's diverse poliwerkzaamheden.	De PA heeft een eigen (specialistische) poli, die eerder verricht werd door de revalidatiearts. De duur van een consult door een PA/VS is soms gelijk aan de duur van een consult van een revalidatiearts, maar soms ook twee keer zo lang.	De kracht van de PA/VS zit in het kunnen combineren van het medisch domein en het verpleegkundig/ maatschappelijk domein. De PA/VS met een aandachtsgebied gaat ook op huisbezoek om de context waarin de patiënt leeft mee te nemen en zorg op maat te kunnen bieden.
Ervaren resultaten	De PA/VS heeft een brugfunctie tussen verschillende professionals, waardoor het team wordt versterkt. De PA/VS is laagdrempelig en fysiek toegankelijk te benaderen voor paramedici/ verpleegkundigen.	Door het overnemen van de taken van de revalidatiearts heeft de revalidatiearts meer ruimte voor onderzoek, onderwijs en innovaties.	Met het aandachtsgebied wordt toegankelijke zorg geboden met een hogere kwaliteit.
quotes	<p><i>“Door de PA zijn we meer een team geworden waar op een gegeven moment alle puzzelstukjes in elkaar gaan passen.” (revalidatiearts)</i></p> <p><i>“De revalidatiearts is fysiek veel moeilijker te bereiken dan de PA”(fysiotherapeut)</i></p>	<p><i>“Nou bijvoorbeeld nieuwe ontwikkelingen, nieuwe patiëntengroepen aanboren, de IC keten. We doen veel consulten in verpleeghuizen, we hebben botuline toxine spreekuur opgezet. Dat zijn allemaal dingen die zouden we niet kunnen doen zonder PA.” (revalidatiearts)</i></p> <p><i>“De belangrijkste bevorderende factor is denk ik toch wel dat mensen zoals in mijn positie, dus ook andere stafleden die veel taken hebben, die moeite hebben met al die schoteltjes in de lucht houden, dat als een enorme verlichting ervaren.”(revalidatiearts)</i></p>	<p><i>“De kwaliteit van de praktijk hier is omhoog gegaan door de PA. En met name voor de mensen, hè. Daar zitten we voor hier. En dat meen ik. Ik zeg het niet alleen, maar ik meen het ook gewoon.” (revalidatiearts)</i></p> <p><i>“Patiënten met wonden volgen we thuis zodat ze bedrust krijgen en niet iedere keer met de ambulance hiernaar toe hoeven te komen. Daarnaast ga ik soms op huisbezoek bij mensen die bijvoorbeeld darmspoeling moeten aanleren. Vooral de mensen met een hoge dwarslaesie die met speciale aanpassingen zitten in hun woonsituatie thuis. Die op een douchestoel moeten, die hulp nodig hebben van de thuiszorg of van mantelzorgers of wat dan ook, dan kies ik er soms voor om dat in de thuissituatie te doen. Omdat ik dan gewoon beter in kaart kan brengen wat de specifieke aandachtspunten bij die patiënt zijn.”(VS)</i></p>

Kwaliteit en competenties

Revalidatieartsen en paramedici binnen alle modellen gaven aan dat de PA/VS gelijke kwaliteit van zorg levert in vergelijking met de revalidatiearts op het terrein waar hij/zij werkzaam is. Revalidatieartsen gaven aan tevreden te zijn over de competenties van een PA/VS. Bijvoorbeeld: *“Op sociaal communicatief vlak zijn PA’s en VS’en heel sterk. Dat gaat gewoon goed. Daar kan nog geen arts-assistent in opleiding aan tippen. Ik denk dat dat een heel groot deel van de kracht is, ook op de afdeling. Dat je goed communiceert, terugkoppelt, weten wat ze eraan hebben, weten waar ze je kunnen bereiken. Dat is de helft van het werk. Medische competenties? De opleiding is gewoon goed. ... En ik denk, wat je nodig hebt voor de kliniek en de consulten, daar heeft de PA voldoende kennis voor.”* (revalidatiearts)

Veranderende taken/rollen

Een ander thema dat veel naar voren komt is het effect van de inzet van de PA/VS op de taken van andere professionals. Paramedici en verpleegkundigen gaven aan niets te merken in hun takenpakket door de inzet van een PA/VS. De volgende quote illustreert dit: *“Onze taken zijn precies hetzelfde gebleven met de komst van PA’s en VS’en”* (ergotherapeut)

Revalidatieartsen gaven aan dat hun rol verandert met de inzet van een PA/VS. Zij krijgen meer ruimte voor andere taken zoals onderzoek, onderwijs en innovaties. Enkele revalidatieartsen gaven tevens aan dat zij zwaardere spreekuren hebben, doordat zij met name de complexe problematiek zien. De minder complexe problematiek wordt opgevangen door de PA/VS. De volgende quote illustreert dit: *“Voor de revalidatiearts is het enerzijds een voordeel dat de PA helpt de productie te verrichten. Aan de andere kant heeft de revalidatiearts dan automatisch complexere patiënten. Daar zien we wel een verschuiving, en dat levert mogelijk een probleem op.”*(PA)

Factoren die van invloed zijn op de inzet van de PA/VS

De wijze waarop de rol van de PA/VS vorm krijgt is situationeel. Hieronder wordt een aantal thema’s beschreven die bepalend zijn voor de rolinvulling van de PA/VS. Deze factoren zijn opgesplitst in persoon en visie.

Persoon

De taken en verantwoordelijkheden van de PA/VS zijn afhankelijk van de persoonlijke eigenschappen, het individu. De persoon als PA/VS, maar ook de persoon als revalidatiearts en de ‘klik’ tussen de VS/PA en de revalidatiearts.

- De vooropleiding en werkervaring van de PA/VS bepaalt de taken. Er zijn professionals die een grote meerwaarde zien in de achtergrond van de PA als bijvoorbeeld fysiotherapeut. Een revalidatiearts zegt: *“Binnen de revalidatie heeft het een absoluut voordeel als je een paramedische achtergrond hebt. Ik zeg niet dat het onmogelijk is met een verpleegkundige achtergrond, maar ik denk niet dat ik die aangenomen had.”* (revalidatiearts)
VS'en met een aandachtgebied continentieproblematiek of wonden, hebben baat bij de verpleegkundige vooropleiding en werkervaring.
- Vertrouwen van de revalidatiearts in de PA/VS bepaalt het takenpakket en de mate van verantwoordelijkheid die de PA/VS neemt. Loslaten is voor de ene revalidatiearts makkelijker dan voor de andere. Het proces van vertrouwen en loslaten heeft ook te maken met het inzicht krijgen in de kennis en kunde van de PA/VS, en met het aangeven van grenzen door de PA/VS. Dit wordt geïllustreerd in onderstaande quote: *“Ik denk dat mijn persoonlijkheid bevorderend is. Dat ik opensta voor feedback en verbeteringen. Dat ik zelf over het algemeen goed kan aangeven: “Tot hier en niet verder”, tot waar ik mezelf competent voel en ook als ik daar twijfels over heb of niet. Dat ze daar anders op kunnen inspelen en daardoor ook vertrouwen krijgen in als ik het aangeef, als iets mij niet lukt of als ik daar twijfels over heb.”* (PA)

Visie

De visie van de stafleden en het hoofd van de staf revalidatiegeneeskunde is van invloed op de positionering van de PA/VS. De positie van de PA/VS ten opzichte van de revalidatiearts kan gevoelig liggen. Er zijn revalidatieartsen die de inzet van een PA als bedreigend zien voor hun eigen professionele identiteit of werkruimte. Dit wordt geïllustreerd in de onderstaande quote: *“We moeten als revalidatieartsen niet onze eigen glazen ingooien. Als een PA hetzelfde gaat doen als ik, wat moet ik dan doen?”* (revalidatiearts)

Aan de andere kant vertelde een andere revalidatiearts: *“Ik kies gewoon voor degene die mij verhoudingsgewijs qua middelen en revenuen het meeste oplevert. Daar waar ik echt een revalidatiearts nodig heb stel ik een revalidatiearts aan. Maar daar waar ik die niet nodig heb, stel ik iemand anders aan.”* (revalidatiearts)

DISCUSSIE

Met deze studie werd inzicht verkregen in de motieven voor de inzet van PA's of VS'en in de revalidatiegeneeskunde, de keuzen die hieraan ten grondslag liggen, en de factoren die de implementatie beïnvloeden. Daarnaast werd inzicht verkregen in de taken en verantwoordelijkheden van de PA of VS, alsmede de (ervaren) effecten van de inzet van deze professionals. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen samengevat en in breder perspectief geplaatst.

Modellen

De bestudeerde praktijkvoorbeelden hebben geresulteerd in 3 modellen van de inzet van PA/VS in de revalidatiegeneeskunde: PA's/VS'en die primair ingezet worden voor de verhoging van de continuïteit, PA's/VS'en die ingezet worden om de werklast van revalidatieartsen te verlichten en PA's/VS'en die ingezet worden op een specifiek aandachtsgebied om de kwaliteit van zorg te verhogen. De verschillen in primaire motieven zijn bepalend voor de taken waarvoor PA's of VS'en ingezet worden. Wanneer beoogd wordt de continuïteit en de kwaliteit van de zorg te verhogen krijgen PA's en VS'en, naast taken van de revalidatiearts, extra taken om bijvoorbeeld de brugfunctie tussen paramedici/verpleegkundigen en revalidatieartsen te vervullen of extra aandacht te besteden aan een specifiek domein. Wanneer primair beoogd wordt om de taken van de revalidatiearts te verlichten nemen PA's/VS'en enkel de taken van de revalidatiearts over, soms in de breedte, maar meestal binnen een patiëntencategorie. De motieven continuïteit en kwaliteit komen ook in andere medisch specialismen naar voren als de belangrijkste motieven om een PA of VS in dienst te nemen. (2,14,15)

Situationele factoren

De wijze waarop de PA en VS ingezet worden is situationeel. De inzet is afhankelijk van de voorkeuren, visies, karakters en achtergrond van de professionals die in de betreffende organisatie werkzaam zijn. Deze voorkeuren worden gevormd door ervaring van de PA/VS en het onderling vertrouwen. Als kennis, kunde en vertrouwen van en in de PA/VS toeneemt, krijgen zij geleidelijk meer verantwoordelijkheden. Deze situationele effecten worden bevestigd in de recent gepubliceerde praktijkvoorbeelden over de inzet van de PA en VS. (16)

De taken van de PA/VS en afbakening hierbinnen worden met name mondeling afgestemd met de revalidatiearts waar direct mee samengewerkt wordt. Wat opvalt is dat er weinig afspraken op papier staan. Dit is tegenstrijdig aan het advies van de beroepsverenigingen en KNMG. In een handreiking Implementatie Taakherschikking stellen zij dat het de gezamenlijke verantwoordelijkheid van artsen, PA's en VS'en is om de wettelijke bevoegdheden per situatie nader uit te werken en vast

te leggen. Deze schriftelijk vastgelegde afspraken zijn noodzakelijk voor de juridische borging van de inzet van de PA/VS. (19)

Veranderende rol van de revalidatiearts

Met de inzet van de PA en VS verandert de rol van de revalidatiearts. Regelmatig kwam in de interviews ter sprake dat de PA als een bedreiging gezien werd door de revalidatiearts. In de praktijkvoorbeelden waarin VS'en werken werd dit niet genoemd. Dit zou te verklaren kunnen zijn doordat de PA zich meer in het medisch domein begeeft dan de VS, maar gezien de zeer kleine aantallen kunnen hier geen conclusies aan verbonden worden.

Anderzijds zijn er ook revalidatieartsen die de inzet van PA's en VS'en omarmen en kansen zien in nieuwe rollen en taken voor revalidatieartsen. Taken waar revalidatieartsen niet (meer) voor nodig zijn, moeten uitgevoerd worden door andere, goedkopere professionals. De uitdaging is om veranderende en nieuwe rollen in een veranderende organisatie van zorg te bespreken op het niveau van de beroepsverenigingen en wetenschappelijke vereniging om de positionering en afstemming tussen de verschillende professies te stimuleren. Binnen de huisartsgeneeskunde en anesthesie hebben de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk afspraken gemaakt over de taken, afbakening en verantwoordelijkheden van PA's/VS'en die zijn vastgelegd in een handreiking. (17-19)

Methodologische kenmerken

Het gebruik van zowel de vragenlijsten als de diepte interviews geven een rijke verzameling aan data. De vragen in de interviews vulden de antwoorden uit de schriftelijke vragenlijsten aan. Per setting zijn meerdere interviews gehouden met verschillende professionals, waardoor het specifieke praktijkvoorbeeld goed in kaart gebracht kon worden. Het gebruik van verschillende methoden is sterk en verhoogt de interne validiteit. Het gebruik van de transcripten en dus letterlijke citaten die door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd zijn, vermindert de kans op informatiebias.

Omdat het een pilotsstudie betrof zijn we niet door gegaan tot verzadiging van data optrad. Wel hebben we beoogd praktijkvoorbeelden te includeren waar PA's en VS'en op diverse wijzen worden ingezet, in samenspraak met de beroepsverenigingen en klankbordgroep. Resultaten uit deze studie worden bevestigd door een aantal recent verschenen Nederlandse rapporten over taakherschikking in de gezondheidszorg. (2,14,16) Dit verhoogt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

Selectiebias in deze pilotstudie is niet uitgesloten. De variatie in wijzen van inzet van de PA/VS is groot, maar we hebben geen variatie gevonden in mate van tevredenheid in de samenwerking

tussen PA/VS en revalidatiearts. Deze samenwerking werd als (zeer) tevreden beoordeeld door de geïnterviewden. Omdat de kwaliteit van de samenwerking een mogelijke beïnvloedende factor is voor de inzet van een PA/VS, geeft dit mogelijk een vertekend beeld. Daarnaast hebben we per praktijkvoorbeeld slechts één revalidatiearts die samenwerkt met een PA/VS geïnterviewd. Mogelijk hebben we hierdoor informatie gemist.

Implicaties voor de praktijk

- Om de positionering van de PA/VS binnen de revalidatiegeneeskunde te versterken is het belangrijk dat PA's/VS'en hun taken niet alleen mondeling afstemmen, maar ook schriftelijk vastleggen en hierin de meerwaarde van de PA/VS voor de revalidatiegeneeskunde beschrijven. Voor de huisartsgeneeskunde en anesthesie bestaan dergelijke richtlijnen al. (17,18) Het laten zien van de meerwaarde van de PA en VS is noodzakelijk om de positionering te ondersteunen en stimuleren.
- Om de bekendheid en positionering van PA's en VS'en verder uit te dragen is het van belang dat zowel de PA als de VS zich landelijk organiseren. PA's revalidatiegeneeskunde hebben een landelijk netwerk, VS'en nog niet. Gezamenlijk optrekken zou een goede optie zijn om met elkaar de positionering van de PA en VS binnen de revalidatiegeneeskunde te versterken. Maar ook om misvattingen over taken, rollen en verantwoordelijkheden te verminderen.
- De inzet van de PA wordt door een groep revalidatieartsen als bedreigend ervaren voor de eigen positie. Het is aan te bevelen om binnen de wetenschappelijke vereniging van revalidatieartsen zicht te krijgen op de achterliggende oorzaken van deze ervaren bedreiging en te zoeken naar oplossingen.

Implicaties voor verder onderzoek

- De ontwikkelingen die gaande zijn in de gezondheidszorg en de revalidatiegeneeskunde in het bijzonder met betrekking tot verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn vragen om nader onderzoek. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de mogelijkheden voor verschuivingen binnen de revalidatiegeneeskunde van de tweede naar de eerste lijn en de positie van de PA/VS hierbinnen. Er zijn reeds ontwikkelingen gaande waar PA's en VS'en revalidatiegeneeskunde werkzaam zijn in de eerste of anderhalve lijn.
- De beroepsmatige achtergrond van PA's wordt regelmatig besproken. Revalidatieartsen, maar ook paramedici geven aan dat een PA revalidatiegeneeskunde bij voorkeur een paramedische achtergrond heeft. Het is aan te bevelen om te onderzoeken in hoeverre de

vooropleiding van PA's invloed heeft op de taken en de kwaliteit van zorg om de positionering van PA's binnen de revalidatiegeneeskunde te versterken.

- Voor een goede positionering is het belangrijk om de toegevoegde waarde van de PA/VS te onderzoeken. In welke mate heeft bijvoorbeeld de inzet van de PA/VS invloed op de effecten van revalidatiebehandelingen? Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het gedetailleerd in kaart brengen van praktijkvoorbeelden, inclusief de resultaten die de inzet van de PA/VS meebrengen.
- Zorg wordt geboden aan patiënten. Wat is de ervaring van de patiënt met de inzet van een PA/VS? In het voorliggende onderzoek is deze vraag wel indirect meegenomen, maar het zou nog beter zijn om in vervolgonderzoek de vraag over ervaringen met de PA/VS aan de patiënten zelf voor te leggen.

Conclusie

PA's/VS'en worden breed ingezet binnen de revalidatiegeneeskunde. De wijze van inzet lijkt samen te hangen met de primaire reden voor het inzetten van een PA/VS, de achtergrond van een PA/VS, de visie van de revalidatiearts(en) en vertrouwen. De uitdaging is om de toegevoegde waarde van de PA/VS in de revalidatiegeneeskunde inzichtelijk te maken en uit te dragen.

Referenties

- (1) Braam J, Fengler R, Kusters R. Physician Assistants (PA) binnen de revalidatiegeneeskunde Samenwerking, continuïteit en kwaliteit. Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde 2012;4:203.
- (2) Laurant M, van de Camp K, Boerboom L, Wijers N. Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten 2014.
- (3) van Vught AJAH, van den Brink GTWJ, Harbert K, Ballweg R. Physician Assistant Profession. The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society 2014:1830–1832.
- (4) Vrijhoef H. Nurse Practitioners The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Societ 2014:1690–1692.
- (5) Meijerink MH. Bekwaam is Bevoegd. 2011.
- (6) De Bruijn-Geraets DP, Van Eijk-Hustings YJ, Vrijhoef HJ. Evaluating newly acquired authority of nurse practitioners and physician assistants for reserved medical procedures in the Netherlands: a study protocol. J Adv Nurs 2014 Nov;70(11):2673-2682.
- (7) voor de Volksgezondheid R. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ 2002.
- (8) Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, Grol R, Faber M, Sibbald B. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? Med Care Res Rev 2009;66(6):36S-89S.
- (9) Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2005 Apr 18;(2)(2):CD001271.
- (10) Kleinpell RM, Ely EW, Grabenkort R. Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: an evidence-based review. Crit Care Med 2008 Oct;36(10):2888-2897.
- (11) Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, Rosemann T. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research 2014; 14: 214
- (12) Lovink M, Persoon A, Laurant M. Taakherschikking in de ouderenzorg. De Verpleegkundig Specialist 2015; 9: 24-26.
- (13) Baarda B, Bakker E, Julsing M, Fischer T, Peters V, van der Velden T. Basisboek kwalitatief onderzoek. Noordhoff uitgevers 2013. Derde druk.
- (14) Kouwen AJ & Van den Brink GTWJ. Taakherschikking & kostprijzen: Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie. Nijmegen: Radboudumc 2014.
- (15) Van Vught AJ, van den Brink GT, Wobbes T. Implementation of the physician assistant in Dutch health care organizations: primary motives and outcomes. . Health Care Manag 2014;33(2):149-53.

(16) Wallenburg I, Janssen M, de Bont A. De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit, iBMG 2015.

(17) Vakgroep PA-huisartsgeneeskunde. Uitwerking Handreiking Taakherschikking Huisarts-Physician Assistant. Utrecht: NAPA. Februari 2014

(18) NVA & NAPA. Beroepskader Taakherschikking. Utrecht: NVA. Mei 2015

(19) KNMG, VenVN, NAPA. Handreiking implementatie taakherschikking. Utrecht, 2012

Bijlage 1

VRAGENLIJST SETTING en TAKEN PA/ VS

Persoonskenmerken

1) Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2) Wat is uw leeftijd?

..... jaar

3) Welke HBO bachelor opleiding heeft u afgerond?

- HBOV
- Fysiotherapie
- Ergotherapie
- Anders, nml....

4) Waarom heeft u voor de VS/PA opleiding gekozen?

Setting

5) Hoeveel fte van de onderstaande professionals zijn werkzaam op uw afdeling?

- Revalidatieartsen:fte
- AIOS/ ANIOS:fte
- PA's:fte
- VS'en:fte

Arbeidsvragen

6) Sinds wanneer bent u werkzaam als PA/ VS? Reken uw opleidingsperiode niet mee. Als u niet precies weet sinds welke dag u werkzaam bent, kies dan de eerste dag van de betreffende maand

...../...../..... (dag/maand/jaar)

- 7) **Sinds wanneer bent u werkzaam als PA/ VS op uw huidige afdeling?** *Reken uw opleidingsperiode niet mee. Als u niet precies weet sinds welke dag u werkzaam bent, kies dan de eerste dag van de betreffende maand*

...../...../..... (dag/maand/jaar)

- 8) **Sinds wanneer bent u werkzaam binnen uw huidige specialisme, ongeacht de functie?** *Wanneer u bijvoorbeeld nu als PA/ VS werkzaam bent, maar voorheen als verpleegkundige binnen hetzelfde specialisme heeft gewerkt, telt u die jaren hierbij op. Als u niet precies weet sinds welke dag u werkzaam bent, kies dan de eerste dag van de betreffende maand*

...../...../..... (dag/maand/jaar)

- 9) **Wat is de omvang van uw dienstverband zoals vastgelegd in uw contract?**
Graag afronden op hele uren.

..... uur per week

- 10) **Werkt u doorgaans meer uren per week dan in uw contract is vastgelegd?**

- Ja
- Nee -> sla de volgende vraag dan over

- 11) **Hoeveel uren werkt u gemiddeld per week meer dan het aantal uur per week dat is vastgelegd in uw contract?** *Het gaat hier zowel om betaald als onbetaald overwerk. Ook overwerk wat u thuis doet mag u meetellen. Graag afronden op hele uren.*

..... uur per week

- 12) **Welk type aanstelling heeft u?**

- Vaste aanstelling
- Tijdelijke aanstelling

Taken

13) Welke taken voert u uit, probeer zo volledig en specifiek mogelijk te zijn:

- **Patiëntgebonden taken.** *Hieronder vallen activiteiten als het zien van patiënten op de polikliniek, consulten op afdelingen, het uitvoeren van medische handelingen, MDO en het voeren van familiegesprekken. Geef ook aan om welke patiëntengroep het gaat.*

- **Kwaliteitsbeleid:** *Bijv. het ontwikkelen van richtlijnen of protocollen, preventieprojecten*

- **Patiëntveiligheid:** *Bijv. het verwerken van MIP-meldingen en behandelen van complicatieregistratie*

- **Onderwijs:** *Bijv. het begeleiden van coassistenten, het opleiden of inwerken van nieuwe zorgverleners, het geven van scholingen aan andere zorgverleners*

- **Wetenschappelijk onderzoek:**

- **Organisatorische activiteiten:** *Bijv. taken in management of beleid*

14) Hoeveel uur per week besteedt u gemiddeld aan de volgende activiteiten:

Direct patiëntgebonden activiteiten: Hieronder vallen poliklinische activiteiten, het uitvoeren van medische handelingen en het voeren van familiegesprekken uur

Indirect patiëntgebonden activiteiten: Hieronder vallen activiteiten als het bijwerken van medische dossiers, het aanvragen van diagnostisch onderzoek, het maken van overdrachten en overleg met medisch en niet-medisch personeel ten behoeve van de patiënt, MDO uur

Kwaliteitsbeleid: Het ontwikkelen van richtlijnen of protocollen, preventieprojectenuur

Patiëntveiligheid: Bijv. het verwerken van MIP-meldingen en behandelen van complicatieregistratie uur

Onderwijs: Het begeleiden van coassistenten, het opleiden of inwerken van nieuwe zorgverleners, het geven van scholingen aan andere zorgverleners uur

Eigen deskundigheidsbevordering: Volgen van nascholing, lezen van vakliteratuur, bijwonen van congressen etc. uur

Wetenschappelijk onderzoek: Het opzetten, uitvoeren en/ of verslagleggen van wetenschappelijk onderzoek uur

Organisatorische taken: Taken in management en beleid uur

15) Wanneer u nog andere activiteiten uitvoert die hierboven niet genoemd zijn, dan kunt u deze hieronder invullen.

Activiteit:

16) Hoeveel uur per week besteedt u aan deze activiteiten?

Activiteit: uur

17) Wie voerde de hierboven beschreven werkzaamheden uit voordat u dat deed?
Wanneer de betreffende activiteit niet door u wordt uitgevoerd, kruist u dan de optie 'n.v.t.' aan.

	Medisch Specialist	Arts-assistent	Physician Assistant	Verpleegkundig specialist	Verpleegkundige	Niemand	Andere zorgverlener	Weet ik niet	N.v.t.
Zaalfunctie	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Consultfunctie	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Poliklinische spreekuren	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Medische verrichtingen	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Kwaliteitsbeleid	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Patiëntveiligheid	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Onderwijs	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Wetenschappelijk onderzoek	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Organisatorische taken	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Extra activiteit	o	o	o	o	o	o	o	o	o

18) Hoeveel procent van uw tijd besteedt u aan (totaal 100%):

- medische taken/handelingen %
- complex verpleegkundige taken (master niveau) %
- verpleegkundige taken (niveau 4-5) %

19) Bij hoeveel procent van de patiënten werkt u volgens vaststaande protocollen?

(met 'protocol' wordt de beschrijving van de precieze volgorde van handelingen bedoeld die u moet uitvoeren om een specifieke klinische conditie te behandelen)

..... %

20) Opent u zelf een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) en/of DOT (DBC's Op weg naar Transparantie)?

- Ja, geheel zelfstandig
- Ja, nadat de arts de patiënt heeft gezien
- Nee
- Niet van toepassing
- Anders, namelijk.....

21) Geef aan welke voorbehouden handelingen u zelfstandig, onder supervisie, of nooit indiceert:

(Indien u hoofdbehandelaar bent en de voorbehouden handeling zelf indiceert, dan vult u 'zelfstandig' in; indien u de handeling indiceert in overleg met een arts, in opdracht van een arts of achteraf gecontroleerd door een arts, dan vult u 'Onder supervisie' in). NB: indien u een collega arts benadert voor een collegiaal consult (dus niet supervisie) dan kunt u invullen dat u 'zelfstandig' de taak uitvoert.

	Zelfstandig	Onder supervisie	Nooit
Injecties			
Puncties			
Voorschrijven UR geneesmiddelen			

22) Geef aan welke voorbehouden handelingen u zelfstandig, onder supervisie, of nooit uitvoert:

(Indien u hoofdbehandelaar bent en de voorbehouden handeling zelf indiceert, dan vult u 'zelfstandig' in; indien u de handeling indiceert in overleg met een arts, in opdracht van een arts of achteraf gecontroleerd door een arts, dan vult u 'Onder supervisie' in). NB: indien u een collega arts benadert voor een collegiaal consult (dus niet supervisie) dan kunt u invullen dat u 'zelfstandig' de taak uitvoert.

	Zelfstandig	Onder supervisie	Nooit
Injecties			
Puncties			
Voorschrijven UR geneesmiddelen			

23) Wie heeft vastgelegd welke voorbehouden handelingen u volledig zelfstandig mag uitvoeren?

- Uzelf
- De (superviserend) medisch specialist
- De organisatie (bv een manager, Raad van Bestuur)
- Het is vastgelegd in gezamenlijk overleg

Samenwerking revalidatiearts

24) Kunt u aangeven op welke manier uw taken zijn afgebakend? (bijvoorbeeld op papier, mondeling, op eigen gevoel)

25) Zijn er op uw afdeling schriftelijke afspraken waarin criteria beschreven zijn op welk moment (bv. op basis van klinische/lab waarden) u een medisch specialist moet raadplegen?

- Ja
- Nee

26) Hoe is de overlegstructuur tussen u en de revalidatiearts?

- Dagelijks een vast moment
- Wekelijks een vast moment
- Dagelijks ad hoc
- Wekelijks ad hoc
- Anders, nml ...

27) Hoeveel minuten per week overlegt u met de revalidatiearts?

Opleiding

28) Vindt u dat de opleiding goed aansluit bij de praktijk?

- Ja
- Nee --> Wat heeft u gemist in de opleiding?

Bijlage 2: Interview schema

