

‘Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants, nu en in de toekomst’

**UMC Consult in samenwerking met
Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht**

In opdracht van: Stuurgroep MOBG

**Auteurs: Joly Kenbeek
dr. Jany Rademakers
Utrecht, juni 2006**

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	5
VOORWOORD	12
1 ACHTERGROND EN VRAAGSTELLINGEN	13
1.1 Inleiding	13
1.2 Vraagstelling en probleemverkenning	13
1.3 Definitie van begrippen	14
1.4 Opbouw rapportage	15
2 ONDERZOEKSOPZET EN -METHODIEK	16
2.1 Eerste fase: oriëntatie en literatuurstudie	16
2.2 Tweede fase: kwalitatief onderzoek	16
2.3 Derde fase: analyse en rapportage	17
3 RESULTATEN ORIËNTATIE EN LITERATUURSTUDIE	18
3.1 Opleidingen	18
3.2 Spreiding NP en PA	22
3.3 Taken en werkzaamheden	23
3.4 Supervisie, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid	24
3.5 Organisatorische inbedding	25

4 NURSE PRACTITIONERS EN PHYSICIAN ASSISTANTS IN DE PRAKTIJK: INTERVIEWS NP EN PA	28
4.1 Beschrijving van de respondenten	28
4.2 Vooropleiding en motivatie	29
4.3 De opleiding tot NP en PA: verwachtingen en werkelijkheid	29
4.4 Taken en werkzaamheden	33
4.5 Supervisie, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid	37
4.6 Taakafbakening en samenwerking	40
4.7 Organisatorische inbedding	42
5 NURSE PRACTITIONERS EN PHYSICIAN ASSISTANTS IN DE PRAKTIJK: INTERVIEWS MANAGERS EN MEDICI	44
5.1 Beschrijving van de respondenten	44
5.2 Opleidingen	45
5.3 Taken en werkzaamheden	47
5.4 Supervisie, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid	48
5.5 Taakafbakening en samenwerking	49
5.6 Organisatorische inbedding	50
5.7 Mate van tevredenheid bij managers en medici	56
5.8 Organisatiecultuur	57
6 CONCLUSIES	59
6.1 Inleiding	59
6.2 Overeenkomst en verschillen	59
6.3. De competenties	61
6.4. Succes- en faalfactoren bij implementatie	62
6.5 Toekomstige behoefte	64

7 AANBEVELINGEN	66
7.1 Positionering	66
7.2 Bevoegdheden	66
7.3 Opleiding	67
7.4 Implementatie	67
7.5 Toekomstige behoefte	68
LITERATUUR	70
BIJLAGEN	73

SAMENVATTING

Het beroepenveld in de Nederlandse gezondheidszorg is volop in beweging. Dit heeft geleid tot de introductie van nieuwe functies als Nurse Practitioner (NP's) en Physician Assistant (PA's) en van de bijbehorende opleidingen. Voor zowel de NP als de PA geldt dat het functies in ontwikkeling zijn, die hun inbedding in het zorgproces nog moeten krijgen, een positie moeten verwerven in het functiegebouw en moeten werken in een situatie waarin nog niet alle randvoorwaardelijke zaken, zoals wetgeving, op hen zijn toegesneden.

In dit onderzoek, dat werd uitgevoerd in opdracht van de stuurgroep MOBG, staan verschillen en overeenkomsten tussen de functies van en opleidingen tot NP en PA in Nederlandse ziekenhuizen centraal. Het onderzoek dat deels bestond uit een literatuurstudie en deels uit interviews, is gericht op vier onderzoeksvragen.

1. In kaart brengen van de overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en feitelijke werkzaamheden binnen de groep NP's, binnen de groep PA's en tussen de groepen NP's en PA's.
2. In kaart brengen van de competenties, die men verworven heeft tijdens de opleiding, de mate waarin daarop een beroep wordt gedaan in de praktijk en eventuele aanvullende competenties die worden vereist in de praktijk.
3. Identificeren van de succes- en faalfactoren bij implementatie van de functies NP en PA en na gaan in hoeverre die samenhangen met de werkzaamheden en verantwoordelijkheden die worden uitgevoerd, of de (organisatorische) setting waarin de werkzaamheden worden uitgevoerd.
4. Peilen in kwalitatieve zin van de toekomstige behoefte bij het management aan de inzet van NP's en PA's.

Taken en werkzaamheden

Uit het onderzoek komt naar voren dat de NP's en PA's twee verschillende functies zijn in ziekenhuizen. Er is sprake van een 'typische NP-functie als het gaat om een combinatie van 'cure' en 'care', NP's verrichten medische en verpleegkundige taken bij een specifieke, voorgeselecteerde patiëntencategorie en houden zich veelal bezig met nieuwe taken op het gebied van deskundigheidsbevordering, zorgvernieuwing, ketenzorg, transmurale zorg e.d. De 'typische' PA's houden zich (vrijwel) uitsluitend met 'cure' bezig, zij verrichten geen verpleegkundige handelingen. Het kan voorkomen dat NP's afwijken van het bovenstaande beeld en dat de werkzaamheden meer een PA-profiel hebben. De verklaring hiervoor is dat de NP's in dienst zijn gekomen op het moment dat er nog geen PA-opleiding was in Nederland en dat er destijds ook bij het management in de ziekenhuizen nog geen duidelijk beeld was van de taken en vereiste competenties van de nieuwe functionarissen. Dit gegeven heeft ook invloed gehad op het onderzoek dat eerder naar de functies is verricht.

Binnen de NP-functie is er meer heterogeniteit in taken en werkzaamheden dan bij de PA-functie. Dat heeft enerzijds te maken met de grotere breedte aan taken, en daardoor de mogelijkheid voor verschillende accenten en profielen. Met name de 'care' taken zijn vaak gespecialiseerd en niet-routinematig. Anderzijds zijn NP's al langer werkzaam en is er meer tijd geweest om dergelijke profielen te ontwikkelen.

De NP's en PA's verrichten medische taken die protocollair zijn vastgelegd en tot de gestandaardiseerde 'cure' behoren. Zij voeren voorbehouden handelingen uit en schrijven medicijnen voor. Hierover zijn vooraf afspraken gemaakt met de medisch specialist. Hoewel PA's, kwantitatief, méér medische taken uitvoeren dan NP's is er geen verschil aan te duiden tussen het soort medische taken dat NP's en PA's verrichten. De aard van de medische taken is afhankelijk van de afdeling, het specialisme en/of patiënt en niet van de functie.

Verantwoordelijkheden

Voor de medische taken vallen de NP's en PA's formeel onder de verantwoordelijkheid van een arts. NP's geven aan een grote mate van zelfstandigheid te hebben. Hoewel ook de PA's zelfstandig taken uitvoeren hebben zij vaker overleg met de supervisor/arts. Dit kan te maken hebben met het feit dat bijna alle PA's nog in opleiding zijn. Het verschil kan ook beïnvloed worden doordat de NP's feitelijk minder vaak medische en voorbehouden handelingen verrichten.

De NP's en PA's worden op grond van hun opleiding door de artsen "bekwaam en bevoegd" geacht, voor zover zij werken binnen de afgesproken kaders.

Met betrekking tot de supervisie zijn er grote onderlinge verschillen binnen beide functies. Deze hebben meer met de organisatie van de afdeling dan met de functies van NP en PA te maken.

Competenties

De opleiding tot NP en PA zijn twee aparte opleidingen op HBO-masterniveau. Binnen de NP-opleiding zijn er onderlinge verschillen in de wijze van invulling van het curriculum. De curricula van de PA-opleiding zijn meer uniform opgezet. In theorie is het grootste verschil tussen de NP- en PA-opleiding de aard en hoeveelheid medische kennis en vaardigheden die men krijgt aangereikt. De NP's leren specifieke medische kennis en deelvaardigheden gericht op een bepaalde patiëntencategorie of ziektebeeld. Binnen de PA-opleiding ligt het accent op het aanleren van meer algemene (generieke) medische kennis en vaardigheden. In uren uitgedrukt, wordt hier 10 keer zoveel tijd aan besteed dan binnen de NP-opleiding. Naast het aanleren van medische kennis wordt in de NP-opleiding accent gelegd op de integratie van medische en verpleegkundige taken. In het tweede jaar van de opleiding moet een keuze gemaakt worden voor een zorginhoudelijke specialisatie. Daardoor zijn NP's in staat de 'cure' en 'care' taken voor een bepaalde patiëntencategorie uit te voeren. Verder wordt veel aandacht besteed aan het coördineren van de zorgverlening en het ontwerpen van een zorgketen. De PA-opleiding leidt op tot een taakgerichte specialisatie.

Er bestaat een discrepantie tussen de verschillende gegevens uit het onderzoek over de vraag in hoeverre het opzetten van toegepast wetenschappelijk onderzoek tot de taak van de NP's en PA's behoort. In de opleiding worden de NP's en PA's geleerd hoe ze onderzoek moeten opzetten en uitvoeren, zij geven ook aan dat dit in de praktijk tot hun taak behoort. Volgens de leidinggevenden maakt dit in de regel echter geen deel uit van hun takenpakket.

Op laatstgenoemd punt na, sluiten de competenties die geleerd worden in de NP- en PA-opleiding goed aan op de competenties die nodig zijn voor het werken in de praktijk.

Voor een optimale aansluiting moeten de NP's en PA's wel blijven werken op de afdeling of binnen het specialisme waarvoor zij zijn opgeleid. NP's en PA's moeten uitgebreid bijgeschoold worden bij een wisseling van patiëntencategorie of specialisme. In theorie zouden de PA's door hun bredere medische opleiding de overstap naar een ander specialisme gemakkelijker moeten kunnen maken, maar in de praktijk wordt daar terughoudend over gedacht. Overigens is tot op heden (april 2006) wisseling van patiëntencategorie of specialisme in de praktijk nog niet voorgekomen.

Succes- en faalfactoren

Er ligt vaak (nog) geen expliciet beleid aan de implementatie van de functie van NP en PA ten grondslag. In meerdere ziekenhuizen vindt op dit moment een evaluatie plaats en wordt beleid ontwikkeld voor de NP- en PA-functie. Uit het onderzoek komt een aantal factoren naar voren die een goede implementatie bevorderen of belemmeren:

- **Regelgeving:**
De onduidelijke wet- en regelgeving belemmert een adequate implementatie van de nieuwe functies.
- **Financieringsstructuur:**
De financiering van de NP's en PA's, door zorgverzekeraars maar ook binnen de ziekenhuizen zelf is op dit moment een belangrijk probleem bij de implementatie. Verrichtingen die door de NP's en PA's worden uitgevoerd kunnen niet worden gedeclareerd. NP's en PA's worden nu betaald door de organisatie (het ziekenhuis) en niet door de maatschappen.
- **Draagvlak:**
Er dient draagvlak gecreëerd te zijn bij alle betrokkenen over de taken, werkzaamheden en bevoegdheden van de NP's en PA's. Waarbij goed gecommuniceerd is wat de doelen van de nieuwe functies zijn en wat men kan verwachten. Dit alles dient vastgelegd te zijn in een functieprofiel.
- **Taakafbakening en samenwerking:**
De rol die NP's in de zorgketen hebben is erg solistisch en uniek. Binnen een zorgketen is vaak maar één NP aanwezig. Bij afwezigheid blijven juist de coördinerende taken liggen. Dit pleit voor meerdere NP's binnen een zorgketen wil de functie goed gepositioneerd worden. De taken van PA's worden overgenomen door arts-assistenten maar vanuit het oogpunt van continuïteit op de afdeling is het belangrijk om meerdere PA's in dienst te hebben.
- **Supervisie:**
Goede supervisie is belangrijk: evenals de 'match' tussen opleider en NP-PA.
- **Eigenschappen van de NP of PA:**
De kwaliteiten (sociale vaardigheid, enthousiasme, ervaring, deskundigheid) van de NP's of PA's kunnen een belangrijke rol spelen bij de acceptatie van de functie op de afdeling evenals de aanpassing van de NP of PA aan de medische cultuur waarvan zij deel gaan uitmaken.
- **Aantoonbare kwaliteitsverbetering:**
Op dit moment ontbreken prestatie-indicatoren, die de meerwaarde van de NP's en PA's kunnen aantonen.

Toekomstige behoefte

De oorspronkelijke redenen voor introductie van de functies van NP en PA zijn: taaksubstitutie (in verband met een voorzien tekort van arts-assistenten), taakdifferentiatie en –herschikking (waarbij anderen taken overnemen van de –relatief dure- medisch specialist), en kwaliteitsverbetering van de zorg (o.a. door meer continuïteit voor de patiënt en de afdeling).

De PA's in dit onderzoek dragen meer bij aan feitelijke taaksubstitutie dan de NP's, doordat zij meestal ingezet worden in plaats van arts-assistenten niet in opleiding (agnio's) en ook grotendeels hetzelfde werk doen. Voor de NP-functie geldt dat deze deels de artsentaken substitueert, maar daarnaast taken vervult die aan het bestaande zorgaanbod worden toegevoegd. De NP's komen daarmee voor een deel boven op de bestaande formatie. Met de introductie van de NP's en PA's is er overigens ook competitie ontstaan in de opleidingsmomenten. De angst bestaat dat dit ten koste gaat van de arts-assistenten. NP's en PA's nemen soms taken (leermomenten) weg van arts-assistenten die zij nodig hebben voor hun opleiding.

Vanuit het perspectief van taakdifferentiatie en –herschikking zou in theorie door de inzet van NP's en PA's op gestandaardiseerde taken van de artsen meer ruimte vrij moeten komen voor de complexe medische taken. In dit onderzoek wordt dit voordeel wel genoemd, maar het effect is niet te kwantificeren door de respondenten.

In de praktijk blijkt overigens dat het bij de gestandaardiseerde taken ook om veel 'administratieve' zaken gaat. De NP-functie werd ook geïntroduceerd als nieuwe loopbaanmogelijkheid voor verpleegkundigen. Dit zal echter nauwelijks een argument voor ziekenhuizen zijn om NP-functies te creëren.

Zowel de NP's als de PA's hebben een duidelijk positief effect op de kwaliteit van de zorg. NP's spelen een grote rol in de coördinatie van het zorgproces, deskundigheidsbevordering, begeleiding en informatievoorziening. De NP's zijn de continue factor binnen het zorgproces, gezien vanuit het oogpunt van de patiënt. De kwaliteitsverbetering die PA's bieden liggen met name op het gebied van continuïteit in de organisatie van de zorg: de PA's zijn de continue factor binnen de afdeling en bouwen veel routine op, doordat zij veel dezelfde handelingen uitvoeren.

Gezien de huidige arbeidsmarktprognoses voor artsen lijkt substitutie van artsentaken naar andere beroepsgroepen niet meer de hoogste prioriteit te hebben. Voor de kwaliteitsverbetering zouden de leidinggevenden uit dit onderzoek graag de functie van NP en PA in hun ziekenhuis behouden, maar zij ondervinden problemen met de financiering van de NP- en PA-taken. Enerzijds zijn maatschappen of de medische staf niet bereid mee te betalen aan deze functies; anderzijds kunnen de verrichtingen, die de NP's en PA's uitvoeren, niet goed gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. NP's en PA's vervangen niet het volledige takenpakket van de arts of arts-assistent, maar naar het (mogelijk positieve) effect van gedeeltelijke substitutie en taakherschikking op de kosten van het zorgproces is nog geen onderzoek gedaan.

Veel ziekenhuizen zijn daarom terughoudend in het aannemen van nieuwe NP's en PA's in opleiding. In de toekomst kan dit leiden tot een daling van de instroom of tot problemen bij het vinden van opleidingsplaatsen van de NP's en PA's. Het bovenstaande in ogenschouw genomen is, onder gelijkblijvende omstandigheden, een sterke groei van de NP- en PA-functie niet te verwachten.

Aanbevelingen

Positionering

De NP en PA zijn twee verschillende functies. Het verdient aanbeveling om de functies ook als zodanig te positioneren. De NP's behoren tot het verpleegkundig continuüm, vanwege de integratie van gestandaardiseerde medische en gespecialiseerde verpleegkundige taken in de functie. De PA's moeten in het medisch continuüm gepositioneerd worden, omdat zij de rol van behandelaar in het medisch domein hebben en alleen de gestandaardiseerde medische taken uitvoeren voor een brede categorie patiënten binnen één specialisme.

Om de positionering van de NP- en PA-functie verder vorm te geven is het van belang:

- om een consequente eenduidige Nederlandse terminologie voor de functie van NP en PA te bedenken c.q. te gebruiken, afgestemd op 'nieuwe' landelijke titulatuur. Wanneer de NP's worden opgenomen in de nieuwe beroepenstructuur, conform het VBOC advies, is de term 'verpleegkundig specialist' van toepassing.
- om voor NP's die objectief gesproken typische PA-functies vervullen toetsingscriteria en een overgangsregeling op te stellen die voorziet in een EVC-procedure en eventuele bijscholing.
- dat instellingen en beroepsverenigingen zich hard maken voor eenduidigheid in de functies van NP en PA.
- dat goede voorlichting wordt gegeven door overheid, opleidingsinstellingen en ziekenhuizen aan patiënten, patiëntenverenigingen, studenten en beroepsgroepen over de functie van NP en PA.

Bevoegdheden

Binnen de ziekenhuizen wordt op verschillende manieren omgegaan met het verrichten van voorbehouden handelingen, het voorschrijven van medicatie en het al dan niet onder supervisie uitvoeren van een aantal medische taken. Op basis van het onderzoek is er geen aanleiding om op dit punt onderscheid te maken tussen de NP's en PA's, omdat zowel de NP's als de PA's op basis van hun deskundigheid zelfstandig routinematige medische handelingen kunnen uitvoeren, die vastgelegd zijn in protocollen en standaarden.

Voor de NP's en PA's is een wetswijziging voorgesteld waarbij zij zelfstandige bevoegdheden toebedeeld krijgen. Indien de voorgestelde wetswijzigingen doorgang vinden betekent dit voor de NP's dat wanneer zij worden opgenomen in de nieuwe beroepenstructuur als verpleegkundig specialist (conform artikel 14 van de Wet BIG) zij de noodzakelijke bevoegdheden krijgen via artikel 36 van de Wet BIG. Voor de PA's zijn de bevoegdheden geregeld wanneer een experimenteerartikel (met bijbehorend AMvB) aan de Wet BIG wordt toegevoegd. De diversiteit aan 'lokale' regelingen per ziekenhuis met betrekking tot het voorschrijven van medicatie wordt met het opnemen van de voorschrijfbevoegdheid als voorbehouden handeling in de Wet BIG eenduidig geregeld. Het onderzoek kan geen uitsluitsel geven op de vraag of de NP's en PA's bevoegdheden moeten krijgen voor alle of slechts een beperkt aantal voorbehouden handelingen. Wel is het raadzaam om de bevoegdheden geclausuleerd toe te kennen.

Opleiding

Het is niet wenselijk om het onderscheid tussen de opleiding tot NP en PA te laten verdwijnen. Voor de NP's is het van belang dat hun vakinhoudelijke deskundigheid verbonden wordt met deskundigheid op het gebied van zorgcoördinatie en met specifieke kennis en competenties voor de zorg voor bepaalde patiëntencategorieën. De PA's hebben voor de uitoefening van hun functie een brede medische kennis nodig. Dit pleit eerder voor afstemming met de opleiding geneeskunde en verkenning van mogelijkheden om bepaalde onderwijsmodulen te combineren dan voor samenvoeging van de NP- en PA-opleiding. De vraag of afgestudeerde PA's hun algemene medische kennis kunnen toepassen binnen meerdere specialismen, anders dan de werkplek waarvoor zij zijn opgeleid, vergt nader onderzoek. Op dit moment is verandering van specialisme onder de PA's nog niet voorgekomen.

Door het onderscheid tussen de NP- en PA- opleiding te handhaven blijft het carrièreperspectief en behoud van een diverse groep werknemers in de gezondheidszorg in stand. Daarnaast kiezen studenten, met de komst van de PA-opleiding, bewust voor een 'medische' PA-opleiding of voor een 'verpleegkundige' NP-ervolgopleiding. Door integratie van de NP- en PA-opleiding of door samenvoeging van delen daarvan ontstaat één vervolgopleiding die alleen open staat voor verpleegkundigen. Daardoor ontstaat minder carrièreperspectief voor andere HBO-opgeleiden in de zorg.

Implementatie

De functies van NP en PA zijn nog niet helemaal uitgekristalliseerd, ze bestaan relatief kort en het aantal PA's is klein. Het is daarom belangrijk dat de overheid naast de bekostiging van de opleiding, doorgaat, met het bevorderen van de ontwikkeling van nieuwe professionals zoals de NP's en PA's, bijvoorbeeld door het handhaven van de huidige subsidieregeling voor salariscompensatie.

De ziekenhuizen moeten zorg dragen voor een adequate inbedding van de functies binnen de organisatie. Voordat een ziekenhuis(-afdeling) overgaat tot het implementeren van de functie van NP en PA moet met alle betrokkenen bij het zorgproces een goede afweging gemaakt worden over de gewenste organisatie van de zorg en de meerwaarde die NP's of PA's hierin kunnen hebben. Helderheid over het profiel, het takenpakket en de afstemming met andere zorgverleners is immers een belangrijke voorwaarde voor succes.

Om zowel de afweging als de implementatie te faciliteren zou een hulpmiddel ontwikkeld kunnen worden: een implementatiewijzer, met de zorgvraag van de patiënt als uitgangspunt. Voor de implementatiewijzer kan een standaard ontwikkeld worden, waarmee ziekenhuizen bij de implementatie van de NP's en PA's gefaciliteerd worden.

Toekomstige behoefte

Op basis van het onderzoek is geen goed onderbouwd antwoord te geven op de vraag wat de toekomstige behoefte is aan NP's en PA's. Daarom is nader onderzoek nodig naar het (kwantitatieve) effect van de inzet van de NP's en PA's op de kwaliteit, continuïteit en doelmatigheid van zorg. Op dit moment zijn er geen objectieve (kwantitatieve) gegevens beschikbaar. Zonder deze gegevens kan er geen goede discussie plaatsvinden over een

herverdeling van taken om de zorg doelmatiger en patiëntgerichter te organiseren. Handhaven van het huidige aantal opleidingsplaatsen voor NP's en PA's lijkt daarom vooralsnog zinvol. Voor de langere termijn moet uitsluitel worden gegeven op welke wijze de NP- en PA-opleiding gaan vallen onder de nieuwe bekostigingssystematiek zorgopleidingen

Ter vergroting van de omvang en het niveau van de kennis van NP's en PA's is landelijk gezien een kritische massa nodig. Welke omvang deze moet hebben is op basis van het onderzoek niet te geven. Wel is het van belang om bij het vaststellen van de benodigde capaciteit van NP's en PA's samenhang te brengen in ramingen van het aantal benodigde artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

De toekomstige behoefte aan NP's en PA's kan niet los worden gezien van de financiële barrières waar ziekenhuizen zich voor geplaatst zien. Dit heeft vooral te maken met de financierings- en bekostigingsstructuur. Het verdient daarom aanbeveling om:

- afspraken te maken met de zorgverzekeraars over declaratie van verrichtingen die NP's en PA's uitvoeren.
- aantoonbare efficiëntiewinst die ziekenhuizen behalen met de inzet van NP's en PA's ten goede te laten komen aan het ziekenhuis voor innovatie in de zorg. Hiervoor zullen eerst outputcriteria ontwikkeld moeten worden.
- De bekostiging van NP's en PA's gelijk te stellen met arts-assistenten wanneer zij ingezet worden in plaats van arts-assistenten.

VOORWOORD

Het onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners (NP's) en Physician Assistants (PA's) in ziekenhuizen, nu en in de toekomst, heeft plaatsgevonden in opdracht van de Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) en is uitgevoerd door UMC Consult in samenwerking met het Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding van het UMC Utrecht. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode november 2005 – mei 2006 en bestaat uit een theoretisch deel (literatuuronderzoek) en een praktisch deel (semi-structureerde interviews met NP's, PA's, managers en leidinggevende medici, allen werkzaam in ziekenhuizen in Nederland).

Naast de auteurs hebben aan dit onderzoek meegewerkt:

- Prof. Dr. Th.J.ten Cate, directeur van het Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht. Hij heeft inhoudelijk advies gegeven over de opzet van het onderzoek en het verzamelen van de gegevens.
- De studentassistenten die de interviews hebben afgenomen bij de NP en PA: Carlijn Volker, Niels Lastdrager, Miranda Visser-Schippers en Mylène Malipaard.

Verder willen wij graag de volgende mensen bedanken voor hun waardevolle bijdrage aan dit onderzoek.

- De begeleidingscommissie bestaande uit:
 - Dr. R. Valentijn (voorzitter), lid van de Stuurgroep MOBG.
 - Drs. R. Koch, voorzitter van het Platform PA-ANP (tot 1 april 2006).
 - Drs. G. van den Brink, voorzitter van het Platform PA-ANP (vanaf 1 april 2006).
 - Drs. M. Mens, coördinator inhoudelijke zaken, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra.
 - Drs. N.G.M.Oerlemans mba, senior-beleidsadviseur, NVZ vereniging van ziekenhuizen.
 - Drs. H. Kanters (secretaris), beleidsmedewerker van het Bureau MOBG.
- De sleutelfiguren binnen de opleidingsinstituten, beroepsverenigingen, Platform NP – PA die ons voorzagen van informatie, documenten en namen van mogelijke respondenten die relevant konden zijn voor dit onderzoek.
- De respondenten, die bereid waren hun inzichten en ervaringen te delen ten behoeve van dit onderzoek.

Joly Kenbeek
Dr. Jany Rademakers
Utrecht, juni 2006

HOOFDSTUK 1 ACHTERGROND EN VRAAGSTELLINGEN

1.1 Inleiding

Het beroepenveld in de Nederlandse gezondheidszorg is volop in beweging als gevolg van technologische en maatschappelijke ontwikkelingen. Mede als gevolg van de capaciteitstekorten onder medisch specialisten en de borging van de kwaliteit van zorg is taakherschikking tussen (nieuwe) professionals in de zorg in ontwikkeling. Dit heeft, samen met het bieden van een loopbaanperspectief voor de verpleegkundige en paramedische beroepsgroepen, geleid tot de introductie van nieuwe functies als Nurse Practitioner in 1997 en Physician Assistant in 2001 en van de bijbehorende opleidingen.

De wijze, waarop de verdeling van taken tussen de verschillende beroepsgroepen tot stand komt, kan binnen en per instelling of regio variëren. Bovendien lopen instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars tegen grenzen aan in de regelgeving. Het is belangrijk voor alle partijen dat de verschuiving van taken tussen functies en hun onderlinge samenhang duidelijker en eenduidiger gestructureerd wordt.

De Minister van VWS heeft medio 2004 de Stuurgroep MOBG¹ geïnstalleerd. Deze Stuurgroep heeft de opdracht een samenhangend stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en te implementeren met een daarbij passende besturingsstructuur.

Eén van de onderdelen van deze opdracht is het inbedden van twee nieuwe functies die in de afgelopen jaren zijn ontstaan in het zorgproces: de Nurse Practitioner (NP) en de Physician Assistant (PA). Voor zowel de NP als de PA geldt dat het functies in ontwikkeling zijn, die hun inbedding in het zorgproces nog moeten krijgen, een positie moet verwerven in het functiegebouw en die moeten werken in een situatie waarin nog niet alle randvoorwaardelijke zaken, zoals wetgeving, op hen zijn toegesneden.

Naar de ontwikkeling van de functie van Nurse Practitioner is inmiddels enig onderzoek gedaan, omdat deze functie in 1997 al is geïntroduceerd.

Voor de functie van Physician Assistant is in oktober 2001 de eerste twee-en-een-halfjarige opleiding van start gegaan met vijf studenten die opgeleid werden voor een PA functie bij de Cardio Thoracale Chirurgie binnen het UMC Utrecht. Er is nog nauwelijks onderzoek gedaan naar de functie van Physician Assistant

1.2 Vraagstelling en probleemverkenning

Uit de onderzoeken die tot nu toe zijn verricht naar de positionering van de functie van NP en de ervaringen met het functioneren van de PA is gebleken dat de wijze waarop de functies worden vormgegeven en uitgevoerd per instelling varieert. Onbekend is nog of de landelijk vastgestelde competenties, die de opleidingsinstituten hanteren voor de opleiding tot NP en PA, overeenkomen met de competenties die voor het uitoefenen van de functie worden vereist.

¹ MOBG: Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg.

De stuurgroep MOBG heeft UMC Consult in samenwerking met het Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht), gevraagd om binnen de UMC's en algemene ziekenhuizen:

1. De overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en feitelijke werkzaamheden binnen de groep NP's, binnen de groep PA's en tussen de groepen NP's en PA's in kaart te brengen.
2. De competenties, die men verworven heeft tijdens de opleiding, de mate waarin daarop een beroep wordt gedaan in de praktijk en eventuele aanvullende competenties die worden vereist in de praktijk in kaart te brengen.
3. De succes- en faalfactoren bij implementatie van de functies NP en PA te identificeren en na te gaan in hoeverre die samenhangen met de werkzaamheden en verantwoordelijkheden die worden uitgevoerd of de (organisatorische) setting waarin de werkzaamheden worden uitgevoerd.
4. De toekomstige behoefte bij management aan inzet van NP's en PA's te peilen, m.n. in kwalitatieve zin.
5. Aanbevelingen te doen over de positionering van de NP en de PA op basis van de onderzoeksresultaten.

1.3 Definitie van begrippen

In de rapportage komt een aantal begrippen voor die nadere toelichting vragen. In deze paragraaf wordt de gehanteerde definitie gegeven.

Opleiding: Onder punt twee van de vraagstelling wordt gerefereerd aan de competenties, die de NP's en PA's hebben verworven tijdens de opleiding. De PA-opleiding is een duale opleiding. Formeel bestaat de opleiding uit het aanleren van kennis en vaardigheden, die op school en de werkplek worden geleerd. Door de respondenten wordt echter een onderscheid gemaakt tussen de school en de werkplek. Daarom wordt in de rapportage onder opleiding verstaan het onderwijs, dat gegeven wordt binnen de opleidingsinstellingen, en de stages, die gedurende de opleiding tot NP en PA worden doorlopen. De competenties, die de NP's en PA's verwerven op hun werkplek, vallen in dit rapport niet onder de definitie opleiding.

Succes- en faalfactoren: Onder succes- en faalfactoren in punt drie van de vraagstelling worden die factoren, verstaan die de implementatie van de functie van NP's en PA's bevorderen dan wel belemmeren.

Functie: Is het geheel van samenhangende taken, die door één persoon verricht worden.

Beroep: Is het geheel van samenhangende taken, gemeenschappelijk aanvaarde kennis, ethische uitgangspunten en methodieken, waarvan de aard en de onderlinge samenhang onafhankelijk zijn van specifieke arbeidsorganisaties en als zodanig institutioneel erkend.

Taaksubstitutie: Bij taaksubstitutie gaat het om het verschuiven van taken tussen beroepen en functies.

Taakherschikking: Het structureel herverdelen van taken en bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen beroepen.

Functiedifferentiatie: In deze rapportage wordt de term functiedifferentiatie gebruikt als het gaat om het herschikken van taken en verantwoordelijkheden in nieuwe of vernieuwde functies.

In de rapportage worden de NP's en PA's aangeduid in de vrouwelijke persoonsvorm. Dit wil niet zeggen dat alle, in deze rapportage benoemde, NP's en PA's vrouwen zijn. Het is echter wel een weerspiegeling van de praktijk dat er meer vrouwen dan mannen werkzaam zijn in deze functies.

1.4 Opbouw rapportage

De rapportage is als volgt opgebouwd.

Hoofdstuk 2 beschrijft de onderzoeksopzet en -methodiek. Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie van Nederlandse literatuur en een kwalitatief onderzoek, waarvoor interviews zijn afgenomen met NP's en PA's, en met managers en medici, die aan hen leidinggeven.

Hoofdstuk 3 geeft een analyse van bestaande onderzoeken en beleidsnota's: de eerste onderzoeksfase. In hoofdstuk 4 wordt de analyse beschreven van de interviews die gehouden zijn met de NP's en PA's en in hoofdstuk 5 de analyse van de interviews met de managers en medici. Hoofdstuk 6 plaatst de resultaten in het licht van de onderzoeksvragen en bevat de conclusies. In hoofdstuk 7 worden de aanbevelingen beschreven.

De cursief gedrukte cijfers tussen haakjes in de tekst verwijzen naar de bronvermelding in de literatuurlijst die is toegevoegd. De cursief gedrukte teksten in de rapportage zijn citaten uit de interviews, die om privacyredenen zijn geanonimiseerd.

HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSOPZET EN -METHODIEK

2.1 Eerste fase: oriëntatie en literatuurstudie

Bij een selectie van de opleidingsinstituten, twee van negen NP-opleidingen en twee van de vijf PA-opleidingen die opleidingen voor NP en PA verzorgen, is een oriënterend onderzoek uitgevoerd naar de competentieprofielen die aan de opleidingen ten grondslag liggen.

De omvang en spreiding van de groepen NP's en PA's is in beeld gebracht naar:

- ziekenhuissetting (UMC versus algemeen ziekenhuis)
- specialisme

Hiervoor is gebruik gemaakt van gegevens uit eerdere onderzoeken en van informatie van de hogescholen.

In kaart is gebracht welk onderzoek al is gedaan naar de taken, werkzaamheden en verantwoordelijkheden van NP's en PA's door het bestuderen van literatuur, beleidsdocumenten, studiegidsen en internetsites (zie literatuurlijst).

Een analyse is uitgevoerd van bestaande onderzoeken en beleidsnota's (voor zover mogelijk en relevant is ook de zgn. "grijze" literatuur meegenomen) m.b.t. de werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de NP en PA.

2.2 Tweede fase: kwalitatief onderzoek

Interviews zijn afgenomen met 15 NP's en 19 PA's (afgestudeerd dan wel in het laatste jaar van hun opleiding). De NP's en PA's zijn verspreid over 28 verschillende specialisme, zes UMC's en 13 algemene ziekenhuizen (zie bijlage 3 en 4). Hoewel er geen aselecte steekproef genomen is vormt de respondentengroep een goede afspiegeling van de totale groep. Bovendien zijn 1 op de 3 ziekenhuizen waar NP's en PA's werkzaam zijn betrokken in dit onderzoek.

De vragen, die in de interviews aan de orde kwamen, zijn opgenomen in bijlage 1 en 2.

Als inclusiecriteria voor de groep geïnterviewden zijn gehanteerd:

- werkzaam in algemeen of UMC ziekenhuis
- spreiding naar setting (algemeen ziekenhuis/ UMC), specialisme en patiëntengroep
- PA afgestudeerd of in het laatste jaar van de opleiding
- NP afgestudeerd
- NP en PA volledig werkzaam in deze functie

Bij de samenstelling van de respondentengroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met de spreiding naar specialisme. Daarbij moet opgemerkt worden dat gezien het beperkte aantal afgestudeerde PA's en PA's in het laatste jaar van hun opleiding een grotere spreiding van de PA's dan in dit onderzoek verkregen niet mogelijk was.

De geïnterviewden zijn benaderd na overleg met de praktijkbegeleiders of programma-managers van de opleiding, die zij volgen of hebben afgerond.

Spreiding van de 34 interviews met de NP's en PA's naar verschillende UMC's of algemene ziekenhuizen en verschillende specialismen:

	Aantal verschillende specialismen	Aantal verschillende UMC's	Aantal verschillende algemene ziekenhuizen
Totaal	28	6	13
NP	14	4	10
PA	15	4	13

Tabel 1: spreiding interviews NP's en PA's naar specialisme en ziekenhuis (bijlage 3 en 4)

In vier ziekenhuizen is zowel een NP als een PA geïnterviewd. In tabel 1 wordt het aantal verschillende ziekenhuizen en specialismen aangegeven.

De interviews met de NP's en PA's zijn afgenomen door vier studentassistenten, die daar een speciale interviewtraining voor hebben gehad.

Interviews zijn voorts afgenomen met 7 managers en 7 medici, die (mede)verantwoordelijk zijn voor de implementatie van NP en PA functies (zie bijlage 5). De vragen, die in deze interviews aan de orde kwamen, zijn opgenomen in bijlage 6.

Als inclusiecriteria voor de groep geïnterviewden managers en medici zijn gehanteerd:

- werkzaam in dezelfde divisie of afdeling als in het onderzoek geïnccludeerde NP en PA
- geeft leiding aan de NP's of PA's

De interviews met de managers en medici zijn afgenomen door de auteurs van dit onderzoek.

	Aantal verschillende specialismen	Aantal verschillende UMC's	Aantal verschillende algemene ziekenhuizen
Totaal	11	5	4
Managers	5	4	3
Medici	7	5	2

Tabel 2: spreiding interviews managers en medici naar specialisme en ziekenhuis.

2.3 Derde fase: analyse en rapportage

- Analyse; weging van de gegevens die verzameld zijn in fase 1 en 2.
- Opstellen van rapportage met onderzoeksbevindingen en conclusies.
- Opstellen van aanbevelingen.

De opzet van het onderzoek is vooral kwalitatief van aard en is gebaseerd op de gegevens uit bestaande literatuur en uit de interviews. Inzicht in de toekomstige kwantitatieve behoefte aan de inzet van NP's en PA's vergt ook een kwantitatieve analyse, waarin naast inzicht in de verdere profilering van beide beroepen ook epidemiologische kennis van de ontwikkeling van bepaalde ziektebeelden c.q. patiëntengroepen toegepast moet worden. Dit valt echter buiten de reikwijdte van dit project.

HOOFDSTUK 3 RESULTATEN ORIËNTATIE EN LITERATUURSTUDIE

3.1 Opleidingen

De opleidingen voor Nurse Practitioner en Physician Assistant zijn gescheiden opleidingen op HBO-master niveau, die elk door meerdere onderwijsinstututen en opleidingsinstellingen worden verzorgd. Daarnaast kan de inhoud van de opleidingen ook onderling verschillen door een andere invulling van het curriculum². De PA-opleiding is een twee-en-een-half-jarige opleiding gebaseerd op het principe van duaal opleiden. In tegenstelling tot de opleiding voor NP, staat de PA-opleiding behalve voor verpleegkundigen ook open voor andere HBO-opgeleiden in de gezondheidszorg zoals fysiotherapeuten, diëtisten etc. De Hanzehogeschool is de opleiding tot NP in 1997 gestart rond gezondheidsproblemen (evenals Hogeschool InHolland Diemen en Fontys Hogeschool Eindhoven) waarin het competentieprofiel van de opleiding NP werd verdeeld in drie categorieën:

1. Patiëntenzorg
2. Samenwerking
3. Kwaliteitsbeleid

Op dit moment (2005) is de Hanzehogeschool bezig om het competentieprofiel van de NP-opleiding meer richting de CanMeds-rollen (Canadian Medical Education Directions for Specialists roles framework) te ontwikkelen met de bijbehorende competenties (*bron 41*). Deze rollenstructuur vormt een standaard voor veel opleidingen van medisch specialisten. Gebruik van deze structuur voor de opleiding tot NP maakt het mogelijk om de competenties van de medisch specialist en de NP naast elkaar te leggen. Door de NP gebeurt dit vanuit het perspectief van verpleegkunde en door de medisch specialist vanuit het perspectief van de geneeskunde. Beide competentieprofielen (1997 en 2005) van de Hanzehogeschool hebben gemeen dat zij het vervullen van verschillende rollen als uitgangspunt hanteren bij de uitoefening van de functie van NP.

Bij de NP-opleiding in Leiden staat de directe patiëntenzorg centraal, bij de Hogeschool in Arnhem en Nijmegen ligt het accent op patiënten met chronische aandoeningen en op multi-professioneel werken. De Hogeschool van Utrecht legt het accent op verschillende rollen van de Nurse Practitioner (*bron 31*). Er bestaan nog geen landelijke eindkwalificaties voor de NP-opleiding maar de opleidingsinstututen zijn bezig deze te ontwikkelen.

Voor de PA-opleiding zijn landelijk eindkwalificaties ontwikkeld, waar alle vijf de opleidingsinstututen zich aan houden. De competentiegebieden voor de PA zijn:

1. Werken met en voor de patiënten
2. Werken in en vanuit een organisatie
3. Professioneel handelen en beroepsontwikkeling

Ook bij deze opleiding verschillen de curricula. In oktober 2003 is de opleiding formeel en juridisch geaccrediteerd door de NVAO als duale professionele HBO-master opleiding bij de Hogeschool van Utrecht en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Deze opleidingsinstututen hebben een uniform curricula. De eerste studenten zijn allen werkzaam in de tweedelijns gezondheidszorg (ziekenhuizen). Vanaf 2004 zijn de eerste PA's gestart met een opleiding binnen de huisartsenpraktijk.

In onderstaande tabel worden de verschillen en overeenkomsten tussen de opleidingen van NP en PA uiteengezet. Er is een aantal gemeenschappelijke competenties die de NP en PA leren in hun opleiding, en een aantal functiespecifieke competenties.

² Het Nederlands Vlaams Accreditatie Orgaan stelt in haar landelijke kaders voor de opleidingen voor NP en PA dat 60% van de competenties en eindtermen identiek moet zijn, 40% mag variabel zijn.

Gegevens per april 2005

	Nurse Practitioner	Physician Assistant
Instroom	<ul style="list-style-type: none"> HBO-verpleegkunde, geregistreerd verpleegkundige Homogene instroom 	<ul style="list-style-type: none"> HBO-gezondheidszorg, werkervaring in de gezondheidszorg Heterogene instroom
Duur	Duaal 2 jaar	Duaal 2,5 jaar
Financiering	Subsidie € 15.000 per jaar (OCW) Salariscompensatie € 21.000,- per jaar (VWS) Collegegeld € 1.500,- per jaar	Subsidie € 15.000 per jaar (OCW) Salariscompensatie € 21.000,- per jaar (VWS) Collegegeld € 1.500,- per jaar
Studie belasting	3360 Studiebelastinguren (school en stages, werkplekuren) <i>(bron 45)</i>	4200 Studiebelastinguren (school en stages, werkplekuren) <i>(bron 46)</i>
Oriëntatie opleiding	<ul style="list-style-type: none"> Medisch en verpleegkundig breed vanuit gezondheidsproblemen Gericht op specifieke kennis m.b.t. patiëntencategorieën Wetenschappelijke vorming betreft toepassing van Evidence Based Practice en het bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek Specialisten Accent op integratie van medische en verpleegkundige taken. Patiëntgerichte specialisatie NP richt zich op verpleegkundig domein en specialiseert zich op specifieke (medische) deeltaaligheden In het verlengde van de opleiding tot verpleegkundige ligt meer nadruk op professionele rolontwikkeling en wetenschap 	<ul style="list-style-type: none"> Medisch breed vanuit medisch specialisme Gericht op brede kennis binnen de geneeskunde Wetenschappelijke vorming betreft de toepassing van Evidence Based Practice Generalisten Accent op medische taken en technisch karakter Taakgerichte specialisatie PA verwerft over de volle breedte van het medisch domein vaardigheden en richt zich daarna op taken binnen medische specialisatie
Instellingen	In 1997 is de opleiding gestart door de Hanze Hogeschool in Groningen en op dit moment wordt de opleiding aangeboden door: <ul style="list-style-type: none"> Hanze Hogeschool Groningen Hogeschool InHolland Diemen Hogeschool Leiden Hogeschool Rotterdam Hogeschool Arnhem en Nijmegen Hogeschool Zuyd Saxion Hogescholen Fontys Hogescholen Hogeschool van Utrecht 	In 2001 is de opleiding gestart bij de Academie Gezondheidszorg Utrecht (samenwerkingsverband van UMC Utrecht, Hogeschool van Utrecht en Universiteit Utrecht) en op dit moment wordt de opleiding aangeboden bij: <ul style="list-style-type: none"> Hogeschool van Utrecht Hogeschool Arnhem en Nijmegen Hanze Hogeschool Groningen InHolland Graduate School Diemen Hogeschool Rotterdam (alleen klinische verloskunde)
Aantallen	Ca. 370 NP's werkzaam in Nederland	14 afgestudeerde PA's en 109 PA's in opleiding werkzaam in Nederland

Tabel 3: verschillen en overeenkomsten opleidingen NP en PA *(bron 8, 40, 41,42, 44, 45, 46, 47,48)*
Het grootste verschil tussen de NP- en PA-opleiding is dat de NP medische kennis aanleert op deelgebieden en de PA over de volle breedte van het medisch domein. Volle breedte wil zeggen dat zij meer algemene (generieke) medische competenties ontwikkelen die op meerdere medische gebieden toepasbaar zijn en dat ze op meerdere afdelingen van verschillende specialismen stages lopen.

De NP krijgt in het eerste jaar zes generieke modules: medisch redeneren, methoden en technieken, kwaliteitszorg, evidence based practice, consultatie en educatie en innovatiemanagement. Het tweede jaar moet de NP een keuze maken uit vier zorginhoudelijke specialisaties; kraam-, kinder- en jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, zorg voor chronisch zieken en intensieve klinische zorg. De nadruk in deze fase ligt op voor de richting specifieke theorieën, modellen en trends evenals de effecten daarvan op de praktijk. Binnen deze specialisatiefase krijgen zij modules als: best practice, reflectieve praktijkvoering, klinische besluitvorming, lichamenlijk onderzoek. De NP is daardoor in staat om haar verpleegkundige kennis verder te verdiepen en haar kennis te verbreden naar veranderkundige en specifieke medische deelvaardigheden. Deze kennis wordt gekenmerkt door het realiseren van oplossingen in niet standaard situaties voor specifieke patiëntengroepen.

De PA verwerft over de volle breedte van het medisch domein vaardigheden en richt zich daarna op taken binnen de medische specialisatie. De opleiding bestaat uit het aanleren van generieke competenties (medisch redeneren en handelen, wetenschap en onderzoek, werkplek en organisatie, persoon en beroep) en werkplekgebonden competenties. Het aanleren van deze competenties loopt door de hele opleiding heen. Gedurende de opleiding verwerft de PA medische kennis over een patiënt met chirurgische en inwendige aandoeningen, de acuut en chronisch zieke patiënt, psychiatrische, neurologische, oudere patiënten en vrouw en kind. Naast de eigen werkplek loopt de PA in opleiding tevens stages op zes afdelingen met verschillende specialismen.

Eindkwalificaties en competenties van de opleidingen tot NP en PA

Nurse Practitioner	Physician Assistant
Competentiegebieden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Patiëntenzorg (domein Zorg met de rollen zorgverlener en regisseur van zorgtrajecten voor groepen) 2. Samenwerking (domein organisatie van zorg met de rollen ontwerper en coach) 3. Kwaliteitsbeleid (domein beroep met de rollen beroepsbeoefenaar en onderzoeker) 	Competentiegebieden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Werken met en voor de patiënten; directe patiëntenzorg 2. Werken in en vanuit een organisatie 3. Professioneel handelen en beroepsontwikkeling
Eindkwalificaties: Ad 1 <ul style="list-style-type: none"> • Verzamelen patiëntgegevens over de gezondheid van individuen en groepen • Vaststellen van gezondheidsproblemen • Exploreren van de relatie tussen de klacht en de omstandigheden • Identificeren risicogroepen • Voorstellen maken voor behandelplannen • Voorleggen van behandelplannen aan andere disciplines • Uitvoeren van behandelplannen 	Eindkwalificaties: Ad 1 <ul style="list-style-type: none"> • Verlenen van effectieve patiëntenzorg door op een welomschreven terrein gangbare diagnoses te stellen, gangbare therapieën uit te voeren en die te evalueren • Stellen van indicaties en herkennen complicaties van gangbare medische handelingen • Verlenen van spoedeisende hulp, bewaken en herstellen waar nodig vitale lichaamsfuncties • Verstrekken in belang v.d. patiënt opdrachten aan andere participanten in de zorgketen • Rapporteren m.b.t. patiëntenzorg • Bijdragen aan gezondheidsvoorlichting en ziektepreventie

<p>Ad 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overleggen met patiënt over op te stellen behandelplan • Overleggen met andere disciplines intra- en extramuraal over het op te stellen behandelplan • Coördineren van zorgverlening • Verwijzen naar andere disciplines • Ontwerpen van zorgketen • Bepalen van eigen positie in zorgketen • Zorgdragen voor de continuïteit en coördinatie van de zorgketen • Geeft intra- en interprofessionele consultatie • Kritisch reflecteren op eigen en andermans handelen <p>Ad 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Initieert kwaliteitsbeleid • Op peil houden eigen deskundigheid • Signaleren van scholingsvragen • Verspreiden en vertalen van (wetenschappelijke) kennis • Toepassen implementatiestrategieën • Ontwikkelen richtlijnen en protocollen • Genereren van onderzoeksvragen • Initiëren (toepassingsgericht) onderzoek • Bijdrage leveren aan de uitvoering van onderzoek 	<p>Ad 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bijdragen aan functioneren en beheren van haar directe werkomgeving of afdeling • Bijdragen aan kwaliteitszorg • Constructief samenwerken in teams • Functioneren binnen het vigerende systeem van de nationale, regionale en lokale gezondheidszorg <p>Ad 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zichzelf ontwikkelen binnen beroep/functie, actief verwerven professionele competenties, uitdragen en toepassen hiervan • Adequaat tonen van sociaal/communicatief gedrag • Handelen in overeenstemming met wettelijke bepalingen • Bij het uitvoeren van taken stellen van prioriteiten m.b.t. patiënt, zorgketen en het eigen functioneren • Bijdragen aan ontwikkeling van het beroep • Bijdragen aan klinisch wetenschappelijk onderzoek
<p>Eerste studiejaar bestaat uit generieke modules. Tweede studiejaar wordt sterk bepaald door zorginhoudelijke specialisatie.</p>	<p>De generieke eindkwalificaties gelden voor alle PA's en zijn gekoppeld aan leerlijnen (medisch redeneren en handelen, wetenschap en onderzoek, werkplek en organisatie, persoon en beroep) en inhoudelijke thema's (de eerste stap op weg naar PA, patiënt met chirurgische aandoeningen, inwendige aandoeningen, acuut zieke patiënt, chronische zieke patiënt, psychiatrische en neurologische patiënt, oudere patiënt, vrouw en kind).</p> <p>Complementaire functiegerelateerde competenties worden gedurende de opleiding in overleg met de superviserende arts vastgesteld en geoperationaliseerd.</p>
<p>140 SBU wordt besteed aan lichamelijk onderzoek in het tweede studiejaar. Hierin worden vaardigheden verworven van specifieke verpleegkundige en/of medisch vaardigheden die voor de werkpraktijk beoogde taakherschikking noodzakelijk zijn.</p>	<p>Groot deel van de opleiding draait om puur medische inhouden, dat betekent 1400 SBU schooldeel en 1400 SBU stages, exclusief de werkplek uren. De overige uren zijn een combinatie van medische inhoud gerelateerd aan het werkveld.</p>
	<p>Vanuit een patiëntencasuïstiek doorlopen zij het totale medische proces van anamnese onderzoek, diagnostiek, therapeutische behandeling en evaluatie.</p>

Tabel 4 (bron 40,41,44,46)

De competentiegebieden (patiëntenzorg, organisatie en beroepsontwikkeling) van de NP en PA komen in grote lijnen met elkaar overeen. Wel is het lastig om de eindkwalificaties met elkaar te vergelijken, omdat ze op verschillende manieren in de rapportages zijn beschreven. Wat opvalt, is dat bij de eindkwalificaties van de NP de patiënt centraler staat en de NP opgeleid wordt als onderdeel van de zorgketen. Zij richten zich meer op coördinatie en organisatie van het zorgproces. Zij geven geen opdrachten aan anderen en zijn niet verantwoordelijk voor het stellen van diagnose en behandeling. Net als in de oriëntatie van de opleiding ligt de focus bij de eindkwalificaties op patiëntengroepen en gezondheidsproblemen.

Binnen de NP-opleiding wordt veel aandacht besteed aan het verbeteren van het zorgproces en niet zozeer aan de ontwikkeling van zichzelf binnen de functie.

Bij de PA ligt de focus op de individuele patiënt en het medisch specialisme en komt in de eindkwalificaties naar voren dat zij een eigen verantwoordelijkheid hebben bij het stellen van diagnose en behandeling. Er wordt niet gesproken over de PA als onderdeel van de zorgketen, zij lijken zelfstandig te functioneren binnen het medisch domein, geven opdrachten aan andere participanten in de zorgketen en hebben hun eigen verantwoordelijkheid bij het stellen van diagnose en behandeling.

Binnen de PA-opleiding wordt veel nadruk gelegd op het herkennen van de eigen grenzen en het zichzelf ontwikkelen binnen het de functie en niet zozeer op het verbeteren van het zorgproces.

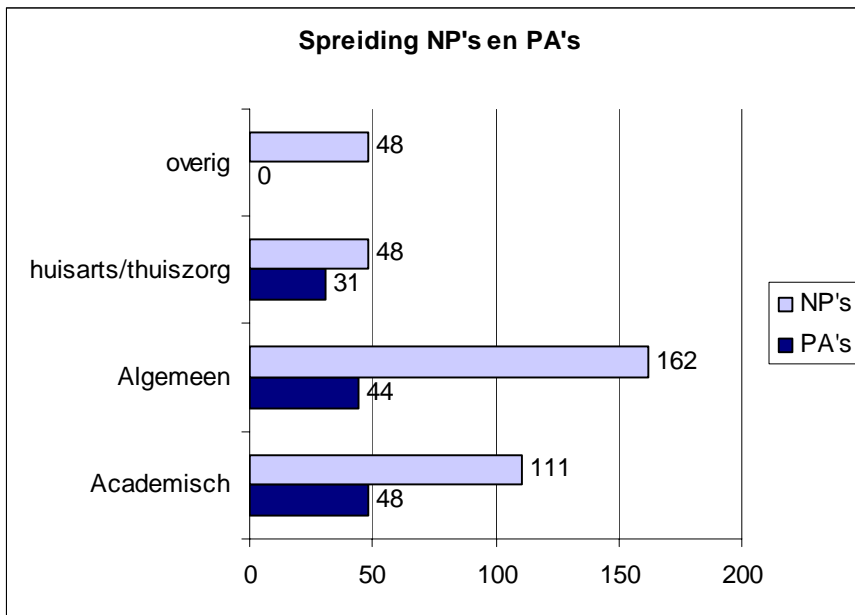
Er worden tien keer zoveel uren besteed binnen de opleiding tot PA aan medische kennis en het aanleren van medische vaardigheden, dan in de opleiding tot NP. Dit suggereert dat de PA na het afronden van de opleiding een grotere en bredere deskundigheid bezit op medisch gebied dan de NP. Gesteld zou kunnen worden dat de NP wordt opgeleid voor de integratie van non-gestandaardiseerde *care* en gestandaardiseerde *cure* en de PA uitsluitend voor de gestandaardiseerde *cure*. Uit de interviews met de NP, PA, managers en medici moet blijken of dit beeld ook in de praktijk naar voren komt.

3.2 Spreiding NP's en PA's

In 2000 zijn de eerste NP's aan de Hanzehogeschool Groningen afgestudeerd. Op dit moment zijn er ongeveer 370 NP's afgestudeerd en werkzaam in Nederland en zo'n 200 in opleiding.

In 2004 zijn de eerste PA's aan de Hogeschool van Utrecht afgestudeerd. Op dit moment zijn er 14 afgestudeerde PA's en 109 in opleiding. In mei 2006 studeren er ca. 25 PA's af.

In onderstaande grafiek wordt de spreiding van de afgestudeerde NP's en PA's, afgestudeerd en in opleiding, weergegeven naar soort zorgsetting waar zij werkzaam zijn (*bron 36, 43*).



Grafiek 1 Spreiding NP's en PA's

Overige gezondheidszorginstellingen zijn o.a. verpleeghuis, psychiatrie, gehandicapten zorg, ambulante zorg. Er is in dit onderzoek geen PA werkzaam binnen de thuiszorg en overig.

Als groep professionals zijn NP's werkzaam bij veel ziektebeelden en soort patiënt. Wel is het grootste percentage op dit moment werkzaam bij chronisch zieke patiënten en ouderen (bron 36).

De PA's zijn werkzaam bij ieder specialisme binnen de ziekenhuizen.

Opvallend is dat het veelal de snijdende specialismen zijn waar PA werkzaam zijn. Dit zou verklaard kunnen worden doordat het verwachte tekort aan artsen binnen de snijdende specialismen het grootst was.

Bij cohorten die daarna gestart zijn is er ook sprake van instroom van PA's bij de beschouwende specialismen. Vanaf 2004 zijn de eerste PA's in opleiding binnen de huisartsenpraktijk gestart.

Deze gegevens zijn gebaseerd op de informatie van de hogescholen van Utrecht en Arnhem en Nijmegen en hebben betrekking op afgestudeerde PA's en PA's in opleiding.

3.3 Taken en werkzaamheden

Voor meer inzicht in de taken en werkzaamheden van NP's en PA's zijn onderzoeken, artikelen, studiegidsen, beleidsnotities en internetsites uit de literatuurlijst bestudeerd. Slechts twee onderzoeksrapporten (bron 26 en 36) bevatten een kwantitatief onderzoek. De overige literatuur bestaat uit kwalitatief en beschrijvend onderzoek. Als de PA-functie wordt bestudeerd, is dit in combinatie met de NP-functie. Dit is het geval bij vier van de bestudeerde onderzoeken (bron 8, 13, 30, 31).

Hoewel een vergelijking van de verschillende onderzoeken niet goed mogelijk is door verschillen in opzet en respondentengroep, komt toch een algemeen beeld naar voren met betrekking tot:

- de overeenkomsten en verschillen in de taken van de NP en PA
- de competenties die men verworven heeft tijdens de opleiding
- de succes- en faalfactoren bij de implementatie van de functie NP en PA

Overeenkomsten

Nurse Practitioner	Physician Assistant
Verricht voorbehouden medisch handelingen (onder supervisie van arts)	Verricht voorbehouden medisch handelingen (onder supervisie van arts)
Schrijft medicatie voor (onder supervisie van arts)	Schrijft medicatie voor (onder supervisie van arts)
Neemt taken van zaalarts over (bij geselecteerde groep patiënten)	Neemt taken van zaalarts over (binnen specifiek specialisme)
Doet cure (<i>en care</i>)	Doet cure
Werkt binnen medisch (<i>en verpleegkundig</i>) domein	Werkt binnen medisch domein
Werkt protocollair m.b.t. medische taken	Werkt protocollair m.b.t. medische taken

Tabel 5: overeenkomsten in taken NP en PA (*bron 8, 13,30,31*)

Verschillen

Nurse Practitioner	Physician Assistant
Verricht zowel medische als verpleegkundige taken	Verricht alleen medische taken
Is werkzaam in verpleegkundig en medisch domein	Is werkzaam in medisch domein
Richt zich op één of enkele ziektegerelateerde patiëntengroepen	Richt zich op medisch specialisme gebonden patiëntengroepen
Werkt autonoom binnen verpleegkundig domein en onder supervisie in medisch domein	Werkt altijd onder supervisie
Functioneert binnen een door de medicus vastgestelde medisch diagnose en therapie	Functioneert binnen de afspraken met de superviserende arts. PA mag medische handelingen (waarvoor zij bekwaam en bevoegd is) uitvoeren onafhankelijk van de medische diagnose die gesteld is
Arts diagnosticeert	Mag eigenstandig diagnosticeren vanuit een medisch referentiekader
Combineert cure en care	Doet alleen cure

Tabel 6: verschillen in taken NP en PA (*bron 8, 13, 30,31*)

Zoals uit voorgaande tabellen blijkt zitten de overeenkomsten van de functies van NP en PA uitsluitend in het medisch domein. Hiermee wordt niet gezegd dat zij voor hun “medische” werkzaamheden dezelfde competenties nodig hebben. Zoals uit het competentieprofiel van de opleidingen naar voren komt worden NP’s opgeleid op specifieke medische deelvaardigheden en PA’s over de volle breedte van het medisch domein. Daarnaast richt de NP zich meer op ziektegerelateerde patiëntengroepen en de PA op specialisme gerelateerde patiëntengroepen.

3.4 Supervisie, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid

Uit de onderzoeken blijkt dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden verschillen, zowel tussen als binnen de NP- en PA-functies (*bron 1*). Tevens wordt aangegeven dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de NP’s en PA’s binnen de ziekenhuizen niet altijd goed geregeld zijn (*bron 26*). De mate waarin bevoegdheden worden toegekend is afhankelijk van de afstemming tussen de arts en NP of PA.

De NP is professioneel autonoom binnen het verpleegkundig domein, maar op medisch gebied werkt de NP onder supervisie van een arts, evenals de PA (*bron 30*). Ontwikkeling van de functie en het verkrijgen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn afhankelijk van:

- de samenwerking tussen de supervisor en NP of PA
- de persoonlijkheid van de NP en PA
- vooropleiding van de PA

In de literatuur wordt er melding van gemaakt dat NP's en PA's voorbehouden handelingen verrichten en medicatie voorschrijven: handelingen, die indien uitgevoerd op eigen initiatief, alleen aan (tand-) artsen en verloskundigen zijn voorbehouden. NP's en PA's zijn met andere woorden, wettelijk niet "zelfstandig" bevoegd (*bron 1, 36, 37*). Dit wordt, als een knelpunt ervaren bij de uitoefening van de functie (*bron 37,53,55*). NP's en PA's worden in de praktijk bevoegd geacht vanuit het vertrouwen dat zij genieten van de artsen, hun opleiding, hun werkervaring en hun kennis en kunde. Wel wordt vermeld dat de artsen taken delegeren maar verantwoordelijk blijven voor de patiënt (*bron 32*).

3.5 Organisatorische inbedding

Aan het aantrekken van een NP of PA ligt zelden expliciet beleid van het ziekenhuis ten grondslag. Lokale behoeften en initiatieven zijn richtinggevend. Dit betekent dat er niet alleen verschillen bestaan tussen de functies NP en PA, maar ook verschillen in het uitoefenen van eenzelfde functie. Het creëren van leerplaatsen wordt bij de PA meestal vanuit de opleidingen geïnitieerd. Voor de NP gebeurt dit meestal door de verpleegkundige zelf, die aan de opleiding tot NP wil beginnen.

Aanleidingen om beide functies te introduceren zijn:

- Arbeidsmarktproblematiek; taaksubstitutie door (verwacht) tekort aan capaciteit (bijv. artsen).
- Toenemende vraag naar zorg.
- Loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren in de zorg.
- Continuïteit van zorg bevorderen.
- Productiviteit verhogen.
- Taken van arts-assistent geneeskunde niet in opleiding (agnio's) en artsen in opleiding tot specialist (aios) over laten nemen waarvoor moeilijk artsen te vinden zijn.
- Mogelijk maken dat specialisten zich meer op complexe taken richten.
(*bron 7,8,13 en 30*)

Voor de NP-functie geldt tevens:

- Kwaliteit van zorg; aanvulling van (medische) taken op de zorg die geleverd wordt door de arts en continuïteit van zorg.
- Zorgvernieuwing: op de cliënt toesnijden van de zorgprocessen en het verbeteren van zorghandelingen.
(*bron 32, 44, 46, 48*)

Succesfactoren die de implementatie van nieuwe professionals in de organisatie bevorderen zijn:

- Een ervaren of verwacht tekort aan artsen (*bron 26*).
- Aanwezigheid van steun van management en specialisten (*bron 26*).
- Het kunnen expliciteren van de toegevoegde waarde en meten van effecten (*bron 26*).
- Het kunnen genereren van financiële middelen (*bron 26*).

Knelpunten die in de literatuur worden genoemd zijn:

- Gebrek aan visie van de instelling op het functioneren van de nieuwe professionals (*bron 51*).
- Grote variatie van taken en bevoegdheden die aan de NP en PA worden toegekend, afhankelijk van de medische discipline (*bron 51*).
- Verpleegkundigen ervaren de NP als een taakverarming (*bron 32*).
- Verschil in argumentatie voor taakherschikking van de overheid en die van de managers, medici en verpleegkundigen. Ondanks de zorg over het tekort aan artsen is het vooral de ambitie van de verpleegkundigen die het overnemen van taken stimuleert (*bron 32*).
- Twijfel over de vraag of taakherschikking op grote schaal nodig is. Er worden NP's ingezet voor werk dat verpleegkundigen ook zouden kunnen uitvoeren (*bron 32*).
- Ontbreken van steun van de Raad van Bestuur en/of management en/of specialisten (*bron 26*).
- Financiële belemmeringen of beperkingen (*bron 26*).

Alle partijen zijn het erover eens dat de PA gepositioneerd moet worden in het medisch domein. Voor de NP functie ligt dit genuanceerder. Door onder andere de beroepsvereniging NVNP³, NVZ⁴ en een aantal instellingen wordt de NP gezien als nieuw beroep binnen het medisch domein. Andere betrokkenen zoals onder andere de AVVV⁵, stuurgroep VBOC⁶ en NFU⁷, pleiten voor de NP functie als verbijzondering van het verpleegkundig beroep en positionering in het verpleegkundig domein met de toekenning van de bevoegdheden om zelfstandig en op eigen initiatief bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten. Los van de domeindiscussie, tussen verpleegkundig en medisch domein, staat voorop dat bijna alle NP's een integratieve rol bewust nastreven en vinden dat de NP primair een brugfunctie is (*bron32*). Het recente onderzoek van Duchatteau en Schmit Jongbloed (*bron 13*) geeft aan dat in de beginjaren van de NP's er nog geen PA's waren. Volgens verschillende gesprekpartners is dit de oorzaak van het inzetten van NP's op typische PA-functies. Het beeld van de PA als professional in het medisch domein en de NP als professional in het verpleegkundig domein leeft bij velen. Tevens geven zij aan dat er nog geen consensus is rondom deze positionering.

³ NVNP: Nederlandse vereniging van Nurse Practitioners

⁴ NVZ: NVZ vereniging van ziekenhuizen

⁵ AVVV: Algemene vereniging voor verpleging en verzorging

⁶ VBOC: Verpleegkundige beroepsstructuur en opleidingcontinuüm

⁷ NFU: Nederlandse Federatie Universitaire Centra

De stuurgroep VBOC heeft op 11 mei 2006 het advies over de toekomstige verpleegkundige beroepsstructuur en het opleidingscontinuüm 'Verpleegkundige toekomst in goede banen' aangeboden aan minister Hoogervorst van VWS.

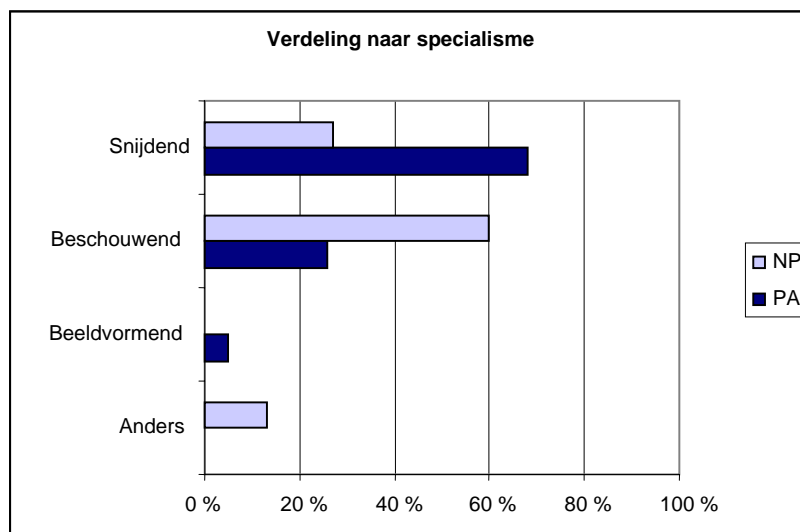
Het advies stelt voor het verpleegkundig beroep verticaal in tweeën te delen: de verpleegkundige zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en de verpleegkundig specialist zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG. Tevens stelt het advies voor om de NP's op te nemen als verpleegkundig specialist.

HOOFDSTUK 4 NURSE PRACTITIONERS EN PHYSICIAN ASSISTANTS IN DE PRAKTIJK: INTERVIEWS MET NP'S EN PA'S

4.1 Beschrijving van de respondenten

In het kader van dit onderzoek zijn in totaal 15 Nurse Practitioners (NP's) en 19 Physician Assistants (PA's) geïnterviewd. Alle NP's hebben hun opleiding afgerond, bij de PA's zijn dit er drie. De andere PA's zitten allemaal in het laatste jaar van hun opleiding. Het merendeel van de NP's en PA's is vrouw (NP 11, PA 13). De leeftijd varieert bij de NP's van 29 tot en met 48 jaar (gemiddeld 41,1 jaar), bij de PA's van 25 tot en met 49 jaar (gemiddeld 37,2 jaar).

Zes NP's werken in een UMC en negen in een algemeen ziekenhuis. Bij de PA liggen deze aantallen op respectievelijk 10 en 9. Er is een duidelijk verschil in de afdelingen / specialismen waar de NP's en PA's werken. Er is een oververtegenwoordiging van PA's in de snijdende specialismen (13) en van NP's in de beschouwende specialismen (9). Een verklaring hiervoor kan zijn dat de tekorten aan arts-assistenten in de snijdende specialismen het grootst was. In onderstaande tabel is de relatieve verdeling van de respondenten weergegeven. De categorie 'anders' bestaat uit een Intensive Care- en een IVF-afdeling. Door de kleine aantallen wordt geweld gedaan aan de significantie van de gegevens, maar voor de leesbaarheid en vergelijking zijn ze toch in tabellen gezet.



Grafiek 2 Verdeling naar specialisme

Twee NP's hebben officieel een andere functienaam (verpleegkundige / verpleegkundig specialist), alle andere respondenten zijn ook formeel aangesteld als Nurse Practitioner of Physician Assistant (in opleiding). De meeste NP's (11) en PA's (17) zijn lid van hun beroepsvereniging (respectievelijk NVNP en NAPA).

4.2 Vooropleiding en motivatie

Qua vooropleiding is er weinig verschil tussen NP's en PA's: bijna alle respondenten hebben een opleiding als verpleegkundige A of B (NP 11, PA 6) of een HBO-V (NP 4, PA 7) gedaan. Alleen bij de PA's zijn enkele mensen met een andere vooropleiding (fysiotherapie, chemisch laborant). Ook de motivatie voor beide opleidingen is vergelijkbaar: jezelf ontwikkelen, meer kunnen en willen, verdieping zoeken. Vaak wordt benadrukt dat men niet wilde doorgroeien naar een managementfunctie, maar binnen het contact met patiënten nieuwe uitdagingen en verantwoordelijkheden zocht.

Ik werkte al enige tijd als verpleegkundige, en had wel het idee dat ik het allemaal onder de knie had. En ik wilde eigenlijk wel meer. Maar je kunt dan alleen doorgroeien naar het management en dat wilde ik weer niet. Toen hoorde ik over deze opleiding en hoe daar vorm aan gegeven kon worden (NP-11).

Bij de PA's is er wel duidelijk een hang naar de geneeskunde; ook een aantal mensen dat eigenlijk geneeskunde wilde studeren, koos voor deze opleiding. Zij hebben vooral belangstelling voor het 'medische':

Ik ben uitgeloot voor geneeskunde, drie keer, ben dus HBO-V gaan doen en praktijk-verpleegkundige geworden in een asielzoekerscentrum waar je dan de deeltaak in overleg met de huisarts deed en ook spoedeisende zaken. Vond ik wel hartstikke leuk maar ik merkte dat ik wat meer kon (PA-09).

Overigens is de keuze tussen een NP- of PA-opleiding niet altijd heel bewust gemaakt.

4.3 De opleiding tot NP en PA: verwachtingen en werkelijkheid

De verwachtingen die de respondenten van de opleiding hadden lopen uiteen, en naast opmerkingen over inhoud worden ook uitspraken gedaan over het niveau of de verwachte moeilijkheidsgraad.

Dat ze me handvatten zouden aanreiken om de functie vorm te geven, ook wel wat betreft onderzoek en vakinhoudelijk op het medische vlak: dat je ook theoretisch geschoold werd in het overnemen van medische handelingen, lichamelijk onderzoek en anamnese (NP-01).

Dat je meer op het medisch vlak bijgeschoold wordt, dus theoretisch maar ook praktisch: theoretische colleges, en daaraan gerelateerd ook stages, bij de verschillende disciplines. Dat je meer diepgang krijgt van de theoretische materie van een specialisme. Omdat je een brede opleiding volgt doorloop je ook verschillende specialismen, vooral de basisvakken (PA-07).

De NP's zijn afkomstig van vijf verschillende opleidingen, de PA's van twee. Op de vraag of de opleiding aan de verwachtingen heeft voldaan zijn zowel NP's als PA's over het algemeen positief. Wel hebben ze soms te kampen gehad met problemen als gevolg van het feit dat de opleidingen nieuw en deels nog in ontwikkeling waren.

Met name hele praktische dingen, zoals anamnese vaardigheden, vaardigheden voor lichamenlijk onderzoek. Dat heb ik daar zeker goed geleerd. Ja, het voldeed aan de verwachtingen (NP-14).

Ja, goed maar het is het eerste cohort dat op deze manier is opgeleid, het is een pilot-studie, het is een soort proef groep en dat merk je toch aan verschillende kanten, dat het allemaal niet vlekkeloos verloopt en dat bepaalde dingen nog niet goed gaan, maar dat is iets wat vijf tot tien jaar gaat duren voordat zo'n opleiding is uit ontwikkeld, dus ik verwacht dat ook niet. In die zin heeft de opleiding aan mijn verwachtingen voldaan, dat het wel de visie had en de grondbeginselen van wat ik had verwacht, en van de andere kant waren veel dingen minder goed geregeld natuurlijk, of er zaten nog veel kinderziekten in (PA-14).

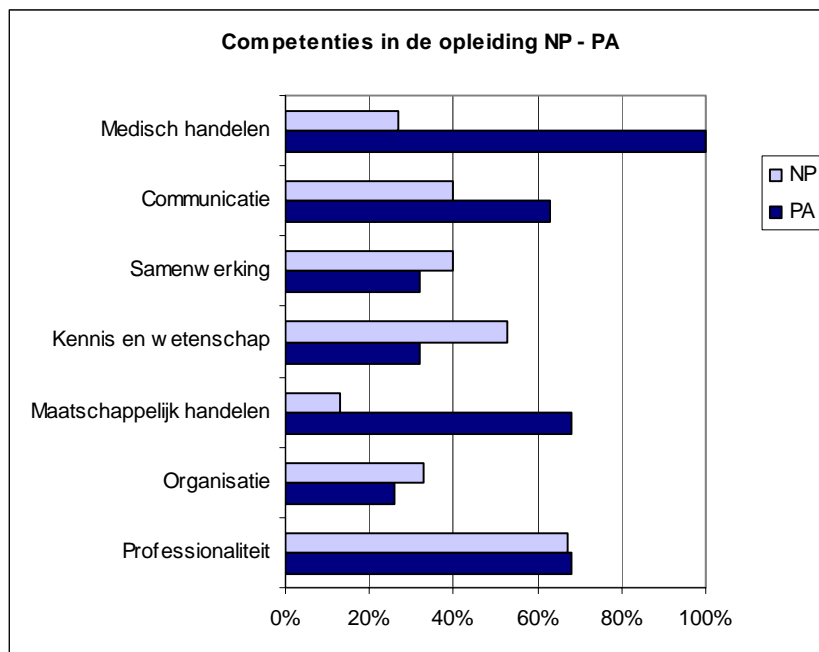
Toch is een aantal NP's wel kritisch over de inhoud van hun opleiding. Ze hadden vooral wat meer medische inhoud verwacht.

Ik had iets meer vakinhoudelijke theorie verwacht, we hebben maar één blok gehad medische vaardigheden, zoals anamnese, klinische interpretatie etc. Ik had gedacht dat we daar meer scholing in zouden krijgen. Nijmegen is met name gericht op het onderzoeksmatige vlak van het werk, projecten en evidence based principes, wij leren meer generiek te werken (NP-01).

Gedeeltelijk, we hebben uiteraard een verkorte medische opleiding gehad, maar ik vond de opleiding heel erg verpleegkundig, van HBO-V + niveau nog, en dat viel tegen. Wat wij misten, wij zaten natuurlijk nog bij de eerste groep, het was allemaal nog experimenteel, was gewoon puur de medische kennis, anatomie en fysiologie, waarbij je wat dieper ingaat op die dingen (NP-02).

De meeste PA's zijn wel tevreden over de 'medische diepgang' al had het voor sommigen nog wel meer gemogen. Enkele PA's geven aan dat het soms moeilijk is een grens te trekken aan wat je moet leren: je wordt uiteindelijk ook weer niet opgeleid tot basisarts of medisch specialist.

In het interview is nagevraagd welke competenties nu precies in de opleiding aan de orde zijn geweest. Daarbij werd aangesloten op de Nederlandse versie van het CanMeds-model van medische competenties, waarin zeven competentiegebieden met elk vier kerncompetenties worden onderscheiden (zie bijlage). In onderstaande grafiek zijn de respondenten weergegeven, die aangeven dat elk van de vier kerncompetenties van een bepaald gebied in de opleiding is behandeld. Als op die manier gekeken wordt, is het duidelijk dat medisch handelen in de NP-opleiding inderdaad minder of minder uitgebreid aan de orde is geweest in vergelijking met de PA-opleiding. Het gaat hier om zaken als het bezitten van adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied, evidence based werken, effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg leveren en het snel vinden en goed toepassen van vereiste informatie.



Grafiek 3 Competenties in de opleiding NP - PA

Ook bij maatschappelijk handelen, scoren de NP-opleidingen lager. Bij deze competentie gaat het over het (her)kennen van determinanten van ziekten, gezondheidsbevordering, en over handelen volgens de relevante wettelijke richtlijnen. Deze drie onderdelen komen in beide opleidingen wel aan de orde. Bij de PA-opleiding wordt echter expliciet aandacht besteed aan adequaat optreden bij incidenten in de zorg, bij NP niet.

Terwijl in de PA-opleidingen wat meer aandacht lijkt te zijn voor communicatie, worden de NP's meer geschoold in kennis en wetenschap.

In beide opleidingen is ook aandacht besteed aan verpleegkundige competenties: bij de NP's in vrijwel alle gevallen, bij de PA's bij ongeveer tweederde. In de praktijk blijkt het wel vaak om andere competenties te gaan: bij de NP om het kunnen afnemen van verpleegkundige anamneses en kennis hebben van gangbare verpleegkundige theorieën, bij PA's om medisch-technische handelingen die vaak door verpleegkundigen worden uitgevoerd maar die soms formeel vallen onder de voorbehouden handelingen van de wet BIG.

Met name verpleegkundige theorievorming, dus verpleegkundige diagnostiek, verpleegkundige zorgtaken, verpleegkundige anamnesetechnieken en dat gebaseerd op gangbare verpleegkundige theorieën (NP-14).

De nadruk ligt voornamelijk op de medische competenties, en daarnaast zijn er vooral de medische handelingen en vaardigheden die momenteel door verpleegkundigen uitgevoerd worden, maar eigenlijk voorbehouden zijn aan een arts. Ik noem bijvoorbeeld de voorbehouden handelingen zoals intraveneuze infusen aanleggen, intraveneus spuiten, die worden door verpleegkundigen uitgevoerd en die worden daar in geschoold en bekwaam in geacht. Maar dat zijn eigenlijk voorbehouden handelingen aan specialisten of een arts, die dus ook in onze opleiding als zodanig wel naar voren komen. Maar specifieke verpleegkundige competenties niet (PA-07).

Veel PA's geven overigens aan dat zij geen noodzaak zien voor het leren van verpleegkundige competenties in hun opleiding. Zij geven aan dat daar ook intern discussie over geweest is en dat er inmiddels een verandering in gang is gezet waardoor de PA-opleidingen minder verpleegkundig zullen worden.

Er is bij de PA-opleiding soms ook een spanningsveld tussen het brede karakter van de opleiding en de concrete voorbereiding op de specialistische taken en werkzaamheden die vaak op de werkplek moet gebeuren. Bij de NP's wordt dit thema niet genoemd.

De opleiding die ik hier genoten heb is breed, de hele geneeskunde komt aan bod. Daar ben je relatief veel tijd mee kwijt, en ik heb me dus relatief weinig kunnen richten op de orthopedie. Ik ben heel erg druk geweest met gynaecologie en psychiatrie, allemaal vakken, het is geen opleiding die heel gericht is op je werkplek. Ik had gehoopt me meer op de orthopedie te kunnen ontwikkelen, en achteraf heb je dan allerlei andere vakgebieden. Het is belangrijk om daar wat van af te weten, alleen de vraag is of uitstroomprofielen in deze opleiding niet beter zouden zijn (PA-08).

Het goede van de opleiding is dat je een brede scholing krijgt. Je zit met alle specialismen bij elkaar. Je krijgt toch een soort medisch opleiding in een notendop. Dat vind ik het sterke eraan (PA-16).

In de interviews maken meerdere NP's en PA's onderscheid tussen waar vanuit de opleiding ('school') aandacht aan besteed is en wat ze op de werkplek leren. Gezien het duale karakter van de opleiding is het echter juist de bedoeling dat ze ook op de werkplek leren. De PA ervaart dit vaker als iets dat er nog extra boven op komt, terwijl voor de NP het leren in de praktijk meer vanzelfsprekend is.

De meeste respondenten zijn het er echter over eens (11 NP en 14 PA) dat de opleiding goed aansluit op de taken en werkzaamheden, die zij in de praktijk moeten uitvoeren.

Ja. Zeker voor die basisvaardigheden. Ik denk dat dat ook het hoofddoel moet zijn van de opleiding. Ik denk dat het niet mogelijk is om voor elk specialisme een aparte opleiding te doen. Je moet het toch voor een groot deel hebben van de training-on-the-job, het is een praktijkvak, dat je in de praktijk aan moet leren (NP-14).

Ja, ik denk dat de opleiding me goed heeft voorbereid. Het geeft je een breed basispakket en daarmee moet je in de praktijk aan de slag. Ik denk dat je het met alleen je opleiding niet redt, je moet echt nog erg veel leren uit de praktijk. Maar ik denk dat de basis goed is. Het is alleen niet erg gericht op je afdeling. Je moet echt nog specifieke dingen van de patiëntengroep en de afdeling leren (PA-17).

De competenties die ze geleerd hebben achten ze voldoende en die stemmen grotendeels ook overeen met de competenties die ze verwacht hadden. NP's hadden, zoals eerder werd aangegeven, graag wat meer medische kennis en vaardigheden opgedaan. PA's benadrukken dat ze erg algemeen worden opgeleid en veel specialistische kennis op een andere manier moeten leren.

Op de vraag wat voor competenties ze nodig zouden hebben voor het leren werken bij een andere patiëntengroep zijn de antwoorden van de NP's en de PA's vergelijkbaar: specifieke specialistische kennis over etiologie/diagnose/behandeling/zorg van die groep mensen met die ziekte.

Ik zou nodig hebben de patiëntgebonden specifieke vakkennis. Als ik naar de oncologie zou gaan, weet ik helemaal niets van chemokuren en voor deze patiënt ook niets van bijwerkingen en behandelplannen. Dus dat zou ik bij moeten leren. Maar ik zou nog steeds een anamnese af kunnen nemen en lichamelijk onderzoek kunnen doen (NP-12).

Ik denk dat de basiscompetenties voor welke afdeling dan ook er wel zijn, maar de heel specifieke dingen voor die afdeling zal je wel moeten leren. Ook op een stage plek kun je je toch wel redden met de kennis en de vaardigheden die je hebt, alleen als het heel specifiek wordt voor dat specialisme merk je toch dat je kennis tekort komt. Specifiek praktische vaardigheden die je niet beheerst. Maar ik heb wel het idee dat je door wat je allemaal geleerd hebt (medisch denken, medisch handelen) toch wel redelijk snel in staat bent om dat op te pakken (PA-12).

4.4 Taken en werkzaamheden

Aan de respondenten is gevraagd een nauwkeurige beschrijving te geven van de taken en werkzaamheden die zij in de praktijk verrichten, zowel in algemene termen als in de vorm van enkele typische dagprogramma's. Bij een vergelijking van de beschrijvingen van NP's en PA's valt een aantal verschillen op.

NP's werken vaker in een heel 'traject' met een patiënt (alles behalve de feitelijke medische ingreep maar wel het hele voor- en/of natraject). Eén NP gebruikt in dit verband het woord 'casemanager'. Daarnaast zijn NP's betrokken bij de organisatie van de ketenzorg (innovatie, kwaliteitszorg). Ook verrichten ze vaak een aantal andere taken zoals protocollering, deskundigheidsbevordering, voorlichting, onderwijs en onderzoek. NP's houden zich zowel bezig met 'cure' als met 'care'.

We hebben het 'one stop shop traject', dan worden patiënten eerst door mij gezien, onderzocht en dan naar de chirurg. Dat traject heb ik opgezet, daar komen protocollen bij kijken, voorlichtingsmateriaal, het hele proces coördineren, voorlichting, klinische paden waar we mee bezig zijn, scholing voor andere afdelingen, informatie voor de website verzorgen. Eigenlijke randzaken, waar de chirurgen niet aan toe komen, die ik dan overneem (NP-01).

Als een soort van 'casemanager' ben jij de spin in het web van de patiënt. En jij behandelt alles aan zorg om die patiënt heen. Jij bent het aanspreekpunt van die patiënt. Dus moet die patiënt naar 5 verschillende specialisten, dan weet jij precies hoe die lijnen lopen en hoe ze het kortste gemaakt kunnen worden (NP-15).

De werkzaamheden van NP's hebben meestal betrekking op één voorgeselecteerde categorie patiënten: patiënten die bezig zijn met een chemotherapiebehandeling, kinderen met longproblemen, patiënten voor een operatie screenen op mogelijke problemen bij de anesthesiologie. Slechts incidenteel doen NP's zelfstandig visites op een afdeling, soms wel samen met de specialist en de assistenten.

PA's doen zelf (kleine) medische handelingen en ingrepen en vervullen vaak de functie van zaalarts. Ze houden zich vrijwel uitsluitend met 'cure' bezig en verrichten geen verpleegkundige handelingen.

Ik werk zowel op de afdeling als op de operatiekamer waarbij ik dan assisteer of zelf onderdelen van een operatie uitvoer. Bijvoorbeeld het uithalen van een bloedvat uit het been om bypasses mee te maken. Voor de rest is er nog werk op de polikliniek, mensen die van buitenaf voor wondcontrole komen of voor preoperatieve screening (PA-10).

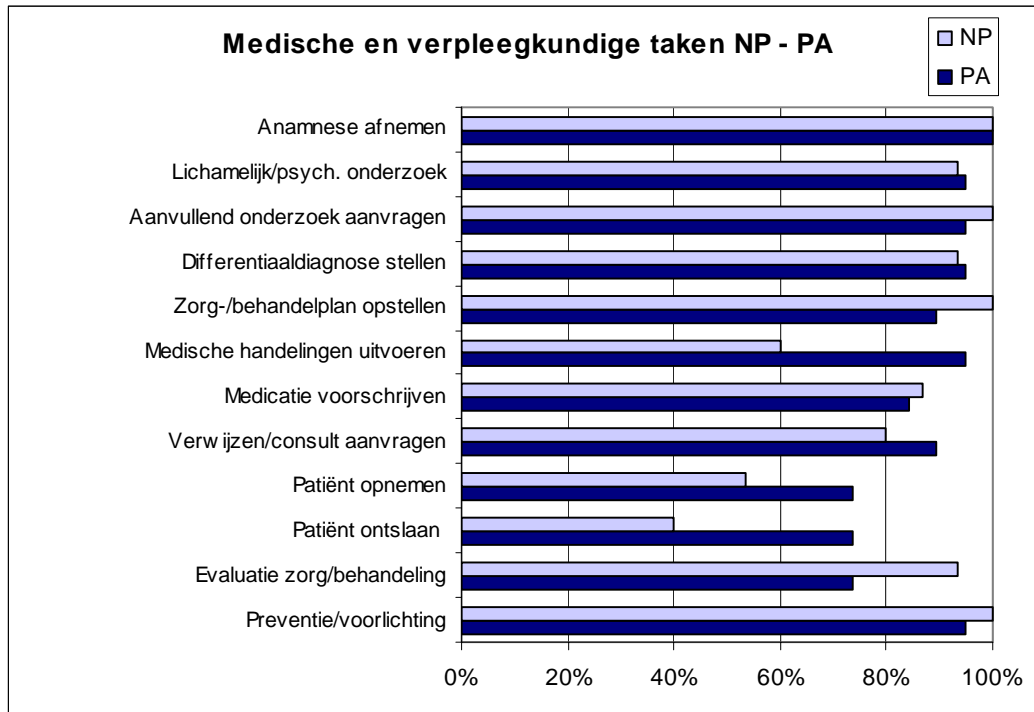
Ik sta de hele dag klusjes te doen. Ik krijg alles wat voor de chirurgie binnenkomt op spoedeisende hulp, dus dat kan variëren van mensen met buikklachten, vraagstelling voor de huisarts, of iemand met een acute buik tot ongevallen. Mensen die zich snijden aan een stanleymes, mensen die van het dak vallen, verkeersongelukken, mensen met voetbalongelukken, veel sportblessures in het weekend. Ik neem anamnese af en ik verricht lichamelijk onderzoek, en eventueel aanvullend onderzoek en dan stel ik een diagnose en een behandeling in. 90% handel ik hier af, zelfstandig (PA-15).

In de regel zien de PA's alle patiënten van een bepaalde afdeling. Daarnaast zijn er enkele PA's die zich vooral concentreren op een specifieke subgroep van patiënten, bijvoorbeeld patiënten die komen voor voet-enkel-chirurgie of patiënten met chronische oogziekten.

Naast de verschillen is er ook overlap in de taken en werkzaamheden van NP's en PA's. Beide beroepsgroepen nemen anamneses af, stellen diagnoses (bij de NP's binnen het kader van hun eigen voorgeselecteerde patiëntengroep), verrichten lichamelijk onderzoek, draaien zelfstandig polikliniekspreekuren, ontwikkelen protocollen, doen (preoperatieve) screening en voeren (onderdelen van) onderzoek uit.

Het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek lijkt bij de PA ook ingegeven door het feit dat dit moet vanwege de opleiding. Bij de NP's is het vaker een onderdeel van hun reguliere takenpakket, volgens de respondenten.

In het interview is gevraagd welke medische en verpleegkundige taken door de NP's en PA's worden uitgevoerd. De antwoorden hierop geven het volgende beeld:



Grafiek 4 Medische en verpleegkundige taken NP - PA

De grootste verschillen in medische en verpleegkundige taken tussen NP en PA zijn:

PA's

- voeren vaker medische handelingen en ingrepen uit,
- hebben vaker een taak in het verwijzen van patiënten en het aanvragen van een consult, en
- het opnemen en ontslaan van patiënten hoort vaker tot hun takenpakket.

NP's

- stellen vaker een zorg- en behandelplan op en
- hebben vaker een taak in de evaluatie van de effecten en efficiëntie van zorg en behandeling.

Wat houden de medische handelingen en ingrepen precies in en in welke mate gaat het hier om 'voorbehouden handelingen' in de zin van de wet BIG? Bij de NP gaat het in veel gevallen om handelingen als infusen inbrengen, katheteriseren. Bloed prikken (venapunctie) en het uitvoeren van puncties (beenmerg, lumbaal, ascites).

Ik verricht in mijn werk geen voorbehouden handelingen. Medische handelingen die ik uitvoer zijn lichamelijk onderzoek, interpretatie van het onderzoek is ook medisch (NP-01).

Infusen, navelvenalijn inbrengen, lumbaalpunctie, venapunctie, maskerballonreanimatie, dat soort dingen (NP-07).

Bij de PA's gaat het meestal om kleine chirurgische ingrepen:

We voeren verrichtingen uit onder plaatselijke verdoving. Dan hebben we het over, huidtumoren, litteken correcties, alle verrichtingen die redelijk klein zijn doe ik op de poli (PA-04).

Injectietherapie, infusie en op de OK wondsluiting, kleine heelkundige ingrepen... dat soort dingen. Maar dat voer ik niet zelfstandig uit, daar staat iemand bij. Injecteren wel. Ook niet alle injecties, maar wel voor mijn aandachtsgebied. Puur medische taken volgens mij. Op de OK is een deel assistentie, dan ben je tweede operateur, zoals ze dat noemen. Er zitten wat meer taken in dan bijvoorbeeld een OK verpleegkundige doet, omdat ik ook vaak afsluit. Gewoon wat extra dingen. Bepaalde dingen, zoals kleine ingrepen, voer ik uit onder supervisie. Kijkoperaties bijvoorbeeld, materiaal verwijderen, een schroef verwijderen, ergens een bultje weghalen (PA-16).

Er zijn twee NP's die ook zelf heelkundige ingrepen met lokale verdoving uitvoeren.

Er worden geen duidelijke verschillen gevonden met betrekking tot het stellen van een diagnose en het voorschrijven van medicatie. Omdat beide functies wettelijk gezien (vooralsnog) niet zelfstandig medicijnen mogen uitschrijven worden er hiervoor allerlei verschillende procedures gehanteerd. Hoewel er in de praktijk dus allerlei oplossingen worden gevonden voor het probleem van medicijnen voorschrijven benadrukken zowel NP's als PA's de wenselijkheid dat hun eigen bevoegdheid op dit punt spoedig geregeld wordt.

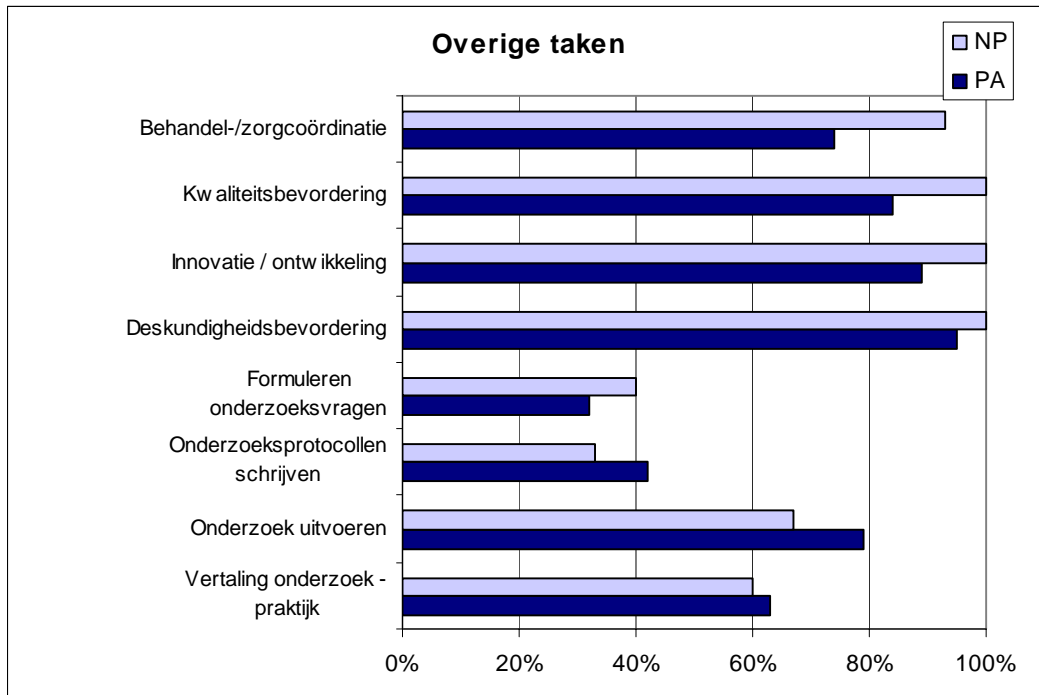
Ja, ik schrijf zelfstandig medicatie voor en ben er eindverantwoordelijk voor. Daar hebben we onderling afspraken over gemaakt dat ik alleen longmedicatie uitschrijf, dat staat ook op papier, dat schrijf ik voor en ieder half jaar moeten we eigenlijk weer aanvullen want er komen steeds meer medicijnen bij en omdat ik ook met allergie ben begonnen, moet je steeds meer voorschrijven (NP-09).

Ik bereid het wel voor, ik schrijf wel het recept, maar de handtekening zet de arts (NP-13).

Op dit moment en dat is omdat het nog niet is vast gelegd (zijn ze wel mee bezig) schrijf ik het recept zelf en dan laat ik het altijd ondertekenen door de specialist. En dat is niet van het niet kunnen maar om problemen te voorkomen. Als het bij een arts fout gaat heeft hij ook een probleem maar dat ligt juridisch toch wat anders dan bij mij, gaat wel veranderen (PA-06).

Medicatie schrijven we allemaal zelf voor. Schrijven dit ook uit, maar binnen 48 uur moet er een handtekening van een supervisor onder staan. Daarvoor is het al wel aan de patiënt gegeven. Daar moet je je grenzen wel erg goed in kennen. Ergens in je carrière krijg je van je supervisor het fiat dat je een bepaald middel zelf mag gaan geven (daar is later de handtekening voor nodig) (PA-10).

Andere taken liggen op het vlak van behandel- en zorgcoördinatie en kwaliteitszorg en – bevordering. Deze werkzaamheden doen NP's vaker dan PA's. Onderzoek wordt door beide functionarissen gedaan, maar zeker het formuleren van onderzoeksvragen en het schrijven van onderzoeksprotocollen zijn maar bij een minderheid van de NP's en PA's deel van hun takenpakket.



Grafiek 5 Overige taken

De deskundigheidsbevordering is zowel gericht op collegae als op de eigen expertise. Regelmatig noemen NP en PA hun onderwijsrol in de opleiding van co- en arts-assistenten.

De meeste respondenten (12 NP, 15 PA) zijn tevreden over het eigen takenpakket. De PA's (4) die niet tevreden zijn, klagen vooral over de hoeveelheid administratief werk die ze hebben:

Ik vind dat er te veel administratieve taken bij mij liggen die niet bij mij of een AGNIO thuis horen. Dat is gewoon secretaresse werk. Dat zou de secretaresse van de afdeling moeten overnemen (PA-02).

4.5 Supervisie, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid

Zowel NP's als PA's vallen uiteindelijk voor hun medische taken onder de medische verantwoordelijkheid van een arts. Dit is vrijwel altijd de leidinggevende (medisch) specialist. In de praktijk hebben ook arts-assistenten een rol bij de supervisie van de NP en PA. Toch geven met name NP's aan dat ze een grote mate van vrijheid en zelfstandigheid hebben.

Ik heb met mijn medische supervisor, het hoofd van de kliniek, vooraf afspraken gemaakt, over welke medische taken afgestoten kunnen worden naar de NP. Over de verpleegkundige taken, dus vooral het onderzoek en de scholing, overleg ik met de hoofd-verpleegkundige, hoe het ingevuld gaat worden (NP-04).

Heel veel vrijheid. Alles waarin ik me bekwaam voel. En dat is ook de BIG-wet: als jij je bekwaam voelt, ben je ook bevoegd (NP-09).

Hoewel ook de PA's zelfstandig taken uitvoeren hebben zij vaker overleg met de supervisor/arts. Dat dit nog wat 'strakker' gebeurt kan ook te maken hebben met het feit dat bijna alle geïnterviewde PA's nog in opleiding zijn, terwijl de NP's allemaal al klaar zijn met de opleiding. Het verschil kan ook beïnvloed worden door het feit dat de NP's ook feitelijk minder 'voorbehouden handelingen' verrichten.

Ik vind dat ik heel veel zelfstandigheid heb. Dat is op de afdeling zo en dat weten ze hier ook. De chirurg staat op de OK te opereren, maar op de afdeling moet je dan wel verder. En in die zin gaat de patiëntenzorg wel door en daarmee heb je wel een heel grote zelfstandigheid (PA-10).

Dat gebeurt in overleg met de arts. Ik heb heel veel vrijheid in het uitvoeren van mijn taken. We overleggen over wat mijn taken zijn, maar bij het uitvoeren heb ik dan weer grote vrijheid. Bij een medische ingreep bijvoorbeeld. In het begin wordt er gekeken of je inderdaad wel kundig bent en je moet natuurlijk ook nog veel leren, maar later wordt je vrijheid daarin steeds groter. Als ik iets niet weet, kan ik het ook altijd aan een arts vragen (PA-17).

Er wordt vooraf afgesproken welke taken zelfstandig mogen worden uitgevoerd, en er zit een toename in de mate van vrijheid bij de uitvoering van die taken. Taken, die tot het functiedomein behoren en waar een protocol voor is, mogen in de regel zelfstandig worden uitgevoerd. De meerderheid van de NP's en PA's (maar zeker niet alle) werken aan de hand van protocollen, die ze vaak zelf mee ontwikkeld hebben. Die protocollen fungeren als richtlijn, waar ook wel van afgeweken kan worden. Er is zowel binnen de groep NP's als binnen de groep PA's duidelijk variatie in de mate waarin gewerkt wordt volgens richtlijnen en protocollen en het belang dat men daar aan hecht.

Jawel, er zijn zeker protocollen die ik ook zelf gemaakt heb. Maar bij lange na niet alle ..., je moet gewoon per patiënt kijken of dat de doorslag geeft, soms wordt er ook van afgeweken. Daar maken we behandelplannen voor, dan ga ik inventariseren welke problematiek voor die patiënt actueel is en dat is zowel verpleegkundig als medisch en daar maak je een voorstel voor, voor een behandeltraject, daar betrek je meerdere mensen bij: logopedie, fysiotherapie, medisch maatschappelijk werk, psychiatrisch verpleegkundige als een patiënt verward is of wat dan ook, of andere deskundigen (NP-06).

Vrijwel alle medische zorg en behandeling wordt volgens protocol gegeven. Dit maakt het juist voor de nurse practitioner mogelijk te participeren in een stuk medische zorg en behandeling. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de behandeling van acute lymfatische leukemie. Verpleegkundige zorg wordt veelal ook volgens protocol uitgevoerd. Voor bepaalde handelingen die we nu uitvoeren (voorbehouden handelingen) hebben we zelf protocollen ontwikkeld (NP-11).

Ik werk nu wel via vaste protocollen. Als een patiënt met een bepaald probleem komt, dan werk je in principe geprotocolleerd omdat je een aantal standaard onderzoeken aanvraagt en die naderhand evalueert. Andere handelingen zijn in die zin geprotocolleerd dat daar toch wel het een ander voor op papier staat (PA-06).

Gedeeltelijk, sommige dingen wel. Bijvoorbeeld het voorschrijven van sedaties gaat volgens een protocol. Maar, voor mijn spreekuur zijn er voor veel dingen geen protocollen, daar gebeurt dat niet (PA-12).

Supervisie lijkt óf op een vast (standaard)moment op de dag plaats te vinden, óf wordt alleen geboden als de NP's of PA's daar behoefte aan hebben. De eerste situatie (vast moment) komt meer voor bij de PA's. Dit kan zowel te maken hebben met het feit dat de PA's nog in een opleidingssituatie zitten, maar ook met het gegeven dat de PA's, als deel van de medische staf, meelopen met de visite op de afdeling. Daardoor is er op een dag een vast contactmoment. Overigens zijn er met betrekking tot de supervisie, net als bij het protocollair werken, grote onderlinge verschillen binnen beide groepen. Kennelijk hebben deze verschillen meer met de organisatie van de afdeling dan met de functies van NP en PA te maken.

We hebben iedere dag een bespreking van half 1 tot 1, dan worden alle patiënten die 's morgens zijn geweest voor de echo besproken. Het erbij roepen van de supervisor is echt alleen maar als je iets ziet wat je niet goed kunt verklaren, niet goed vindt passen. Bij de echo's mag ik het beleid met de patiënt bespreken: wanneer de patiënt terug moet komen of dat er aan de medicijnen iets veranderd moet worden. Maar dan moet je dat tussen half 1 en 1 wel verantwoorden tegenover je supervisor en dan kan het zijn dat hij of zij zegt: nou, dat vind ik toch niet helemaal kloppen. Dan bellen we de patiënten op dat we het toch anders gaan doen.(NP-04).

De supervisie is op aanvraag. In principe is het zo dat als er een nieuwe patiënt komt, dat ik anamnese afneem en lichamelijk onderzoek uitvoer en overleg met de internist en die komt dan even deze kant op, hoort het verhaal aan, zonodig controleert hij iets als ik er naar vraag of als hij zelf nog iets wil bekijken. Het gebeurt ook wel dat het overleg op dat moment telefonisch plaatsvindt. Als ik zeg u moet nu komen, want ik weet het niet meer, dan moet hij ook gewoon lijfelijk aanwezig zijn. Voor de rest stap ik met een berg statussen naar mijn supervisor toe en zeg nu moet ik even met je praten want ik weet niet wat ik daar en daar mee moet en hoe moet ik hier mee verder. Dus meer op aanvraag van mij (NP-12).

Elke dag is er supervisie, met name op eigen verzoek, er worden geen specifieke casussen standaard besproken. Er zijn geen afspraken over supervisie bij voorbehouden handelingen (PA-01).

Elke PA heeft dagelijks binnen 48 uur een handtekening van zijn supervisor nodig onder al zijn doen en laten. Dit ook omdat wij medicijnen voorschrijven. In de praktijk is er geregeld dat er in ieder geval 2 keer per dag een supervisor is om dit voor de PA's te doen en patiënten door te spreken. De mate van supervisie is heel erg afhankelijk van hoe lang de PA al meedraait en of deze nog in opleiding is (PA-10).

Vrijwel alle NP's 13 van de 15 en PA's 17 van de 19 zijn tevreden over de mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid die zij bij de uitvoering van hun werkzaamheden hebben.

4.6 Taakafbakening en samenwerking

De taakafbakening en -verdeling lijkt bij de NP's niet echt probleem. De functie van NP is in het algemeen vrij solistisch en het domein, de patiënten en taken waarmee de NP's zich bezig houden, zijn bij de introductie meestal goed aangegeven, en in ieder geval in de afgelopen jaren duidelijk ontwikkeld.

Ik werk eigenlijk solistisch. Met PA's en arts-assistenten heb ik eigenlijk weinig te maken. Met de artsen wel om te overleggen over specifieke problemen van patiënten (NP-08).

Het is helder dat de NP geen 'gewone' verpleegkundige is, maar een expert op een bepaald terrein. In die zin is de taakafbakening met verpleegkundigen ook meestal geen probleem: slechts één NP noemt dit als een thema waarover gepraat wordt. Er is soms wel begripsverwarring tussen NP en 'verpleegkundig specialist'⁸. Een enkele respondent gebruikt beide begrippen door elkaar, terwijl weer een andere NP heel precies probeert te komen tot een taakafbakening met haar collega 'verpleegkundig specialist'.

Wij zijn nu bezig de rolverdeling of taakverdeling met de verpleegkundigen te ontwikkelen, dus: wie gaat nou wat doen. Dat moet echt nog vorm krijgen. Juist omdat dat nog niet goed uitgeschreven is. Ook mijn collega, de verpleegkundig specialist vraagt zich weleens af of zij later nog wel wat te doen heeft. Al denkend en al pratend komen wij wel tot een taakverdeling: ik ben dan meer op het macroniveau en het medische, de substitutie van taken, zij zit veel meer op de inhoud. Maar dat moeten we allemaal nog beschrijven, dat is nog niet helemaal duidelijk (NP-13).

Met verpleegkundigen heb je wel een duidelijk verschil van taken. Bij ons op de afdeling doen zij de medische taken niet, dus dat is een duidelijk verschil. Zij observeren, leggen verbandjes aan, gips, zulk soort dingen. Zij doen ook allerlei patiëntengroepen en ik richt me alleen op de chirurgie (NP-14).

Als NP's problemen op het gebied van de taakafbakening ervaren, hebben die meestal meer te maken met onduidelijkheid in de ketenzorg, waarin zij de rol van casemanager vervullen. Vooral de overgang tussen eerste en tweede lijn wordt daarbij genoemd.

⁸ In het dagelijks taalgebruik lopen de begrippen door elkaar. Respondenten spreken hier niet over de 'verpleegkundig specialist' conform het VBOC advies, maar over 'gespecialiseerd verpleegkundigen'.

Maar als een NP geen verpleegkundige (meer) is, wat is ze dan wel? Sommigen zien een rol voor zichzelf tussen de verpleegkundige en de PA:

Dat is ook het verschil met de PA, die echt medisch wordt opgeleid. En de verpleegkundige, die doet puur verpleegkunde. Ik zit daar echt tussen (NP-13).

Slechts één NP vergelijkt zichzelf met een arts-assistent, de anderen benadrukken juist dat zij geen arts zijn, dat ze meer op één punt gespecialiseerd zijn (en arts-assistenten breder inzetbaar zijn), en dat ze meer tijd hebben c.q. toegankelijker zijn voor patiënten en collega's.

Bij de PA's komt af en toe naar voren dat de functie nog niet helemaal is uitgekristalliseerd. Dat zorgt dan voor onduidelijkheid bij collega's (specialisten, arts assistenten, verpleegkundigen, soms patiënten) De taakafbakening moet nog vorm krijgen.

Er is veel onwetendheid bij collega's (artsen, co-assistenten, verpleegkundigen) over de functie van PA en hierdoor is er veel onbegrip. Ze denken vaak dat je NP bent, ze weten eigenlijk niet goed wat je doet. Maar daar wil ik straks presentaties over geven. Het ziekenhuis heeft wel een minisymposium gegeven over de aanstelling van PA's en wat de PA-functie inhoudt maar dat werd slecht bezocht. Er moet veel meer informatie over de PA-functie naar buiten worden gebracht.(PA-03).

De taakverdeling en taakafbakening met collega's kan misschien wel iets beter. Het is gewoon lastig omdat je veel dingen hetzelfde doet als de arts-assistenten. Je neemt echt taken van collega's over, en dat is nu dan met name bij de spoedpatiënten zo. Eigenlijk ligt dat nog bij de arts-assistent, maar wij kunnen daar ook wat van over nemen, maar is een arts-assistent daar niet van op de hoogte dan kan het zo zijn dat het de hele middag erg druk is en dat wij uiteindelijk helemaal geen kinderen gezien hebben op de spoedpoli. (PA-12).

Een aantal PA's vergelijkt zichzelf met arts-assistenten (in opleiding of AGNIO's): dat is ook vaak de positie die ze binnen de afdeling innemen. Tegelijk zeggen andere PA's ook dat ze wel heel andere taken hebben dan arts-assistenten, waardoor er geen onderlinge concurrentie is.

Arts-assistent en PA doen precies hetzelfde alleen de arts-assistenten doen nu wel diensten en wij niet omdat we nog niet klaar zijn. Maar vanaf mei gaan wij ook diensten draaien en dan is het gewoon exact hetzelfde.(PA-09).

Met sommige arts-assistenten is er niet zo'n groot verschil, met name met de arts-assistenten die niet in opleiding zijn en kort op de poli zijn. Als ik bijvoorbeeld een patiënt zie, dan overleg ik dat gewoon met de specialist die supervisie heeft en dat doet de arts-assistent ook. Het spreekuur dat ik draai op de vrijdag, werd eerst gedaan door de assistent in opleiding. Ik denk dat daar ook niet heel veel verschil in zit, behalve dat ik denk ik meer tijd heb voor de patiënten dan dat zij hadden en dat ik natuurlijk iets meer supervisie nodig heb(PA-12).

Het is wel duidelijk dat de PA's -op wat voor manier ook- deel uitmaken van de medische staf. Dit leidt er mede toe dat er tussen PA's en verpleegkundigen vaak een duidelijke afbakening is.

Als gevraagd wordt wie hun werkzaamheden bij ziekte zouden overnemen noemen de PA vrijwel allemaal andere PA's of arts-assistenten, terwijl het bij de NP's minder eenduidig is. Over het geheel genomen zijn de NP's wat meer tevreden met de taakafbakening en samenwerking met collega's, maar dat wordt vermoedelijk veroorzaakt omdat de functie van PA nieuwer en nog minder uitgekristalliseerd is.

4.7 Organisatorische inbedding

Niet alle NP's en PA's waren betrokken bij de oorspronkelijke beslissing om een NP of PA op de afdeling aan te stellen. Meestal kwam het initiatief vanuit het management/hoofd van de afdeling. Maar een aantal keer heeft de NP of PA zelf het initiatief genomen. In paragraaf 5.6 wordt meer uitgebreid ingegaan op de overwegingen en motieven van het management om een NP of PA (of meerdere) op te gaan leiden.

Door de NP en PA zelf worden substitutie (in verband met een voorzien tekort van arts-assistenten), taakherschikking (taken overnemen van specialisten), en kwaliteitsverbetering van de zorg (o.a. door meer continuïteit voor de patiënt en de afdeling) als belangrijkste argumenten voor de inzet van de nieuwe functies genoemd. Bijkomend voordeel is soms ook dat er financiële middelen beschikbaar werden gesteld voor de afdelingen die hier aan meewerkten.

Overwegingen vanuit het management voor PA: meer continuïteit (voor de patiënten) op de verpleegafdelingen, in hun ogen een betere verdeling van werkzaamheden (specialisten hoeven zich, niet meer bezig te houden met kleine/simpele poliklinische ingrepen), financieel plaatje, kwaliteitsverbetering was ook een reden (PA-02).

Ongeveer de helft van de NP's en PA's zijn tevreden over de organisatorische inbedding van hun functie: Ongeveer de helft plaatst ook kanttekeningen. Met name NP's hebben al een langere ervaring op de werkvloer en daardoor iets van het 'beginnerenthousiasme' verloren.

Een visie is denk ik heel belangrijk. Dat ontbreekt hier volledig, waardoor de functie niet tot zijn recht kan komen. Door dit gebrek aan visie kun je ook niet goed ingebed worden. Je moet meerwaarde hebben. Dat hebben we wel voor de patiënten, maar vanuit het management is er discussie over wat wij zouden moeten doen. Geld speelt hierbij een belangrijke rol. Eigenlijk zou er eens een patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd moeten worden. Dan blijkt de meerwaarde van de Nurse Practitioners op deze afdeling (NP-11).

De inbedding is niet goed. Dat heeft er mee te maken dat er niet van te voren is nagedacht over wat men met een PA op de afdeling wil. Grootste probleem is dat het later gefinancierd moeten worden (PA-08).

Op de vraag welke factoren een succesvolle implementatie van nieuwe functies, zoals NP en PA, kunnen bevorderen, worden de volgende punten genoemd.

1. De medische staf moet er achter staan.
2. Er moet duidelijk nagedacht zijn over de taken en werkzaamheden van de nieuwe functionaris, er moet een visie zijn, liefst neergelegd in een schriftelijk document.
3. Er moet van tevoren nagedacht zijn over de taakafbakening met andere collega's.
4. Er moet draagvlak gecreëerd zijn op de afdeling, waarbij goed gecommuniceerd is naar collega's wat de doelen van de nieuwe functies zijn en wat men kan verwachten.
5. Kwaliteiten van de functionaris (sociale vaardigheid, enthousiasme, ervaring, deskundigheid) kunnen een belangrijke rol spelen.

Steun van de artsen, dat zij helemaal achter je staan, is absoluut nodig, daar valt of staat een NP functie mee. Bij mijn collega is de functie onzeker omdat ze heel weinig steun heeft gekregen van de specialisten. Steun is heel belangrijk omdat je hierdoor een stukje vertrouwen kunt ontwikkelen. Een stukje acceptatie van de mensen met wie je werkt, dat ze je ook gunnen dat jij andere taken gaat doen. Het is belangrijk dat jouw collega's jou de ruimte geven om de taken over te nemen en niet zoiets hebben van "wat jij kunt, kan ik ook" (NP-01).

Je eigen enthousiasme en inzet, de voorbereiding van de afdeling (weten ze dat je komt en wat de PA-functie inhoudt). Maar ook andere afdelingen en op ziekenhuisniveau. Ik denk dat dit eigenlijk het allerbelangrijkste is: het hele ziekenhuis moet voorbereid worden. Het ziekenhuis moet een beeld voor ogen hebben waarom zij een PA willen opleiden en aanstellen, niet alleen omdat ze opleidingsziekenhuis willen zijn. En aan de mensen laten weten wat de PA-functie inhoudt zodat ze erop worden voorbereid (PA-02).

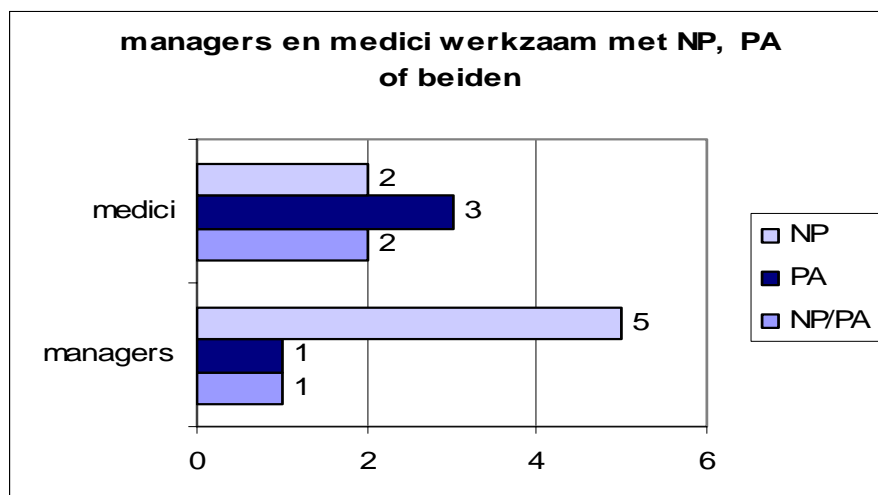
Dezelfde factoren, of liever het ontbreken ervan, worden vaak genoemd als verklaring voor een gebrekkige inbedding van de functie op de afdeling.

HOOFDSTUK 5 NURSE PRACTITIONERS EN PHYSICIAN ASSISTANTS IN DE PRAKTIJK: INTERVIEWS MET MANAGERS EN MEDICI

5.1 Beschrijving van de respondenten

In totaal zijn er 14 interviews afgenomen. Daarvan waren er zeven met zorgmanagers en zeven met medici die allen leidinggevende dan wel mentor van de NP of PA zijn.

Er hebben negen interviews in een UMC plaatsgevonden en vijf interviews in een algemeen ziekenhuis.



Grafiek 6 managers en medici werkzaam met NP's, PA's of beiden

Zorgmanagers zijn vaker verantwoordelijk voor de NP's en medici vaker voor de PA's.

In de interviews is ingegaan op de onderliggende oorzaken of motieven voor de implementatie van de functie NP's en PA's. Wat werd beoogd met deze functie? Hebben de NP's en PA's daar in de praktijk aan voldaan? Vervolgens is ingegaan op de taken die de NP's en PA's uitvoeren en de mate van zelfstandigheid die zij daarin hebben. Ook is de vraag gesteld of de opleiding en de competenties, die door de NP's en PA's zijn verworven, aansluiten bij de deskundigheid en competenties die zij nodig hebben voor de uitoefening van hun functie. Tot slot is aan de orde geweest wat bevorderende en belemmerende factoren zijn bij de implementatie van de NP en PA functie. Wanneer in de onderstaande paragrafen de meningen van de managers en medici over de PA's en NP's apart worden weergegeven gaat het over zeven geïnterviewden voor de PA's en zeven geïnterviewden voor de NP's.

5.2 Opleidingen

PA

Meer dan de helft van de geïnterviewden die in hun werk met PA's te maken hebben, vinden dat de PA-opleiding goed aansluit bij de taken en werkzaamheden van de PA's in de praktijk. Twee kunnen er geen oordeel over geven omdat ze niet goed kunnen onderscheiden wat de NP's en PA's op 'school' of in de praktijk leren: de opleiding is immers gebaseerd op het principe van duaal opleiden. De PA's krijgen een basisopleiding en op de werkplek moet dit aangevuld worden. Beide onderdelen zijn complementair.

Eén van de ondervraagde artsen vindt de aansluiting matig. De PA kwam medische kennis tekort om de functie goed te kunnen uitoefenen. De verklaring hiervoor is dat de PA niet uit het specialisme zelf kwam en ook niet voldoende specifieke kennis kreeg aangeleerd voor de functie. Met uitzondering van deze respondent vinden alle geïnterviewden dat het kennisniveau van de opleidingen voor de PA's goed is.

Vrijwel iedereen geeft aan dat ze de opleiding breed vinden en dat ze het kennistekort van de PA's op hun specifieke vakgebied zonodig zelf aanvullen. Zij zijn tevreden met deze situatie, die vergelijkbaar is met het opleiden van arts-assistenten.

Aangegeven wordt dat degenen die de opleiding voor PA hebben gevolgd of gaan volgen mensen zijn die meer willen weten van het medisch domein en er voor gekozen hebben om ook anders te willen gaan werken. Een PA met een verpleegkundige achtergrond moet bijvoorbeeld veel leren als het gaat om klinisch redeneren. Een PA met een OK-achtergrond moet juist meer bijspijkeren op het sociale vlak. De achtergrond van de PA's is daarom ook bepalend voor het in meer of mindere mate aanleren van bepaalde competenties.

Alle geïnterviewden die met de PA's werken geven aan dat er veel aandacht wordt besteed aan professioneel handelen en beroepsontwikkeling in de opleiding. De nadruk ligt erg op het bewaken van de eigen grenzen en het positioneren van de functie. Eén geïnterviewde arts geeft aan dat de PA zelfs beter dan de arts-assistent in staat is om de eigen grenzen te bewaken en aan te geven wanneer hij iets wel kan of mag doen en wanneer niet.

De geïnterviewden benadrukken dat er niet geschrapt moet worden in het aanleren van medische kennis in de PA-opleiding, omdat de PA's zichzelf neer moeten zetten in het medisch domein als nieuwe functie. Zij moeten zich nog steeds bewijzen ten opzichte van specialisten, en moeten daarom een goed medisch onderbouwd verhaal kunnen houden. De nadruk mag nog meer op de medische kennis liggen. Bij vier geïnterviewden bestaat daarnaast de wens om de verplichte stages tijdens de PA-opleiding flexibel in te laten vullen. Bijvoorbeeld als een PA opgeleid wordt voor het specialisme kindergeneeskunde stellen zij voor dat het mogelijk moet zijn de stage bij geriatrie te vervangen door bijvoorbeeld een stage huisartsgeneeskunde. Aan de andere kant wordt wel opgemerkt dat dit soms ten koste kan gaan van de 'brede' opleidingsvisie.

Alle geïnterviewden geven aan dat wanneer een PA zou willen switchen van specialisme dit niet zonder meer kan. Ze zullen dan voor het andere specialisme veel bijgeschoold moeten worden. Drie geïnterviewden (één manager en twee artsen) geven aan dat het abstractieniveau van de opleiding ook de mogelijkheid biedt voor bijscholing van de PA's. Eén manager vindt dat overstappen alleen mogelijk is wanneer twee vakgebieden heel dicht naast elkaar liggen. De anderen drie denken dat een overstap naar een ander specialisme niet mogelijk is.

Twee van de geïnterviewden artsen hadden het idee om binnen hun specialisme ook PA's op te leiden voor andere ziekenhuizen.

In de praktijk blijkt dit niet te werken want binnen de beroepsgroep bestaat bij sommige artsen nogal wat weerstand tegen de PA's. De kans dat een afgestudeerde PA in een ander ziekenhuis een baan vindt is klein. Bovendien kan de overstap naar een ander specialisme niet zomaar gemaakt worden.

De opleiding is wel de helft minder dan die van arts maar als ik kijk naar mijn eigen opleiding; histologie gebruik ik ook niet. Zij krijgen heel praktische ziekteleer met anatomie en fysiologie maar wel gericht op de pathologie die daaraan gerelateerd is (arts 04).

Het idee was dat we ze moesten opleiden voor een groter gebied, ik mocht ze niet alleen aannemen voor mijn eigen afdeling. Dat vond ik ook. Dus dat wij ze zouden opleiden maar dat ze ook naar een ander ziekenhuis of ander specialisme zouden kunnen gaan. In de praktijk werkt dit niet en in de toekomst zie ik dit ook niet. Ik zou het wel gezond vinden maar het zijn heel honkvaste types die op hun plek die functie willen doen en niet zozeer alleen tijdens hun opleiding (arts 03).

Ik zou best PA's willen opleiden voor andere ziekenhuizen maar als de beroepsgroep het niet ziet zitten kan ik ze nergens stationeren (arts 09).

NP

Voor de NP's geeft het merendeel van de geïnterviewden aan dat de opleiding goed aansluit bij de taken die ze moeten uitoefenen. Twee artsen vinden de aansluiting matig, omdat er nog teveel nadruk wordt gelegd op het verpleegkundig handelen. Alle geïnterviewden vinden dat er meer medische kennis in de opleiding mag zitten. Bij twee geïnterviewden zijn de NP's hier extra in geschoold en bij de andere krijgen de NP's hier extra begeleiding voor.

Vrijwel alle (drie managers en drie artsen) geïnterviewden hebben als eis dat de NP's uit het specialisme zelf komen en daar ook als verpleegkundige in hebben gewerkt. Als reden wordt gegeven dat de NP's dan beter in staat zijn de medische kennis voor die specifieke patiëntencategorie op te pakken. De inzetbaarheid van de NP's is hierdoor sneller en beter. Als voordeel wordt gezien dat de NP's in de opleiding moeten kiezen voor een bepaalde patiëntencategorie. Twee geïnterviewde artsen geven aan dat er in de opleiding meer aandacht gegeven mag worden aan de veranderende rol van de NP, de cultuuromslag van verpleegkundige naar "arts".

Als we een PA in zouden zetten in de ketenzorg zoals een NP dan zou de PA te zwaar zijn qua medische kennis. Zij zou daar te weinig medisch technische handelingen verrichten. Zou je een PA in de ketenzorg inzetten als NP dan zou die een tekort hebben aan specialistische verpleegkundige kennis (manager 06).

Over het algemeen zijn de geïnterviewden tevreden over de opleiding en vinden dat de opleiding goed aansluit op de werkzaamheden van de NP's en PA's. Voor zowel de NP's als PA's wordt aangegeven dat het wenselijk is dat zij een aantal jaren werkzaam zijn geweest in het specialisme waarin ze ook als NP of PA gaan werken. Sommige ziekenhuizen hebben dit ook als opleidingscriterium. Voor beide opleidingen wordt aangegeven dat er voldoende aandacht moet zijn voor de veranderende rol die de functionarissen krijgen. Hiermee wordt vooral bedoeld de wisseling van rol van verpleegkundige of andere beroepen naar arts.

Vooraf voor de NP opleiding wordt aangegeven dat er meer medische kennis in de opleiding mag zitten. Voor de PA opleiding wordt bepleit dat het leren van medisch kennis in ieder geval niet minder mag worden.

5.3 Taken en werkzaamheden

Alle geïnterviewden geven aan dat de taken zoals aangegeven in paragraaf 4.4 (grafiek 4 en 5) door de NP's en PA's worden uitgevoerd met uitzondering van het formuleren van onderzoeksvragen, onderzoeksprotocollen schrijven en onderzoek uitvoeren; ze ontwikkelen niet zelfstandig onderzoek maar voeren wel wetenschappelijk onderzoek uit. Zij werken mee aan onderzoek van de artsen. Slechts door één geïnterviewde manager is aangegeven dat het doen van zelfstandig onderzoek door de PA's in de toekomst wel wenselijk is. Opmerkelijk is dat de geïnterviewde NP's en PA's aangeven deze taken wel uit te voeren en in de NP opleiding veel aandacht wordt gegeven aan het initiëren van wetenschappelijk onderzoek. De verschillen tussen de antwoorden van de NP-PA en hun leidinggevenden kunnen mogelijk te maken hebben met het feit dat de PA onderzoek doen in het kader van hun opleiding en dat bij de NP's mogelijk begripsverwarring is ontstaan tussen zelfstandig onderzoek en het opstellen van protocollen en richtlijnen. Wel zien de meesten het opstellen en verbeteren van protocollen als een wezenlijke taak voor de NP's en PA's in de toekomst.

De geïnterviewden geven aan dat de PA's geen verpleegkundige taken en verpleegkundig onderzoek doen. Uitzondering hierop vormt één ziekenhuis waar de PA op de dagbehandeling een opnamegesprek doet wat zonder de PA functie door de verpleegkundige zou zijn gedaan. Dit heeft echter meer te maken met de verpleegkundige achtergrond van de PA dan met de taakomschrijving.

Bij het merendeel van de geïnterviewden stellen de PA's zelfstandig een diagnose en een behandelplan op. Tevens vragen zij aanvullend onderzoek aan. Ook schrijven de PA's voor het specialisme specifieke en met de supervisor vooraf overeengekomen medicatie voor. Binnen drie ziekenhuizen assisteren de PA's bij de OK of verrichtten zelfstandig kleine ingrepen op de OK.

Bij drie geïnterviewden geven PA's ook onderwijs aan de arts-assistenten. Hiervan wordt aangegeven dat dit ook in de toekomst een taak is die de PA's goed zouden kunnen uitvoeren en waar ze de PA's voor willen inzetten. Dit past ook in het kader van de functiedifferentiatie van de artsen.

Bij twee afdelingen verrichten de NP's alleen maar medische taken; de overige geven aan dat de NP's zowel verpleegkundige taken als medische taken verrichten en alleen werkzaam zijn bij bepaalde patiëntencategorieën.

De NP's stellen, volgens de geïnterviewden, niet zelf een diagnose of behandelplan op: dit gebeurt door de arts. Wel stellen zij diagnoses of behandelplannen bij. Bij drie afdelingen mogen de NP's geprotocolleerd medicatie voorschrijven, bij één andere een voorstel tot medicatie en bij de overige drie helemaal niet.

Bij iets meer dan de helft van de geïnterviewden geven de NP's onderwijs aan de verpleegkundigen en bij één geeft de NP ook onderwijs gegeven aan de arts-assistenten.

De NP's hebben ook een belangrijke taak in de begeleiding van de patiënten / familie, coördinatie van de zorg en het informeren van de patiënten en familie. Deze taken worden door de geïnterviewden niet genoemd met betrekking tot de PA's.

We hebben de functie neergezet als brug tussen cure en care. De NP vult het gat en verbindt de oevers om de continuïteit te waarborgen (manager 06).

5.4 Supervisie, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid

PA

Alle geïnterviewden geven aan dat er altijd een bepaalde mate van supervisie nodig is voor de PA's. De eindverantwoordelijkheid voor de patiënt ligt immers bij de arts. In alle gevallen vallen de PA's in opleiding onder dezelfde supervisiestructuur als de arts-assistenten. De mate van zelfstandigheid wordt in sommige ziekenhuizen bepaald door de specialist, ook dit is niet anders dan bij arts-assistenten. De ene specialist wil voor alles gebeld worden en de andere laat de PA zelf bepalen wanneer hij de specialist belt. Van tevoren is afgesproken welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden ze hebben. Ze kunnen zelfstandig functioneren bij routinehandelingen en "standaardaandoeningen". Zodra iets afwijkt, moeten ze een specialist bellen. Er wordt binnen alle ziekenhuizen zoveel mogelijk via protocollen gewerkt. De PA's moeten zelf aangeven wat wel of niet binnen hun taakgebied valt. In de opleiding tot PA wordt dan ook veel aandacht besteed aan het aangeven van grenzen. Wel wordt aangegeven dat de zelfstandigheid steeds groter wordt naarmate de deskundigheid beter wordt. Dit moet ook gezien worden in het licht dat de PA-functie pas vanaf 2003 bestaat en er nu nog een betrekkelijk klein aantal PA's werkzaam is. Drie geïnterviewden geven aan dat zij voor de toekomst mogelijk wel zelfstandige bevoegdheid bij het uitoefenen van de functie van PA zien.

Het geheel zelfstandig voorschrijven van medicatie gebeurt formeel nergens omdat dit niet bij de wet geregeld is. Bij drie geïnterviewden is hier een aparte regeling voor. Zij hebben standaard of geprotocolleerde lijsten van medicatie die door de PA's zelfstandig voorgeschreven mag worden. In één van deze drie ziekenhuizen zijn hier ook afspraken over gemaakt met de inspectie en de apothekers.

Bij de andere geïnterviewden wordt altijd achteraf een handtekening door de specialist gezet. Bij twee geïnterviewden wordt geen medicatie door de PA's voorgeschreven.

De grenzen worden ruimer afhankelijk van hun deskundigheid. Ze worden ook steeds opnieuw bekeken (arts 08).

De PA doet voorstellen voor het medicatiebeleid. Voorschrijven is lastig omdat het eigenlijk niet mag dat ze dat uit mijn naam doen. Maar het gebeurt wel in de praktijk. We willen toe naar een standaardlijst van medicatie die vaak voorkomt in onze afdeling, en die medicatie mogen ze dan zelfstandig toekennen als ze de opleiding af hebben. We moeten dit nog intern regelen, ook met onze juridische afdeling (arts 04).

Medicatie voorschrijven: Ze hebben opnieuw examen moet doen in een aparte module die we daarvoor hebben ontwikkeld samen met de apotheek, en het is aan MIRADOR gekoppeld en met de apothekers en de inspectie besproken (manager 08).

NP

Bij de NP's is de supervisiestructuur minder eenduidig dan bij de PA's. Dit heeft ook te maken met de taken die ze uitvoeren. Op dit moment wordt er door de geïnterviewden aangegeven dat de NP's niet zelfstandig een diagnose stellen maar dit altijd doen onder supervisie van een arts. Dit geldt ook voor het opstellen van een behandelplan. Zij voeren wel het behandelplan zelfstandig uit en stellen dit zonodig bij; ook bijstelling van de diagnose kan door de NP's plaatsvinden. Zij bespreken dit achteraf altijd met de arts. Medicatie wordt door geen van de NP's volgens de geïnterviewden zelfstandig voorgeschreven: dit gebeurt ook onder supervisie van de arts. Aangegeven wordt dat de NP's geprotocolleerde handelingen wel zelfstandig kunnen uitoefenen. Voor de verpleegkundige taken binnen hun functie hebben zij geen supervisie nodig, ze zijn immers allemaal al verpleegkundige.

5.5 Taakafbakening en samenwerking

Alle geïnterviewden geven aan dat er, soms na wat aanloopproblemen, duidelijkheid bestaat bij de functionarissen waar de NP's en PA's mee samenwerken, over de taken van de NP's en PA's. De PA's nemen alleen taken over van de arts-assistent of de arts. De NP's nemen taken over van de arts-assistent of de arts en hebben ook een aantal "nieuwe" taken. Er bestaat voor de PA's geen taakoverlap met de verpleegkundigen. Bij de NP's komt dit wel voor.

De meeste wrijving ontstaat rondom de medische taken, die de NP's en PA's overnemen van de arts-assistenten. Het is lastig wanneer de NP's en PA's taken hebben overgenomen die de arts-assistent nodig heeft voor zijn opleiding.

De afdelingen moeten ervoor zorg dragen dat zowel de NP's en/of PA's, arts-assistenten en co-assistenten bekwaam worden in een aantal zaken. Twee geïnterviewden geven aan dat het soms dringen is om de patiënt om drie mensen een bepaalde handeling aan te leren.

Bij de vraag of de zorgmanagers of medici heel bewust gekozen hebben voor een PA in plaats van een NP voor hun afdeling geven alle geïnterviewden aan dat dat het geval is. Voor de PA's kiezen ze omdat de PA's alleen taken uit het medisch domein overnemen en een vast pakket hebben. Daarnaast kiezen ze voor de PA's vanwege hun medische achtergrond in de opleiding. Zij zien de NP's meer als een brugfunctie tussen de cure en care.

Onderscheid tussen NP/PA en arts-assistent

Het enige verschil tussen de arts-assistent enerzijds en de NP's en PA's anderzijds is dat de NP's en PA's niet alle taken van de arts-assistent kunnen overnemen. De arts-assistenten staan bijvoorbeeld ook op de OK en voeren complexe medische taken onder begeleiding uit. De NP's doen dit niet en PA's voeren slechts zeer beperkte OK-taken uit.

Onderscheid tussen NP en verpleegkundig specialist

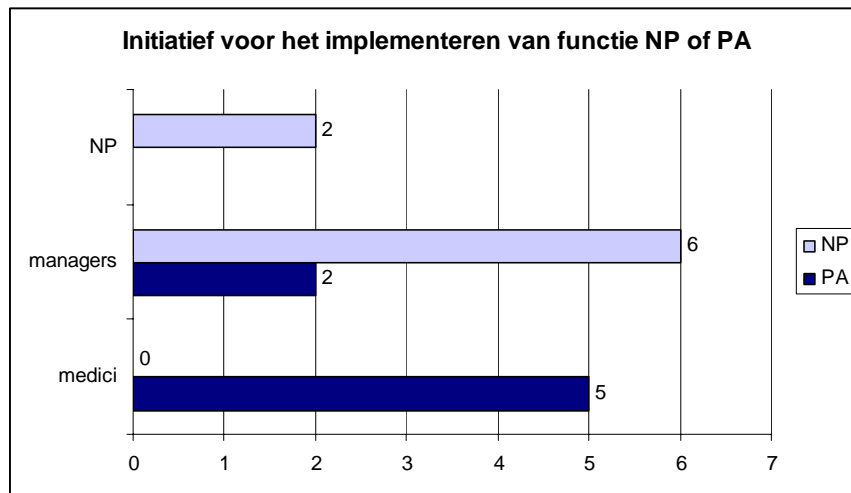
Iedereen geeft aan dat het onderscheid tussen deze twee functies lastig te maken is en het verschil in activiteiten niet duidelijk. Er wordt gesuggereerd dat de functies van verpleegkundig specialist⁹ en NP zouden kunnen integreren mits de verpleegkundig specialist een bijscholing volgt vooral op het medisch handelen.

⁹ In het VBOC advies, verpleegkundige toekomst in goede banen, van 11 mei jl. wordt gepleit voor het opnemen van de NP functie als verpleegkundig specialist. Hier wordt de term verpleegkundig specialist gehanteerd volgens de "oude" verpleegkundige beroepsstructuur.

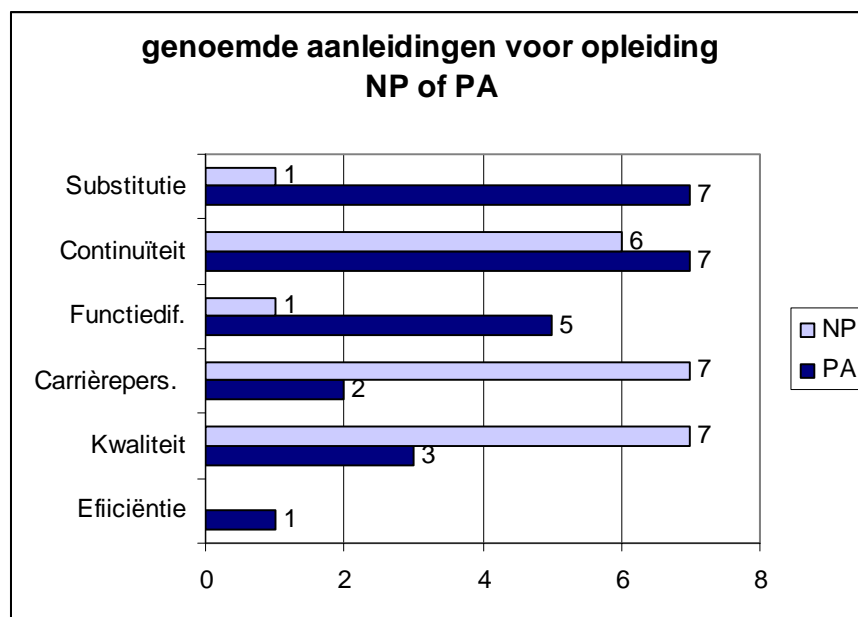
Als artsen er behoefte aan hebben dat de diabetesverpleegkundige lichamelijk onderzoek doet, dan zou ik niet schuwen om hen daarvoor extra te scholen. Dan hoeft er niet per se een NP te zitten. Vanuit het eigen vakgebied van de verpleegkundige specialist hebben ze voldoende know how (arts 07).

5.6 Organisatorische inbedding

Het initiatief voor het implementeren van de functie van NP of PA ligt zeer verschillend. Het opleiden van PA's wordt vaker geïnitieerd door de medici dan door het management (lees zorgmanagers of de Raad van Bestuur). Opvallend is dat er door de medici geen initiatief genomen is voor het opleiden van een NP's.



Grafiek 7 Initiatief voor het implementeren van de functie NP of PA



Grafiek 8 De aanleidingen die genoemd zijn voor het opleiden van NP en PA

Met het instellen van de functie van PA werd door de geïnterviewden het volgende beoogd (in volgorde van belangrijkheid):

- Substitutie van taken als gevolg van het (verwachte) arts-assistenten tekort. De PA wordt ingezet in plaats van de agnio's en agio's.
- Continuïteit: de PA blijft langer werken op een afdeling dan arts-assistenten. Voor de PA is het een eindfunctie en voor de arts-assistent is het vaak een doorstroom functie.
- Functiedifferentiatie artsen: de PA doet een aantal gestandaardiseerde taken en verzorgt allerlei organisatorische taken die veel tijd kosten zoals aanvragen van röntgenfoto's, aanvullende onderzoeken e.d. die voorheen door de dokters gedaan werden. Bij één van de ondervraagden is functiedifferentiatie van de artsen vastgelegd in beleid. De afdelingen moeten iedere twee jaar een beleidsplan maken waarin functiedifferentiatie van de artsen is vastgelegd.
- Kwaliteitsverbetering: de PA's zijn opgeleid voor een bepaald routinedeel van de artsentaken en voeren deze ook veel uit. Daarnaast zijn zij de continue factor op de afdeling die na hun opleiding volledig kunnen meedraaien. Op deze manier kan de productie in stand gehouden worden en de kwaliteit van zorg worden verbeterd. Wanneer een PA een verpleegkundige achtergrond heeft haalt hij ook meer uit de patiënt dan een arts-assistent of arts. Zij zien vaak ook het "verhaal" achter de aandoening daar waar de arts alleen naar het ziektebeeld kijkt.
- Efficiëntie: deze verwachting wordt door twee geïnterviewden aangegeven. Overigens vinden beiden dat in termen van kostenbesparing dit doel (nog) niet is behaald. De efficiëntie wordt wel gezien in de juiste persoon die het werk doet waarvoor hij opgeleid is.

De PA functie voldoet bij zes van de zeven geïnterviewden aan de verwachtingen. Dat wil zeggen dat de doelstellingen waarvoor de geïnterviewden de functie van PA hebben ingesteld zijn behaald of zo goed als behaald.

Slechts één geïnterviewde heeft aangegeven geen verwachtingen t.a.v. de functie te hebben omdat er op de afdeling nog gezocht wordt naar de juiste inhoud van de functie.

Aanleiding voor de PA was duidelijk de werkbelasting van de medici en het feit dat er minder artsen komen. Er is discussie geweest over hoe je dat tekort gaat invullen, met een NP, PA of poortarts. Medici wilden continuïteit in de productiesfeer voor de dagbehandelingpatiënten waar de arts-assistenten hun werk doen. Daarom is voor de PA gekozen, omdat het ging over het overnemen van medische taken (manager 06).

Met het instellen van de functie van NP werd door de geïnterviewden het volgende beoogd (in volgorde van belangrijkheid):

- Kwaliteitsverbetering: wanneer de NP ingezet wordt voor het totale onderzoek- of behandelproces voor een bepaalde groep patiënten is de coördinatie beter. NP's vullen leemtes in het zorgproces op, dragen zorg voor deskundigheidsbevordering van de verpleging en informatievoorziening naar patiënten toe. De NP is de liaison tussen patiënten, familie, artsen en verpleging.
- Continuïteit; integratie van verpleegkundige en medische taken in één functie, de medische taken worden overgenomen van de arts-assistenten die regelmatig wisselen. Proces kan beter gestroomlijnd worden doordat een NP langer aan een afdeling verbonden blijft dan arts-assistenten.

- Loopbaanperspectief; met de functie van NP is het carrière perspectief van de verpleegkundige vergroot. Hierdoor worden meer verpleegkundigen voor de zorg behouden.
- Substitutie van taken als gevolg van het (verwachte) arts-assistenten tekort. In slechts één ziekenhuis wordt de NP ingezet in plaats van de agnio's of agio's. Wel wordt aangegeven dat bij vertrek van deze NP, de functie overgenomen zou worden door een PA. Niet omdat men ontevreden is over de functionarissen, maar omdat de opleiding van PA beter aansluit bij de taken die zij moeten uitvoeren, het gaat hier om puur medische taken, de NP ers die op deze afdelingen werken voeren geen verpleegkundige handelingen uit.
- Zorgvernieuwing; ontwikkelen van ketenzorg, opzetten van “nieuwe” poli's, transmurale zorg, verbinding tussen 1^e en 2^e lijn.
- Functiedifferentiatie artsen; de NP neemt een aantal routinematige taken van de arts over.
- Patiëntentevredenheid; door patiënten met een laagcomplexe zorgvraag te laten behandelen door een NP wordt de wachttijd voor deze patiënt verkort.

Bij vijf van de zeven geïnterviewden voldoet de NP functie aan de verwachtingen Binnen één ziekenhuis is de doelstelling van functiedifferentiatie niet behaald doordat het verwachtingspatroon van de artsen en de NP's niet met elkaar overeenkomt: de arts wil graag taken overdragen aan de NP's, terwijl de NP's zich meer in een coördinerende, begeleidende rol voor de patiënten zien. Eén geïnterviewde gaf aan dat een verbetering van de patiëntentevredenheid een doelstelling was om de functie van NP te implementeren. Deze is echter niet behaald. De reden daarvan is dat het aanbod van laagcomplexe zorg te klein is in verhouding tot het aantal studenten die op de afdeling in opleiding zijn. Op deze afdeling zijn namelijk NP's en arts-assistenten in opleiding werkzaam.

Het overnemen van medische taken door de NP was geen hot issue. Langzamerhand is dat medisch domein veel meer aan de orde gekomen. En dat zie je ook terug in de opleiding (manager 06).

De NP is gekomen met het idee: wij gaan de mensen continuïteit bieden. De medici willen echter dat ze gewoon werk overnemen. Wij vinden dat we voldoende met de mensen praten: artsen, arts-assistenten, maatschappelijk werk, de verpleging, psychosociaal medewerkers. We laten de patiënt dus niet aan zijn lot over (arts 05).

Nu werkt de NP twee dagdelen bij de huisarts om kleine chirurgische ingrepen te doen die anders in het ziekenhuis gedaan zouden worden. Hij combineert de 1^e en 2^e lijnszorg (manager 10).

Alle NP's en PA's worden voor hun medische taken functioneel aangestuurd door de medisch specialist, zo blijkt uit de interviews. De medische specialist is ook degene die de medische taken van de NP en PA bepaalt. Voor de verpleegkundige taken worden de NP's aangestuurd door de hoofdverpleegkundige c.q. zorgmanager. Alle PA's vallen hiërarchisch onder het medisch afdelingshoofd. Bij de NP's is dit bij drie van de ondervraagden het geval: bij vier geïnterviewden valt de NP hiërarchisch onder de zorgmanager. Ze kunnen op de poli, de kliniek, de dagbehandeling, de IC en de eerste hulp binnen het ziekenhuis hun werkterrein hebben. Binnen twee ziekenhuizen bestaan beide functies op eenzelfde afdeling.

Bij één wordt vermeld dat de NP hetzelfde werk doet als de PA en ook als zodanig wordt ingezet. Het enige verschil tussen deze twee functionarissen is de opleiding, omdat de opleiding tot PA er nog niet was toen de NP-functionaris is begonnen. Bij het tweede ziekenhuis is een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de twee functies. De PA doet medische taken en de NP wordt ingezet op de coördinatie van de zorg en wordt aangestuurd door de hoofdverpleegkundige.

Bij drie geïnterviewden is formatie van AGNIO's ingeruild voor PA functies. Bij de overige ziekenhuizen wordt wel geprobeerd de formatie van zowel de NP's als de PA's gedeeltelijk uit de formatie van de artsen te financieren maar bij het merendeel worden de NP's en PA's, en vooral de NP's, uit de verpleegkundige formatie betaald. De financiële inbedding verloopt in de meeste ziekenhuizen na de opleiding van de NP's en PA's moeizaam. Gedurende de opleiding worden de NP's en PA's meestal gefinancierd vanuit de centrale middelen van het ziekenhuis. In de algemene ziekenhuizen worden ze dan ook, vooralsnog, niet betaald door de maatschappijen.

Alle geïnterviewden geven aan dat de PA's hun positie binnen het medisch domein hebben en ook als zodanig bij de artsen horen. De NP's behoren volgens de geïnterviewden binnen het verpleegkundig domein. Ze zouden bij de verpleegkundige discipline moeten blijven behoren omdat ze daar ook een carrièreperspectief hebben en in het medisch domein niet. Daarnaast hebben de NP's meerwaarde doordat de functie een verpleegkundig en medisch deel heeft.

Met de afdeling zijn we wezen skiën en dan gaan de PA's gewoon mee. Ze doen mee met assistenten-borrels. Ze horen echt bij de assistenten groep (arts 03).

De PA was een verpleegkundige van de afdeling. Ik dacht nog dat gaat vast mis. Ze heeft dat heel praktisch opgelost, op de dag dat ze in de nieuwe functie begon trok ze een andere witte jas aan. Binnen een week of twee wist de verpleging heel duidelijk: zij vervangt de arts assistent of de dokter, ze treedt heel duidelijk op in de positie van de arts-assistent of dokter (arts 09).

Uit de interviews komen verschillende factoren naar voren voor een succesvolle inbedding van de NP en PA functie.

Twee succesfactoren worden door iedereen genoemd:

1. Draagvlak van artsen, verpleging en Raad van Bestuur
2. Goede supervisie.

De overige punten komen verschillende keren naar voren:

- overeenstemming tussen de verschillende partijen hoe de NP en PA ingezet wordt, structuur aanbrengen in het werk d.m.v. een functieprofiel, de financiën regelen
- werkterrein goed afbakenen
- informeren van alle betrokkenen
- goede scholing
- er moet een goede match zijn tussen opleider en NP / PA. Goede selectie van de NP en PA samen met de opleider
- stelling handhaven dat verpleegkundige functiedifferentiatie gewoon doorgaat, ook na de komst van de NP en PA

- er moet een duidelijk profiel en plan liggen waar de NP meerwaarde heeft binnen een bepaald zorggebied of traject waar nog geen andere spelers in het veld zijn. Als die er wel zijn moet er een goede afweging gemaakt worden wat de meerwaarde van de NP is ten opzichte van een (gespecialiseerd) verpleegkundige. Geen taken weghalen bij de verpleegkundigen
- goed omschreven patiëntengroepen, NP toewijzen aan bepaalde aandachtsgebieden
- omslag van de PA van een verpleegkundige naar een doktermentaliteit. Aandacht hebben voor het feit dat iemand niet meer zijn oude club hoort en ook nog niet bij de nieuwe
- aantoonbare kwaliteitsverbetering. Als de NP en PA ervoor kan zorgen dat de routinematige patiëntenzorg beter draait, dan kan de specialist zich meer bezig houden met waarvoor hij is aangesteld: onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg op hoog niveau
- klein expertclubje in huis dat afdelingen helpt de vraag scherp te krijgen aan welke functionaris behoefte is

Als de medische opleiding gaat veranderen is een PA juist van belang. Dan is zij nog de enige die een beetje een totaal beeld heeft van de patiënt. Want je krijgt dan chirurgen die helemaal niets meer van suikerziekte afweten e.d. (arts 04).

Door terugloop van AGIO's zou je meer AGNIO's krijgen. Dat geeft geen gezonde werksfeer. Je krijgt een fatalistische houding bij artsen zo van het wordt toch niets meer met de opleiding. Je kunt dan beter gemotiveerde NP's inzetten voor die routinewerkzaamheden en het zien als differentiatie in de verpleging (manager 07). Dokters selecteren anders; ze kijken niet wat iemand in huis moet hebben om een dergelijk nieuwe functie neer te zetten maar meer van 'die heeft altijd goed geassisteerd' en die denkt: 'vooruit dan moet die persoon dat kunnen' (manager 08).

Uit de interviews komen verschillende factoren naar voren die een succesvolle inbedding van de NP en PA functie in de weg staan. Deze knelpunten zijn:

- niet goed voorbereiden, en doorspreken van de komst van een NP en PA op de afdeling
- verschil in verwachtingspatroon tussen NP, PA en artsen
- geen taakomschrijving
- mismatch tussen NP, PA en opleider of NP, PA en artsen
- de angst bij artsen dat door de invulling van formatieplaatsen voor AGNIO's of AGIO's door PA's zij nooit meer hetzelfde aantal AGNIO's of AGIO's terugkrijgen. Wordt gezien als een vorm van acceptatie van minder opleidingsplaatsen
- sommige beroepsgroepen zijn bang voor hun vak of voor terreinverlies. Weerstand bij de artsen, dat een NP en PA na twee jaar studie hetzelfde zou kunnen doen als de arts
- weerstand bij de verpleging i.v.m. de veiligheid van de patiënt
- onwetendheid van andere specialisten die niet met een NP en PA werken
- de opleider die geen tijd heeft voor de NP en PA
- verantwoordelijkheid en bevoegdheden niet goed geregeld bij de BIG
- teveel mensen die tegelijkertijd hetzelfde willen doen m.n. de arts assistent en de NP en PA

- wanneer niet voortdurend afgestemd wordt of de functie van NP niet wrijft met functiedifferentiatie in de verpleging
- gevoel van aantasting op het terrein van de verpleging. Die waren gewend om veel aan preventie te doen en mensen te begeleiden. Daar ligt nu een taakoverlap met de NP
- kostenfactor (is niet gemeten): je ziet duidelijk kwaliteitsslagen maar je onttrekt wel mensen aan de directe zorg. Uiteindelijk zou het goedkoper moeten zijn, maar op dit moment zit er een bepaalde kostenfactor bij
- niet teveel mensen op één stuk zetten, waardoor opleidingsitems van de mensen afgesnoept worden. NP en PA nemen taken weg van de arts assistenten die nodig zijn voor de opleiding
- financiering: NP's en PA's worden nu bekostigd door de organisatie, niet door de maatschappen. Dit zou wel moeten want ze doen medische taken of er moet meer productie tegenover staan. Daarnaast krijgt de organisatie geld voor een arts assistent, als je de NP inzet i.p.v. de arts-assistent worden niet alle werkzaamheden overgenomen. Het pakket van de arts-assistent is breder

Er is een soort van allergie ontstaan tegen differentiatie van de verpleging. NP is er daar één van. Wordt geïnitieerd vanuit management en verpleging. Het zou anders zijn als aan de medici gevraagd zou worden; waar hebben jullie nu behoefte aan (arts 05).

De hoeveelheid NP's binnen een afdeling. Bij de verpleegkundigen treedt een soort verzadiging op. Omdat verpleegkundigen op de poli's ook al heel erg veel doen. Het is moeilijker om de meerwaarde op andere afdelingen te verkopen. Door de kennisoverdracht van de NP naar de verpleging toe stijgt het niveau van de verpleging. Dit zorgt weer voor een inperking van de taak van de NP. Het is een soort van opstuwende kracht (manager 10).

Drie van de geïnterviewden geven aan het wenselijk te vinden dat de functies van NP en PA zelfstandige beroepen worden. Twee zien dit zelfs als een voorwaarde om de functie van NP en PA in Nederland goed te kunnen positioneren. Wel wordt daarbij de kanttekening gemaakt dat het zelfstandig bevoegd maken van de NP's en PA's afhankelijk is van een aantal factoren:

- Het is afhankelijk van het specialisme waar ze werken; ze moeten verpleegkundige zijn geweest of voor de PA een relevante functie hebben gehad, en een aantal jaren werkzaam zijn binnen dezelfde categorie patiënten of het specialisme waar ze nu de functie van NP en PA hebben.
- Het is afhankelijk van de opleiding. De opleiding moet voldoende medische kennis aanleren. Op dit moment moet er bijvoorbeeld veel bijgeschoold worden op het gebied van de farmacologie.

5.7 Mate van tevredenheid bij managers en medici

Alle geïnterviewden geven aan (zeer) tevreden te zijn over de inzet van de PA's. Bij vertrek van de PA's zouden zij ook een nieuwe PA opleiden. Ervaren wordt dat de klantgerichtheid naar de patiënten beter is geworden doordat er meer aandacht en tijd wordt gegeven aan de patiënt.

Of het efficiënter is kan geen van de geïnterviewden met zekerheid zeggen. De patiënt is mondiger geworden en kost meer tijd. De PA's geven die tijd ook. Ze zien minder patiënten maar patiënten zijn meer tevreden.

Eveneens wordt de continuïteit genoemd waar men tevreden over is. Men ziet de PA's als stabiele factoren op de afdeling, die geen andere agenda hebben dan hun functie goed en deskundig neer te zetten, daar waar de arts assistent steeds op zoek is naar nieuwe uitdagingen en leermomenten.

Wanneer men beide functies op de afdeling heeft wordt dit als waardevolle aanvulling gezien. De PA's leren de arts-assistent vanuit hun eigen deskundigheid een aantal handelingen.

Drie geïnterviewden, waar het doel differentiatie van de artsentaak is, geven aan dat dit goed gerealiseerd is. De PA's nemen een groot deel van de regeltaken van de arts over en geven ook een stuk onderwijs aan de arts assistenten.

Ik moet zeggen dat ik op dit moment liever een opname doe met een PA dan met een arts assistent. Omdat ik precies weet wat de PA kan. Hij kan een aantal handelingen gewoon zelfstandig doen waarvan ik weet dat hij het goed doet (arts 01).

Bijna alle geïnterviewden geven aan dat zij (zeer) tevreden zijn over de inzet van de NP's. Als meerwaarde van de NP's zien zij de continuïteit van zorg: de NP's voelen zich verantwoordelijk voor het totale zorgproces. Er is meer diepgang en kwaliteit gekomen in een deel van de zorg dat anders tussen wal en schip valt. Het zorgproces ontwikkelt zich richting ketenzorg waar de NP's een belangrijke rol in hebben. Wel wordt aangegeven dat de borging en acceptatie van de functie nog aanzienlijk verbeterd moet worden. De communicatie is met de komst van de NP's verbeterd, doordat er minder overdrachtsmomenten zijn. De geïnterviewden geven allen aan dat ze niets kunnen zeggen over de efficiëntie van zorg. Aan de ene kant creëert de functie van NP meer werk door de laagdrempeligheid van de NP's en aan de andere kant worden veel herhalingsconsulten overgenomen van de artsen. Niemand heeft een 0-meting verricht. Degene die aangeeft niet tevreden te zijn over de functie van de NP geeft als reden het verschil in opvatting tussen arts en NP over de invulling van de functie.

NP's leveren een waardevolle bijdrage aan het specifieke zorgproces. Mn diepgang en kwaliteit aan het stuk zorg, dat anders tussen wal en schip valt. Omdat het voor de arts niet interessant is en voor de verpleegkundig buiten het aandachtsgebied van de klinische zorg ligt (manager 07).

5.8 Organisatiecultuur

Van de 14 geïnterviewden hebben er 11 iets gezegd over de cultuurverandering die de NP's en PA's moeten ondergaan. Die cultuurverandering is onder te verdelen in twee items; het eerste item geldt voor zowel de NP's als PA's; het tweede item komt meer voor bij de PA's omdat zij geïnterviewd worden in het medisch domein.

1. De "CAO mentaliteit"; deze term wordt meerdere keren genoemd. Wat men ermee wil aangeven is dat er een groot verschil is in het omgaan met werktijden tussen de verpleging en de artsen. De verpleging heeft een 36-urige werkweek en de artsen een 48 – 55-urige werkweek. Een arts werkt niet van 9 tot 5. Artsen compenseren de "teveel" gewerkte uren niet. Zij gaan pas naar huis als het werk klaar is met de patiënt. De arts accepteert dat dit bij zijn werk hoort. Een arts-assistent gaat ook tamelijk flexibel met zijn tijden om. Ze blijven vaak wat langer omdat ze zelf een aantal zaken interessant vinden voor hun opleiding, die tijd halen ze niet in.
Een verpleegkundige groeit op met roosters en diensten van 8 uur. Artsen vinden dat de NP en PA zich moeten aanpassen en een omslag moeten maken naar hun mentaliteit, wil de NP en PA bij de artsengroep horen.
Eén geïnterviewde heeft dit opgelost door de PA 4 x 9 uur te laten werken. Een ander geeft aan dat de NP en PA dan maar ingezet moet worden op die plaatsen waar goed van 9 tot 5 gewerkt kan worden bijvoorbeeld alleen op de poli.
2. De omgang: De PA's moeten zich realiseren dat ze in een andere "groep" terecht komen. Ze horen niet meer bij de verpleging en nog niet bij de artsen. Ze moeten hun plaats veroveren bij de artsen. Artsen vinden het heel belangrijk dat de PA hun "taal" spreekt. Zelf geven de artsen aan dat de PA in het begin op dit punt wel het één en ander te verduren krijgt. Hier moet zeker in het begin veel aandacht aan gegeven worden. Wanneer de PA eenmaal de omslag heeft gemaakt wordt hij ook volledig geaccepteerd en hoort dan ook helemaal bij de artsengroep. Dit geldt ook voor de NP maar in mindere mate.

Op dit vlak liggen nog wel eens conflicten. NP's en PA's zeggen nog wel eens dat is mijn taak niet. Maar hoe langer je met elkaar werkt hoe minder het wordt (arts 05).

(PA) Je komt in de spotlights te staan, maar de groep waarin je komt, daar sta je weer helemaal onderaan en dat is niet zo makkelijk. Ze horen niet meer bij de verpleging en zijn voor een bepaalde periode sociaal dakloos (manager 08).

Tevens heeft een aantal geïnterviewden aangegeven dat de nieuwe functies erbij gebaat zijn als snel de juridische kaders neergezet worden.

Veel van de geïnterviewden hebben aangegeven dat de functie van NP en PA nog volop in ontwikkeling is, wat overigens ook voor de opleidingen geldt, en dat het vak zich in de loop der jaren verder zal uitkristalliseren. Voor de PA-opleiding zou gedacht kunnen worden om aan te haken bij de studie geneeskunde of in ieder geval meer gebruik te maken van die opleiding.

Vooraf vanuit de medische kant wordt aangegeven dat het goed zou zijn om in de verpleegkunde met twee of drie niveaus te werken en deze niveaus op een goede manier inhoud geven.

Door meerdere ondervraagden is aangegeven dat er behoefte is aan eenduidigheid tussen verpleegkundig specialist¹⁰ en NP of het integreren van de functie van verpleegkundige specialist en NP in één functie. Tot slot geven enkelen aan dat de vermindering in het verwachte artsentekort niet gekoppeld zou moeten worden aan de aanstelling van NP's en PA's. Het zou geen invloed moeten hebben op de ontwikkeling van de PA en NP. De drijfveer zou moeten zijn dat het aanstellen van NP en PA veel meer gaat over de juiste persoon op de juiste plek.

Goede afwegingen maken bij de inzet van een NP. Binnen verschillende specialismen zie je al tweede deskundigheidsniveaus. Bijvoorbeeld bij gynaecologie:, die werken met klinische verloskundigen. Of oogartsen die werken met optometristen, die zijn ook HBO opgeleid. Je moet je goed afvragen of je dan nog een NP helemaal van het begin tot het eind op moet leiden binnen de oogheekunde. Of urologie met stoma en incontinentie verpleegkundige en een arts assistent. Wat wil je iemand dan nog laten doen, wat is het voordeel. Antwoorden op deze vragen zijn heel belangrijk voordat je aan een NP begint (manager 07).

¹⁰ In het VBOC advies, verpleegkundige toekomst in goede banen, van 11 mei jl. wordt gepleit voor het opnemen van de NP functie als verpleegkundig specialist. Hier wordt de term verpleegkundig specialist gehanteerd volgens de "oude" verpleegkundige beroepsstructuur

HOOFDSTUK 6 CONCLUSIES

6.1 Inleiding

In dit onderzoek, dat werd uitgevoerd in opdracht van de stuurgroep MOBG, staan verschillen en overeenkomsten tussen Nurse Practitioners (NP's) en Physician Assistants (PA's) in ziekenhuizen centraal. Deze nieuwe functies in de gezondheidszorg zijn in de afgelopen jaren ontstaan en voor zowel de NP's als de PA's geldt dat het functies in ontwikkeling zijn, die hun inbedding in het zorgproces nog moeten krijgen, een positie moeten verwerven in het functiegebouw en moeten werken in een situatie waarin nog niet alle randvoorwaardelijke zaken, zoals wetgeving, op hen zijn toegesneden. In dit onderzoek, dat deels bestond uit een literatuurstudie en deels uit interviews, staan vier onderzoeksvragen centraal. In dit hoofdstuk worden per onderzoeksvraag de resultaten en conclusies besproken. Daarbij worden de gegevens van de interviews gecombineerd met de inzichten uit de literatuurstudie. Er wordt ook ingegaan op eventuele discussiepunten en discrepanties tussen verschillende gegevens. De aanbevelingen, die voortvloeien uit dit onderzoek, onder meer voor de positionering van de functies, komen in hoofdstuk 7 aan de orde.

6.2 De overeenkomst en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en feitelijke werkzaamheden

Taken en werkzaamheden

Op basis van de interviews die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden met NP's, PA's en hun leidinggevenden, kan worden vastgesteld dat in ziekenhuizen de NP en PA twee verschillende functies zijn. De 'typische' NP-functie gaat om een combinatie van 'cure' en 'care'. NP's verrichten medische én verpleegkundige taken bij een specifieke, voorgeselecteerde patiëntencategorie en houden zich veelal bezig met nieuwe taken op het gebied van deskundigheidsbevordering, zorgvernieuwing, ketenzorg, transmurale zorg e.d. De 'typische' PA's daarentegen houden zich (vrijwel) uitsluitend met 'cure' bezig en verrichten geen verpleegkundige handelingen. Hoewel ook hun patiëntenpopulatie in zekere zin is voorgeselecteerd (ze zijn al op een bepaalde afdeling van het ziekenhuis) is deze toch breder dan bij de NP's.

In dit onderzoek zijn twee NP's geïnterviewd die afwijken van het bovenstaande beeld en wiens werkzaamheden meer een PA-profiel hebben. De verklaring hiervoor is dat deze mensen in dienst zijn gekomen op het moment dat er nog geen PA-opleiding was in Nederland, en dat er destijds ook bij het management in de ziekenhuizen nog geen duidelijk beeld was van de taken en precies vereiste competenties van de nieuwe functionaris. De interviews met leidinggevenden bevestigen dit: zij geven aan dat -achteraf bezien- een PA waarschijnlijk beter had aangesloten bij de betreffende functie.

Op grond van dit onderzoek kunnen we niet zeggen hoe vaak zo'n atypisch functieprofiel bij NP's in Nederland voorkomt. Wel is het waarschijnlijk dat het in het verleden (voor de komst van de PA-opleiding) vaker voorkwam dan nu. Dit gegeven beïnvloedt ook het onderzoek dat eerder naar de functies verricht is. Omdat in die onderzoeken ook voorbeelden beschreven zijn van NP's die alleen medische taken verrichten is in een andere studie geconcludeerd dat het onderscheid tussen de functies van NP en PA lastig te duiden is (*bron 13*).

Onze conclusie wijkt daar van af: in dit onderzoek zijn duidelijk twee verschillende profielen te onderscheiden, ongeacht of de NP of PA werkzaam is in een algemeen ziekenhuis of UMC. De NP die PA-taken doet lijkt eerder uitzondering dan regel.

Het kwantitatieve onderzoek van Tempelman bevestigt deze conclusie.

Het is voor de respondenten in dit onderzoek ook duidelijk dat de NP's deel uitmaken van het verpleegkundig domein (met een deel aan medische taken) terwijl de PA's bij de medici 'horen'. Deze beroepsidentiteit wordt ook door derden onderkend.

Er is meer heterogeniteit in de taken en werkzaamheden van de NP's dan van PA's. Dat heeft enerzijds te maken met de grotere breedte aan taken, en daardoor de mogelijkheid voor verschillende accenten en profielen. Met name de 'care' taken van de NP's zijn vaak gespecialiseerd en niet-routinematig. Anderzijds zijn NP's ook al langer werkzaam en is er meer tijd geweest om dergelijke profielen te ontwikkelen. Ook in de bestudeerde literatuur werden variaties in de invulling van positie en taken van de NP-functie gesignaleerd. Het onderhavige onderzoek bevestigt dit beeld.

De NP's en de PA's voeren beiden medische taken uit. Bij de NP's is het een kleiner deel van de functie, voor de PA's het hoofdbestanddeel. Op basis van dit onderzoek, zowel de literatuurstudie als de interviews, is er geen verschil aan te duiden tussen het soort medische taken dat NP's en PA's verrichten. De aard van de medische taken is afhankelijk van de afdeling, het specialisme en/of patiënt en niet van de functie. Beide soorten professionals verrichten medische taken die protocollair zijn vastgelegd en tot de gestandaardiseerde 'cure' behoren. Ze voeren allebei (deels in opdracht, deels op eigen initiatief) voorbehouden handelingen uit (PA's wel vaker dan NP's) en schrijven ook allebei medicijnen voor. Hierover zijn vooraf afspraken gemaakt met de medisch specialist. Meestal gaat het om 'standaardmedicatie' bij de betreffende patiëntengroep.

Andere voorbeelden van werkzaamheden die door beide beroepsgroepen worden gedaan zijn: anamneses afnemen, diagnoses stellen (bij de NP's binnen het kader van hun eigen patiëntengroep), lichamelijk onderzoek verrichten, zelfstandig polikliniekspreekuren draaien, protocollen ontwikkelen, (preoperatieve) screening verrichten en (onderdelen van) onderzoek uitvoeren. Hun aandeel in dit wetenschappelijk onderzoek wordt door de NP's en PA's zelf hoger ingeschat dan door hun leidinggevenden (zie ook 6.3). Mogelijk rekenen zij ook onderzoeksactiviteiten mee die in het kader van hun opleiding zijn verricht.

Verantwoordelijkheden

Zowel de NP's als de PA's vallen voor hun medische taken formeel onder de verantwoordelijkheid van een arts. Dit is vrijwel altijd de leidinggevende (medisch) specialist. In de praktijk hebben ook arts-assistenten een rol bij de supervisie van de NP's en PA's. Toch geven met name NP's aan dat ze een grote mate van zelfstandigheid hebben. Hoewel ook de PA's zelfstandig taken uitvoeren hebben zij vaker overleg met de supervisor/arts. Dit kan te maken hebben met het feit dat bijna alle PA's nog in opleiding zijn. Het verschil kan ook beïnvloed worden door het feit dat de NP's feitelijk minder vaak medische en voorbehouden handelingen verrichten.

De NP's en PA's worden op grond van hun opleiding door de artsen 'bekwaam en bevoegd' geacht, voor zover zij werken binnen de afgesproken kaders. Dat betekent dat zij zich houden aan afspraken en protocollen, maar dat bij bepaalde afwijkingen eerst toestemming aan een arts wordt gevraagd.

Er is zowel binnen de NP's als binnen de groep PA's duidelijk variatie in de mate waarin gewerkt wordt volgens richtlijnen en protocollen en het belang dat men daar aan hecht. Ook met betrekking tot de supervisie zijn er grote onderlinge verschillen binnen beide groepen. Kennelijk hebben deze verschillen meer met de organisatie van de afdeling dan met de functies van NP en PA te maken.

Overigens zijn in de meeste ziekenhuizen de voorbehouden en risicovolle handelingen onvoldoende door middel van protocollen afgedekt. Hoewel over de meeste zaken wel afspraken zijn gemaakt tussen de supervisor/arts en de NP's of PA's is er bij alle partijen duidelijk behoefte aan aanpassing van de huidige wetgeving.

6.3. De competenties, die men verworven heeft tijdens de opleiding, en de mate waarin daarop een beroep wordt gedaan in de praktijk

De opleiding tot NP en PA zijn twee aparte opleidingen op HBO-masterniveau. De NP-opleidingen verschillen onderling in de wijze van invulling van het curriculum. Dat maakt het moeilijker om te generaliseren. De curricula van de PA-opleidingen zijn meer uniform opgezet. Zowel de NP- als de PA-opleiding is gebaseerd op het principe van duaal leren: op 'school' en op de werkplek.

In dit onderzoek zijn de opleidingsprofielen en studiegidsen van de opleidingen vergeleken en is in de interviews nagevraagd in hoeverre medische competenties (gebaseerd op het CanMeds-model) en verpleegkundige competenties in de opleiding aan de orde zijn gekomen. Een complicerende factor hierbij is dat veel respondenten datgene wat zij op hun werkplek leren niet als onderdeel van hun opleiding ervaren, maar als een (noodzakelijke en essentiële) aanvulling er op. Dat leidt soms tot verwarring over wat er nu wel en niet geleerd is in het kader van de opleiding.

Op papier is het grootste verschil tussen de NP- en de PA-opleiding de aard en hoeveelheid medische kennis en vaardigheden die men krijgt aangereikt. De NP's leren specifieke medische kennis en deelvaardigheden gericht op een bepaalde patiëntencategorie of ziektebeeld. Binnen de PA-opleiding ligt het accent op het aanleren van meer algemene (generieke) medische kennis en vaardigheden. Er worden 10 keer meer uren aan besteed dan binnen de NP-opleiding. PA's lopen ook stage bij verschillende specialismen zodat zij later breed inzetbaar zijn in de zorg en kunnen wisselen van specialisme.

Bij de NP's worden er naast het aanleren van medische kennis accenten gelegd op de integratie van medische met verpleegkundige taken. In het tweede jaar van de opleiding moet een keuze gemaakt worden voor een zorginhoudelijke specialisatie. De NP's zijn daardoor in staat de 'cure' en 'care' taken voor een bepaalde patiëntencategorie uit te voeren. Er wordt veel aandacht besteed aan het coördineren van de zorgverlening en het ontwerpen van een zorgketen. De PA-opleiding wordt verder ingevuld met specifieke taken binnen het medisch specialisme, waarvoor de PA's hebben gekozen. De opleiding leidt op tot een taakgerichte specialisatie. Er bestaan geen uitstroomprofielen in de PA-opleiding.

Uit de interviews blijkt dat medisch handelen in de NP-opleiding inderdaad minder aan de orde is geweest en een deel van de NP's is hier ook niet tevreden over. Ook is er in de PA-opleiding vaker expliciet aandacht besteed aan adequaat optreden bij incidenten in de zorg. Dit hangt waarschijnlijk samen met de grotere medische gerichtheid van de PA-opleiding. Meer NP's dan PA's geven aan dat ze geleerd hebben hoe ze onderzoek moeten opzetten en uitvoeren. Daarin lijken ze zelfs overgekwalificeerd.

Volgens de leidinggevenden maakt dit namelijk in de regel geen deel uit van hun takenpakket. NP's zelf geven echter aan dat ze wel zelfstandig onderzoek doen. Op dit punt is er een discrepantie tussen de verschillende gegevens in dit onderzoek.

In beide opleidingen wordt ook aandacht besteed aan verpleegkundige competenties. De meeste PA's vinden eigenlijk dat dit niet binnen hun opleiding hoort, omdat ze ook geen verpleegkundige taken uitvoeren.

Op bovenstaande twee punten na geven zowel de NP's en PA's als de leidinggevenden aan dat de competenties die aangeleerd worden in de NP- en PA-opleidingen goed aansluiten op de competenties die nodig zijn voor het werken in de praktijk. Wel wordt voortdurend benadrukt dat scholing op de werkplek van essentieel belang is voor het goed kunnen uitoefenen van de functie. Wil de aansluiting van de opleiding op de praktijk optimaal zijn dan moeten de NP's of PA's wel blijven werken op de afdeling of binnen het specialisme waarvoor zij zijn opgeleid.

Volgens de respondenten in dit onderzoek zullen NP's en PA's niet zo gemakkelijk van patiëntencategorie of specialisme kunnen veranderen. Zij moeten dan uitgebreid bijgeschoold worden. Dit is anders dan in de literatuur wordt aangegeven en zeker bij de PA-opleiding wordt nagestreefd. In theorie zouden de PA's door hun bredere medische opleiding de overstap naar een ander specialisme gemakkelijker moeten kunnen maken, maar in de praktijk wordt daar terughoudend over gedacht. Overigens gaat het tot op heden om een hypothetische vraag omdat een wisseling van patiëntencategorie of specialisme in de praktijk nog niet is voorgekomen. Wel ervaart een aantal PA's nu al een spanningsveld tussen het brede karakter van de opleiding en de concrete voorbereiding op de specialistische taken en werkzaamheden van de huidige werkplek. Af en toe wordt gepleit voor een iets minder brede basis en meer keuzemogelijkheden en/of uitstroomprofielen.

6.4. De succes- en faalfactoren bij implementatie van de functies NP en PA.

Zowel in de literatuur als in de praktijk komt naar voren dat er vaak (nog) geen expliciet beleid aan de implementatie van de functie van NP en PA ten grondslag ligt. Echter, in meerdere ziekenhuizen vindt op dit moment een evaluatie plaats en wordt beleid ontwikkeld voor zowel de NP- als de PA-functie. Daar is bij leidinggevenden ook behoefte aan: zij hebben behoefte aan duidelijkheid en willen zich gesteund weten vanuit de Raad van Bestuur. Wel worden zowel door de NP's en PA's als door de leidinggevenden al veel factoren genoemd die een goede implementatie bevorderen of belemmeren.

Aanpassing van de wet BIG

Er is een grote behoefte aan het formaliseren van de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van NP's en PA's, zowel in de wet BIG, de Wet op het voorschrijven van geneesmiddelen als binnen de ziekenhuizen zelf. De onduidelijke wet- en regelgeving belemmert een adequate implementatie van de nieuwe functies.

Financieringsstructuur

De financiering van de NP's en PA's, door de zorgverzekeraars maar ook binnen de ziekenhuizen zelf, is op dit moment een belangrijk probleem bij de implementatie. Ziekenhuizen krijgen geld voor arts-assistenten in opleiding en slechts een deel salariscompensatie voor NP's en PA's.

Als men NP's of PA's inzet in plaats van de arts-assistenten worden niet alle werkzaamheden overgenomen: het pakket van de arts-assistent is breder. De verrichtingen, die door de NP's en PA's worden uitgevoerd, kunnen op dit moment niet apart gedeclareerd worden via de zorgverzekeraars. NP's en PA's worden nu bekostigd door de organisatie (het ziekenhuis) en niet door de maatschappen.

Dit zou wel moeten want ze voeren medische taken uit en er zou dus meer productie tegenover moeten staan. Op dit moment is de toekomstige financiering van de NP- en PA-functie zeer onduidelijk.

Medische en verpleegkundige staf

Steun, met name van de medisch specialisten, wordt regelmatig genoemd als belangrijke succesfactor voor implementatie. Soms wordt er binnen een maatschap of specialisme verschillend gedacht over de meerwaarde van de nieuwe functies. Dat maakt de kwetsbaarheid groter en meer afhankelijk van individuele contacten. Bij sommige artsen bestaat de angst dat door de invulling van arts-assistentenplaatsen door PA's zij nooit meer hetzelfde aantal arts-assistenten terugkrijgen. Dat wordt gezien als een vorm van acceptatie van minder opleidingsplaatsen.

Verpleegkundigen kunnen zich door de nieuwe functionaris bedreigd voelen. Zij waren gewend om veel aan preventie te doen en mensen te begeleiden. Daar ligt nu een taakoverlap met de NP's. Daarom is het belangrijk te benadrukken dat verpleegkundige functiedifferentiatie gewoon doorgaat, ook na de komst van de NP's en PA's en om geen taken weg te halen bij de verpleegkundigen. Ook artsen kunnen zich bedreigd voelen, met name door PA's. Belangrijk is om goede informatie te geven aan alle betrokkenen en ze zoveel mogelijk bij het implementatieproces te betrekken.

Draagvlak op de afdeling

Belangrijk is dat de collega's op de afdeling goed geïnformeerd zijn over de taken, werkzaamheden en bevoegdheden van de NP's of PA's. Er moet draagvlak gecreëerd zijn op de afdeling, waarbij goed gecommuniceerd is naar collega's wat de doelen van de nieuwe functies zijn en wat men kan verwachten. Als dit niet gebeurt is, zijn er vaak wrijvingen en onduidelijkheden bij de implementatie van de nieuwe functie.

Functieprofiel

Respondenten noemen het belangrijk dat er van tevoren een (schriftelijk) functieprofiel is geformuleerd. Het vaststellen, met een aantal betrokkenen, van wat men nodig heeft in het zorgproces - substitutie, differentiatie, kwaliteitsverbetering - en dit vertalen naar taken en werkzaamheden met de bijbehorende competenties bevordert een succesvolle implementatie van de NP- en PA-functie. Ook de patiëntencategorie moet duidelijk omschreven zijn. De meerwaarde van deze functie ten opzichte van bijvoorbeeld een verpleegkundig consulent moet worden aangegeven.

Taakafbakening en samenwerking

Problemen rondom taakafbakening en samenwerking komen in de praktijk niet vaak voor. Door de rol die de NP's in de zorgketen hebben is de functie erg solistisch en uniek. Binnen een zorgketen is vaak maar één NP aanwezig. Bij afwezigheid van de NP blijven juist de coördinerende taken liggen. Veel geïnterviewden geven aan dat één NP geen NP betekent. Dit pleit voor meerdere NP's binnen een zorgketen wil de functie goed gepositioneerd worden. De taken van de PA's kunnen overgenomen worden door de arts-assistenten. Vanuit het oogpunt van continuïteit op de afdeling is het wel belangrijk om meerdere PA's in dienst te hebben.

Supervisie

Een goede supervisie en voldoende tijd van de opleider voor de NP-PA is belangrijk.

Eigenschappen van de NP of PA

Kwaliteiten van de functionaris (sociale vaardigheid, enthousiasme, ervaring, deskundigheid) kunnen een belangrijke rol spelen bij de acceptatie van de functie op de afdeling. Verder wordt ook aangegeven dat NP's en PA's zich in een aantal opzichten zullen moeten aanpassen aan de medische cultuur waarvan zij deel gaan uitmaken: niet meer denken in een 36-urige werkweek (de 'CAO-mentaliteit') maar accepteren dat meer en langer werken erbij kan horen. Voor de PA's wordt expliciet genoemd dat ze hun plaats moeten 'veroveren' bij de artsen. Wanneer de PA eenmaal de omslag heeft gemaakt wordt zij ook volledig geaccepteerd en hoort dan helemaal bij de artsengroep. Dit geldt ook voor de NP's, maar in mindere mate.

Aantoonbare kwaliteitsverbetering

Als zichtbaar is dat de NP's en PA's ervoor zorgen dat de routinematige patiëntenzorg beter draait vergroot dat de acceptatie bij artsen en kan de specialist zich meer bezig houden met onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg op hoog niveau. Ook bij collega's zal aantoonbare kwaliteitsverbetering de acceptatie vergroten. Op dit moment ontbreken prestatie-indicatoren, die de meerwaarde van de NP's en PA's kunnen aantonen.

6.5 De toekomstige behoefte bij management aan inzet NP en PA

Om iets te zeggen –in kwalitatieve zin- over de toekomstige behoefte aan NP's en PA's is het belangrijk terug te gaan naar de oorspronkelijke redenen voor introductie van de functies. Taaksubstitutie (in verband met een voorzien tekort van arts-assistenten), taakdifferentiatie en –herschikking (waarbij anderen taken overnemen van de –relatief dure- medisch specialist), en kwaliteitsverbetering van de zorg (o.a. door meer continuïteit voor de patiënt en de afdeling) worden als belangrijkste argumenten voor de inzet van de nieuwe functies genoemd, zowel in de literatuur als in de interviews. Bijkomend voordeel is soms ook dat er financiële middelen beschikbaar werden gesteld voor de afdelingen die hier aan meewerkten.

Als het gaat over substitutie van medische taken dan nemen zowel de NP's als de PA's taken over van artsen en arts-assistenten. De PA's in dit onderzoek dragen meer bij aan feitelijke taaksubstitutie dan de NP's, doordat zij meestal ingezet worden in plaats van arts-assistenten niet in opleiding (agnio's) en ook grotendeels hetzelfde werk doen. Voor de NP-functie geldt dat deze deels de artsentaken substitueert, maar daarnaast taken vervult die aan het bestaande zorgaanbod worden toegevoegd. De NP's komen daarmee voor een deel boven op de bestaande formatie. In sommige gevallen vervullen de NP's taken en werkzaamheden van de specialistisch verpleegkundige/verpleegkundig specialist. Met de introductie van de NP's en PA's is er overigens ook competitie ontstaan in de opleidingsmomenten.

De angst bestaat dat dit ten koste gaat van de arts-assistenten: NP's en PA's nemen taken weg van de arts-assistenten die nodig zijn voor de opleiding.

Vanuit het perspectief van taakdifferentiatie en –herschikking was de gedachte dat door de inzet van nieuwe (goedkopere) functies de mogelijkheid gecreëerd werd om een aantal gestandaardiseerde medische handelingen van de medisch specialist over te dragen.

In theorie zou door de inzet van NP's en PA's op gestandaardiseerde taken van de artsen meer ruimte vrij moeten komen voor de complexe medische taken. In dit onderzoek wordt dit voordeel wel genoemd door de leidinggevende medici, maar het effect is niet te kwantificeren.

In de praktijk blijkt overigens dat het bij de gestandaardiseerde taken ook om veel 'administratieve' zaken gaat. De NP-functie werd ook geïntroduceerd als nieuwe loopbaanmogelijkheid voor verpleegkundigen. NP's in dit onderzoek noemen dit argument vaak als reden om de opleiding te volgen. Dit zal echter nauwelijks een argument voor ziekenhuizen zijn om NP-functies te creëren.

Zowel de NP's als de PA's hebben een duidelijk positief effect op de kwaliteit van de zorg. NP's spelen een grote rol in de coördinatie van het zorgproces, deskundigheidsbevordering, begeleiding en informatievoorziening. De NP's zijn de continue factor binnen het zorgproces, gezien vanuit het oogpunt van de patiënt. De kwaliteitsverbetering die PA's bieden ligt met name op het gebied van continuïteit in de organisatie van de zorg: de PA's zijn de continue factor binnen de afdeling en bouwen veel routine op, doordat zij veel dezelfde handelingen uitvoeren.

Gezien de huidige arbeidsmarktprognoses voor artsen lijkt substitutie van artsentaken naar andere beroepsgroepen niet meer de hoogste prioriteit te hebben. Voor de kwaliteitsverbetering zouden de leidinggevenden uit dit onderzoek graag de functie van NP en PA in hun ziekenhuis behouden, maar zij ondervinden problemen met de financiering van de NP- en PA-taken. Enerzijds zijn maatschappen of de medische staf niet bereid mee te betalen aan deze functies; anderzijds kunnen de verrichtingen, die de NP's en PA's uitvoeren, niet goed gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Zowel de NP's als de PA's vervangen niet het volledige takenpakket van de arts of arts-assistent, maar naar het (mogelijk positieve) effect van gedeeltelijke substitutie en taakherschikking door de invoering van de NP- en PA-functies op de kosten van het zorgproces is nog geen onderzoek gedaan.

Veel ziekenhuizen zijn daarom terughoudend in het aannemen van nieuwe NP's en PA's in opleiding. In de toekomst kan dit leiden tot een daling van de instroom of problemen bij het vinden van opleidingsplaatsen van de NP's en PA's. Het bovenstaande in ogeschouw genomen is, onder gelijkblijvende omstandigheden, een sterke groei van de NP- en PA-functie niet te verwachten.

HOOFDSTUK 7 AANBEVELINGEN

Aan de hand van de resultaten uit het onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen voor de stuurgroep MOBG worden geformuleerd.

7.1 Positionering

Uit het onderzoek blijkt dat de NP en PA twee verschillende functies zijn. Het verdient aanbeveling om de functies ook als zodanig te positioneren. De NP's behoren in het verpleegkundig continuüm vanwege de integratie van gestandaardiseerde medische en gespecialiseerde verpleegkundige taken in de functie. Zij verrichten taken uit het medisch domein, voor een specifieke patiëntencategorie, vanuit een centrale verpleegkundige rol met hoogwaardige, professionele vaardigheden. De PA's moeten in het medisch continuüm gepositioneerd worden, omdat zij de rol van behandelaar in het medisch domein hebben en alleen de gestandaardiseerde medische taken uitvoeren voor een brede categorie patiënten binnen één specialisme.

Om de positionering van de NP- en PA-functie verder vorm te geven is het van belang:

- om een consequente eenduidige Nederlandse terminologie voor de functie van NP en PA te bedenken c.q. te gebruiken, afgestemd op 'nieuwe' landelijke titulatuur. Wanneer de NP's worden opgenomen in de nieuwe beroepsstructuur, conform het VBOC advies, is de term 'verpleegkundig specialist' van toepassing.
De individuele NP dient dan te voldoen aan de criteria voor verpleegkundig specialist zoals die opgesteld zullen moeten worden door het College Specialismen Verpleegkundigen. Een overgangsregeling kan voorzien in eventuele bijscholing. Dit onderzoek kan hier geen harde uitspraak over doen omdat het zich heeft beperkt tot de NP en PA functie. De verwachting van de stuurgroep VBOC is echter dat een groot deel van de NP's aan de criteria zullen voldoen voor verpleegkundig specialist mits zij de bekwaamheid verwerven voor het zelfstandig indiceren van voorbehouden handelingen en het voorschrijven van medicatie. Dit geldt overigens ook voor de PA's.
- om voor NP's die objectief gesproken typische PA-functies vervullen toetsingscriteria en een overgangsregeling op te stellen, die voorziet in eventuele bijscholing. Verworven competenties kunnen gewaardeerd worden via een EVC-procedure (erkenning verworven competenties) bij het Kenniscentrum EVC.
- dat instellingen en beroepsverenigingen zich hard maken voor eenduidigheid in de functies van NP en PA.
- dat goede voorlichting wordt gegeven door overheid, opleidingsinstellingen en ziekenhuizen aan patiënten, patiëntenverenigingen, studenten en beroepsgroepen over de functie van NP en PA.

7.2 Bevoegdheden

Binnen de ziekenhuizen wordt op verschillende manieren omgegaan met het verrichten van voorbehouden handelingen, het voorschrijven van medicatie en het al dan niet onder supervisie uitvoeren van een aantal medische taken. Op basis van het onderzoek is er geen aanleiding om op dit punt onderscheid te maken tussen de NP's en PA's, omdat zowel de NP's als de PA's op basis van hun deskundigheid zelfstandig routinematige medische handelingen kunnen uitvoeren, die vastgelegd zijn in protocollen en standaarden.

Wanneer de NP's en PA's moeten afwijken van medische standaarden dient supervisie gevraagd te worden aan de arts. Voorwaarde is wel dat medische taken vastgelegd worden in protocollen en richtlijnen. Dit geldt ook voor het voorschrijven van medicatie.

Voor de NP's en PA's is een wetswijziging voorgesteld waarbij zij zelfstandige bevoegdheden toebedeeld krijgen. Indien de voorgestelde wetswijzigingen doorgang vinden betekent dit voor de NP's dat wanneer zij worden opgenomen in de nieuwe beroepenstructuur als verpleegkundig specialist (conform artikel 14 van de Wet BIG) zij de noodzakelijke bevoegdheden krijgen via artikel 36 van de Wet BIG. Voor de PA's zijn de bevoegdheden geregeld wanneer een experimenteerartikel (met bijhorende AMvB) aan de Wet BIG wordt toegevoegd. De diversiteit aan 'lokale' regelingen per ziekenhuis met betrekking tot het voorschrijven van medicatie wordt met het opnemen van de voorschrijfbevoegdheid als voorbehouden handeling in de Wet BIG eenduidig geregeld. Het onderzoek kan geen uitsluitsel geven op de vraag of de NP's en PA's bevoegdheden moeten krijgen voor alle of slechts een beperkt aantal voorbehouden handelingen. Wel is het raadzaam om in navolging van tandartsen en verloskundigen de bevoegdheden geclausuleerd toe te kennen; zij zijn slechts bevoegd de desbetreffende handelingen te verrichten voor zover deze worden gerekend tot hun deskundigheid en men hierin bekwaam is.

7.3 Opleiding

Het is niet wenselijk om het onderscheid tussen de opleiding tot NP en PA te laten verdwijnen. Het onderzoek sluit aan bij de verwachting van het ministerie van VWS dat naarmate het aanbod van PA's groeit en het onderscheid tussen NP's en PA's duidelijker wordt de NP's anders ingezet gaan worden. Voor de NP's is het van belang dat hun vakinhoudelijke deskundigheid verbonden wordt met deskundigheid op het gebied van zorgcoördinatie met specifieke kennis en competenties voor de zorg voor bepaalde patiëntencategorieën. De PA's hebben voor de uitoefening van hun functie brede medische kennis nodig. Dit pleit eerder voor afstemming met de opleiding geneeskunde bij onderwijsmodulen die mogelijk gemeenschappelijk kunnen worden aangeboden, dan voor (gedeeltelijke) samenvoeging van de NP- en PA-opleiding. De vraag of afgestudeerde PA's hun algemene medische kennis kunnen toepassen binnen meerdere specialismen, anders dan de werkplek waarvoor zij zijn opgeleid, vergt nader onderzoek. Op dit moment is verandering van specialisme onder de PA's nog niet voorgekomen.

Door het onderscheid tussen de NP- en PA- opleiding te handhaven blijft het carrièreperspectief en behoud van een diverse groep werknemers in de gezondheidszorg in stand. Daarnaast kiezen studenten, met de komst van de PA-opleiding, bewust voor een 'medische' PA-opleiding of voor een 'verpleegkundige' NP-vervolgopleiding. Door samenvoeging van de NP- en PA-opleiding of een deel daarvan ontstaat één vervolgopleiding die alleen open staat voor verpleegkundigen. Daardoor ontstaat minder carrièreperspectief voor andere HBO-opgeleiden in de zorg.

7.4 Implementatie

De functies van NP en PA zijn nog niet helemaal uitgekristalliseerd, ze bestaan relatief kort en het aantal PA's is klein. Het is daarom belangrijk dat de overheid naast de bekostiging van de opleiding, doorgaat met het bevorderen van de ontwikkeling van nieuwe professionals zoals de NP's en PA's door middel van het toekennen van subsidies.

De ziekenhuizen moeten zorg dragen voor een adequate inbedding van de functies binnen de organisatie. Voordat een ziekenhuis(-afdeling) overgaat tot het implementeren van de functie van NP en PA moet met alle betrokkenen bij het zorgproces een goede afweging gemaakt worden over de gewenste organisatie van de zorg en de meerwaarde die NP's of PA's hierin kunnen hebben. Helderheid over het profiel, het takenpakket en de afstemming met andere zorgverleners is immers een belangrijke voorwaarde voor succes.

Om zowel de afweging als de implementatie te faciliteren zou een hulpmiddel ontwikkeld kunnen worden: een implementatiewijzer, met de zorgvraag van de patiënt als uitgangspunt.

De inhoud van de implementatiewijzer bestaat uit:

- behoefte aan taakherschikking
 - Substitutie
 - Differentiatie
 - Doelmatigheid
 - Kwaliteitsverbetering
- doel van de functie
- welke competenties heeft de NP of PA nodig
- wijze van implementatie
- supervisiestructuur
- evaluatie

Voor de implementatiewijzer kan een standaard ontwikkeld worden, waarmee ziekenhuizen bij de implementatie van de NP's en PA's gefaciliteerd worden.

7.5 Toekomstige behoefte

Op basis van het onderzoek is geen onderbouwd antwoord te geven op de vraag wat de toekomstige kwantitatieve behoefte is aan NP's en PA's. Dit hangt samen met het feit dat het aantal afgestudeerde PA's klein is en beide functies nog in ontwikkeling zijn.

De argumenten voor de instroom van meer NP's en PA's vanuit het verwachte artsentekort lijkt op dit moment discutabel. Echter vanuit het oogpunt van kwaliteit is de inzet van NP's en PA's wenselijk. Daarnaast zijn er ontwikkelingen in de zorg die vragen om adequaat in te kunnen spelen op de zowel kwalitatief als kwantitatief toenemende vraag naar zorg.

Nader onderzoek is nodig naar het (kwantitatieve) effect van de inzet van de NP's en PA's op de kwaliteit, continuïteit en doelmatigheid van zorg. Op dit moment zijn er geen objectieve (kwantitatieve) gegevens beschikbaar. Zonder deze gegevens kan er geen goede discussie plaatsvinden over een herverdeling van taken om de zorg doelmatiger en patiëntgerichter te organiseren. Kwantitatief onderzoek naar de PA-functie is echter pas zinvol als er grotere aantallen PA's werkzaam zijn.

Handhaven van het huidige aantal opleidingsplaatsen voor NP's en PA's lijkt vooralsnog zinvol. Voor de langere termijn moet uitsluitel worden gegeven op welke wijze de NP- en PA-opleiding gaan vallen onder de nieuwe bekostiging zorgopleidingen.

Ter vergroting van de omvang en het niveau van de kennis van NP's en PA's is landelijk gezien een kritische massa nodig. Welke omvang deze moet hebben is op basis van het onderzoek niet te geven. Er bestaan ook geen arbeidsmarktprognoses voor de functies. Wel is het van belang om bij het vaststellen van de benodigde capaciteit van NP's en PA's samenhang te brengen in ramingen van het aantal benodigde artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten en de ontwikkeling in de zorgvraag.

De toekomstige behoefte aan NP's en PA's kan niet los worden gezien van de financiële barrières waar ziekenhuizen zich voor geplaatst zien. Dit heeft vooral te maken met de financierings- en bekostigingsstructuur. Het verdient daarom aanbeveling om:

- afspraken te maken met de zorgverzekeraars over declaratie van verrichtingen die NP's en PA's uitvoeren.
- aantoonbare efficiëntiewinst die ziekenhuizen behalen met de inzet van NP's en PA's ten goede laten komen van het ziekenhuis voor innovatie in de zorg. Hiervoor zullen eerst outputcriteria ontwikkeld moeten worden.
- De financiering van NP's en PA's gelijk te stellen met arts-assistenten wanneer zij ingezet worden in plaats van arts-assistenten.

LITERATUUR

- 1 Academie Gezondheidszorg Utrecht Inzet NP & verpleegkundige consulenten in het St. Antonius Ziekenhuis & Diakonessenhuis Utrecht
- 2 Ankone, Ans De versnippering van het medisch beroep, Medisch Contact nr.19, 2000
- 3 AVVV Journaal, februari 2005
- 4 AVVV Beroepsdeelprofiel, maart 2004
- 5 Bleker Prof. Dr. O.P. en Blijham Prof.Dr. G.H. Te oud, te knap, te duur, Medisch Contact nr. 36, 1999
- 6 Broers, Dekker, Albersnagel-Thijssen, Arnold,Burgersdijk, Umans De Nurse Practitioner als specialist, Medisch Contact nr. 33/34, 2000
- 7 Bruurs, M.J.H. Het ijs gebroken, Medisch Contact nr. 10, maart 2005
- 8 Bruurs, M.J.H. en van den Brink, G.T.W.J. Nurse Practitioners en Physician Assistants, November 2002
- 9 Bussemakers, Henk Taakherschikking en flexibilisering, Zorgmagazine nr. 10, 2003
- 10 Crul Ben V.M. Veronderstelde toestemming, Medisch Contact nr. 33/34, 2001
- 11 Crul, Ben V.M. Op de trom slaan Medisch Contact nr. 2, 2000
- 12 Crul, Ben V.M. Het is nu of nooit, Medisch Contact nr. 48, 2004
- 13 Duchatteau, drs D.C, MBA en Schmit Jongbloed, L.J. arts MBA Nurse Practitioners en Physician Assistants: positionering en opleiding. In opdracht van Brabant Medical School oktober 2005
- 14 Goossensen c.s. A Taakherschikking in de praktijk, Medisch Contact nr. 19 mei 2005
- 15 Grijpdonk De NP, meer dan nieuwe hype in Nederlandse verpleegkunde , tijdschrift voor verpleegkunde, nr. 10, 2000
- 16 Hanzehogeschool Groningen Inventariserend onderzoek onder alle in Ned. Werkzame NP's (uitgevoerd door Schoemaker)
- 17 Hulst, Tiems. Het domein van de arts, Elsevier/tijdstroom 1999
- 18 Knip, Marring Werken met Nurse Practitioners; effecten van functiedifferentiatie op de grens van care en cure, december 2005
- 19 LEVV Verkennend onderzoek naar de vervolgwakificaties voor verpleegkundigen en verzorgenden V4
- 20 LEVV Taakherschikking vanuit het perspectief van het LEVV notitie over het advies van de commissie Le Grand, augustus 2003
- 21 Maassen, Henk Nieuwe schoenmakers, andere leesten, Medisch Contact nr. 04, 2003
- 22 NVNP Reactie op de notitie van de VAZ gepubliceerd op de internetsite

- 23 NVNP Standpuntbepaling over de stand van zaken en ontwikkeling: implementatie van taakherschikking door de NP, november 2004
- 24 NVZ Notitie positionering van de Physician Assistant en de Nurse Practitioner, juli 2004
- 25 Offenbeek, dr.M.A.G., ten Hoeve, drs.Y., Roodbol Nurse Practitioners combineren Cure en Care, Medisch Contact nr. 01/02
- 26 Offenbeek, dr.M.A.G., ten Hoeve, drs.Y., Roodbol, drs.P.F., Knip, drs.M. Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effectiviteit van de zorg, september 2003 in opdracht van Ministerie van VWS
- 27 Paxman NP professional of hulp, landelijk tijdschrift voor dialyse & transplantatie, nr. 2, 2001
- 28 Platform PA - NP Meer kwaliteit, meer capaciteit, meer duidelijkheid 2004 - 2006
- 29 Portengen, drs.J., Warringa, drs. M.i., Brugmans, m.l. mscn, Kemps, H.mscn, Roodbol, drs P.F., Spijke drs. G.J.H. Advanced Nursing Practice, een studie , december 1999 iov Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging
- 30 Prismant, Drs. J.E. Grunveld Ervaringen uit de VS met PA's en NP's, augustus 2004
- 31 Prismant, Drs. J.E.Grunveld , Drs. M. Derks Nieuwe professionals in de gezondheidszorg (2003), iov het Capaciteitsorgaan Medische Vervolgopleidingen
- 32 Roodbol Petrie F. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen (2005)
- 33 Rooijen, Arno van De kunst van het loslaten, Medisch Contact nr. 45, 2003
- 34 Schlooz-Vries, drs M.S. Patiënten tevreden over Nurse Practitioner, Medisch Contact nr.2, 2000
- 35 STG, drs. H. Bussemakers De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen (2004)
- 36 Tempelman Dr.C.J.J. Het zelfbeeld van de Nurse Practitioner anno 2005
- 37 Tempelman, Dr. C.J.J. Ervaringen van NP met taakherschikking, interne rapport, Groningen
- 38 Tuyl, Anton van Physician assistant krijgt volop steun, Huisarts nr. 10, oktober 2004
- 39 Valentijn, Rob HBO arts: maxizuster of minidokter, Medisch Contact nr.06, 2003

Studiegidsen

- | | | |
|----|--------------------------------------|---|
| 40 | Academie Gezondheidszorg
Utrecht | Physician assistant |
| 41 | Hanze Hogeschool Groningen | Masteropleiding Advanced Nursing Practice juni
2003 |
| 42 | Hanzeconnect | Competentieprofiel Masteropleiding Advanced
Nursing Practice 2005 - 2007 |
| 43 | Hanzeconnect | Boekje kopstukken |
| 44 | Hogeschool van Arnhem en
Nijmegen | Masteropleiding Physician Assistant mei 2003 |
| 45 | Hogeschool van Arnhem en
Nijmegen | Masteropleiding Advanced Nursing Practice juni
2003 |
| 46 | Hogeschool van Utrecht | Masteropleiding Physician Assistant mei 2003 |
| 47 | Hogeschool van Utrecht | Physician Assistant studiegids Cohort 5,
september 2005 |
| 48 | Hogeschool van Utrecht | Masteropleiding Advanced Nursing Practice juni
2003 |

Beleidsnotities

- | | | |
|----|--|--|
| 49 | KNMG | De arts van straks, een nieuw
opleidingscontinuum, 2002 |
| 50 | Le Grand, commissie | De zorg van morgen, flexibiliteit en effectiviteit
van zorg |
| 51 | MOBG | Advies inzake aanpak van de positionering van
de Nurse Practitioner en Physician Assistant, mei
2005 |
| 52 | Offenbeek | Effecten van Nurse Practitioners op de
organisatie en effectiviteit van zorg (rapport voor
VWS)2003 |
| 53 | Raad voor Volksgezondheid &
Zorg | Taakherschikking in de gezondheidszorg (2002) |
| 54 | Raad voor Volksgezondheid &
Zorg | Care en Cure, 2001 |
| 55 | Vereniging Academische
Ziekenhuizen | Nieuwe professionals in de zorg (2004) |

Internetsites

- | | |
|----|--|
| 56 | www.NVNP.nl |
| 57 | www.physicianassistant.nl |
| 58 | www.minvws.nl |
| 59 | www.levv.nl |
| 60 | www.avvv.nl |

BIJLAGE 1

VRAGENLIJST VOOR (ADVANCED) NURSE PRACTITIONER (NP)

ten behoeve van het project :”Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van NP-PA, nu en in de toekomst”

Algemeen

Wat is uw leeftijd / geslacht?

In welk ziekenhuis werkt u? (*UMC / perifeer*)

Bij welke afdeling / (poli)kliniek werkt u? (*snijdend / beschouwend / anders*)

Wat is formeel uw huidige functie? (*NP (in opleiding), verpleegkundige, verpleegkundig specialist/consulent, andere functie*)

Werkt u volledig als NP of combineert u dit met een andere functie? (*% aanstelling als NP*)

Kunt u in het algemeen iets vertellen over uw werkzaamheden als NP? (*specialisme, aantal en soort(en) patiënten, taken*)

Hoe lang bent u werkzaam in dit ziekenhuis / deze functie? (*in jaren*)

Bent u lid (of aspirant-lid) van de Nederlandse Vereniging van Nurse Practitioners (NVNP)?

Achtergrond en opleiding

Welke opleiding hebt u gedaan na de middelbare school?

Waar hebt u de HBO Master-opleiding Advanced Nurse Practitioner gevolgd?

Wanneer hebt u de opleiding NP gedaan?

Wat was voor u de reden om de opleiding NP te gaan volgen? (*motivatie, keuze voor deze -en niet een andere- opleiding*)

Wat verwachtte u van de opleiding? Wat verwachtte u daar te leren?

Voldeed de opleiding aan uw verwachtingen? In welk opzicht wel / niet?

Aan het leren van welke competenties werd in de opleiding aandacht besteed?

1. Medisch handelen
 - a. *Bezitten van adequate kennis en vaardigheid naar stand vakgebied*
 - b. *Toepassen diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal (evidence-based)*
 - c. *Leveren van effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg*
 - d. *Snel vinden en goed toepassen vereiste informatie*
2. Communicatie
 - a. *Effectieve behandelrelaties met patiënten opbouwen*
 - b. *Goed luisteren en doelmatig verkrijgen van relevante patiënteninformatie*
 - c. *Bespreken medisch informatie met patiënten en familie*
 - d. *Adequaat mondeling en schriftelijk verslag leggen over patiëntencasus*
3. Samenwerking

- a. *Doelmatig overleggen met collegae / andere zorgverleners*
 - b. *Adequaat verwijzen*
 - c. *Effectief intercollegiaal consult leveren*
 - d. *Bijdragen aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg*
4. Kennis en wetenschap
- a. *Medische informatie kritisch beschouwen*
 - b. *Verbreding bevorderen en wetenschappelijke vakkennis ontwikkelen*
 - c. *Ontwikkelen en onderhouden van een persoonlijk bij- en nascholingsplan*
 - d. *Deskundigheidsbevordering van studenten, arts-assistenten, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg*
5. Maatschappelijk handelen
- a. *Determinanten van ziekte kennen en herkennen*
 - b. *Gezondheid bevorderen van patiënten en gemeenschap als geheel*
 - c. *Handelen volgens relevante wettelijke bepalingen*
 - d. *Adequaat optreden bij incidenten in de zorg*
6. Organisatie
- a. *Werk organiseren naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling*
 - b. *Effectief en doelmatig werken binnen een gezondheidszorgorganisatie*
 - c. *Beschikbare middelen voor patiëntenzorg verantwoord besteden*
 - d. *Informatietechnologie gebruiken voor optimale patiëntenzorg en voor bij-/nascholing*
7. Professionaliteit
- a. *Hoogstaande patiëntenzorg leveren op integere, oprechte en betrokken wijze*
 - b. *Adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag vertonen*
 - c. *Grenzen van de eigen competentie kennen en daarbinnen handelen*
 - d. *Oefent het beroep uit naar de gebruikelijke ethische normen*

Huidige werksituatie

Kunt u iets vertellen over de historische / beleidsmatige achtergrond van uw functie? Weet u wie de initiatiefnemer is geweest? Weet u wat de overwegingen zijn geweest (van het management) om op deze plaats een NP aan te stellen? Wat was het primaire doel van het aanstellen van een NP?

Kunt u iets vertellen over de (organisatorische) setting waarbinnen u werkt?
(*samenstelling team, verhouding tot de (poli-)kliniek, organisatorische inbedding functie*)

Ik wil nu graag wat uitgebreider met u praten over de taken en werkzaamheden die deel uitmaken van uw huidige functie. Als u naar de afgelopen week kijkt, kunt u dan (per dag) beschrijven welke taken en werkzaamheden u toen hebt verricht en hoeveel (werk)tijd u daar globaal aan besteedde?
(*verpleegkundige taken, medische taken, voorlichting, onderzoek, innovatie, beleid/management*)
Was de afgelopen week een 'gewone' week qua werk? Zo nee, in welk opzicht week hij af van andere weken?

Ik ga nu een aantal mogelijke taken opnoemen. Kunt u aangeven of u die zelf verricht? Kunt u ook aangeven of u daar zelf de eindverantwoordelijkheid voor draagt?

a. *Uitvoeren van professionele medische en verpleegkundige taken*

- *Medische / verpleegkundige anamnese afnemen*
- *Lichamelijk en psychosociaal onderzoek verrichten*
- *Aanvullend onderzoek aanvragen (bloed, urine, lab, röntgen etc.)*
- *Een waarschijnlijkheids- of differentiaaldiagnose stellen*
- *Opstellen en uitvoeren van een (zorg- en) behandelplan*
- *Medische handelingen/ingrepen uitvoeren (voorbeelden noemen)*
- *Medicatie voorschrijven (nieuwe medicijnen / herhaalrecepten)*
- *Verwijzen / consult aanvragen (schrijven van een verwijsbrief)*
- *Patiënten opnemen*
- *Patiënten ontslaan (schrijven van een ontslagbrief)*
- *Effecten en efficiëntie van zorg en behandeling evalueren*
- *Preventie en voorlichting verzorgen*

b. *Behandel- en zorgcoördinatie*

- *Behandeling en zorg van patiënten(groepen) coördineren (afstemming met andere disciplines)*

c. *Kwaliteitszorg en -bevordering*

- *Kwaliteit bevorderen van behandeling en zorg*
- *Bijdragen aan innovatie en ontwikkeling binnen zorggebied (o.m. ontwikkeling standaardprocedures; behandel- en zorgprotocollen)*
- *Deskundigheid bevorderen (collegae en zelf)*

d. *Onderzoek*

- *Formuleren (wetenschappelijke) onderzoeksvragen*
- *Voorstellen doen voor onderzoeksprotocollen*
- *(Delen van het) onderzoek uitvoeren*
- *Voorstellen doen voor het vertalen van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk*

Wie bepaalt er welke taken en handelingen door u moeten en mogen worden uitgevoerd? In welke mate heeft u vrijheid en zelfstandigheid in uw taken en handelingen (wat kunt u zelf beslissen en waar moet u toestemming voor vragen)? Kunt u daar voorbeelden van geven?

In hoeverre werkt u volgens vastgestelde behandel-schema's of protocollen?

Hoe is de taakverdeling met uw collega's (verpleegkundigen – NP-PA's - artsen / arts-assistenten)? Neemt u in uw functie als NP taken van anderen over (*substitutie*) of doet u vooral nieuwe of andere taken? Is er wel eens onduidelijkheid over welke taken tot wiens pakket horen? Kunt u daar voorbeelden van geven? Waarin zit het belangrijkste onderscheid tussen uw functie en die van een 'gewone' verpleegkundige, een Physician Assistant, een arts(-assistent)?

Als u kijkt naar uw huidige taken en werkzaamheden, hebt u dan het gevoel dat uw opleiding NP u daar goed op heeft voorbereid? In welk opzicht wel / niet?

In hoeverre sluiten de competenties die u in uw werk nodig hebt aan op de competenties die u geleerd hebt tijdens de opleiding? Worden er nog andere competenties van u verwacht in uw huidige werk? Op welke manier heeft u zich deze competenties eigen gemaakt?

Kunt u aangeven in hoeverre u tevreden bent in uw huidige werk met:

- uw eigen takenpakket (omvang, aard van de werkzaamheden)
- de mate waarin u zelfstandig kunt werken en eigen verantwoordelijkheid draagt
- de taakverdeling en taakafbakening met collega's
- de organisatorische setting waarin u werkt en de manier waarop uw functie daar is ingebed
- de mate waarin u door uw opleiding voorbereid was op uw huidige taken / werkzaamheden

(Antwoorden laten toelichten)

Kunt u aangeven wat volgens u factoren zijn die van invloed zijn op een succesvolle 'inbedding' van de functie van NP op een afdeling / kliniek? En wat zijn volgens u knelpunten die dat juist moeilijker maken?

Zijn er nog andere zaken in de opleiding, het werk of de organisatie, waarnaar wij nu niet hebben gevraagd, die volgens u van belang kunnen voor het goed functioneren van een NP in de praktijk? Kunt u aangeven waarom en op welke manier deze zaken volgens u belangrijk zijn?

Dank u voor uw medewerking aan het interview.

BIJLAGE 2

VRAGENLIJST VOOR PHYSICIAN ASSISTANT (PA)

ten behoeve van het project: “Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van NP-PA, nu en in de toekomst”.

Algemeen

Wat is uw leeftijd / geslacht?

In welk ziekenhuis werkt u? (*UMC / algemeen*)

Bij welke afdeling / (poli)kliniek werkt u? (*snijdend / beschouwend / anders*)

Wat is formeel uw huidige functie? (*PA (in opleiding), verpleegkundige, verpleegkundig specialist/consulent, andere functie*)

Werkt u volledig als PA of combineert u dit met een andere functie? (*% aanstelling als PA*)

Kunt u in het algemeen iets vertellen over uw werkzaamheden als PA? (*specialisme, aantal en soort(en) patiënten, taken*)

Hoe lang bent u werkzaam in dit ziekenhuis / deze functie? (*in jaren*)

Bent u lid (of aspirant-lid) van de Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA)?

Achtergrond en opleiding

Welke opleiding heeft u gedaan na de middelbare school?

Waar volgt u of hebt u de HBO Master-opleiding Physician Assistant gevolgd?

Wanneer hebt u de opleiding PA gedaan? (indien nog niet afgerond: wanneer bent u met de opleiding begonnen? In welk jaar van de opleiding bent u nu?)

Wat was voor u de reden om de opleiding PA te gaan volgen? (*motivatie, keuze voor deze -en niet een andere- opleiding*)

Wat verwachtte u van de opleiding? Wat verwachtte u daar te leren?

Voldeed (voldoet) de opleiding aan uw verwachtingen? In welk opzicht wel / niet?

Aan het leren van welke competenties werd (wordt) in de opleiding aandacht besteed?

8. Medisch handelen

- a. *Bezitten van adequate kennis en vaardigheid naar stand vakgebied*
- b. *Toepassen diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal (evidence-based)*
- c. *Leveren van effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg*
- d. *Snel vinden en goed toepassen vereiste informatie*

9. Communicatie

- a. *Effectieve behandelrelaties met patiënten opbouwen*
- b. *Goed luisteren en doelmatig verkrijgen van relevante patiënteninformatie*
- c. *Bespreken medisch informatie met patiënten en familie*
- d. *Adequaat mondeling en schriftelijk verslag leggen over patiëntencasus*

10. Samenwerking

- a. *Doelmatig overleggen met collegae / andere zorgverleners*

- b. *Adequaaf verwijzen*
 - c. *Effectief intercollegiaal consult leveren*
 - d. *Bijdragen aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg*
11. Kennis en wetenschap
- a. *Medische informatie kritisch beschouwen*
 - b. *Verbreding bevorderen en wetenschappelijke vak kennis ontwikkelen*
 - c. *Ontwikkelen en onderhouden van een persoonlijk bij- en nascholingsplan*
 - d. *Deskundigheidsbevordering van studenten, arts-assistenten, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg*
12. Maatschappelijk handelen
- a. *Determinanten van ziekte kennen en herkennen*
 - b. *Gezondheid bevorderen van patiënten en gemeenschap als geheel*
 - c. *Handelen volgens relevante wettelijke bepalingen*
 - d. *Adequaaf optreden bij incidenten in de zorg*
13. Organisatie
- a. *Werk organiseren naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling*
 - b. *Effectief en doelmatig werken binnen een gezondheidszorgorganisatie*
 - c. *Beschikbare middelen voor patiëntenzorg verantwoord besteden*
 - d. *Informatietechnologie gebruiken voor optimale patiëntenzorg en voor bij-/nascholing*
14. Professionaliteit
- a. *Hoogstaande patiëntenzorg leveren op integere, oprechte en betrokken wijze*
 - b. *Adequaaf persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag vertonen*
 - c. *Grenzen van de eigen competentie kennen en daarbinnen handelen*
 - d. *Oefent het beroep uit naar de gebruikelijke ethische normen*

Huidige werksituatie

Kunt u iets vertellen over de historische / beleidsmatige achtergrond van uw functie? Weet u wie de initiatiefnemer is geweest? Weet u wat de overwegingen zijn geweest (van het management) om op deze plaats een PA aan te stellen? Wat was het primaire doel van het aanstellen van een PA?

Kunt u iets vertellen over de (organisatorische) setting waarbinnen u werkt?
(*samenstelling team, verhouding tot de (poli-)kliniek, organisatorische inbedding functie*)

Ik wil nu graag wat uitgebreider met u praten over de taken en werkzaamheden die deel uitmaken van uw huidige functie. Als u naar de afgelopen week kijkt, kunt u dan (per dag) beschrijven welke taken en werkzaamheden u toen hebt verricht en hoeveel (werk)tijd u daar globaal aan besteedde?
(*verpleegkundige taken, medische taken, voorlichting, onderzoek, innovatie, beleid/management*)
Was de afgelopen week een 'gewone' week qua werk? Zo nee, in welk opzicht week hij af van andere weken?

Ik ga nu een aantal mogelijke taken opnoemen. Kunt u aangeven of u die zelf verricht? Kunt u ook aangeven of u daar zelf de eindverantwoordelijkheid voor draagt?

- a. *Uitvoeren van professionele medische en verpleegkundige taken*
 - *Medische / verpleegkundige anamnese afnemen*
 - *Lichamelijk en psychosociaal onderzoek verrichten*
 - *Aanvullend onderzoek aanvragen (bloed, urine, lab, röntgen etc.)*

- Een waarschijnlijkheids- of differentiaaldiagnose stellen
 - Opstellen en uitvoeren van een (zorg- en) behandelplan
 - Medische handelingen/ingrepen uitvoeren (voorbeelden noemen)
 - Medicatie voorschrijven (nieuwe medicijnen / herhaalrecepten)
 - Verwijzen / consult aanvragen (schrijven van een verwijsbrief)
 - Patiënten opnemen
 - Patiënten ontslaan (schrijven van een ontslagbrief)
 - Effecten en efficiëntie van zorg en behandeling evalueren
 - Preventie en voorlichting verzorgen
- b. Behandel- en zorgcoördinatie
- Behandeling en zorg van patiënten(groepen) coördineren (afstemming met andere disciplines)
- c. Kwaliteitszorg en -bevordering
- Kwaliteit bevorderen van behandeling en zorg
 - Bijdragen aan innovatie en ontwikkeling binnen zorggebied (o.m. ontwikkeling standaardprocedures; behandel- en zorgprotocollen)
 - Deskundigheid bevorderen (collegae en zelf)
- d. Onderzoek
- Formuleren (wetenschappelijke) onderzoeksvragen
 - Voorstellen doen voor onderzoeksprotocollen
 - (Delen van het) onderzoek uitvoeren
 - Voorstellen doen voor het vertalen van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk

Wie bepaalt er welke taken en handelingen door u moeten en mogen worden uitgevoerd? In welke mate heeft u vrijheid en zelfstandigheid in uw taken en handelingen (wat kunt u zelf beslissen en waar moet u toestemming voor vragen)? Kunt u daar voorbeelden van geven?
In hoeverre werkt u volgens vastgestelde behandel-schema's of protocollen?

Hoe is de taakverdeling met uw collega's (verpleegkundigen – NP's-PA's - artsen / arts-assistenten)?
Neemt u in uw functie als PA taken van anderen over (*substitutie*) of doet u vooral nieuwe of andere taken? Is er wel eens onduidelijkheid over welke taken tot wiens pakket horen? Kunt u daar voorbeelden van geven? Waarin zit het belangrijkste onderscheid tussen uw functie en die van een arts(-assistent), een Nurse Practitioner of een 'gewone' verpleegkundige?

Als u kijkt naar uw huidige taken en werkzaamheden, hebt u dan het gevoel dat uw opleiding PA u daar goed op (heeft) voorbereid(t)? In welk opzicht wel / niet?
In hoeverre sluiten de competenties die u in uw werk nodig hebt aan op de competenties die u leert of geleerd hebt tijdens de opleiding? Worden er nog andere competenties van u verwacht in uw huidige werk? Op welke manier heeft u zich deze competenties eigen gemaakt?

Kunt u aangeven in hoeverre u tevreden bent in uw huidige werk met:

- uw eigen takenpakket (omvang, aard van de werkzaamheden)
- de mate waarin u zelfstandig kunt werken en eigen verantwoordelijkheid draagt
- de taakverdeling en taakafbakening met collega's
- de organisatorische setting waarin u werkt en de manier waarop uw functie daar is ingebed
- de mate waarin u door uw opleiding voorbereid was op uw huidige taken / werkzaamheden

(Antwoorden laten toelichten)

Kunt u aangeven wat volgens u factoren zijn die van invloed zijn op een succesvolle 'inbedding' van de functie van PA op een afdeling / kliniek? En wat zijn volgens u knelpunten die dat juist moeilijker maken?

Zijn er nog andere zaken in de opleiding, het werk of de organisatie, waarnaar wij nu niet hebben gevraagd, die volgens u van belang kunnen voor het goed functioneren van een PA in de praktijk? Kunt u aangeven waarom en op welke manier deze zaken volgens u belangrijk zijn?

Dank u voor uw medewerking aan het interview.

BIJLAGE 3

INTERVIEWS NP EN PA NAAR VERSCHILLENDE UMC'S OF ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Ziekenhuizen: 6 13 algemeen

Academisch Ziekenhuis Maastricht
Albert Schweitzer ziekenhuis Zwijndrecht
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen
Elkeliek Ziekenhuis Helmond
Erasmus Medisch Centrum
IJssellandziekenhuis
Jeroen Bosch Ziekenhuis
LUMC
Maxima Medisch Centrum
Medisch Centrum Leeuwarden
Onze Lieve Vrouwen Gasthuis
Rijnland ziekenhuis Leiderdorp
Rijnstate Arnhem
RKZ Ziekenhuis Den Haag
Slotervaart Ziekenhuis Amsterdam
Streekziekenhuis midden Twente
UMC Groningen
UMC St. Radboud
UMC Utrecht

BIJLAGE 4

INTERVIEWS NP EN PA NAAR VERSCHILLENDE SPECIALISMEN

Specialisme

- Anesthesiologie
- Cardiothoracale Chirurgie
- CEH / SEH
- CTC
- Diabetes poli
- Hartfalen
- Heelkunde
- IC
- IC Kinderen
- IVF / CISI
- Kindergeneeskunde
- Kinderoncologie
- Klinische Geriatrie
- Nefrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- OK Chirurgie
- Oncologie
- Oogheelkunde
- Orthopedie
- Plastische Chirurgie
- Poli Chirurgie en Dermat
- Poli Interne
- Pre operatieve screening
- Radiologie
- Reumatologie
- Urologie
- Vaatchirurgie

BIJLAGE 5

INTERVIEWS MANAGERS EN MEDICI NAAR ZIEKENHUIS EN SPECIALISME

Interview 7 managers en 7 medici

Ziekenhuis: Er zijn 14 interview gehouden binnen 9 verschillende ziekenhuizen

- Erasmus MC
- Gelre Ziekenhuis
- Haga Ziekenhuis
- LUMC
- Medisch Centrum Leeuwarden
- Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- UMC Groningen
- UMC Radboud
- UMC Utrecht

Specialisme: er zijn 14 interviews gehouden binnen 11 verschillende specialismen

- Algemene Chirurgie
- Anesthesiologie
- Cardiothoracale Chirurgie
- Centrum Eerste Hulp
- IC
- Kindercardiologie
- Kindergeneeskunde
- Nefrologie
- Oncologie
- Urologie
- Vaatchirurgie

BIJLAGE 6

VRAGENLIJST VOOR MANAGERS/LEIDINGGEVENDEN/MEDICI VAN NURSE PRACTITIONERS EN PHYSICIAN ASSISTANT

ten behoeve van het project: “Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van NP-PA, nu en in de toekomst”

Algemeen

- Wat is uw leeftijd / geslacht?
- In welk ziekenhuis werkt u? (*UMC /algemeen*)
- Bij welke afdeling / (poli)kliniek werkt u? (*snijdend / beschouwend / anders*)
- Wat is daar uw functie?
- Hoe lang bent u werkzaam in dit ziekenhuis / deze functie? (*in jaren*)

Relatie tot NP/PA

We hebben in het kader van dit project een interview gehad met de heer/mevrouw ***, die als NP/PA bij uw afdeling/(poli)kliniek werkt.

- Kunt u vertellen wat uw functionele relatie is met ***? Bent u zijn/haar direct leidinggevende?
- Hoe lang bestaat de NP/PA-functie al op uw afdeling/(poli)kliniek?
- Is *** de enige NP/PA of zijn er nog andere NP-ers/PA's werkzaam? Zo ja, hoeveel?

Achtergrond van de NP/PA-functie (van ***)

- Bent u destijds betrokken geweest bij de keuze om een NP/PA op deze plaats in te zetten? Weet u wie de initiatiefnemer is geweest?
- Kunt u iets vertellen over de historische / beleidsmatige achtergrond van de functie?
- Weet u wat de overwegingen zijn geweest om op deze plaats een NP/PA aan te stellen (en niet een verpleegkundige, arts-assistent e.d.)?
- Zijn andere beroepsgroepen destijds wel overwogen? Met name de inzet van een NP/PA (*de andere dan de nu gekozen functie*)?
- Welke voor- en nadelen zag men destijds aan de keuze voor een NP/PA (*zo mogelijk verschillen met de andere (NP/PA) functie bespreken*)?
- Ging het om een nieuwe functie, met een takenpakket dat nog niet eerder op de afdeling/(poli)kliniek bestond, of om een herverdeling van bestaande taken (*substitutie*)? Kunt u daar iets meer over vertellen?

- Wat was het primaire doel van het aanstellen van een NP/PA (*substitutie, behoefte, kwaliteitsverbetering, innovatie*)?
- Zou de functie van NP/PA opnieuw opgevuld worden als deze zou vertrekken?
- Wie vervangt de NP/PA bij diens (langdurige) afwezigheid?
- Welke verwachtingen leefden er bij het management ten aanzien van de inzet van de NP/PA: was het idee dat de zorgverlening door de inzet van de NP/PA anders/beter/snelser/efficiënter/goedkoper zou gaan? Kunt u daar iets meer over vertellen?
- Bestaat er taakoverlap met andere functionarissen op de afdeling?
- Is door de komst van de NP/PA de inhoud van de behandeling veranderd?

Ervaringen met de NP/PA-functie

Dan willen we nu graag met u praten over de feitelijke ervaringen met de inzet van een NP/PA in de praktijk. We hebben zojuist met u gesproken over de verwachtingen en gepercipieerde voor- en nadelen die men destijds zag aan de keuze voor een NP/PA.

- Zijn die verwachtingen in de praktijk ook uitgekomen?
- Welke dingen zijn volgens verwachting en welke dingen zijn er toch anders dan verwacht?
- Is het primaire doel van destijds gerealiseerd? In welk opzicht wel/niet? Kunt u daar iets meer over vertellen?
- Kunt u het zorgproces waarin de NP/PA wordt ingezet kort omschrijven?

Als je specifiek gaat kijken naar verschillende mogelijke taken van de NP/PA,

- Welke taken gaan er dan volgens verwachting en op welke punten gaan dingen toch anders dan verwacht?

a. Uitvoeren van professionele medische en verpleegkundige taken

- *Medische / verpleegkundige anamnese afnemen*
- *Lichamelijk en psychosociaal onderzoek verrichten*
- *Aanvullend onderzoek aanvragen (bloed, urine, lab, röntgen etc.)*
- *Een waarschijnlijkheids- of differentiaaldiagnose stellen*
- *Opstellen en uitvoeren van een (zorg- en) behandelplan*
- *Medische handelingen/ingrepen uitvoeren (voorbeelden noemen)*
- *Medicatie voorschrijven (nieuwe medicijnen / herhaalrecepten)*
- *Verwijzen / consult aanvragen (schrijven van een verwijfsbrief)*
- *Patiënten opnemen*
- *Patiënten ontslaan (schrijven van een ontslagbrief)*
- *Effecten en efficiëntie van zorg en behandeling evalueren*
- *Preventie en voorlichting verzorgen*

b. Behandel- en zorgcoördinatie

- *Behandeling en zorg van patiënten(groepen) coördineren (afstemming met andere disciplines)*

c. Kwaliteitszorg en -bevordering

- *Kwaliteit bevorderen van behandeling en zorg*
- *Bijdragen aan innovatie en ontwikkeling binnen zorggebied (o.m. ontwikkeling standaardprocedures; behandel- en zorgprotocollen)*
- *Deskundigheid bevorderen (collegae en zelf)*

d. Onderzoek

- *Formuleren (wetenschappelijke) onderzoeksvragen*

- *Voorstellen doen voor onderzoeksprotocollen*
 - *(Delen van het) onderzoek uitvoeren*
 - *Voorstellen doen voor het vertalen van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk*
- Kunt u verklaren waarom sommige dingen toch anders gaan dan verwacht? Heeft het te maken met de persoon van de NP/PA, zijn/haar opleiding, de organisatorische setting waarin hij/zij moet werken, afstemming en samenwerking met collega's?
 - Toen de NP/PA bij u kwam werken, was hij/zij destijds naar uw mening voldoende toegerust voor zijn/haar functie? Als je de lijst naloopt van medische competenties, was de NP/PA daar dan volgens u adequaat in geschoold tijdens de opleiding?
 - Op welke punten constateerde u lacunes?
15. Medisch handelen
 - a. *Bezitten van adequate kennis en vaardigheid naar stand vakgebied*
 - b. *Toepassen diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal (evidence-based)*
 - c. *Leveren van effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg*
 - d. *Snel vinden en goed toepassen vereiste informatie*
 16. Communicatie
 - a. *Effectieve behandelrelaties met patiënten opbouwen*
 - b. *Goed luisteren en doelmatig verkrijgen van relevante patiënteninformatie*
 - c. *Bespreken medisch informatie met patiënten en familie*
 - d. *Adequaat mondeling en schriftelijk verslag leggen over patiëntencasus*
 17. Samenwerking
 - a. *Doelmatig overleggen met collegae / andere zorgverleners*
 - b. *Adequaat verwijzen*
 - c. *Effectief intercollegiaal consult leveren*
 - d. *Bijdragen aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg*
 18. Kennis en wetenschap
 - a. *Medische informatie kritisch beschouwen*
 - b. *Verbreding bevorderen en wetenschappelijke vakkennis ontwikkelen*
 - c. *Ontwikkelen en onderhouden van een persoonlijk bij- en nascholingsplan*
 - d. *Deskundigheidsbevordering van studenten, arts-assistenten, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg*
 19. Maatschappelijk handelen
 - a. *Determinanten van ziekte kennen en herkennen*
 - b. *Gezondheid bevorderen van patiënten en gemeenschap als geheel*
 - c. *Handelen volgens relevante wettelijke bepalingen*
 - d. *Adequaat optreden bij incidenten in de zorg*
 20. Organisatie
 - a. *Werk organiseren naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling*
 - b. *Effectief en doelmatig werken binnen een gezondheidszorgorganisatie*
 - c. *Beschikbare middelen voor patiëntenzorg verantwoord besteden*
 - d. *Informatietechnologie gebruiken voor optimale patiëntenzorg en voor bij-/nascholing*
 21. Professionaliteit
 - a. *Hoogstaande patiëntenzorg leveren op integere, oprechte en betrokken wijze*
 - b. *Adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag vertonen*
 - c. *Grenzen van de eigen competentie kennen en daarbinnen handelen*
 - d. *Oefent het beroep uit naar de gebruikelijke ethische normen*

- En –indien relevant- hoe beoordeelde u de specifieke verpleegkundige competenties? Kunt u daar iets over vertellen?
 - Op welke manier zijn eventuele lacunes aangevuld / bijgeschoold?
 - Zijn of komen er aparte scholingsactiviteiten voor de NP/PA?
-
- Is de NP/PA-functie naar uw mening goed ingebed in de afdeling/(poli)kliniek?
 - Waar blijkt dat uit?
 - Loopt de afstemming en samenwerking met collega's (verpleegkundigen – NP-PA's - artsen / arts-assistenten) goed?
 - Is er wel eens onduidelijkheid (geweest) over welke taken tot wiens pakket horen?
 - Is er wel eens onduidelijkheid (geweest) over wat de NP/PA zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid mag doen? Kunt u daar voorbeelden van geven?
-
- Als u uw ervaringen met de inzet van de NP/PA op deze plaats overziet, hoe tevreden bent u dan over de gemaakte keuze?
 - Welke voordelen ziet u aan de inzet van een NP/PA?
 - En op welke nadelen of risico's moet men bedacht zijn?
 - Heeft de komst van de NP/PA effecten gehad op de kosten van het zorgproces? (hoe)
 - Kunt u aangeven wat volgens u factoren zijn die van invloed zijn op een succesvolle 'inbedding' van de functie van NP/PA op een afdeling / kliniek?
 - En wat zijn volgens u knelpunten die dat juist moeilijker maken?
-
- Zijn er nog andere zaken in de opleiding, het werk of de organisatie, waarnaar wij nu niet hebben gevraagd, die volgens u van belang kunnen voor het goed functioneren van een NP/PA in de praktijk?
 - Kunt u aangeven waarom en op welke manier deze zaken volgens u belangrijk zijn?

Dank u voor uw medewerking aan het interview.