

**Versterking  
opleiding  
VS en PA  
huisartsenzorg**



# Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg

Onderzoeksrapport

*Uitgevoerd door:*



*Gefinancierd door:*



## Colofon

# Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg

*Onderzoeksrapport*

### Uitgevoerd door

Radboudumc IQ healthcare  
KOH

### Gefinancierd door

Ministerie van VWS

### Auteurs

*Radboudumc IQ healthcare*

Mevrouw M.G.M. (Mieke) van der Biezen Msc

Mevrouw prof. Dr. H. (Hester) Vermeulen

Mevrouw dr. M.G.H. (Miranda) Laurant

*KOH*

Mevrouw drs. E.W.C.C. (Emmy) Derckx

### Contact

Radboudumc IQ healthcare  
Miranda Laurant

### Copyright

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met bronvermelding. Dit rapport als volgt citeren: Van der Biezen, M.G.M., Derckx, E.W.C.C., Vermeulen, H., Laurant, M.G.H. (2017). *Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg*. Nijmegen/Eindhoven: Radboudumc IQ healthcare/KOH.

November 2017

# Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	7
1 Onderzoek naar opleiding en inzet VS en PA huisartsenzorg	9
1.1 Methoden	9
1.2 Resultaten	12
1.2.1 Onderzoeksvraag één: besluitvorming	12
1.2.2 Onderzoeksvraag twee: opleidingstraject	18
1.2.3 Onderzoeksvraag drie: na afstuderen	41
2 Beschouwing	47
2.1 Taakherschikking als organisatieverandering	47
2.2 Sterktes en zwaktes onderzoek	50
2.3 Aanbevelingen	51
3 Conclusies	53
Literatuur	55
Bijlagen	59



## Voorwoord

De eerste lijn heeft te maken met een sterk groeiende en veranderende zorgvraag, stijgende kosten en toenemende personeelsschaarste. Taakherschikking, het structureel herverdelen van taken tussen professionals met bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden biedt mogelijk soelaas. Het doel is het borgen van de toegang tot zorg en het beheersen van kosten met behoud van kwaliteit. De Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) spelen een belangrijke rol bij taakherschikking. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de inzet van de VS en PA bijdraagt aan goede en betaalbare zorg. Het ministerie van VWS heeft taakherschikking als een speerpunt op de beleidsagenda staan en erkent de perspectieven van de VS en PA.

Voorliggend onderzoek 'Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg' is uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in kansen en knelpunten bij het opleiden en inzetten van een VS en PA in de huisartsenzorg. Hogescholen, brancheorganisaties, zorgverzekeraars en overheid krijgen hiermee input voor hun vervolgbeleid op het dossier taakherschikking. Huisartsen en hun organisaties krijgen hiermee 'inside'- informatie om te benutten bij het opleiden en inzetten van een VS of PA in de praktijk. Patiënten en hun organisaties krijgen een kijkje achter de schermen.

Het onderzoek is uitgevoerd binnen het Kenniscentrum Taakherschikking Eerste Lijn, onderdeel van de stichting Kwaliteit Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH). Sinds 2003 initieert, stimuleert en begeleidt KOH de implementatie van de VS en PA in de Nederlandse huisartsenzorg. IQ healthcare, een wetenschappelijke afdeling van het Radboudumc voerde het onderzoek uit, de projectleiding was in handen van KOH. Het onderzoek vond plaats op zogenaamde 'leerwerkplekken' van VS'en en PA's bij huisartsenpraktijken en -organisaties. Het ministerie van VWS was de subsidiegever.

Het resultaat van een driejarig intensief samenwerkingstraject ligt voor u in de vorm van dit rapport. Dit was niet mogelijk geweest zonder de inspanningen van alle betrokkenen. Ik wil dan ook namens het hele projectteam graag onze dank uitspreken aan alle huisartsen, managers, leidinggevendenden en studenten VS en PA van de leerwerkplekken. Daarnaast tevens onze dank aan de leden van de beoordelingscommissie voor hun onmisbare inzet en aan het ministerie van VWS voor de financiële ondersteuning.

Emmy Derckx  
Raad van Bestuur  
KOH | Kenniscentrum Taakherschikking in de Eerste Lijn



## Inleiding

Met een vergrijzende populatie, meer chronisch zieken en complexere zorgvragen is de druk in de huisartsenzorg hoog (Poos et al., 2014; Giesbers et al., 2013; Bruggink, 2012; NIVEL, 2017). Daarnaast verschuift steeds meer ziekenhuiszorg naar de huisartsenpraktijk en komen er steeds meer taken bij op het gebied van preventieve- en wijkgerichte zorg. Voor het beantwoorden van alle zorgvragen in de eerste lijn zijn voldoende gekwalificeerde hulpverleners nodig (Hooker & Everett, 2012; Laurant et al., 2009; Martinez-Gonzalez et al., 2014; Freund et al., 2015). In het kader van taakherschikking spelen de VS en de PA naast de huisarts een belangrijke rol. Taakherschikking (RVZ, 2002 en 2008; Kouwen et al., 2014; Laurent et al., 2014) is een hulpmiddel om de toegang tot zorg voor elke Nederlander te borgen en de kosten van de zorg te beheersen met behoud van kwaliteit. Het ministerie van VWS heeft taakherschikking als een speerpunt op de beleidsagenda staan.

Uit eerder onderzoek blijken verpleegkundig specialisten (VS'en) en physician assistants (PA's) een aanwinst voor de huisartsenzorg, zowel in de dagpraktijk als tijdens avond-, nacht- en weekenduren. Zij kunnen voor een breed scala aan taken ingezet worden met op zijn minst gelijkblijvende kwaliteit van zorg en vaak een toegenomen patiënttevredenheid (De Leeuw et al., 2008; Dierick-van Daele, Metsemakers, Derckx, Spreeuwenberg & Vrijhoef, 2008; Wijers, van der Burgt & Laurant, 2013; Hooker & Everett, 2012; Martinez-Gonzalez et al., 2014).

Echter, de inzet van VS'en en PA's in de Nederlandse huisartsenzorg is nog beperkt. In 2013 werkten er circa honderdveertig VS'en en vijftig PA's in de huisartsenzorg (KOH, 2013; Laurant & Wijers, 2014). Een belangrijke reden daarvoor is de zeer beperkte beschikbaarheid van opleiders en leerwerkplekken. Tot 2013 was bij de hogescholen de instroom van studenten VS en PA in de huisartsenzorg slechts 7% van het totaal.

In Nederland bieden negen hogescholen de tweejarige Master Advanced Nursing Practice (MANP) en vijf hogescholen de Master Physician Assistant (MPA). Deze opleiding duurt tweeëneenhalf jaar. Beide opleidingen zijn duale opleidingen. Dat betekent dat studenten over een leerwerkplek in combinatie met een leerarbeidsovereenkomst in de praktijk dienen te beschikken om tegelijkertijd leerwerkervaring te kunnen opdoen als VS of PA in opleiding en te studeren aan de hogeschool. De huisarts(organisatie) is dan voor de duur van totale opleiding zowel opleider als werkgever.

In de huisartsenzorg zijn de taken van de VS en PA redelijk vergelijkbaar (Laurant & Wijers, 2014). Zij doen spreekuren, waarin zij zelfstandig patiënten met vaak voorkomende klachten diagnosticeren, behandelen en eventueel verwijzen. Daarnaast hebben ze een rol in de zorg voor ouderen, bijvoorbeeld visites thuis of in het verzorgingshuis. Vaak hebben ze ook praktijk organisatorische taken als aansturing, protocolontwikkeling, praktijkaccreditatie en/of wijkgericht overleg en contacten (van der Burgt, R., van Roij, J., Derckx, E. & Meulepas, M., 2015a en 2015b). Beide zorgmasters zijn wettelijk bevoegd om voorbehouden handelingen (inclusief medicatie voorschrijven) te indiceren en uit te voeren binnen hun expertise gebied (De Bruijn-Geraets, Van Eijk-Hustings & Vrijhoef, 2014; Freund et al., 2015).

### Stimulering en onderzoek

Om het opleiden en de inzet van de VS en PA in de huisartsenzorg te stimuleren heeft KOH, gedragen door de Landelijke Stuurgroep Taakherschikking Eerste lijn en gefinancierd door het Ministerie van VWS, het project 'Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg' uitgevoerd. Huisartsen(organisaties) die VS'en of PA's willen opleiden én structureel inzetten, kunnen zich aanmelden als leerwerkplek en ontvangen o.a. een extra financiële tegemoetkoming. Dit project betreft studenten VS en PA in de huisartsenzorg die de opleiding zijn gestart in september 2013 en/of in september 2014. Deze leerwerkplekken zijn in voorliggend onderzoek onderzocht.



Het doel van het onderzoek 'Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg' is inzicht te verkrijgen in kansen en knelpunten bij het opleiden en inzetten van deze professionals in de huisartsenzorg. Met de resultaten en de aanbevelingen uit dit onderzoek kunnen hogescholen, brancheorganisaties, zorgverzekeraars en VWS gericht vervolgbeleid maken voor de verdere implementatie van de VS en PA in de huisartsenzorg. Tevens bieden de resultaten en aanbevelingen huisartsen en hun organisaties interessante informatie om te gebruiken bij het opleiden en inzetten van een VS of PA in de praktijk. Patiënten en hun organisaties krijgen een kijkje achter de schermen. Zo draagt het onderzoek bij aan de doorontwikkeling van taakherschikking in de huisartsenzorg.

### **Onderzoeksvragen**

1. Welke factoren beïnvloeden het opleiden van VS'en en PA's in de huisartsenzorg?
2. In welke mate zijn de huisartsen, zowel qua inhoud als qua organisatie, tevreden over de aansluiting van de opleiding bij de huisartsgeneeskunde?
3. In welke mate zijn de huisartsen aan het einde van de opleiding tevreden over het behaalde competentie niveau van de PA of de VS, en daaraan gekoppeld de (zelfstandige) inzetbaarheid van de professional?
4. Welke factoren beïnvloeden structurele inbedding van VS'en en PA's in de huisartsenzorg?

### *Leeswijzer*

Het rapport beschrijft in hoofdstuk 1 de uitkomsten van het onderzoek 'Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg'. In hoofdstuk 2 volgen de beschouwing inclusief kanttekeningen bij het onderzoek en de aanbevelingen. We sluiten af in hoofdstuk 3 met de conclusies.

# 1 Onderzoek naar opleiding en inzet VS en PA huisartsenzorg

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van het onderzoek 'Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg'. De onderzoeksvragen zoals beschreven in de inleiding zijn samengevat in drie vragen die hierna aan bod komen:

1. Welke factoren spelen een rol in de besluitvorming om een VS of PA in de huisartsenzorg op te leiden?
2. Welke factoren beïnvloeden het opleidingstraject van VS'en en PA's in de huisartsenzorg?
3. Hoe ziet het vervolg voor de VS en PA binnen de huisartsenpraktijk na afstuderen eruit?

## 1.1 Methodes

In dit hoofdstuk worden de methodes beschreven die zijn gebruikt om antwoord te geven op de drie onderzoeksvragen.

### Design

Om inzicht te krijgen in factoren die een rol spelen bij het opleiden en inzetten van VS'en en PA's in de huisartsenzorg is een observationeel onderzoeksdesign gebruikt.

### Studiepopulatie

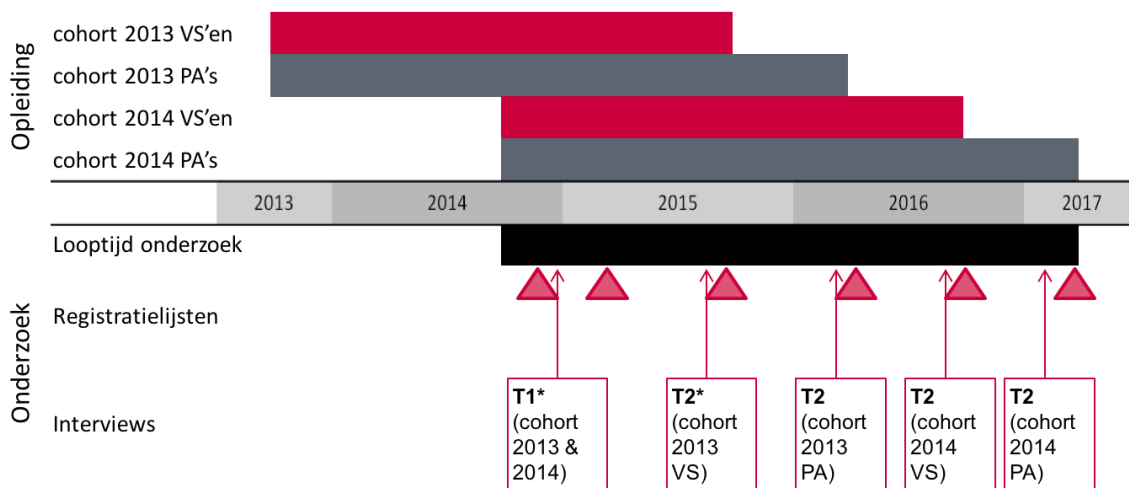
Het onderzoek vond plaats van september 2014 tot april 2017 bij alle organisaties (huisartsenpraktijken en -posten) uit het project 'Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg' die één of meerdere VS'en en/of PA's opleidden (zie Inleiding). Het betrof in totaal 32 studenten die in dienst waren bij een huisartsenpraktijk of -post (zie Tabel 1). Alle studenten in dienst van een huisartsenpost werden voor het grootste gedeelte opgeleid in huisartsenpraktijken in de regio voordat ze gingen werken op de huisartsenpost.

<i>Opleiding</i>		
Verpleegkundig specialist	19	(59,4%)
Physician assistant	13	(40,6%)
<i>Formele werkgever</i>		
Huisartsenpost	13	(40,6%)
Huisartsenpraktijk	19	(59,4%)
<i>Type Huisartsenpraktijk waar student wordt opgeleid</i>		
Solo	13	(40,6%)
Duo	8	(25,0%)
Groep	11	(34,4%)

Tabel 1. Studiepopulatie

### Dataverzameling

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksinstrumenten. Gedurende het opleidingstraject werd voor iedere student op twee momenten een interview afgenomen. Daarnaast werden studenten en opleiders iedere zes maanden gevraagd een registratielijst in te vullen. Figuur 1 geeft een overzicht van het tijdsplan van de opleiding en van het onderzoek. Hieronder wordt de dataverzameling per onderzoeksvraag toegelicht.



Figuur 1. Tijdlijn opleiding en onderzoek

\* T1 beantwoordt onderzoeksvraag 1 en 2

\* T2 beantwoordt onderzoeksvraag 2 en 3

### Onderzoeksvraag 1. Besluitvorming

Om inzicht te krijgen in de factoren die een rol spelen bij de besluitvorming van huisartsen en managers om een VS of PA op te leiden zijn semigestructureerd interviews afgenomen. Alle huisartsen en alle managers van huisartsenposten zijn geïncludeerd in de T1-meting. De interviews vonden plaats in de huisartsenpraktijk of werden telefonisch afgenomen. Interviews zijn afgenomen tussen september 2014 en januari 2015. De studenten van cohort 2013 waren op dat moment een jaar bezig met de opleiding, de studenten van cohort 2014 een paar maanden (zie Figuur 1).

De opzet van de interviews was gebaseerd op het projectplan en afgeleid van het interviewprotocol met huisartsopleiders in het kader van de studie naar functieprofiel, taken en verantwoordelijkheden van VS'en en PA's in de eerste lijn (Laurant & Wijers, 2014).

In de interviews stonden de volgende vragen centraal:

- Waarom is gekozen voor het opleiden van een VS of een PA?
- Wat zijn de verwachtingen en doelen ten aanzien van de inzet van een VS of een PA?
- Op welke wijze wordt de VS of PA ingezet?

De interviews waren associatief van aard waarbij de nadruk lag op het exploreren van meningen, opvattingen en ideeën. Dit betekent dat de topiclijst een agenda voor het interview vormde, maar dat afwijking daarvan mogelijk was. Alle interviews zijn uitgevoerd door de onderzoeker (MB). Het volledige interviewprotocol is toegevoegd als bijlage.

### Onderzoeksvraag 2. Opleidingstraject

Om inzicht te krijgen in het verloop van het opleidingstraject zijn semigestructureerde interviews afgenomen en registratielijsten ingevuld.

#### Interviews

Vragen over het verloop van het opleidingstraject zijn zowel gesteld tijdens de interviews in de T1-meting als in de interviews van de T2-meting. Alle organisaties van cohort 2013 zijn een jaar na de start van de opleiding (T1) en na afronding (T2) geïnterviewd. Voor alle organisaties van cohort 2014 geldt dat zij een paar maanden na de start van de opleiding (T1) en aan het einde van het opleidingstraject een interview hebben gehad (T2) (zie Figuur1). Van iedere organisatie werd tenminste één persoon geïnterviewd. Dit kon een manager, huisarts,

VS of PA zijn. Onderzoekers hebben daarbij een spreiding aangebracht in functie. Bij sommige praktijken is daarnaast nog iemand met een andere functie uitgenodigd voor een interview.

Voor de studenten die stopten met de opleiding voordat zij afstudeerden vond de T2-meting plaats op het moment van stoppen. In dat geval werd ofwel de student of de opleider/manager geïnterviewd over het verloop van het opleidingstraject.

De interviewvragen zijn gebaseerd op de TICD-checklist van Flottorp et al. (2013). Zij hebben een framework ontwikkeld met factoren die implementatie in gezondheidszorg belemmeren of bevorderen. Centraal in de interviews stond de vraag: 'Welke factoren hebben het opleidingstraject beïnvloed?' Daarbij werd doorgevraagd op de factoren uit de TICD-checklist. Het volledige interviewprotocol is toegevoegd als bijlage.

### *Registratielijsten*

Naast interviews zijn ieder half jaar registratieformulieren ingevuld door huisartsen en studenten (zie Figuur 1). Deze registratielijsten beoogden meer inzicht te geven in het verloop van het opleidingstraject in de dagelijkse praktijk. Huisartsen en studenten werden hiervoor via de e-mail benaderd en zij konden de registratielijst online invullen.

Centraal in de registratielijsten voor huisartsen stonden de onderwerpen:

- Begeleidingstijd voor de opleider.
- Productiviteit van de student.
- Tijd die student besteedt aan (in)directe patiëntenzorg en niet-direct gebonden patiëntenzorg.

Centraal in de registratielijsten voor de studenten stonden de onderwerpen:

- Productiviteit van de student.
- Zelfstandigheid van de student.
- Soort zorgvragen (gebaseerd op ICPC-hoofdgroepen en top 20 zorgregistraties huisartsenpraktijken) die de student zelfstandig behandelt.
- Begeleiding die de student ontvangt.

### **Onderzoeksvraag 3. Na afstuderen**

Na afronding van het opleidingstraject zijn interviews afgenomen met vragen over het vervolg na afstuderen (T2) (zie Figuur 1). Van iedere organisatie uit cohort 2013 en cohort 2014 werd ten minste één persoon geïnterviewd. Dit kon een manager, huisarts, VS of PA zijn. In de T2-meting stonden de volgende vragen centraal:

- Blijft de VS of de PA na diplomering in de organisatie werkzaam?
- Hoe ziet de taakherschikking er voor de organisatie uit?
- Welke aanbevelingen zou u willen geven aan collegae huisartsen, aankomende studenten en de politiek?

### **Data-analyse**

Alle interviews zijn, met toestemming van de geïnterviewden, opgenomen op audio en verbatim uitgeschreven. De data is door twee onderzoekers (MB, IM) onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Gezamenlijk is er één codeboek opgesteld waarna de data in thema's is ondergebracht. De interpretatie van de codes en thema's is gedaan door het onderzoeksteam (MB, ML). De registratieformulieren zijn geanalyseerd middels beschrijvende statistiek met behulp van SPSS-software versie 20 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

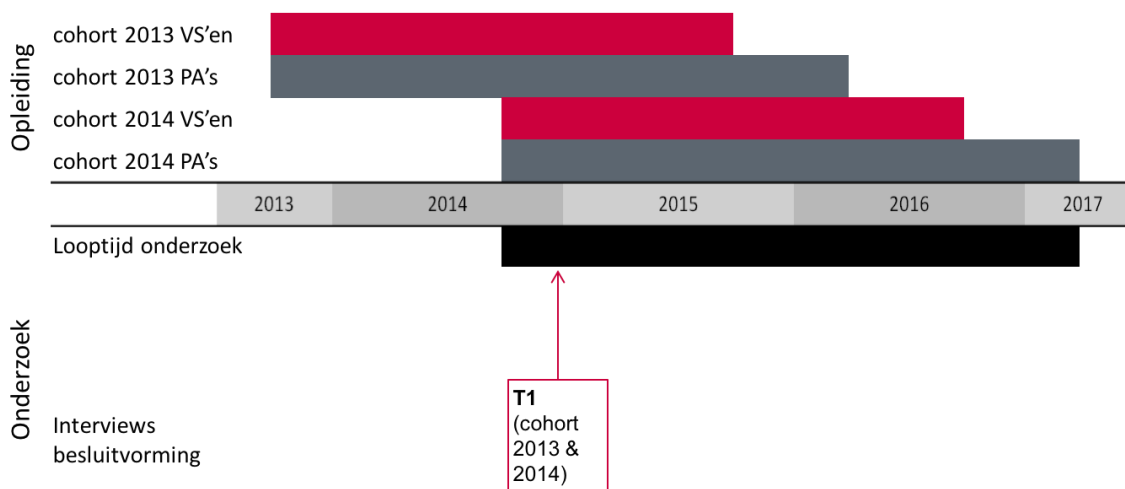
## 1.2 Resultaten

Deze paragraaf beschrijft de resultaten van het onderzoek. In drie sub paragrafen wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen naar 1. de besluitvorming om een VS of PA op te leiden, 2. het verloop van het opleidingstraject en 3. het vervolg na afstuderen.

### 1.2.1 Onderzoeksvraag één: besluitvorming

#### Populatie

Alle organisaties uit het project Versterking Opleiding VS en PA Huisartsenzorg hebben geparticipeerd in het onderzoek naar de besluitvorming. Cohort 2013 is een jaar na start van het opleidingstraject geïnterviewd en cohort 2014 twee maanden na de start (T1) (zie Figuur 2).



Figuur 2. Interviews besluitvorming (T1)

In totaal werden 39 personen geïnterviewd in 36 interviews, van iedere huisartsenpraktijk en -post tenminste één persoon. De gemiddelde duur van de interviews was 51 minuten (SD 12,2). Karakteristieken van de geïnterviewden zijn te vinden in Tabel 2.

<i>Aantal geïnterviewden</i>	39
<i>Positie geïnterviewden</i>	
Manager	7 (17,9%)
Huisarts	32 (82,1%)
<i>Geslacht geïnterviewden</i>	
Man	18 (46,2%)
Vrouw	21 (53,8%)

Tabel 2. Geïnterviewden T1 (besluitvorming)

#### Interviews

De analyse van de interviews resulteerde in drie thema's waaruit elf categorieën naar voren kwamen:

- I. Redenen om een VS of PA op te leiden
  1. Substitutie van zorg
  2. Kwaliteitsverbetering
  3. Nieuwe en/of aanvullende services

- II. Beïnvloedende factoren besluitvorming
  - 4. Organisatie factoren
  - 5. Factoren ten aanzien van professionele relaties
  - 6. Factoren ten aanzien van werkbelasting
  - 7. Ervaring met de rol van VS of PA
  - 8. Visie over de rol van VS of PA
  - 9. Onzekerheden ten aanzien van de VS of PA
  
- III. Taken en verantwoordelijkheden VS of PA
  - 10. Direct gebonden patiëntenzorg
  - 11. Niet-patiënt gerelateerde taken

#### I. Redenen om een VS of PA op te leiden

Huisartsen en huisartsenposten gaven verschillende redenen aan om een VS of PA op te leiden. Deze zijn onderverdeeld in drie categorieën: substitutie van zorg, kwaliteitsverbetering en nieuwe en/of aanvullende services.

##### 1. Substitutie van zorg

De voornaamste reden om een VS of PA op te leiden was voor zowel huisartsen als huisartsenposten substitutie van zorg. Zij wilden een professional die autonoom kan werken, patiënten zelfstandig kan behandelen en spreekuren van huisartsen over kan nemen. Dit als antwoord op de toegenomen werkdruk voor huisartsen door veranderingen in patiëntpopulatie (bijvoorbeeld steeds ouder wordende patiënten, multi morbiditeit) en veranderingen in de organisatie van zorg (bijvoorbeeld taakverschuivingen van ziekenhuis naar eerste lijn en toegenomen vraag naar participatie in wijkgerichte projecten). Een aantal huisartsen beoogden met de inzet van een VS of PA een huisarts te vervangen, het aantal patiënten in hun praktijk te verhogen of mogelijkheden te creëren voor professionele groei (bijvoorbeeld grotere focus op complexe patiënten, tijd voor studie of nevenactiviteiten).

*“Het is vooral de bedoeling dat we meer tijd voor de complexe problematiek gaan krijgen die de komende jaren op ons af gaat komen. Dit is het begin van een ontwikkeling: vergrijzing, substitutie, tweede naar eerste lijn, dus ik zie gebeuren dat huisartsen grotere praktijken moeten gaan doen of meer zorg krijgen, maar in ieder geval dat ze hun werk niet kunnen doen zonder ondersteuning.”*  
[Huisartsgroepspraktijk, leidt PA op]

Voor huisartsenposten was een belangrijke reden de opening van een zogenoemde spoedpost, waar de huisartsenpost en eerste hulp van het ziekenhuis één gezamenlijke balie krijgen. Dit model van acute zorg zal naar verwachting het aantal zorgvragen op de huisartsenpost verhogen, met als gevolg een toename in het aantal diensten per huisarts.

*“We verwachten met een nieuwe spoedpost verhoging van de werkdruk en de huisartsgroep zou die extra werkdruk niet binnen hun inzetbare uren kwijt kunnen. Toen zijn we bij de verpleegkundig specialist uitgekomen om de toename van patiënten op te kunnen vangen, zodat de huisarts vrijgemaakt wordt voor de complexe zorg.”* [Manager huisartsenpost, leidt VS op]

##### 2. Kwaliteitsverbetering

Met de inzet van een VS of PA verwachtten de meeste huisartsen een kwaliteitsverbetering in hun praktijk te bewerkstelligen. Ten eerste verwachtte zij meer personele continuïteit in vergelijking met het in dienst nemen van een recent afgestudeerde huisarts (zij willen vaak op termijn hun eigen praktijk starten). Ten tweede verwachtten zij een tijds winst waardoor meer tijd ingepland kan worden voor complexe patiënten en waardoor patiënten met laagcomplexe aandoeningen sneller hulp krijgen. Tenslotte zou kwaliteitsverbetering behaald kunnen worden door meer monitoring van specifieke doelgroepen.

De meeste huisartsen die een VS opleidden beschouwden een verpleegkundige blik complementair aan de medische blik van huisartsen. Huisartsen verwachtten dat de VS een mix van care en cure zou kunnen inbrengen en een betere samenwerking zou hebben met andere zorgprofessionals (bijvoorbeeld met medewerkers van de thuiszorg).

*“Ik heb al ervaring met huisartsen in dienst, maar het nadeel van een huisarts is dat zij weg zijn zodra zij elders een praktijk kunnen overnemen. Dat geeft bij de patiënten toch wat onrust.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op]*

*“Als ik naar de verpleegkundig specialisten kijk op de huisartsenpost, zie ik dat ze nog beter die NHG-richtlijnen hanteren, en dat ze ook dat verpleegkundige aspect meenemen in hun overwegingen als ze naar de patiënt kijken, daar voegen zij toch nog iets aan toe.” [Huisartsgroepspraktijk, leidt VS op]*

### 3. Nieuwe en/of aanvullende services

Sommige huisartsen zagen de inzet van een VS of PA als een kans om nieuwe services in hun praktijk aan te bieden. Vaak waren deze services in lijn met het landelijke beleid en de verschuiving in patiëntgroepen, zoals het monitoren van ouderen of preventieve projecten in de wijk. Sommige huisartsen wilden een uitbreiding van de consulten zoals het aanbieden van consulten in verzorgingshuizen.

*“Je hebt apparaten voor COPD-bepalingen, dat kan je heel goed delegeren naar iemand als een PA. Dat zou voor de populatie hier een verbetering van de zorg betekenen en minder belasting voor de mensen omdat ze anders naar de stad moeten.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op]*

Huisartsenposten noemden kwaliteitsverbetering en aanbieden van nieuwe services niet als een reden om een VS of PA op te leiden.

## II. Beïnvloedende factoren besluitvorming

Er waren verschillende beïnvloedende factoren op het besluit om een VS of PA op te leiden. Zes categorieën ontstonden uit dit thema: organisatie factoren, factoren ten aanzien van professionele relaties, factoren ten aanzien van werkbelasting, ervaring met de rol van de VS of PA, visie over de rol van de VS of PA en onzekerheden ten aanzien van de rol van de VS of PA.

### 4. Organisatie factoren

Voor sommige huisartsen was financiële zekerheid belangrijk in het besluit te starten met het opleidingstraject van de VS of PA. Enkelen lieten een accountant de financiële impact berekenen. Als gevolg van de implementatie van de VS of PA in de praktijk moesten werkprocessen anders ingericht worden. Zo hadden de doktersassistenten van praktijken zonder ervaring met een VS of PA extra ondersteuning nodig in de triage van patiënten naar de juiste zorgverlener. Bovendien was het hebben van voldoende spreekkamers een praktische randvoorwaarde voor alle huisartsen.

*“Wat van belang is, dat als je praktijken waarbij uitsluitend huisartsen werken vergelijkt met praktijk waar ook verpleegkundig specialisten werken, dat je heel je organisatie moet wijzigen, dat je bijvoorbeeld in de triage ook moet meenemen wie waar en door wie gezien wordt.” [Huisartsgroepspraktijk, leidt VS op]*

De implementatie van de VS of PA op de huisartsenpost had gevolgen voor verschillende afdelingen (bijvoorbeeld op de post zelf, personeelszaken en financiën). De voorbereiding op de VS of PA kostte hen veel inspanning. Een belangrijke factor voor huisartsenposten lag in het gegeven dat zij enkel zorg bieden buiten kantooruren. Als gevolg daarvan zijn zij voor het opleiden van een VS of PA afhankelijk van huisartspraktijken die hen willen helpen de student op te leiden in de dagpraktijk. Het liefst met het oog op een duurzame inzet. Het vinden van deze dagpraktijk was echter lastig. Huisartsen hadden vaak een gebrek aan ervaring en kennis

van de VS of PA of ondersteunden hun functie in de huisartsenzorg niet. Wanneer dagpraktijken positief waren, waren de randvoorwaarden er vaak niet. Denk aan voldoende spreekkamers of financiële zaken. Als laatste gaven huisartsenposten aan dat het lastig was geschikte studenten te vinden omdat het vaak ontbrak aan de juiste vooropleiding, werk ervaring, of de geschikte privéomstandigheden.

*“Het vinden van huisartspraktijken is echt heel moeilijk. Vaak zijn de voorwaarden er niet. Ze hebben geen ruimte. Collega’s willen niet mee. Financiering is niet goed genoeg. We hebben al zoveel mensen in de praktijk. We hebben alle argumenten al een keer gehoord.” [Manager huisartsenpost, leidt VS op]*

#### 5. Factoren ten aanzien van professionele relaties

Voor de meeste huisartsen was de belangrijkste reden om een VS of PA op te leiden gerelateerd aan externe factoren. Zij wilden tegemoetkomen aan de samenwerking binnen de huisartsenpost en de student tijdens kantooruren een opleidingsplek aan bieden. Óf zij wilden een gewaardeerde werknemer behouden. Het betrof dan een praktijkondersteuner (POH) met de ambitie om VS of PA te worden. De huisarts wilde de werknemer niet verliezen en ging daarom mee in deze ambitie.

*“Mijn PA heeft zelf die keuze gemaakt dat ze die opleiding ging doen, wat voor mij zeker heeft meegespeeld dat ik haar kwijt zou zijn als ik haar die gelegenheid niet zou bieden, dan gaat ze naar een andere praktijk in opleiding en dan ben ik ook mijn praktijk ondersteuner kwijt.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op]*

Bijna alle huisartsen gaven aan dat de steun van andere huisartsen en doktersassistenten binnen de praktijk een voorwaarde was om te starten met de opleiding. Soms lag een voorwaarde in de samenwerking met een andere huisartsenpraktijk, zodat de VS of PA door twee praktijken kon worden opgeleid.

Bij huisartsenposten werd de keuze om een VS of PA op te leiden gemaakt door het managementteam samen met de ledenraad. Huisartsenposten gaven aan dat het creëren van draagvlak onder de leden zeer belangrijk en tijdsintensief was. Huisartsenposten ervoeren dat het negatieve standpunt van de beroepsvereniging van huisartsen, leden ervan kon weerhouden om een VS of PA in hun praktijk op te leiden.

*Manager huisartsenpost, leidt PA op: “Vanuit de beroepsvereniging is er eigenlijk geen ondersteuning voor de functie van PA kan je zeggen. En dat maakt ook dat huisartsen huiverig zijn om deze functie binnen hun gelederen te accepteren.”*

#### 6. Factoren ten aanzien van werkbelasting

Alle huisartsen hadden de verwachting dat hun werkbelasting zou veranderen wanneer de VS of PA de laagcomplexiteit patiënten van hen zou overnemen. Sommige huisartsen zagen dit als een kans om zichzelf professioneel verder te ontwikkelen en hun baan ‘leuker’ te maken, anderen zagen op tegen een meer complexe caseload. Deze huisartsen gaven aan dat zij vreesden de routine te verliezen in laagcomplexiteit klachten of dat zij meer werkdruk zouden ervaren wanneer zij meer complexe patiënten op hun spreekuur zouden krijgen. Een enkele huisarts verwachtte dat het lastig zou worden om verantwoordelijkheid over de patiënten te nemen en dat zij dingen zouden missen wanneer de VS of PA patiënten van hen overneemt.

*“Kijk: je delegeert een groot deel van de zorg. Wat betekent dat je voor een deel zicht verliest. Maar ja goed, dat zou ook bij een collega-huisarts zo zijn.” [Huisarts solopraktijk, leidt VS op]*

*“Een nadeel is misschien dat we een verandering van ons eigen spreekuur gaan zien. Als de laag complexe taken er uitgaan dat je alleen hoge complexe spreekuren aan het draaien bent straks.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op]*



### 7. Ervaring met de rol van de VS of PA

Sommige huisartsen hadden in het verleden samengewerkt met een VS of PA op een huisartsenpost of in het buitenland. Dit beïnvloedde hun besluit om een VS of PA op te leiden positief. Tevens beïnvloedde positieve ervaringen van collega's hun beslissing. Echter, omdat er slechts een beperkt aantal VS'en en PA's in de Nederlandse huisartsenpraktijken werken kenden weinig huisartsen een collega met een VS of PA. Bijna nooit zochten zij vooraf contact met collega's die wel een VS of PA in dienst hebben.

*“Wij zagen hoe verpleegkundig specialisten op die huisartsenpost functioneren en als je ermee samenwerkt en ziet hoe dat loopt -waar ik tenminste en mijn collega's heel erg tevreden over waren- dan ben je ook wel nieuwsgierig hoe zou dat voor ons op de praktijk kunnen werken.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op]*

### 8. Visie over de rol van de VS of PA

De meeste huisartsen hadden weinig kennis over de verschillen tussen de VS en PA. Dit gold zowel voor de opleiding als voor de functie in de huisartsenpraktijk. De keuze voor de opleiding tot VS of PA was meestal de keuze van de student zelf. Enkele huisartsen hadden advies ingewonnen bij KOH en één huisarts had zijn keuze gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De meeste huisartsen beschouwden de PA als meer medisch onderlegd en de VS meer gericht op zorg.

Veel huisartsen die een PA opleidden hadden geen voorkeur voor de opleidingsachtergrond van de PA. De meerderheid van de huisartsen die een VS opleidde vond de verpleegkundige achtergrond een voorwaarde om de generalistische zorg in de huisartsenpraktijk te kunnen bieden. Daarnaast werd vaak verpleegkundige ervaring op klinische afdelingen als een meerwaarde beschouwd.

Bij veel huisartsen speelde een zekere mate van 'nieuwsgierigheid' een rol om te besluiten een VS of PA op te leiden. Daarbij was vaak weinig inzicht in de rol van de VS en PA in andere huisartsenpraktijken of in het opleidingscurriculum. Tevens ontbrak een langetermijnvisie op de inzet van de VS of PA vaak.

*“Ik zou me eens heel goed moeten verdiepen in de verschillen tussen een PA en VS, want voor mij zijn dat soms toch wat overlappende termen. Dus nee, wij hebben daar niet zo, niet zo bij stilgestaan, of naar gekeken welke professional wij zouden opleiden.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op]*

*“We zijn er zonder heel erg goede voorbereiding ingestapt, zonder een heel uitgewerkt plan van wat willen we op termijn dan precies? En hoe gaan we dat precies vormgeven? Onvoldoende bewust van hoe het in de praktijk werkt.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op]*

In tegenstelling tot huisartspraktijken, hadden huisartsenposten zich vaker laten informeren alvorens te besluiten om een VS of een PA op te leiden. De uiteindelijke keuze voor de opleiding was vaak gebaseerd op het curriculum van de opleiding of de voorkeur van de huisartsen in de regio. Alle huisartsenposten formuleerden een visie hoe zij de VS of PA op lange termijn in de organisatie in wilden zetten.

*“Zij adviseerden om physician assistants op te gaan leiden, omdat die toch meer op de praktijk opgeleid worden. Terwijl verpleegkundig specialisten ook wel meer in hun opleiding krijgen om beleid te ontwikkelen. En dat was niet waar wij nou zo'n behoefte aan hadden.” [Manager huisartsenpost, leidt PA op]*

### 9. Onzekerheden ten aanzien van de rol van de VS of PA

Vooraf huisartsen die nog geen ervaring hadden met de VS of PA, gaven onzekerheden aan ten aanzien van de gevolgen voor hun eigen rol. Met name wat nu in de praktijk daadwerkelijk de invloed op de werkdruk zou gaan zijn. Bijna alle huisartsen ervoeren onzekerheden over de toekomst ten aanzien van financiële aspecten en politieke beslissingen over juridische aspecten van de VS en PA. Zowel huisartsen als huisartsenposten

gaven aan dat politieke en financiële onzekerheden het lastig maken om lange termijn plannen te maken in de organisatie. Daarnaast is het niet gegarandeerd dat de investering in de opleiding van de VS of PA zich later ook terug gaat betalen.

*“De regels worden steeds tijdens het spel weer veranderd. Dus langdurig vooruit kijken en zo je financiële basis borgen, daar heb je geen zekerheid in als je in de huisartsenzorg actief bent.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op]*

### III. Taken en verantwoordelijkheden VS of PA

Huisartsen en huisartsenposten hadden verschillende opvattingen over de taken die de VS of PA kunnen uitvoeren. Dit thema wordt besproken aan de hand van twee categorieën: direct gebonden patiëntenzorg en niet-patiënt gerelateerde taken.

#### 10. Direct gebonden patiëntenzorg

De meeste huisartsen hadden geen precieze functieomschrijving voor de VS of PA opgesteld. De taken waarvoor de VS of PA in de huisartsenpraktijk ingezet zou gaan worden liepen erg uiteen. Sommige huisartsen wilden dat de VS of PA zich op specifieke doelgroepen zou richten, terwijl anderen juist wilden dat de VS of PA generalistisch aan alle patiënten zorg zou bieden. Verschillende standpunten werden weergegeven ten aanzien van het wel of niet behandelen van chronische patiënten, acute zorg, palliatieve zorg, gynaecologie en zorg voor ouderen of kinderen. Er was geen verschil tussen de huisartsen die een VS opleidden of die een PA opleidden.

Er waren een aantal patiëntenklachten waar alle huisartsen het wel over eens waren dat zij die vonden passen bij het takenpakket van de VS of PA. Deze klachten waren met name dermatologie, KNO-problematiek, bewegingsapparaat en griepklachten. Daarnaast werden taken zoals sociale visites, postoperatieve consulten en deelname aan multidisciplinair overleg (MDO) geschikt geacht. Sommige huisartsen gaven aan dat zij klachten geschikt vonden wanneer deze niet levensbedreigend zijn en er een lage impact is wanneer er iets mis gaat. Daarnaast was de keuze voor geschikte klachten afhankelijk van het curriculum van de opleiding, ervaring van de VS of PA, het aantal patiënten met de klacht, en hoe eenvoudig de klacht door de doktersassistent te triëren is.

*“We willen een professional die voor ons een stuk werk overneemt. Dan denken we bijvoorbeeld aan oorklachten en kinderen met koorts, buikklachten, urineweginfecties en dat soort dingen. Dus duidelijk afgebakende gebieden waarbij in de triage al duidelijk een onderscheid gemaakt kan worden.” [Huisarts duopraktijk, leidt PA op]*

*“In de palliatieve zorg zijn een heleboel dingen niet meer medisch, maar zijn eerder zorg en verpleegkundig. Het is de bedoeling dat zij voor patiënten vanuit het ziekenhuis zorgt dat thuis alles geregeld is. Dat iedereen op de hoogte is van wat er met de patiënt besproken is, wat de afspraken zijn en welke complicaties je mag verwachten.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op]*

In tegenstelling tot de dagpraktijken formuleerden de huisartsenposten wel een duidelijke functieomschrijving voor de VS of PA. Deze omschrijving bevatte of klachten die waren uitgesloten van de zorg van de VS of PA of klachten die juist wel geschikt werden geacht. Voor de meeste huisartsenposten waren deze klachten: buikpijn, cardiologische klachten, neurologische en psychiatrische problematiek en jonge kinderen.

#### 11. Niet-patiënt gerelateerde taken

Zowel de huisartsen als de huisartsenposten hadden weinig nagedacht over eventuele niet-patiëntgebonden taken voor de VS of PA. Zij wilden dat de student zich in eerste instantie op de directe patiënten zorg zou richten. Voorbeelden van niet-patiëntgebonden taken die zij in de toekomst mogelijk geschikt achtte waren coördinatie van ouderenzorg, ontwikkelen van protocollen en het geven van onderwijs aan doktersassistent.

“Er komen natuurlijk ook allerlei kwaliteitsdingen, NHG-accreditering, waar we haar ook voor in kunnen gaan zetten, maar dat weten we nog niet precies hoe of wat. Dat gaan we wel zien.” [Huisarts groepspraktijk, leidt PA op]

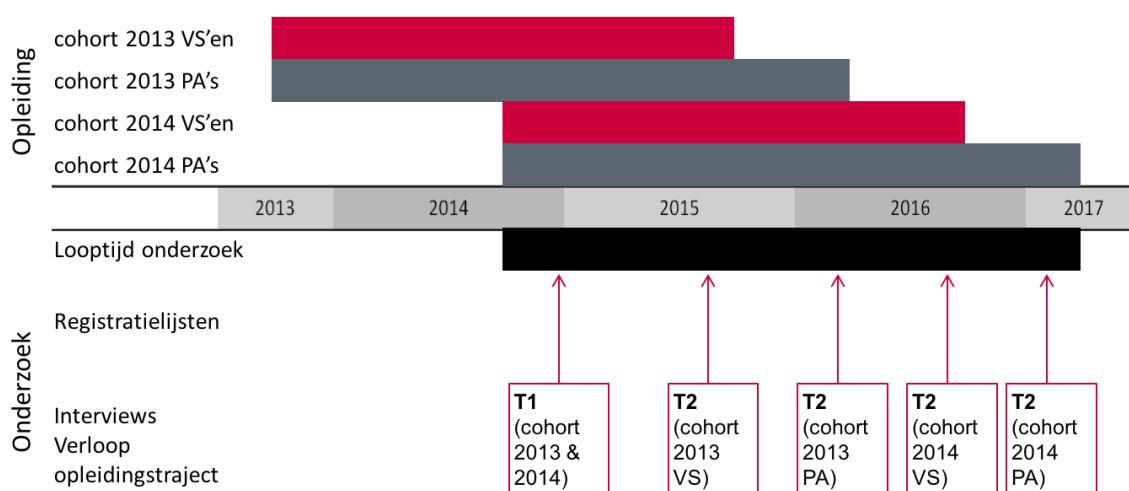
## 1.2.2 Onderzoeksvraag twee: opleidingstraject

Om inzicht te krijgen in het verloop van het opleidingstraject zijn zowel interviews als registratielijsten gebruikt. Hieronder volgen van beide de resultaten.

### Interviews

#### Populatie

Alle organisaties uit het project Versterking Opleiding VS en PA Huisartsenzorg zijn geïnccludeerd in de interviews naar het verloop van het opleidingstraject. Cohort 2013 is een jaar na start (T1) en na het afronden van het opleidingstraject (T2) geïnterviewd over het verloop. Cohort 2014 is twee maanden na de start (T1) en na afronden van het opleidingstraject (T2) geïnterviewd over het verloop van de opleiding (zie Figuur 3). Studenten die de opleiding niet hebben afgerond zijn geïnterviewd op het moment van stoppen.



Figuur 3. Interviews verloop opleidingstraject (T2)

De T1-meting is altijd afgenomen bij een huisarts of bij een manager, de T2-meting is afgenomen bij een huisarts, manager, PA of VS. In totaal zijn er 76 interviews afgenomen. Karakteristieken van de geïnterviewden zijn te vinden in Tabel 3.

	T1	T2	Totaal	
	cohort 2013: 2-6 maanden na de start; cohort 2014: 1 jaar na de start	na afstuderen of bij stoppen studie		
<b>Geïnterviewden</b>				
Huisarts	32	13	45	(59,2%)
Praktijk manager	1	1	2	(2,6%)
PAio		8	8	(10,5%)
VIOS		10	10	(13,2%)
Manager HAP	6	5	11	(14,5%)

Tabel 3. Karakteristieken geïnterviewden T1 en T2 (N = 76)

### *Beïnvloedende factoren opleidingstraject*

Met behulp van de interviews zijn factoren in kaart gebracht die het verloop van het opleidingstraject van de VS en PA beïnvloeden. Deze factoren zijn ingedeeld aan de hand van de TICD-checklist (Flottorp et al., 2013). In de analyse is tevens gekeken naar mogelijke verschillen tussen de VS en de PA, soort praktijk en meetmoment. Indien er verschillen bleken te zijn is dit expliciet in de tekst aangegeven.

Op één student na werden alle studenten in dagpraktijken opgeleid. Degenen die in dienst waren bij een huisartsenpost gingen meestal in het tweede jaar pas meelopen met diensten waarbij de opleiding in de dagpraktijk gecontinueerd werd. Het doen van zelfstandige spreekuren op de huisartsenpost volgde pas na afstuderen. Resultaten in dit hoofdstuk hebben om deze reden dus voornamelijk betrekking op beïnvloedende factoren in de dagpraktijk.

#### *1. Factoren ten aanzien van: de opleiding aan de hogeschool*

Indien er contact was met de hogeschool ervoeren veel huisartsen en studenten dit als laagdrempelig en vonden het contact met de begeleider prettig. Een aantal hogescholen bracht een bezoek aan de huisartspraktijk, wat door de huisarts erg werd gewaardeerd.

*“Ik denk dat ik de persoonlijke begeleiding wel heel goed vind. De begeleidster pakt het heel goed op als ze in dingen vastloopt of met iets zit en de keren dat ze hier is geweest, had ik ook het wel het idee dat het een prima samenwerking was en we ook wel op een lijn zaten.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op, interview na één jaar]*

*“De mensen die ik nodig had, die waren ook wanneer ik ze nodig had. En persoonlijk betrokken en altijd een luisterend oor, ook tijdens de lesdagen heel laagdrempelig, dat heb ik wel als prettig ervaren.” [PA-groepspraktijk, interview na afronding]*

De terugkomdagen voor opleiders werden wisselend ervaren. De meeste huisartsen vonden de inhoud voornamelijk gericht op de tweede lijn. Ook het netwerken tijdens de terugkomdagen viel tegen wanneer er geen andere huisartsen aanwezig waren om ervaringen mee uit te wisselen. De terugkomdagen kostten veel tijd en dat was lastig te organiseren met waarneming. De cursus ‘train-de-trainer’ die vanuit de hogescholen werd aangeboden werd erg gewaardeerd.

*“Ik ben de eerste keer naar de terugkomdag geweest, maar daar is vanuit de huisartsenpraktijk weinig animo voor, dus je hebt heel veel te maken dan met andere disciplines. Ik vond het eigenlijk wat weinig diepgang hebben voor de huisartsenpraktijk.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op, interview na één jaar]*

*“Vanuit de hogeschool heb ik zo’n train-de-trainer-opleiding gedaan die echt fantastisch was. De beste opleiding die ik ooit heb gehad.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op, interview na twee maanden]*

Veel huisartsen vonden dat de hogescholen voornamelijk gefocust waren op de tweede lijn. Zij misten richtlijnen of advies hoe zij de functie van VS of PA in de eerste lijn konden vormgeven. Dit had als gevolg dat praktijken zoekende waren of dat verschillen in verwachtingspatroon frictie tussen begeleiders of studenten opleverde. Verwachtingen op papier zetten of met regelmaat bespreken werkte positief.

*“Ik denk ook dat er in de opleiding niet persé heel veel ervaring was met verpleegkundig specialisten in de huisartsenpraktijk. En dat de opleiding in die zin ook wel meer toch opleidt voor de tweede lijn dan dat er veel kennis en ervaring voor de eerste lijn is.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

*“Ik denk dat als we wat meer richtlijnen hadden gehad, of dat ze wat duidelijker hadden kunnen zeggen: ‘Zo start je op. Zo wordt het daar en daar gedaan, en hier zijn voorbeelden van. Dit werkt prima in die praktijk.’ En dan hoeft het niet tot in de puntjes. Maar, wel enigszins dat je een beetje weet van: ‘Oké, zo.’” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

Veel huisartsen ervoeren onduidelijkheden vanuit de hogeschool ten aanzien van het niveau dat de student dient te hebben, het curriculum, en de eisen ten aanzien van verslagen en de begeleiding.

*“Een wat duidelijker omschreven curriculum, waarin ook de stappen uitgelegd worden en wat handvatten naar de praktijk toe van dan en dan zou iemand ongeveer hier en hier moeten staan, dat is er niet. Dat moet je allemaal zelf ontdekken.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op, interview na één jaar]*

*“Ik mis een jaarplanning met dit zijn de leergesprekken, dat verwacht men van jou als huisarts. Dit en dit onderwerp moet hij gaan doornemen.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na afronding]*

De klinische vakken van zowel de VS- als de PA-opleiding sloten goed aan bij de brede huisartsenzorg. Vooral de klinische lessen werden gewaardeerd. Iets vaker gaven de VS-opleiders en -studenten aan, in vergelijking met de PA, dat de klinische vakken summier waren, of dat er onvoldoende tijd was om kennis en vaardigheden eigen te maken. Sommigen gaven aan dat het onderdeel deskundigheidsprofielen / verdiepingsvakken van het opleidingscurriculum zich beter leenden voor de gespecialiseerde tweede lijn dan voor de generalistische zorg in de eerste lijn. Sommige studenten gaven aan specifieke vakken (zoals dermatologie of farmacologie) te missen. Studenten en opleiders vonden de druk hoog, met als gevolg risico een verstoorde balans tussen werk en privé. Een aantal VS'en opperde om die reden om de opleiding langer te maken.

*“Als je achteraf kijkt van wat ze allemaal heeft opgepikt en de onderwerpen die ze aangereikt heeft gekregen, ja dat past wel heel duidelijk bij de huisartsenpraktijk.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

*“De opleiding die ze geniet, die springt daar wel goed op in. Die geeft al in de eerste weken basisgeneeskundig onderzoek. Lichamelijk onderzoek, differentiaal diagnostisch denken. Dat zijn allemaal dingen die je al eigenlijk heel snel nodig hebt in de huisartsenpraktijk.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na twee maanden]*

*“Ik vind dat het eigenlijk een soort light version van de geneeskunde opleiding is en dan denk ik: ‘nou ik vond dat wel redelijk om dat in vijf jaar te doen en dat moeten zij in drie jaar doen.’ Dat is wel heavy.” [Huisarts duopraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

Veel geïnterviewden vonden dat er in de opleiding te veel nadruk lag op wetenschappelijk onderzoek en verslagen schrijven. Daarbij vonden sommige studenten de begeleiding bij het wetenschappelijk onderzoek beperkt. Interactie werd vaak gewaardeerd.

*“Ik wil iemand die matig complexe patiënten kan zien, en niet allerlei wetenschappelijke onderzoeken gaat doen.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na afronding]*

*“Je merkt dat huisartsen daar elke keer weer op terugkomen: ‘ja het zijn wel heel veel verslagen die gemaakt moeten worden. Het is heel veel verantwoording, portfolio's, terwijl ik graag zou willen dat ze die uren gebruikt om nog meer patiënten te zien’.” [Manager huisartsenpost, leidt VS op, interview na één jaar]*

In de PA-opleiding lopen studenten gemiddeld twee dagen per week stage bij andere specialismen. In de VS-opleiding zijn stages géén vast onderdeel. Desondanks regelden sommige VS'en op eigen initiatief korte stages of meeloopdagen. Deze stages kenden hun positieve en negatieve effecten. Bijna alle geïnterviewden vonden de stages erg waardevol. Redenen waren dat het in de huisartsenpraktijk langer zou hebben geduurd om bepaalde kennis te vergaren en het leverde inzicht wat er gebeurt met patiënten na doorverwijzing. De PA-opleiders vonden vaak dat de stages lang duurden wat de continuïteit op de huisartsenpraktijk negatief beïnvloedde. Sommige huisartsen gaven aan een overdracht van de stageplek te missen en daardoor weinig zicht te hebben wat op stage gebeurt. Het regelen van een stageplek was vaak lastig en tijdrovend.

*“De stages zijn heel leerzaam. Bij andere disciplines mee gaan kijken – het ziekenhuis, de fysio. Om te weten waar je de patiënten heen stuurt.” [VS groepspraktijk, interview na afronding]*

*“Ik vind het lastig dat ik niet weet wat ze allemaal leert tijdens de stages, een overdracht zou fijn zijn. Zo doen ze dat ook bij de HAIO's. Nu kan ik enkel uitgaan van wat zij mij vertelt.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

Ten aanzien van de opleiding aan de hogeschool gaven huisartsenposten aan dat de aanmeldingsprocessen lang duurden en dat beperkte bereikbaarheid in de zomervakantie lastig was. Daarnaast werd aangegeven door huisartsen en huisartsenposten dat zij veel formulieren (onder andere aanmeldformulieren en beoordelingsformulieren) voor de opleiding in moesten vullen.

*“Er moesten op een gegeven moment, voor 1 juli, allerlei documenten liggen met allerlei handtekeningen. Vervolgens hadden we dat georganiseerd en waren het wel kopieën, dus dat was ook weer niet goed. Wat dat betreft was het wel een heel gedoe om dat rond te krijgen. Er zit een stukje in de voorlichting en ook wel in transparantie, hoe documenten aangeleverd moeten worden. Een stukje hoe de planning daar in zijn werk gaat.” [Manager huisartsenpost, leidt VS op, interview na twee maanden]*

*“Er is ook heel veel regelgeving ten aanzien van formulieren, waarvan ik soms denk ‘streeft dat zijn doel niet voorbij?’ Wat willen we hier nu eigenlijk mee bereiken door zoveel formulieren in te vullen.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

## 2. Factoren ten aanzien van: de opleider en de student

### De opleider

Bijna alle huisartsen begeleidten de studenten volgens de leermeester-gezel-constructie waarbij ze langzaam toewerkten naar het zelfstandig werken van de VS of PA. De tijd die de student kreeg per patiënt werd gedurende de opleiding langzaam afgebouwd, bijvoorbeeld beginnend bij een half uur tot uiteindelijk een kwartier bij afstuderen. De meeste huisartsen hielden in het begin van de opleiding plekken vrij in hun eigen agenda om tijdens spreekuren beschikbaar te zijn voor overleg. Overige methoden die in praktijk gebruikt werden ter ondersteuning van het opleidingstraject waren video-consulten, doorspreken van NHG-standaarden, intervisie of vaardigheidsoefeningen (zoals hechten op een varkenspootje). In sommige praktijken werkten ook coassistenten, huisarts in opleiding, basisartsen of andere VS'en of PA's. Deze praktijken gaven aan dat de disciplines elkaar versterkten door gezamenlijk casuïstiek te bespreken, video-consulten na te kijken en ervaringen uit te wisselen.

*“We hebben gezorgd dat ze in een spreekkamer naast de mijne zit en zij heeft in eerste instantie alleen anamnese gedaan en later lichamelijk onderzoek. En elke keer kom ik erbij als zij klaar is en dan overleggen we met de patiënt erbij hoe we verder gaan. En uiteindelijk gaan we elke keer een stapje verder.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na twee maanden]*

*“Zij zag een patiënt, om te beginnen een patiënt per half uur, en ik had dan per half uur tien minuten vrij gepland om die patiënt na te bespreken. En dat hebben we opgevoerd. Nu bespreken we eind van de ochtend, eind van de middag haar spreekuur na.” [Huisarts groepspraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

Veel huisartsen vonden het lastig om als arts een VS of PA op te leiden, omdat zij zelf een andere achtergrond hebben. Tevens speelden onduidelijkheden in de opleidingseisen en het niveau daarin een rol. Bijna alle opleiders gaven aan het opleiden leuk te vinden, maar dat supervisie tijdens het spreekuur veel tijd kostte. De meeste opleiders ervoeren na het eerste jaar een tijdswinst op hun eigen spreekuur omdat de student consulten overnam.

*“Ik denk dat ik dat nog het lastigste vond, dat ik van coassistenten en van huisartsen in opleiding veel beter weet van oké, dit kunnen ze of dit kan je een beetje van ze verwachten, dat dat toch bij die verpleegkundig specialist veel moeilijker is.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op, interview na één jaar]*

*“Het eerste jaar was druk. Maar ik zou zeker zo zeggen dat vanaf februari, maart, werd het wel minder werkdruk voor mij. Toen ging ze ook al bepaalde patiënten doen dus toen werd het wel een verlichting van mijn spreekuur.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

De student

Geïnterviewde opleiders waren wisselend wat zij een geschikte achtergrond en werkervaring achtten om het opleidingsproces goed te laten verlopen. Zo vonden sommigen bijvoorbeeld een achtergrond in de verstandelijk gehandicaptenzorg of fysiotherapie niet breed genoeg voor de huisartsenzorg. Anderen gaven aan een achtergrond als fysiotherapeut wel geschikt te vinden. Veel huisartsen vonden het positief wanneer de student al een netwerk en werkervaring had in de eerste lijn. Klinische ervaring werd ook als meerwaarde gezien, anderzijds werd de overstap van tweede naar eerste lijn groot gevonden.

*“We hadden bijvoorbeeld iemand in opleiding vanuit de gehandicaptenzorg, echt een verpleegkundig zorgende functie en dat is niet voldoende gebleken om de opleiding aan te kunnen. Het is zaak dat ze medisch inhoudelijke taken hebben als verpleegkundige. Dus bijvoorbeeld van een afdeling cardiologie of dermatologie in het ziekenhuis, daar is het inhoudelijke gat kleiner dan iemand die wat meer in de verzorgende rol heeft gezeten.” [Manager huisartsenpost, leidt VS op, interview na één jaar]*

*“Ik had me dat van tevoren nooit zo durven realiseren wat een verpleegkundige met zich meebrengt. Deze dame brengt met zich mee dat ik nu in groeiende mate deelneem aan de wijk. Omdat zij die contacten met al die mensen heeft. Ik kan heel makkelijk dingen bij haar neerleggen. Regel maar ingewikkelde persoonsgebonden budgetten, dat soort dingen. Ze brengt kennis mee die ik gewoon niet heb. En ook niet wil hebben, eerlijk gezegd.” [Huisarts solopraktijk, leidt VS op, interview na één jaar]*

De meeste huisartsen vonden de vaardigheden en medische kennis van de student een groot verschil met die van de coassistenten. De studenten moesten veel leren over lichamelijk onderzoek en diagnosticeren. Anderzijds hadden zij een voorsprong in praktische aanpak en communicatieve vaardigheden.

*“Gaat de huisarts echt op die manier de meerwaarde inzien van een verpleegkundig specialist of gaat een huisarts die soms toch nog te veel zien als iemand die bepaalde dingen kan doen onder supervisie. Dat hoor ik ook wel bij collega's terug, van dat huisartsen toch eigenlijk een veredelde coassistent van je willen maken.” [VS duopraktijk, interview na stoppen]*

*“Ik ben me daar nog heel erg in aan het vormen. Omdat ik het gevoel had van: ‘O, ik moet hier een halve dokter van maken’ Maar zo werkt het toch gewoon niet. Ze is verpleegkundig opgeleid en dat is toch een heel andere manier van denken, van problemen ontrafelen.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op, interview na twee maanden]*

De meeste geïnterviewden vonden het prettig wanneer de student voor de opleiding al bekend was in de praktijk (vaak werkten zij als POH). Dat zorgde ervoor dat er geen energie gestopt hoefde te worden in het leren kennen van een nieuwe praktijk en er al ‘credits’ opgebouwd waren. Aan de andere kant had het ook nadelen als de student al eerder werkzaam was in de praktijk. De student kwam vanuit een zelfstandige functie en moest zich weer opstellen als leerling. Daarnaast moesten teamleden soms wennen aan de nieuwe rol van POH naar VS of PA.

*“Ik denk dat het hebben van een werkrelatie van tevoren toch wel bij ons een hele grote pre is. We hebben naar haar een hele grote gunfactor om deze opleiding te kunnen gaan doen.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op, interview na één jaar]*

*“Aan de ene kant moet je harder je best doen om een nieuwe rol te krijgen. Dat attitude aspect dat meer onder het vergrootglas komt te liggen, omdat je POH was, dus eigenlijk minder moeilijk werk deed en nu opeens wel moeilijk werk doet.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

Bijna alle geïnterviewden waren tevreden over het competentieniveau van de student aan het einde van de opleiding. Het competentieniveau werd door een enkeling onvoldoende bevonden doordat gebieden in de opleiding niet aan bod waren gekomen, of wanneer de student niet goed zijn/haar grenzen aangaf.

*“Ze is volledig zelfstandig. En bij vragen consulteert ze mij en ik heb daar een goed gevoel bij. Dus, ja, dik tevreden.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na afronding]*

*“Haar vaardigheid gewoon op het gebied van dingen ontwikkelen en aanpakken die zijn echt nog niet voldoende. Daar zal ze echt nog ook na haar afstuderen aan moeten werken.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

Eigenschappen van de student die bijdroegen aan een goed verloop van het opleidingstraject waren: het aangeven van grenzen (dat zorgde voor vertrouwen bij de huisarts en voorkwam overbelasting van de student zelf), discipline om taken voor de opleiding in te plannen en aan deze planning te houden, enthousiasme om te willen leren, zelfstandigheid en assertiviteit. Belemmerend werkten een te afwachtende houding en onzekerheid. Perfectionisme en te veel willen doen werden als valkuil genoemd.

*“Wat ik vond dat heel goed ging, was dat ik op haar kon vertrouwen. Dat ze heel goed wist: ‘Waar liggen de grenzen?’” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

*“We hadden gedacht dat ze sneller zelfstandig met een spreekuur zou kunnen starten. En dat zijn deels factoren die liggen bij haar. Omdat ze daar toch wat onzeker en afwachtend in is.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op, interview na twee maanden]*

Geïnterviewden gaven aan dat de opleiding veel vroeg van het privéleven van de student. Een instabiele privésituatie beïnvloedde het opleidingstraject vaak negatief. De redenen voor de studenten die stopten met de opleiding lagen vaak ook in privéomstandigheden.

*“De hoge werkdruk vergt ook dat je privé heel veel dingen moet laten eigenlijk.” [VS solopraktijk, interview na afronding]*



*“Dingen die minder relevant zijn, gewoon lekker laten voor wat het is. Gewoon goede balans.”  
[Huisarts solopraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

### 3. Factoren ten aanzien van: patiënten

Bijna alle huisartsen (ongeacht praktijksoort) gaven aan dat de functie van VS of PA snel door patiënten geaccepteerd werd en dat patiënten het prima vonden om door een VS of PA geholpen te worden. De VS of PA werd soms door patiënten laagdrempeliger bevonden dan de huisarts. In solo- en duopraktijken hadden patiënten wat vaker een voorkeur voor een consult bij de eigen huisarts. Dat leek niet zozeer te komen door het verschil in functie, maar voornamelijk door de vertrouwensband die zij door de jaren hadden opgebouwd. Patiënten accepteerden de functie sneller als zij al gewend waren aan meerdere gezichten in de praktijk. Dat gold met name voor opleidingspraktijken of praktijken die al met VS'en of PA's werkten.

*“Bij een nieuw gezicht zien is er altijd een bepaalde drempel. Ze hebben liever hun vertrouwde huisarts. Nu ook hun eigen PA, die ze een paar jaar kennen. Daar gaan ze liever naartoe.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

*“Dat is voor de patiënt prettig want dan zijn er meer mogelijkheden om gezien te worden en ook niet iedereen wil bij de dokter. Voor de patiënt is het soms wat laagdrempeliger.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

Voor patiënten was de functie van VS of PA vaak onduidelijk. Uitleg over de functie werd gegeven door de doktersassistent bij het plannen van een afspraak en soms op wachtkamerschermen, flyers of de website.

*“Physician assistant, dat weet helemaal niemand wat dat is. En ik denk wel dat we die term moeten blijven gebruiken, als iets nieuws. Maar als je dan gaat uitleggen wat dit is ... Ja, dan zeggen we maar dat is een artsondersteuner bijvoorbeeld, want je kunt niet gaan zeggen ‘Het is een halve dokter’. Mensen willen immers geen halve dokter.” [Huisarts duopraktijk, leidt PA op, interview na twee maanden]*

*“Wij hebben een digitale nieuwsbrief. Wij hebben ook een narrowcasting in de wachtkamer waar de uitleg is van alle medewerkers, dus ook wat hun taken en zo zijn. Ik denk dat het ook een stukje is dat assistentes duidelijk maken, VS doet dit soort taken. En de VS geeft zelf ook altijd bij introductie van een consult eerst uitleg wie ze is, wat ze doet en waarom.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

### 4. Factoren ten aanzien van: interacties / processen binnen het team en met andere zorgprofessionals

#### Binnen het team

Bij de meeste huisartsenpraktijken verliepen de interacties binnen het team goed. Het werd vaak als voordeel ervaren wanneer de student al bekend was bij het team. Wanneer de student nog niet bekend was werd de 'klik' als positief benoemd. Wrijving in het team ontstond soms door ruimtegebrek in de praktijk, wanneer teamleden bang waren dat taken van hen afgenomen zouden worden of wanneer het onderscheid met POH-taken niet goed werd gemaakt.

*“Het grote voordeel was dat ze voor de opleiding al heel lang meedraaide als POH. En in die zin ook heel goed ligt bij de assistentes. Er zijn geen conflicten of spanningen.” [Huisarts solopraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

*“Binnen het team is het soms wel een beetje zoeken. Iedereen wil zijn territorium bewaken. Met name in het begin waren mensen bang taken af te moeten staan en dat wil niemand.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

## Eerste lijn

Er waren wisselende ervaringen met de reactie binnen huisartsengroepen op de functie van de VS of PA. Dat varieerde van acceptatie, tot nieuwsgierigheid, tot wantrouwen. Bij andere eerstelijns zorgverleners werd de functie van VS of PA goed geaccepteerd.

*“Met thuiszorgorganisaties en met paramedici – fysio en logopedie en dat soort dingen – dat was allemaal geen probleem.” [VS groepspraktijk, interview na afronding]*

*“De huisartsen in onze regio zijn echt al gewend aan een stukje taakherschikking op de post. Een aantal natuurlijk ook in de praktijk. Ik zie ook dat huisartsen in het begin echt wel een beetje afwachtend waren van: ‘Hm, VS, wat moet ik ermee? Kan ik er iets mee?’” [Manager huisartsenpost, leidt VS op, interview na stoppen]*

## Tweede lijn

Regelmatig werden moeilijkheden ervaren wanneer de student overleg wilde plegen met een medisch specialist uit de tweede lijn. Deze wilden regelmatig alleen met een arts overleggen. Stages in tweede lijn versterkte de samenwerking. Daarnaast groeide de bekendheid en acceptatie van de VS en de PA in de tweede lijn met de tijd.

*“Je merkt nog wél, als je bijvoorbeeld moet overleggen met een specialist in het ziekenhuis, dat die zegt: ‘Nou, dat is hartstikke leuk maar roep de hulp van de huisarts maar even’.” [PA solopraktijk, interview na afronding]*

*“We hebben weleens gehad dat ze probeerde iemand door te sturen naar de specialist en dat die zei: ‘Ja, ho, wacht eens even, naar jou ga ik niet luisteren. Geef me de dokter maar’.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

## 5. Factoren ten aanzien van: stimulansen en hulpbronnen financieel en niet-financieel

Factoren ten aanzien van stimulansen en hulpbronnen leken voornamelijk een rol te spelen in de besluitvormingsfase en niet wanneer het opleidingstraject al was gestart. Huisartsen gaven aan dat extra financiën ruimte gaf om tijd vrij te plannen voor begeleiding of stages. Enkele huisartsen ontvingen de subsidie van de hogeschool pas laat en dat was voor een kleine huisartsenpraktijk lastig. Bij vertraging van de student tijdens de opleiding moesten de organisaties zelf alle kosten dragen. Sommige huisartsen zagen het opleiden van een VS of PA als een investering die zich tijdens de opleiding nog niet terugverdiende. Enkele huisartsen vonden de productie van de VS of PA tegenvallen.

*“De financiering is niet zo goed toegepast op een huisartsenpraktijk. Uitbetaling per kwartaal... voor ziekenhuizen en zo maakt dat niks uit. Maar bij een huisartsenpraktijk zit dat wel anders. En ik kwam er tussendoor ook een beetje financieel onder druk te staan.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

*“We hebben ons daar toch een beetje verkeken met de begrotingen. Vooral de productie van de PA. Dus zonder de subsidie was het echt een probleem geworden.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

## 6. Factoren ten aanzien van: de organisatie

De meeste praktijken hadden voor de doktersassistent een lijstje gemaakt met klachten die zij mochten plannen bij de student. Het kwam slechts een enkele keer voor dat een patiënt bij nader inzien toch niet bij de VS of PA ingepland had mogen worden. Dat kon bijvoorbeeld komen doordat een klacht in de spreekkamer anders bleek te zijn dan tijdens de telefonische triage. Daarnaast werd de VS of PA soms door de doktersassistent als laagdrempeliger dan de huisarts gezien. Als gevolg daarvan werden patiënten met

klachten ongeschikt voor de VS of PA toch op lege plekken in de agenda van de student ingepland. De studenten kregen meer tijd per consult dan de huisarts. Dit werd gedurende de opleiding wel afgebouwd maar was ook aan het einde van de opleiding in de meeste gevallen nog rond de vijftien minuten, in vergelijking met tien minuten voor de huisarts.

*“Omdat we natuurlijk al met opleidingen bekend zijn, hebben we de PA een briefje laten maken met de soorten van klachten die geschikt zouden zijn. En dat hangt bij de assistentes.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op, interview na twee maanden]*

*“Dat valt eigenlijk mee. Dat patiënten bij mij zijn en ik schrik: ‘Mmm, die was niet voor mij geweest. Die was voor de huisarts geweest.’ Procentueel vind ik dat lastig te schatten. Ik heb weleens gehad, dat dat in één week drie keer gebeurde en dan weer weken niet.” [VS groepspraktijk, interview na afronding]*

Zowel ten aanzien van het opleiden van de VS en PA in kleine teams als in grote teams zijn voor- en nadelen te noemen. Grotere teams vonden het een voordeel dat de artsen onderling taken konden verdelen en er voldoende patiënten aanbod was voor de student. Een nadeel was het wanneer de huisartsen niet op één lijn zaten in de begeleiding van de student. Kleinere teams vonden het een voordeel dat er meer betrokkenheid en steun voor elkaar was. Nadelen waren dat bij problemen er weinig collega's waren om mee te praten en patiënten gehecht konden zijn aan hun eigen huisarts.

*“Het voordeel dat er nog meer huisartsen hier werken is dat, normaal nam ik dan wat meer vanuit het spreekuur zelf voor mijn rekening, maar nu heb ik daar gewoon wat tijden kunnen blokkeren zodat ik tijd voor haar heb.” [Huisarts groepspraktijk, leidt PA op, interview na één jaar]*

*“We hebben een klein betrokken team en ik denk dat dat helpt. Hè, je hebt korte lijntjes met elkaar, kan goed met iedereen door één deur waardoor er ook wel een soort betrokkenheid was om mij erdoorheen te helpen. En dat heeft zeker steunend gewerkt, zeg maar.” [VS duopraktijk, interview na afronding]*

De meeste huisartsen, die een student opleidde voor een huisartsenpost, ervoeren de ondersteuning bij organisatorische aspecten rondom het opleidingstraject als positief. Dat gold ook voor praktijken waarbij een praktijkmanager de organisatorische zaken op zich nam.

*“Daarmee halen wij het financiële risico, de verantwoordelijkheid dat de opleiding gevolgd wordt en de relatie op beleidsmatig niveau met de hogeschool uit handen en de huisarts is echt verantwoordelijk voor het medisch inhoudelijke stuk.” [Manager huisartsenpost, leidt VS op, interview na één jaar]*

Een aantal huisartsen heeft tijdens het opleidingstraject extra praktijkruimte moeten creëren door te verbouwen of extra ruimte te huren. Kamers ver uit elkaar werd als belemmering ervaren, één huisarts gaf aan om die reden gebruik te maken van telecommunicatie voor overleg.

*“We hebben nu een buurt pand gekocht, we hebben verbouwd en nu heeft zij gewoon een grote eigen kamer, waarin zij alle ruimte heeft en we merken wel dat dat ook enorm geholpen heeft, om steeds meer te gaan doen en te ondernemen en op te pakken.” [Huisarts solopraktijk, leidt VS op, interview na afronding]*

### 7. Factoren ten aanzien van: sociale en politieke omgeving

Factoren ten aanzien van de sociale en politieke omgeving werden door de geïnterviewden niet genoemd als beïnvloedend op het opleidingstraject.

Tabel 4 geeft een samenvatting van de genoemde beïnvloedende factoren tijdens het opleidingstraject. Sommige factoren zijn zowel positief als negatief ervaren, wat individuele verschillen tussen de geïnterviewden aangeeft.

Factoren TICD-checklist	Positief ervaren	Negatief ervaren
<i>Factoren ten aanzien van: de opleiding aan de hogeschool</i>	<i>Begeleiding</i>	<i>Begeleiding</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Train-de-trainer opleiding</li> <li>- Laagdrempelig contact begeleider</li> <li>- Bezoek hogeschool op praktijk</li> <li>- Netwerken op terugkomdagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebrek aan andere huisarts-opleiders bij terugkomdagen</li> <li>- Gebrek aan richtlijnen / aandacht voor aanpak en functie VS of PA in eerste lijn</li> <li>- Eisen opleiding onduidelijk: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ten aanzien van niveau op werkvloer</li> <li>- ten aanzien van verslagen / onderzoek</li> <li>- ten aanzien van begeleiding</li> </ul> </li> <li>- Weinig afstemming tussen hogeschool en praktijk</li> <li>- Curriculum onduidelijk</li> <li>- Inhoud terugkomdagen</li> <li>- Terugkomdagen kost veel tijd waarvoor waarneming ingezet moet worden</li> <li>- Gebrek aan overdracht na stage</li> </ul>
	<i>Inhoud</i>	<i>Inhoud</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinische lessen en anatomielessen door artsen en andere gastdocenten</li> <li>- Bijdrage stages aan kennisniveau</li> <li>- Aansluiting vakken (klinisch en vaardigheden) bij huisartsgeneeskunde</li> <li>- Intervisie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weinig tijd voor klinische vaardigheden</li> <li>- Hoge werkdruk</li> <li>- Deskundigheidsprofielen / verdiepingsvakken teveel gericht op tweede lijn</li> <li>- Veel verslagen</li> <li>- Veel focus op wetenschappelijk onderzoek</li> <li>- Beperkte begeleiding bij onderzoek</li> <li>- Beperkte aandacht farmacologie</li> <li>- Verdiepingsvakken minder geschikt voor huisartsgeneeskunde</li> <li>- Missen van bepaalde klinische vakken</li> </ul>
	<i>Organisatie</i>	<i>Organisatie</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ook verpleegkundig leermeester</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veel formulieren tijdens opleiding en onduidelijkheid hierover</li> <li>- Aanmelden is lang proces</li> <li>- Stages lastig te regelen</li> <li>- Minder continuïteit in de praktijk door de frequentie en tijdsduur van stages</li> </ul>

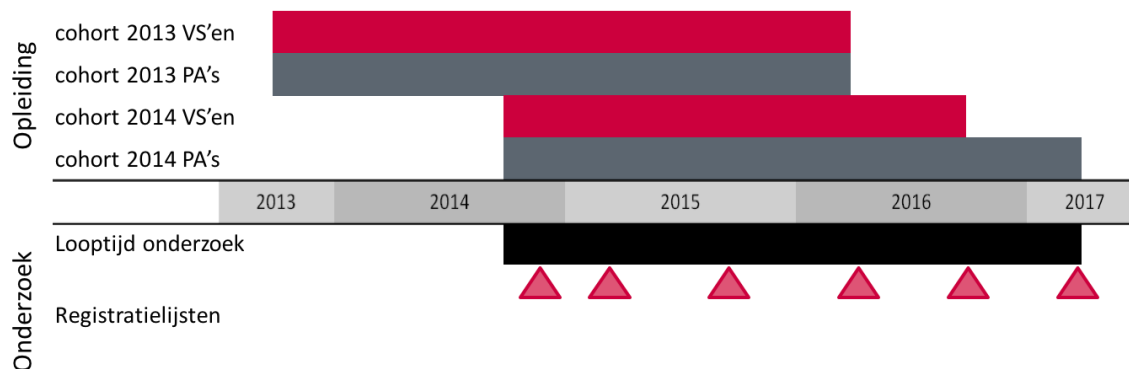
Factoren TICD-checklist	Positief ervaren	Negatief ervaren
<i>Factoren ten aanzien van: de opleider en de student</i>	<p><i>Begeleiding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kruisbestuiving van andere studenten in de praktijk</li> <li>- Ten minste twee opleiders om druk te verdelen en inzichten te delen</li> <li>- Opleid worden door huisarts en VS</li> <li>- Opleiden leuk vinden</li> <li>- Elkaar al kennen</li> <li>- Ervaring met het opleiden van een VS of PA</li> <li>- Na het eerste jaar geeft de VS of PA de huisarts tijdswinst op het spreekuur</li> <li>- Hulp in begeleiding door manager huisartsenpost</li> </ul>	<p><i>Begeleiding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lastig om als arts een andere discipline op te leiden</li> <li>- Uitvallen van een begeleider</li> <li>- Veel verschillende huisartsen op de huisartsenpost</li> <li>- Begeleiding kost veel tijd</li> <li>- Leergesprekken die telkens verzet worden</li> <li>- Zelf weinig ervaring als huisarts</li> </ul>
	<p><i>Student achtergrond</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beter in praktijk denken dan coassistent</li> <li>- Een achtergrond die toepasbaar is in de eerste lijn zoals fysiotherapeut, longverpleegkundige, wijkverpleegkundige</li> <li>- Student die een netwerk in de wijk meeneemt</li> <li>- Klinische ervaring in het ziekenhuis</li> <li>- Bekend bij de medewerkers in de praktijk voor de start van de opleiding</li> </ul>	<p><i>Student achtergrond</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder basiskennis dan coassistent</li> <li>- Moet nog veel leren over lichamelijk onderzoek en diagnoses stellen</li> <li>- Een achtergrond die minder tegemoetkomt aan brede eerste lijn, zoals diëtetiek of verstandelijk gehandicaptenzorg</li> <li>- Grote stap van ziekenhuis naar eerste lijn</li> <li>- Werknemer in de praktijk voor de start van de opleiding lastig met het aanmeten van een nieuwe rol</li> </ul>
	<p><i>Werkhouding student</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zelfstandige werkhouding</li> <li>- Leerproces zelf sturen</li> <li>- Prioriteiten kunnen stellen</li> <li>- Gedisciplineerd werken</li> <li>- Enthousiast en gemotiveerd</li> <li>- Grenzen aan kunnen geven</li> </ul>	<p><i>Werkhouding student</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opleiding vraagt veel van privésituatie</li> <li>- Perfectionistisch en te veel willen doen</li> <li>- Afwachtende houding</li> <li>- Onzeker</li> </ul>
<i>Factoren ten aanzien van: patiënten</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patiënten vinden het prima om door een VS of PA geholpen te worden</li> <li>- VS of PA lijkt laagdrempelige dan huisarts</li> <li>- Komt in de praktijk niet veel voor dat patiënt in spreekkamer toch niet geschikt blijkt voor VS of PA</li> <li>- VS of PA kan nu in POH-sprekuren dingen afhandelen zonder door te verwijzen naar de huisarts</li> <li>- Patiënten in opleidingspraktijk zijn gewend aan veel gezichten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patiënten zien meerdere gezichten</li> <li>- Patiënten zijn gehecht aan één persoon (blijkt afhankelijk van vertrouwensband, niet zozeer discipline)</li> <li>- Onduidelijk voor patiënten wat de functie van VS of PA inhoudt</li> <li>- Sommige patiënten worden liever door huisarts gezien bij bepaalde klachten</li> </ul>

<b>Factoren TICD-checklist</b>	<b>Positief ervaren</b>	<b>Negatief ervaren</b>
<i>Factoren ten aanzien van: interacties / processen binnen het team en met andere zorgprofessionals</i>	<i>Interacties binnen het team</i>	<i>Interacties binnen het team</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Goede klik met het team</li> <li>- Elkaar voor de opleiding al kennen</li> <li>- Team dat gewend is aan verandering en/of professionals in opleiding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wrijving in team door ruimtegebrek</li> <li>- Onderscheid met POH-taken lastig</li> <li>- Teamleden die bang zijn dat taken afgenomen worden</li> <li>- Frictie door nieuwe rol in huisartsenpraktijk</li> </ul>
<i>Factoren ten aanzien van: stimulanzen en hulpbronnen financieel en niet-financieel</i>	<i>Interacties buiten het team</i>	<i>Interacties buiten het team</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Andere huisartsen zijn nieuwsgierig naar mogelijkheden VS of PA</li> <li>- Acceptatie VS of PA door andere eerstelijns professionals</li> <li>- Acceptatie VS of PA in verzorgingshuis</li> <li>- Stages in ziekenhuizen bevordert samenwerking</li> <li>- Bekendheid VS of PA in ziekenhuis groeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onbekendheid functie VS of PA bij andere huisartsen</li> <li>- Sommige specialisten willen alleen met een huisarts spreken</li> </ul>
<i>Factoren ten aanzien van: de organisatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subsidie</li> <li>- Huisartsenpost neemt financiële risico over</li> <li>- Huisartsenpost neemt organisatorische aspecten over</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitbetaling vergoeding van hogeschool komt laat</li> <li>- Investering en betaalt zich nog niet terug tijdens de opleiding</li> <li>- Productie tijdens opleiding valt tegen</li> <li>- Vertraging wordt niet vergoed</li> <li>- Salarisschaal onduidelijk</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ervaren doktersassistenten die goed kunnen triëren</li> <li>- Triage is eenvoudig en goed te doen</li> <li>- Grote organisatie zodat taken verdeeld kunnen worden over de artsen en er voldoende patiënten aanbod is</li> <li>- Klein team zodat er meer betrokkenheid is en team op elkaar is ingespeeld</li> <li>- Een projectleider of praktijkmanager voor administratieve zaken</li> <li>- Eerdere ervaring met de functie van VS of PA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruimtegebrek</li> <li>- Kamers ver uit elkaar</li> <li>- Verkeerde triage doktersassistenten</li> <li>- POH-taken worden ingepland</li> <li>- Neiging om bij volle agenda huisarts niet geschikte patiënten in agenda VS of PA te plannen</li> <li>- Klacht blijkt complexer in spreekkamer</li> <li>- Solo praktijk; mensen zijn gehecht aan eigen huisarts</li> <li>- Groot team; meerdere artsen die verschillende visies op de begeleiding en rol van de VS of PA hebben</li> </ul>
<i>Factoren ten aanzien van: sociale en politieke omgeving</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer organisaties in de omgeving starten met een VS of PA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VS of PA kan geen diensten op de huisartsenpost doen</li> <li>- Minder ruimte voor opleiden andere disciplines</li> </ul>

Tabel 4. Beïnvloedende factoren verloop opleidingstraject aan de hand van TICD-checklist (Flottorp et al., 2013)

## Registratielijsten

Ieder half jaar zijn registratielijsten verzonden naar alle studenten en opleiders. Cohort 2013 was al een jaar in het opleidingstraject gevorderd toen het onderzoek van start ging. Zij zijn dus niet meegenomen in de meting van twee maanden en een half jaar (zie Figuur 4). De uitkomsten van de registratielijsten van de studenten en de opleiders worden achtereenvolgens besproken.



Figuur 4. Tijdspad registratielijsten

## Registratielijsten studenten

De respons van de studenten is niet bij iedere meting gelijk dat komt door mogelijke uitval of door ziekte en/of afwezigheid. Tabel 5 geeft het aantal studenten per meting aan.

Maanden in opleidingstraject	PA	VS	Totaal
2	7	11	18
6	7	12	19
12	11	14	25
18	12	14	26
24	11	13	24
30	11		11

Tabel 5. Onderzoekspopulatie studenten

## Stages

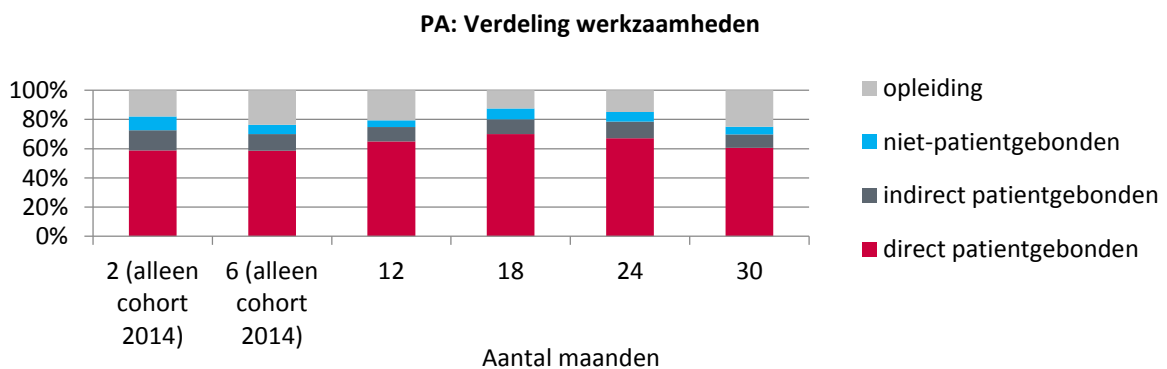
Ondanks dat stage lopen voor de VS geen vast onderdeel is in het curriculum en van de PA wel, gaven beiden aan wel verschillende stages gelopen te hebben. Op vier VS'en na hebben allen tenminste één stage gedaan. Tabel 6 geeft de specialismen aan waar de studenten stage hebben gelopen.

VS	PA
Ambulance	Anesthesie
Cardiologie	Chirurgie
Dermatologie	Chronische zorg
Fysiotherapie	Dermatologie
Gynaecologie	Fysiotherapie
Keel, neus en oor	Geriatric
Longarts/ verpleegkundige	Gynaecologie
Maag, darm, lever	Interne geneeskunde
Mammacare	Longgeneeskunde
Orthopedie	Neurologie
Spoedeisende hulp	Psychiatrie
	Verpleeghuis

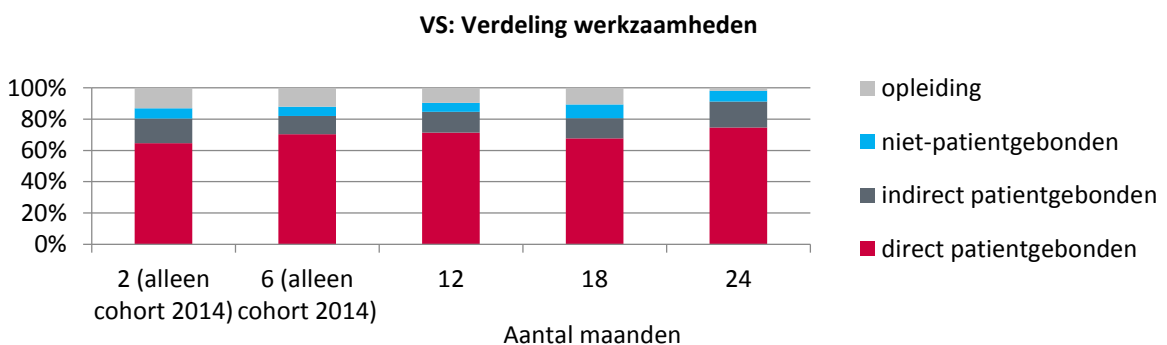
Tabel 6. Specialismen waar de studenten stage hebben gelopen

#### De verdeling van de werkzaamheden van de studenten

Tijdens het opleidingstraject richten zowel de VS als PA zich voornamelijk op patiëntgebonden zorg. Daar lijkt gedurende de opleiding weinig in te verschuiven. In de werktijd op de praktijk lijkt bij de PA een wat groter percentage van de werkzaamheden naar de opleiding te gaan in vergelijking met de VS (zie Figuur 5 en Figuur 6).



Figuur 5. Verdeling werkzaamheden PA

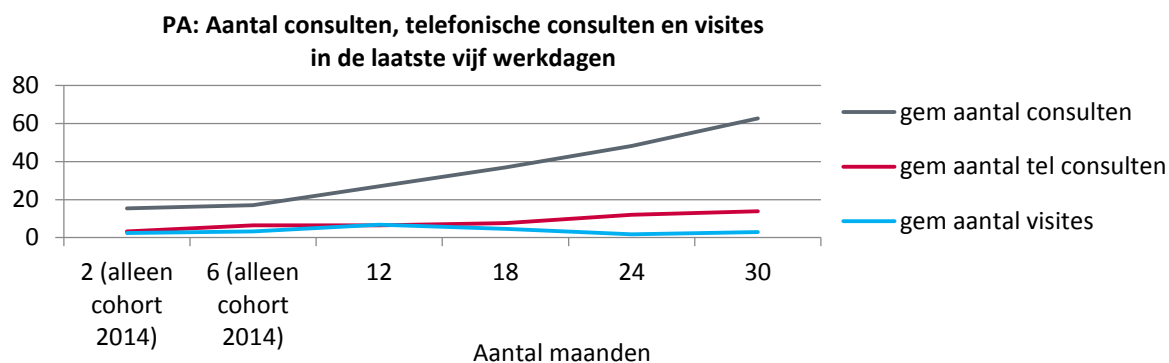


Figuur 6. Verdeling werkzaamheden VS

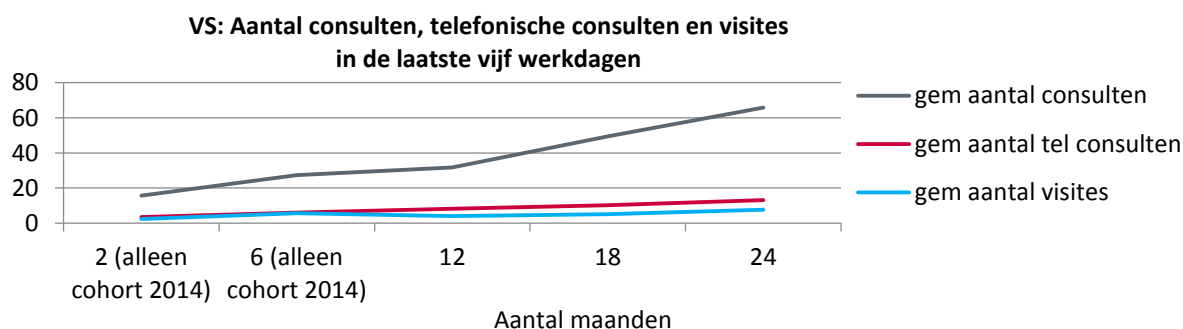


### Zelfstandig uitvoeren van consulten, telefonische consulten en visites

Bij de studenten is gedurende de opleiding een duidelijke stijgende lijn waarneembaar in het absolute aantal consulten, telefonische consulten en visites (verrichtingen). Deze stijging is met name waarneembaar in het aantal consulten op het spreekuur (zie Figuur 7 en Figuur 8). Er is geen verschil tussen de VS en PA in aantal consulten, telefonische consulten en visites. Aan het einde van de opleiding schatten beiden in dat zij gemiddeld twaalf consulten per dag zelfstandig doen.

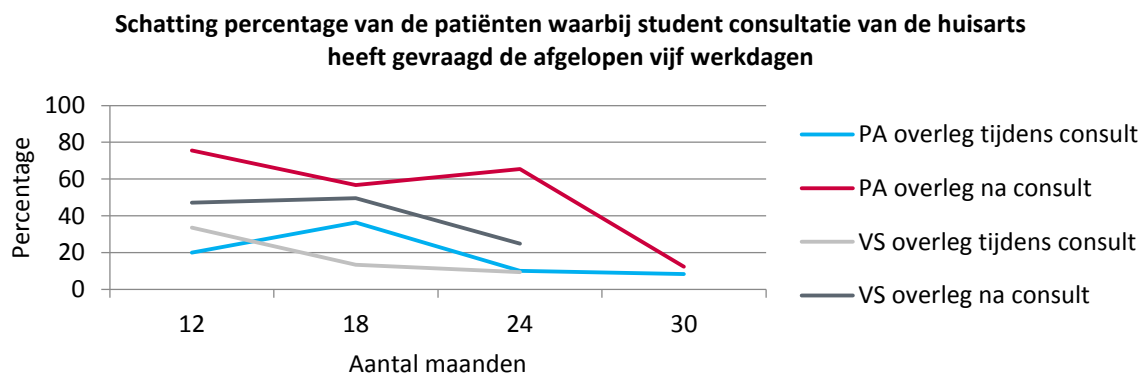


Figuur 7. Verrichtingen PA



Figuur 8. Verrichtingen VS

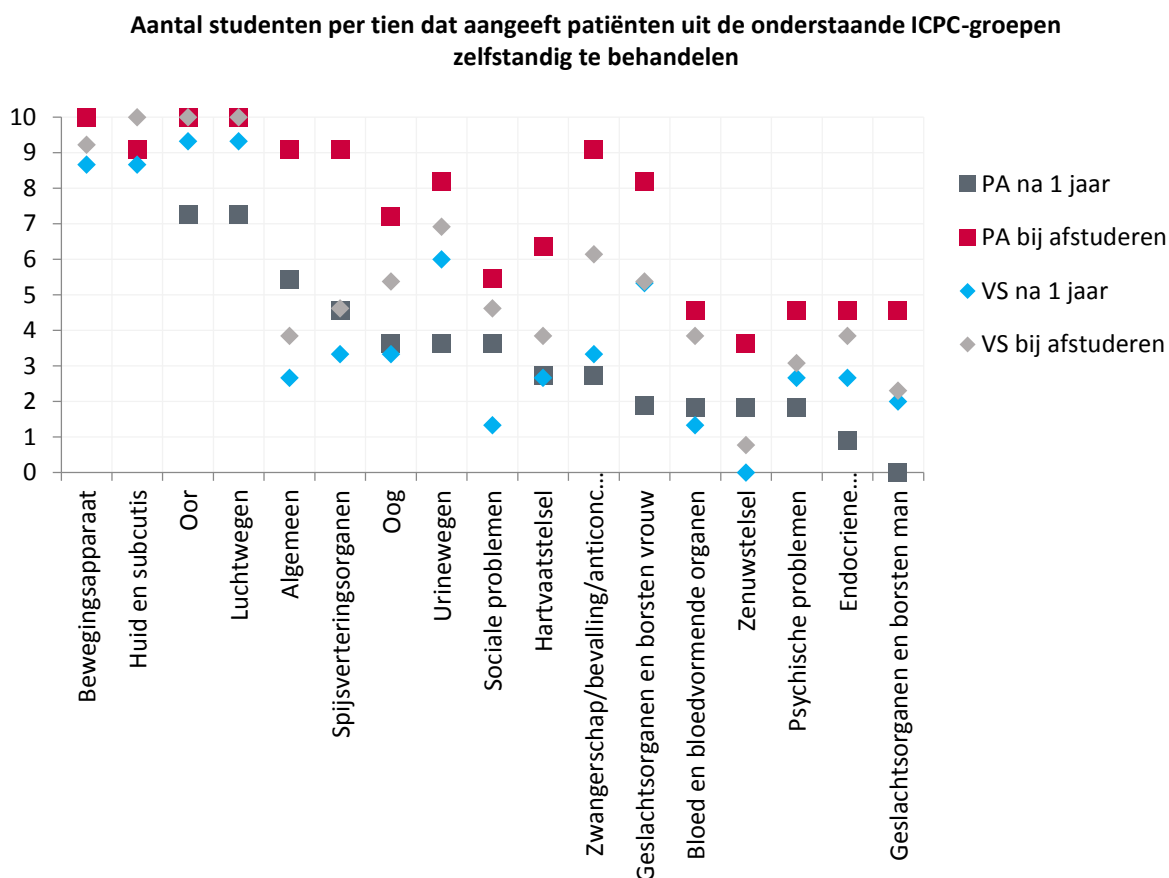
Aan het einde van de opleiding vragen studenten bij gemiddeld één op de tien patiënten de huisarts tijdens het consult om advies (zie Figuur 9). Dat betekent dat zij 90% van de consulten zelfstandig afhandelen.



Figuur 9. Consultatie huisarts door student

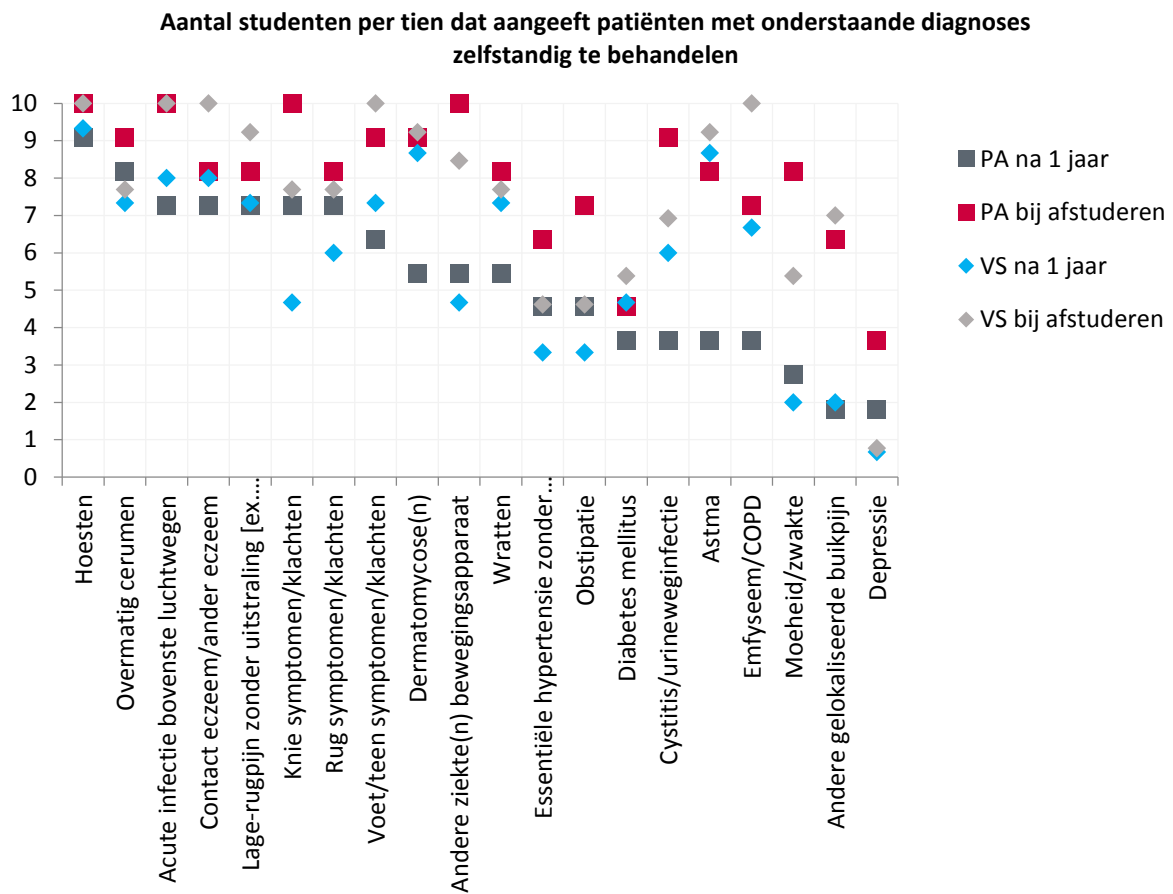
### Direct patiëntgebonden taken

Om een indruk te krijgen in de zorgvragen die de studenten behandelen is gevraagd uit welke **ICPC-groepen** zij zelfstandig patiënten zien. Omdat de respons om kleine aantallen gaat (zie Tabel 9) is voorzichtigheid in de interpretatie geboden en zijn er geen percentages uitgerekend. Om de VS en de PA toch met elkaar te kunnen vergelijken zijn de gemiddelden per tien respondenten uitgerekend. Resultaten laten weinig verschil zien tussen de VS en de PA uit welke ICPC-groepen zij patiënten behandelen. Aan het einde van het opleidingstraject zien bijna alle studenten patiënten uit de categorieën: bewegingsapparaat, huid en subcutis, oor en luchtwegen. PA's lijken vaker dan VS'ën patiënten uit de **ICPC-groepen** algemeen en spijsverteringsorganen te zien (zie Figuur 10).



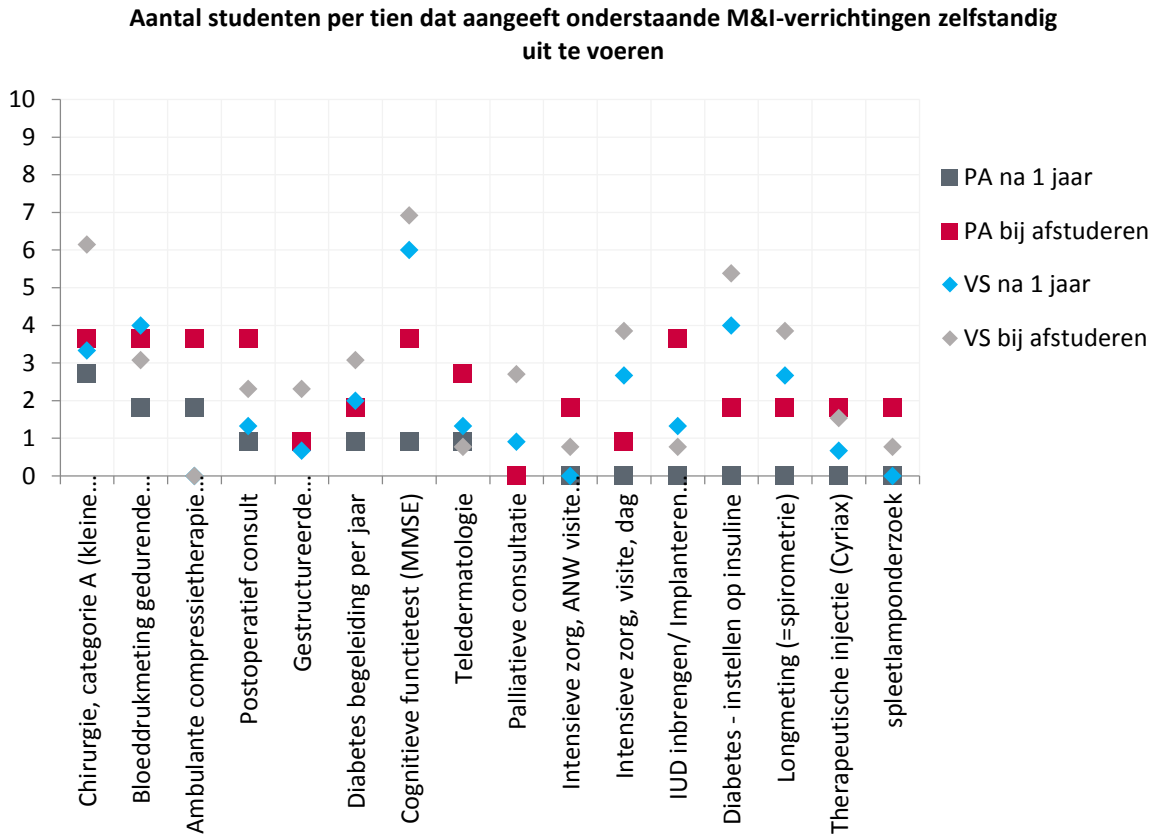
Figuur 10. Zelfstandig behandelen ICPC-groepen

Tevens is gevraagd welke klachten de studenten behandelen. Deze **klachten** zijn gebaseerd op de meest voorkomende diagnoses binnen de huisartsenpraktijk (NIVEL, 2012). De meeste klachten worden zelfstandig behandeld. Klachten die de studenten het minst vaak zelfstandig behandelen zijn depressie, andere gelokaliseerde buikpijn en diabetes (zie Figuur 11).



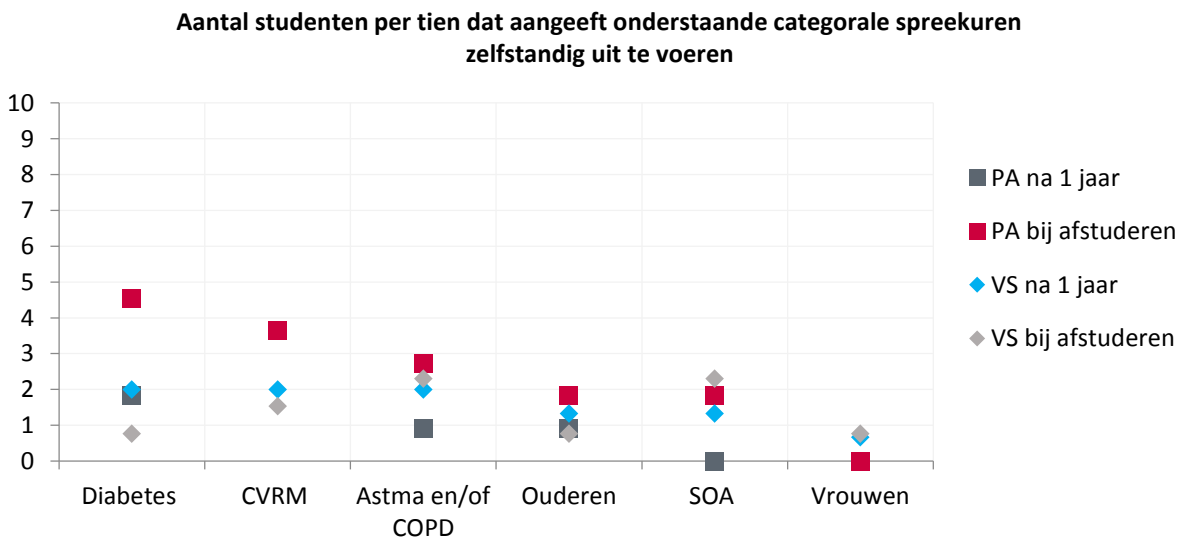
Figuur 11. Zelfstandig behandelen diagnoses

De meeste studenten voeren niet zelfstandig **M&I-verrichtingen** uit. Wanneer zij wel zelfstandig M&I-verrichtingen uitvoeren zijn dit meestal kleine chirurgische en therapeutische ingrepen. De PA doet vaker dan de VS ambulante compressietherapie bij ulcus cruris en IUD inbrengen/implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje. De VS doet vaker palliatieve consultatie, cognitieve functietesten, intensieve zorg visites en diabetes instellen op insuline (zie Figuur 12).



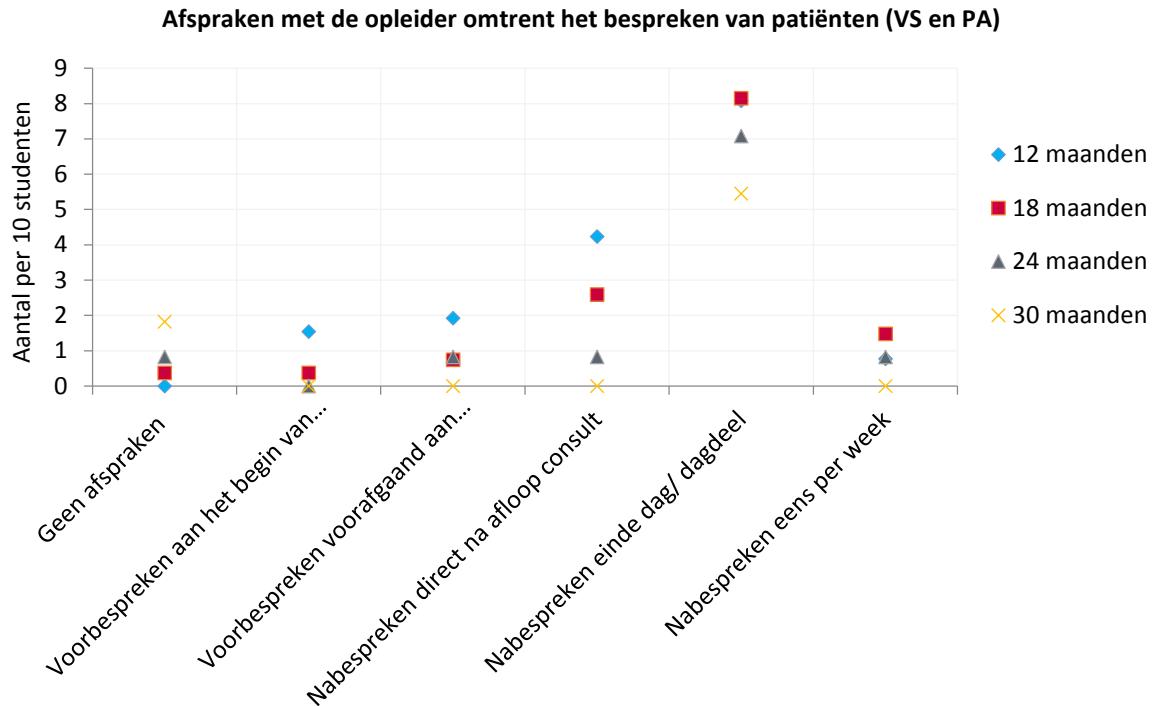
Figuur 12. Zelfstandig uitvoeren M&I-verrichtingen

De helft van de studenten voert zelfstandig categorale spreekuren uit. PA's lijken vaker spreekuren te doen voor diabetes, de VS'en lijken iets vaker spreekuren te doen voor ouderen (zie Figuur 13).



Figuur 13. Zelfstandig uitvoeren categorale spreekuren

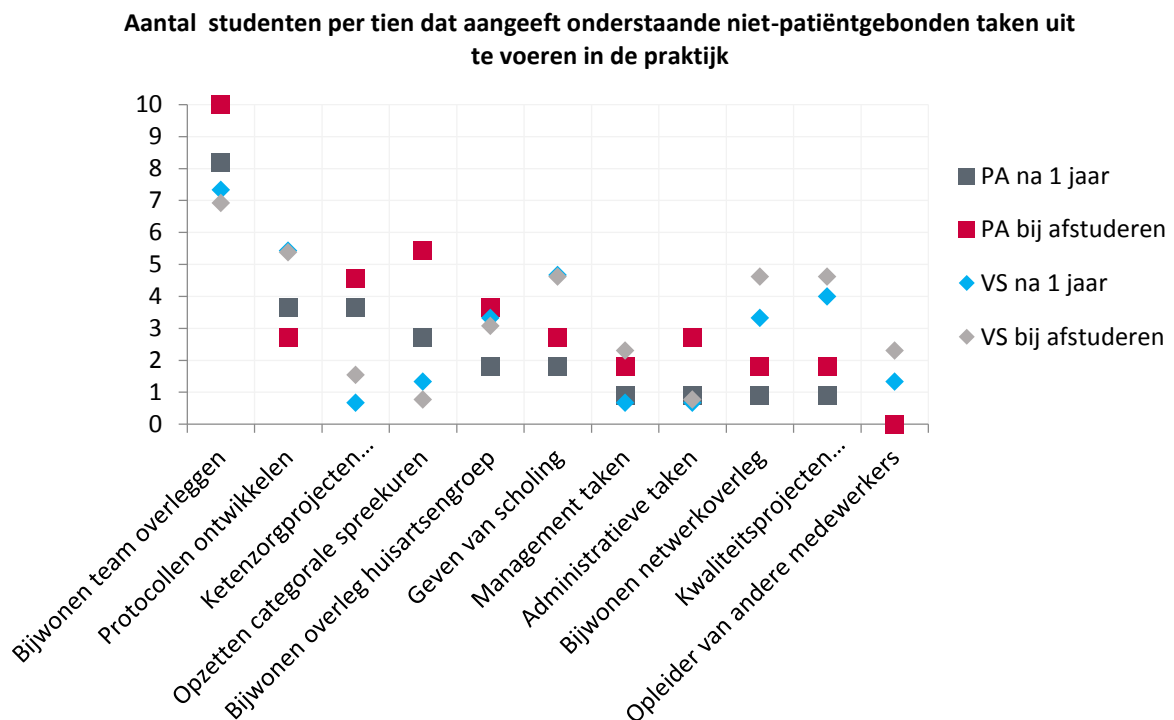
Na een jaar hebben alle studenten afspraken gemaakt met de opleider over het nabespreken van patiënten. Dit neemt af naarmate de opleiding vordert (zie Figuur 14). Bij afstuderen hebben bijna alle studenten de afspraak patiënten aan het einde van de dag of dagdeel na te bespreken. Het nabespreken direct na afloop van het consult neemt sterk af vanaf het eerste jaar.



Figuur 14. Afspraken over bespreken patiënten

#### Niet patiëntgebonden taken

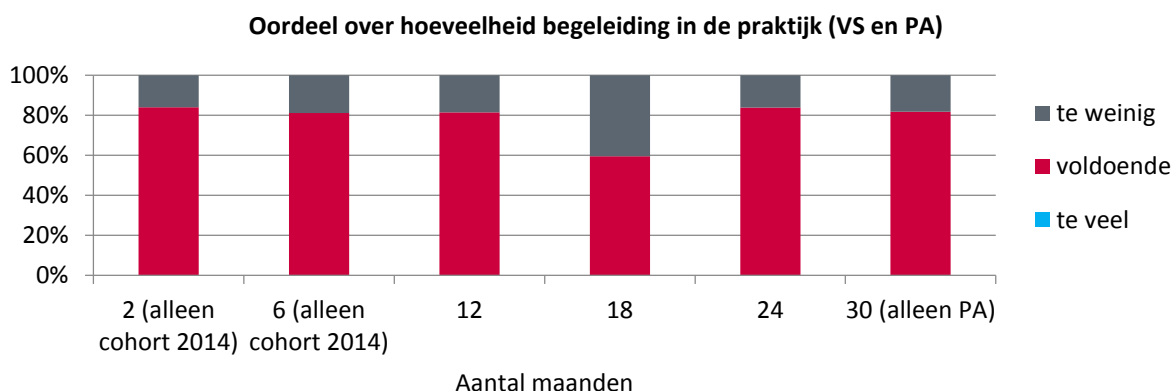
Zowel na een jaar als bij afstuderen geven bijna alle studenten aan niet-patiëntgebonden taken uit te voeren. De PA lijkt vaker betrokken te zijn bij het opzetten van categorale spreekuren en het opzetten/uitvoeren van ketenzorgprojecten. De VS lijkt vaker betrokken te zijn bij protocol ontwikkeling, het bijwonen van netwerkoverleggen, het opzetten/uitvoeren van kwaliteitsprojecten en het opleiden van andere medewerkers (zie Figuur 15).



Figuur 15. Uitvoering niet-patiëntgebonden taken

### Begeleidingstijd

Meer dan driekwart van de studenten vindt dat zij voldoende begeleidingstijd krijgen van hun opleiders. Met achttien maanden lijkt er een kleine dip (zie Figuur 16).



Figuur 16. Oordeel VS en PA over begeleiding in praktijk

### Registratielijsten opleiders

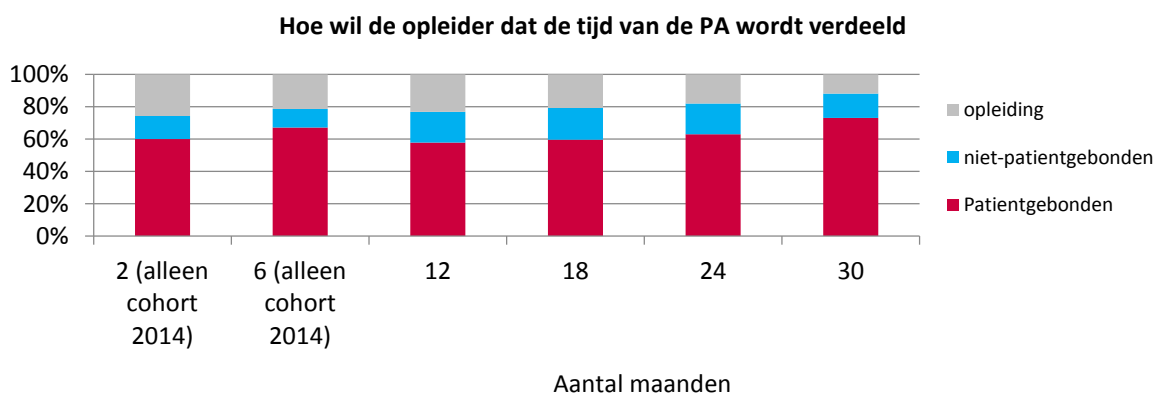
De respons van de opleiders is niet bij iedere meting gelijk door mogelijke uitval of door ziekte en/of afwezigheid. Tabel 7 geeft de respons per meting aan.

Maanden in opleidingstraject	Opleiders PA	Opleiders VS	Totaal
2	6	11	17
6	7	11	18
12	12	14	26
18	12	14	26
24	10	14	24
30	8		8

Tabel 7. Onderzoekspopulatie opleiders

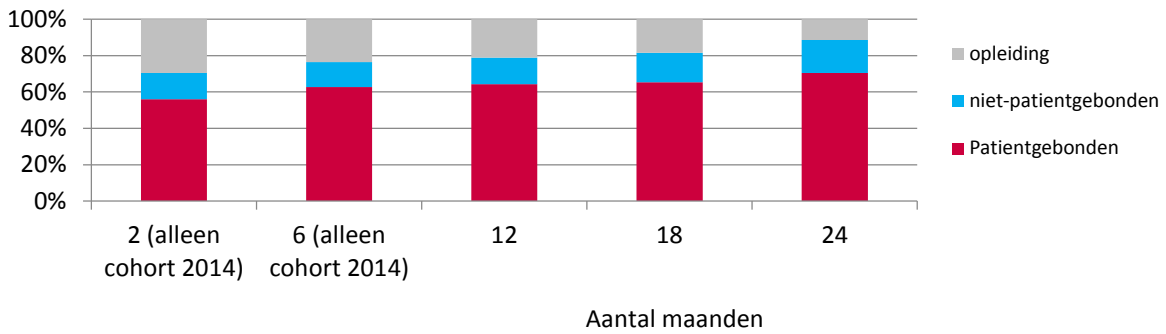
### Verdeling werkzaamheden

Gedurende het hele opleidingstraject willen de opleiders dat de student zich voornamelijk richt op patiëntgebonden taken. Er lijkt een evenredige verdeling te zijn tussen het uitvoeren van opdrachten voor de hogeschool en niet-patiëntgebonden taken. Er lijkt geen verschil tussen de opleiders die een VS opleiden of die een PA opleiden (zie Figuur 17 en Figuur 18).



Figuur 17. Verdeling tijd PA

### Hoe wil de opleider dat de tijd van de VS wordt verdeeld

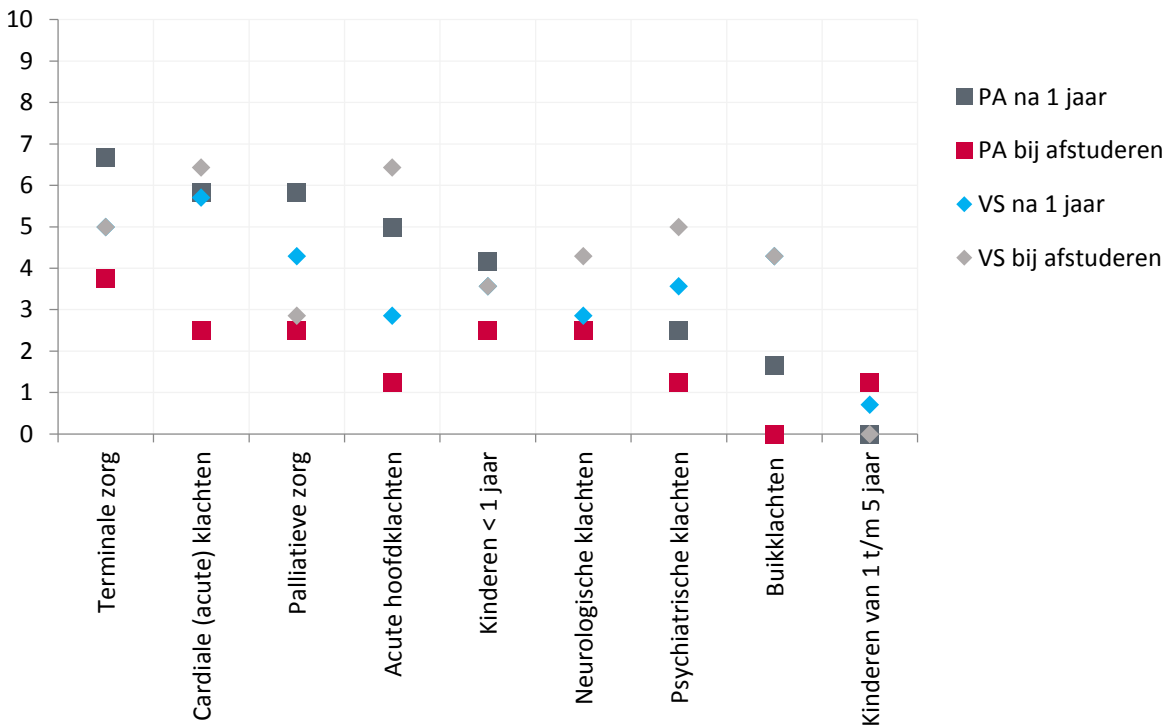


Figuur 18. Verdeling tijd VS

### Patiëntgebonden taken

De opleiders willen meestal niet dat de VS of PA zelfstandig terminale zorg levert en cardiale klachten behandelt. Het lijkt dat bij afstuderende VS vaker klachten niet zelfstandig mag behandelen dan de PA. Het gaat dan voornamelijk om cardiale klachten, acute hoofdpijn, psychiatrische klachten en buikkoliek (zie Figuur 19).

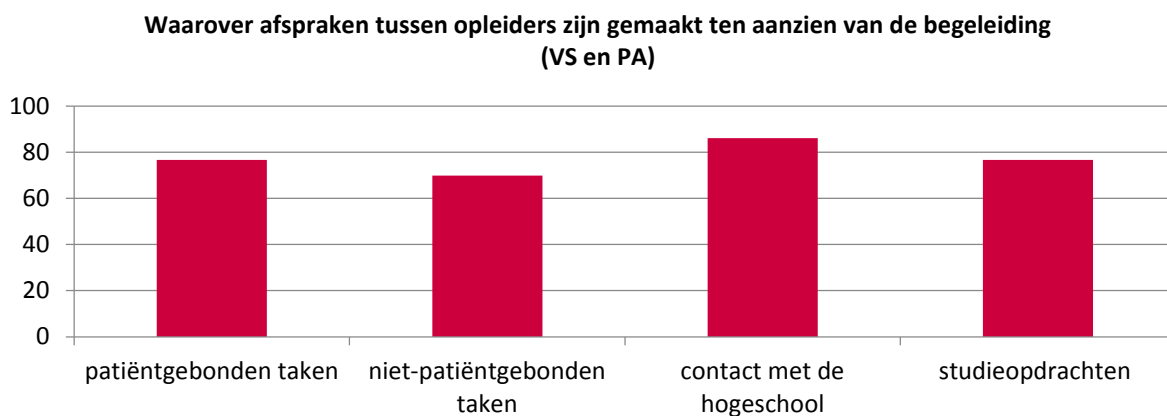
### Aantal opleiders per tien dat aangeeft dat de VS of PA in opleiding onderstaande patiëntgroepen *niet* zelfstandig zorg mag verlenen



Figuur 19. Patiëntengroepen waar studenten niet zelfstandig zorg aan verlenen

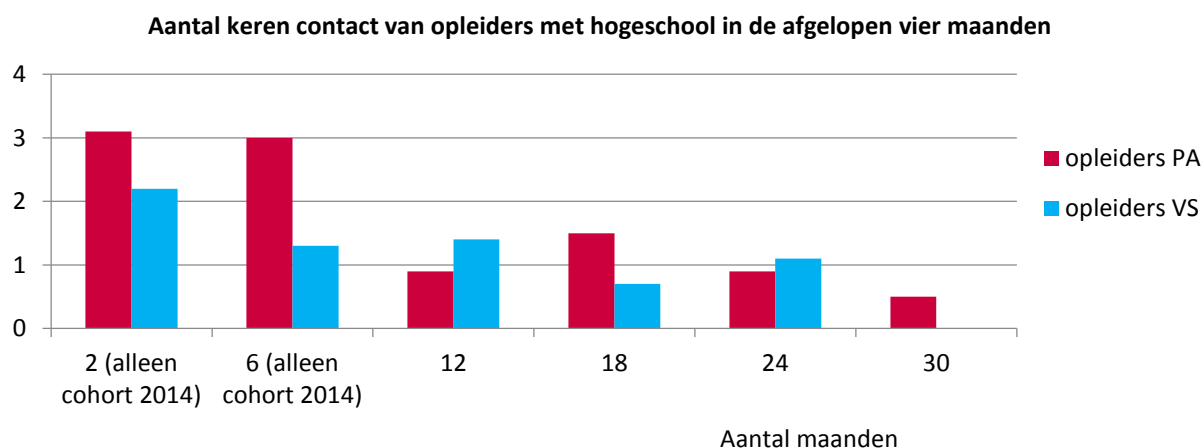
### Begeleiding

De meerderheid van de opleiders gaf aan dat zij het opleiderschap met een collega delen. In één praktijk is de andere opleider een VS in de overige praktijken is dat een huisarts. Meestal maakten de opleiders onderling afspraken over het contact met de hogeschool. Het minst vaak werden afspraken gemaakt omtrent de begeleiding bij niet-patiëntgebonden taken (zie Figuur 20). In verband met onbetrouwbare registratie van de begeleidingstijd per week, kunnen we daar geen uitspraken over doen.



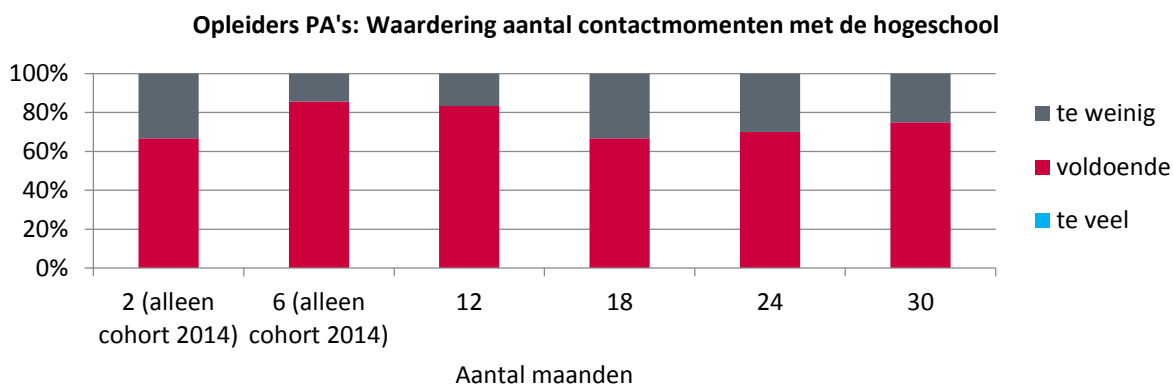
Figuur 20. Afspraken tussen opleiders ten aanzien van begeleiding VS en PA

Opleiders van PA's lijken vooral aan de start van het opleidingstraject vaker contact te hebben gehad met de hogeschool in vergelijking met de VS-opleiders. Gemiddeld hebben zowel de opleiders van de PA als van de VS één keer per vier maanden contact met de hogeschool (zie Figuur 21). In het eerste jaar betrof het contact voornamelijk terugkomdagen op de hogeschool, later in het traject betrof het gesprekken over de voortgang van de student. De opleiders van de VS'en en PA's lijken even tevreden over het aantal contactmomenten te zijn (zie Figuur 22 en Figuur 23). Het lijkt dat de PA-opleiders meer tevreden zijn dan de VS-opleiders over de inhoud van het contact met de opleiding (zie Figuur 24 en Figuur 25).

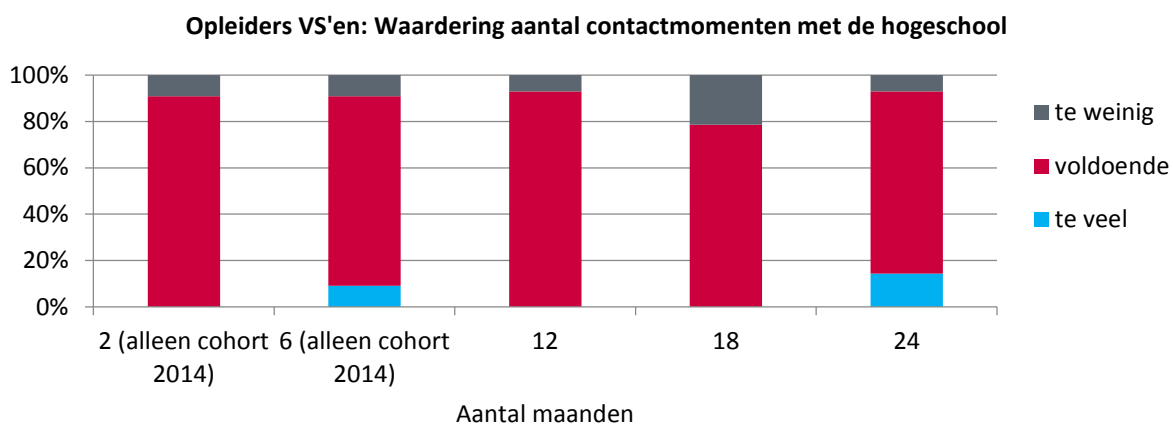


Figuur 21. Contactmomenten opleiders en hogeschool

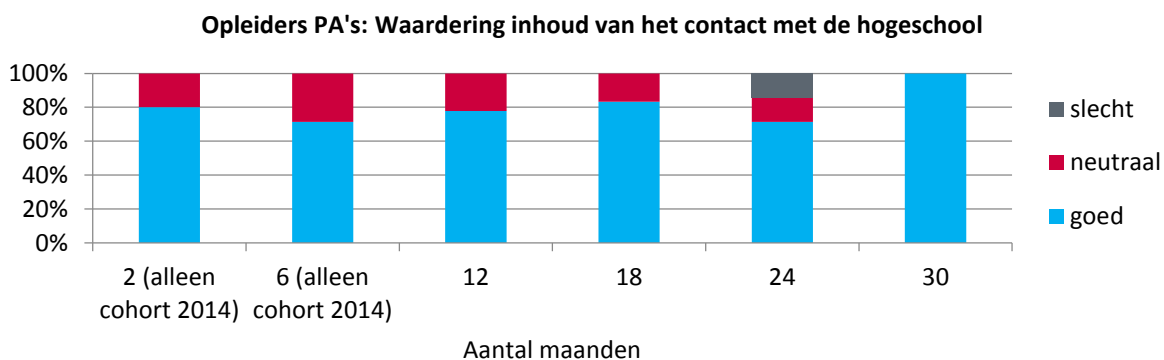




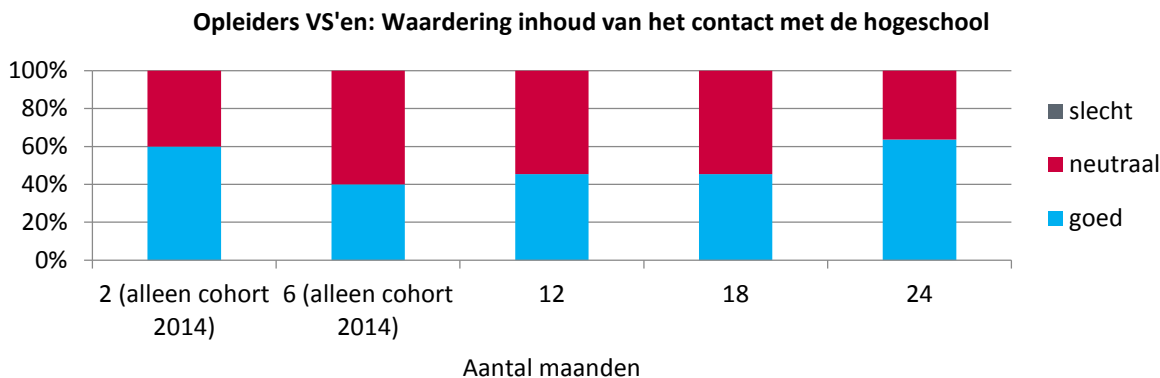
Figuur 22. Waardering aantal contactmomenten met hogeschool door opleiders PA



Figuur 23. Waardering aantal contactmomenten met hogeschool door opleiders VS



Figuur 24. Waardering inhoud contactmoment met hogeschool door opleiders PA



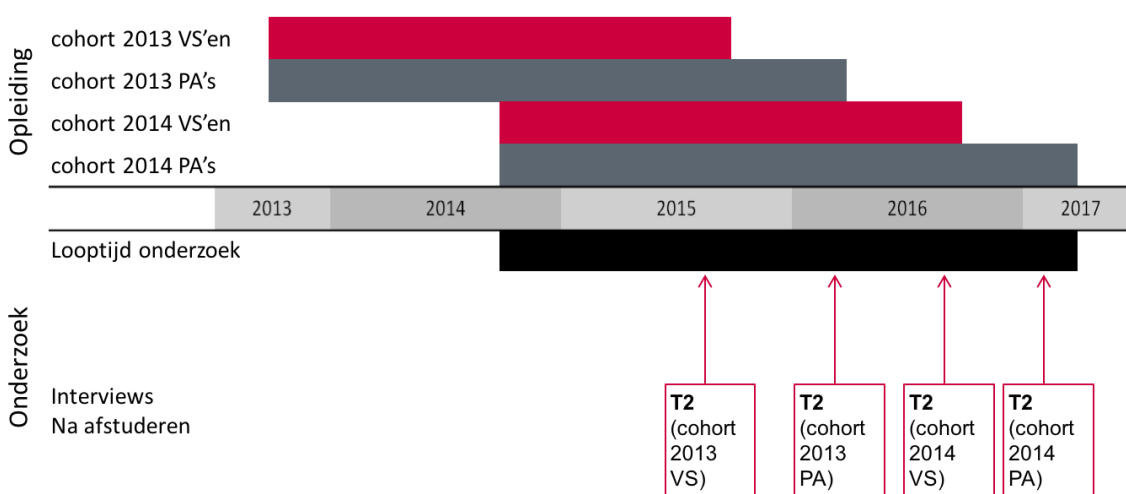
Figuur 25. Waardering inhoud contactmoment met hogeschool door opleiders VS

### 1.2.3 Onderzoeksvraag drie: na afstuderen

Deze paragraaf geeft inzicht in de duurzame inzet van de VS en PA in de huisartsenzorg na afstuderen en de gevolgen van taakherschikking in de praktijk. Tot slot worden in deze paragraaf aanbevelingen gegeven die de geïnterviewden zelf gaven voor geïnteresseerde huisartsenpraktijken, aankomende studenten en de politiek.

#### Populatie

Alle organisaties zijn geïnterviewd over taakherschikking na afstuderen (T2) (zie Figuur 26).



Figuur 26. Interviews na afstuderen (T2)

De geïnterviewde kon een manager, huisarts, VS of PA zijn. Indien data saturatie nog niet was bereikt zijn zowel de student als de opleider geïnterviewd. In totaal werden 37 interviews afgenomen. Tabel 12 laat een overzicht van de geïnterviewden zien.

	T2	
	na afstuderen of bij stoppen studie	%
<b>Geïnterviewde</b>		
Huisarts	13	35,1
Praktijk manager	1	2,7
PA	8	21,6
VS	10	27,0
Manager HAP	5	13,5

Tabel 8. Geïnterviewden T2 N=37

## Interviews

De analyse van de interviews resulteerde in zeven thema's:

1. Taken VS en PA na afstuderen patiëntgebonden
2. Taken VS en PA na afstuderen niet-patiëntgebonden
3. Gevolgen taakherschikking voor patiëntgebonden taken
4. Gevolgen taakherschikking voor niet-patiëntgebonden taken
5. Gevolgen taakherschikking voor de organisatie
6. Duurzame taakherschikking in de praktijk
7. Aanbevelingen voor geïnteresseerde huisartsenpraktijken, aankomende studenten en politiek

### 1. Taken VS en PA na afstuderen patiëntgebonden

Alle studenten behandelen na afstuderen vaak voorkomende klachten op het spreekuur. Het ging bijvoorbeeld om dermatologische klachten, KNO-klachten, bewegingsapparaat en soms gynaecologie. Sommigen verrichtten daarnaast consultaties voor meer complexe aandoeningen, visites, kleine chirurgische ingrepen, of namen deel aan het MDO- of polyfarmacie-overleg. De VS werd vaker dan PA een rol in de ouderenzorg toebedeeld. Het ging dan bijvoorbeeld om monitoren van patiënten, het doen van visites of het in kaart brengen van de thuissituatie. Een aantal VS'en en PA's werd tevens ingezet de meer complexe chronische zorg zodat de combinatie van POH- en huisartstaken door één zorgverlener gedaan kon worden. Op de huisartsenpost gingen de VS'en en PA's voornamelijk vaak voorkomende klachten behandelen.

*"Ik blijf de spreekuren doen zoals ik die hier al deed. De dermatologische klachten, bewegingsapparaat, KNO, dat soort klachten." [PA solopraktijk]*

*"Zij ziet relatief meer eenvoudige dingen. Maar, dat staat wel in contrast met de ingewikkelde problematiek die de kwetsbare ouderen met zich meebrengen. Want daarin neemt ze juist weer de complexe zorg op zich." [Huisarts solopraktijk, leidt VS op]*

### 2. Taken VS en PA na afstuderen niet-patiëntgebonden

De meeste studenten, zowel op de huisartsenposten als in huisartsenpraktijk, hadden nog geen duidelijke afspraken gemaakt over niet patiëntgebonden taken. In de huisartsenpraktijk hadden de meeste studenten al wel wat taken opgepakt, anderen krijgen daar in de toekomst nog een rol in. Het betrof taken als protocollen opstellen, kwaliteitsprojecten opzetten, ouderenzorg structuren, managementtaken, scholing aan doktersassistenten en meehelpen met de praktijkaccreditatie.

*"We zijn beter op bepaalde processen gaan letten en we hebben de protocollen weer opgepakt om die bij te werken en de assistentes meer onderwijsbegeleiding te geven. Dus, de dingen waar we eigenlijk niet aan toe kwamen, om die weer nieuw leven in te blazen."*

*Huisarts groepspraktijk, leidt VS op: "Op het moment dat we meer nieuwe zorgprogramma's zullen gaan draaien. Dat is een taak die veel op de huisartsen, die eigenlijk leidinggevend zijn, terecht komt, en dat stukje zou je kunnen delegeren naar haar toe." [Huisarts duopraktijk, leidt VS op]*

### 3. Gevolgen taakherschikking voor patiëntgebonden taken

Taakherschikking leidde voor een aantal huisartsen tot meer ingewikkelde casuïstiek op hun eigen spreekuur. De meeste huisartsen ervoeren echter met de inzet van de VS of PA een lastenverlichting op de spreekuren, omdat laagcomplexe patiënten overgenomen werden. Daardoor zijn zij minder uren gaan werken, hebben een betere werk-privé balans gekregen of zijn nevenactiviteiten op gaan pakken. Sommige huisartsen kregen meer ruimte op hun spreekuur en namen daarom langer de tijd voor patiënten met complexe problematiek. Slechts één huisarts gaf aan geen tijdswinst te ervaren door de neiging om dingen dubbel te doen. Geen van de huisartsen gaf aan routine te verliezen in het behandelen van laagcomplexe klachten met de komst van een VS of PA.

*"Een huisarts draait het spreekuur, doet ingrepen, verrichtingen en als die dan ook nog moet gaan bakkeleien met de thuiszorg, of moet gaan proberen om een patiënt in een hospice te krijgen of wat dan ook, dat zijn dingen die heel erg lastig zijn. Dat heeft bij ons de verpleegkundig specialist op zich genomen, juist ook vanuit die verpleegkundige achtergrond, daar zien wij dat dat een enorme verrijking is van de praktijk." [Huisarts solopraktijk, leidt VS op]*

*"Ik vind niet dat de werkdruk minder wordt. Maar het verschuift gewoon, het wordt interessanter. Je werk wordt leuker daardoor. En dat, dat geeft ook wel energie." [Huisarts solopraktijk, leidt PA op]*

*"Ik denk dat dat een goede ontwikkeling is. Het heeft twee kanten: van de ene kant zie je minder flauwekul dingetjes, waardoor je het eventjes over de familie kunt hebben ofzo. En aan de andere kant denk ik van: 'Ja, ik ben ook gewoon wel opgeleid om wat complexere dingen te doen.' Dat is dan ook wel weer mijn verantwoordelijkheid zal ik maar zeggen." [Huisarts solopraktijk, leidt VS op]*

*"Dat is absoluut niet terecht gebleken, die angst [red: angst om routine in kleine kwalen te verliezen]. Ik zie ze nog genoeg. En, al is het niet overdag, dan is het wel met de diensten. En van sommige dingen die ik niet meer zie, ben ik ook niet rouwig om. Bijvoorbeeld, oren uitspuiten, al jaren geleden heb ik dat aan de assistenten overgelaten. Ik heb niet de indruk dat ik dat nu mis en dat ik die vaardigheid verloren heb. Kijk, tenzij ik zelf geen chirurgie meer zou doen, dan wordt het een andere zaak. Maar dat heb ik zelf ook nog ruim voldoende." [Huisarts solopraktijk, leidt VS op]*

Veel geïnterviewden vonden dat de inzet van de VS of PA in hun huisartsenpraktijk leidde tot een kwaliteitsverbetering. Zo was er meer tijd voor patiënten en konden patiënten met laagcomplexe klachten eerder geholpen worden. Tevens vonden de meesten een verpleegkundige achtergrond een toegevoegde waarde voor de patiënt omdat deze de mix van cure en care in de praktijk bevorderde. Enkele huisartsen gingen nieuwe services aanbieden aan patiënten zoals bijvoorbeeld een soa-spreekuur of audio metingen.

*"Iedereen zei: wat gaan ze nou doen, want dat kan een verpleegkundig specialist helemaal niet [red: ouderenzorg], want juist dat is hele complexe materie. Het blijkt dat ze dat nou juist heel erg goed kunnen en dat juist de meerwaarde van die verpleegkundig specialist niet zozeer het huisartsengedeelte is, maar de mix van cure and care. Juist in de ouderenzorg hebben zij misschien nog meer kijk dan de huisarts op de problematiek." [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op]*

#### 4. Gevolgen taakherschikking voor niet-patiëntgebonden taken

Hoewel bij de meeste praktijken de focus tijdens het opleidingstraject op patiëntgebonden taken lag, had taakherschikking ook gevolgen voor niet-patiëntgebonden taken. Kwaliteitsverbeteringen werden bijvoorbeeld behaald door toegenomen monitoring van patiënten, meer verbinding met de wijk en een betere coördinatie kwaliteitsprojecten.

*“De meerwaarde is vooral in de kwaliteit. We zijn nu bezig met het project ‘kwetsbare ouderen’ en daar is heel veel organisatie rondom te doen. En wat zij nu doet is dat programma structureren. En dat neemt heel veel werk uit handen, ten eerste. En ten tweede merk je dat je zo de ouderen veel beter in kaart krijgt.” [Huisarts solopraktijk, leidt VS op]*

#### 5. Gevolgen taakherschikking voor de organisatie

De meeste huisartsen gaven aan als praktijk financieel in te moeten leveren met de komst van de VS of PA. Sommigen vonden dat teleurstellend, anderen vonden dat het wel waard omdat het hen meer rust of werkplezier bezorgde. Enkele praktijken gaven aan minder waarneming van huisartsen in te gaan zetten of hadden meer patiënten aangenomen. Andere manieren waarop de kosten voor de VS of PA (deels) werden terugverdiend waren productie van de VS of PA op spreekuren en het uitvoeren van M&I-verrichtingen. De meeste praktijken waren nog niet van plan hun praktijk anders te gaan organiseren direct na afstuderen van de VS of PA.

*“Inmiddels werkt de waarnemer een dag minder en de bedoeling is dat de waarneming stopt in de loop van het jaar. En dat ik alleen nog waarneming nodig heb voor de diensten.” [Huisarts solopraktijk, leidt VS op]*

*“We zijn als praktijk groeiend. Er moet wel genoeg geld binnen blijven komen. Maar ook omdat die ruimte er weer is. Eerst hadden de huisartsen: ‘Nu even niet meer, want ons bordje ligt gewoon vol.’ Is er nu weer die ruimte om wel die groei door te maken.” [PA duopraktijk]*

*“Doordat er meer capaciteit is, hebben we nu iedere week een chirurgisch spreekuur waar we extra inkomsten uit kunnen genereren. Dan zie je dat je ruimte hebt gekregen om niet enkel financieel rendabele ingrepen, maar ook inhoudelijk motiverende zaken te doen.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op]*

Voor huisartsenposten betekende het afstuderen van de VS of PA vaak dat zij dan pas startten met het zelfstandig doen van consulten. Organisatorische veranderingen lagen dan in aanpassingen in de triage door doktersassistenten en/of het opstellen van functieprofielen.

#### 6. Duurzame taakherschikking in de praktijk

Bijna alle VS'en en PA's kregen na afstuderen meer tijd per patiënt dan de huisarts. Mogelijk wilden praktijken dat later nog wel aanpassen. Daarnaast wilden de meesten in de toekomst nog meer competenties (met name klinische vaardigheden) gaan verwerven. Meestal namen VS'en en PA's na het afstuderen enkel nog consulten met de huisarts door, wanneer zij de behoefte hieraan zelf aangaven. Een enkele huisarts autoriseerde nog alle consulten, of deed dit steekproefsgewijs.

*“Ik kreeg een kwartier per consult. Daardoor had ik ruimte om wat uitgebreider te kunnen werken en te kunnen letten op mijn verslaglegging, bijvoorbeeld. Nu zijn de andere huisartsen, ook naar een kwartier gegaan. We zitten nu met zijn allen op een kwartier.” [PA duopraktijk]*

*“We hebben nog een aantal competenties die we in de maanden na afstuderen bijscholen. En dat zit hem wat meer in het oog- en hechtstuk.” [Manager huisartsenpost, leidt VS op]*

De meeste huisartsen waren van plan, na een eventueel vertrek van de VS of PA in de toekomst, taakherschikking in de praktijk voort te zetten omdat het hen continuïteit en kwaliteit opleverde. Een aantal huisartsen zou dan wel graag weer zelf opleiden. Andere huisartsen gingen enkel voor taakherschikking, omdat er toevallig een geschikt persoon was voor de functie. Zij neigden bij mogelijk vertrek van de VS of PA weer naar een huisarts omdat er bij een VS of PA altijd een huisarts op de achtergrond aanwezig moet zijn.

*“Wat ik lastig vind. Stel dat zij zegt van, dank u wel, en ik ga ergens anders werken. Ik kan vervolgens niet naar de opleiding lopen en zeggen van: ‘Ik heb een verpleegkundig specialist nodig die we kunnen inzetten.’ De vervangbaarheid. Dat gaat hem niet worden. Want ze zijn zo anders allemaal. Er is nog geen uniformiteit. Maar, als je de VS eenmaal geïntegreerd hebt in je praktijk, dat vervang je niet zomaar, ook niet door een waarnemer.” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op]*

*“Omdat zij iets anders toe te voegen hebben. Ik kan het zo moeilijk uitleggen. Maar nee, bij vertrek zou ik niet voor uitbreiding van een huisarts gaan, nee.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op]*

Huisartsenposten gaven aan dat wisselingen in het aantal VS'en en PA's in het personeelsbestand taakherschikking bemoeilijkt. Er zijn weinig reeds afgestudeerde VS'en of PA's beschikbaar en de VS'en en PA's die zij zelf opleiden zijn lastig te behouden.

*“De aanwas aan de achterkant is matig, daardoor zijn wij niet in staat om een goed draaiend VS-team te hebben. Met drie mensen kun je geen volwaardig rooster een jaar lang draaien. Als er iemand ziek wordt zit je gelijk in de problemen. De zwaarte van de opleiding, het geld wat het kost om die mensen op te leiden en de beperkingen die dat met zich meebrengt, maken het heel moeilijk om te komen tot de taakherschikking die je ermee wilt bereiken.” [Manager huisartsenpost, leidt VS op]*

## 7. Aanbevelingen voor geïnteresseerde huisartspraktijken, aankomende studenten en politiek

### Geïnteresseerde huisartsenpraktijken

De belangrijkste aanbeveling die de geïnterviewden aan huisartsenpraktijken gaven is het maken van een plan van aanpak voor de inzet van de VS of PA voordat gestart wordt met de opleiding. Het ging om de inzet tijdens de opleiding, maar vooral ook om de structurele inzet van de VS of PA daarna. De expliciete aanbeveling was goed na te denken hoe de functie van de VS of PA in de praktijk vormgegeven wordt.

Daarnaast werd een goede voorbereiding op de opleiding van belang gevonden. Het ging om de inhoud van de opleiding, de begeleidingstijd en afspraken over begeleiding. Enkele geïnterviewden gaven aan dat het belangrijk is ervan bewust te zijn dat het opleidingstraject van een VS of PA een investering is die tijdens het opleidingstraject nog niet terug wordt verdiend.

*“Ik zou me verdiepen in wat de opleiding inhoudt. Wat moet een VS nou kunnen en wat wordt geleerd tijdens de opleiding en wat wordt er vanuit de opleiding verwacht, wat moet je die VS bieden qua patiënten en zo. Ik denk dat vooral het verwachtingspatroon helder moet zijn.” [VS groepspraktijk]*

*“Maak extra tijd vrij in de agenda, regelmatig werkoverleg binnen het team over het functieprofiel, en regelmatig terugkoppeling ook.” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op]*

*“Misschien is het mooiste dat je al van tevoren begint met een plan maken van wat wil je nou eigenlijk? Wat wil je bereiken met de functie van de verpleegkundig specialist in de praktijk?” [Huisarts groepspraktijk, leidt VS op]*

*“Zorg eerst dat je goed weet waarvoor je het wilt inzetten, maak een praktijkplan. Want ze zeiden: ‘Het levert je geld op.’ Nou, dat vind ik – zeker in de situatie die wij gehad hebben – maar heel beperkt. Het heeft ons ook veel tijd en energie gekost. Dus eerst nadenken of je überhaupt werk in jouw praktijk hebt voor een verpleegkundig specialist. En verder, let erop dat het persoonlijk ook goed zit, want twee jaar is lang.” [Huisarts duopraktijk, leidt VS op]*

*“Mijn collega’s dachten: ‘Misschien levert een PA net zoveel op als dat ze verdient’, dus dat je er niet op verliest zeg maar. Dat is niet zo. Het kost wel, het is wel een investering.” [PA groepspraktijk]*

#### Aankomende studenten

Geïnterviewden gaven als belangrijkste aanbeveling voor aankomende VS'en of PA's dat zij zich bewust zijn dat de opleiding een grote tijdsinvestering vraagt en dat het belangrijk is dat het qua timing privé ook uitkomt.

*“Ik vind wel dat je goed moet weten waar je aan begint. En dat je de fase van je leven erin moet betrekken, in de zin van, als je net in de kleine kinderen zit is het misschien niet zo wijs. Het is echt wel dat je de nodige tijd erin moet stoppen.” [PA duopraktijk]*

*“Gewoon in blijven prenten tijdens het sollicitatiegesprek, dat het echt pittig is. En dat de belasting erg hoog is. Dat ze zich niet vergissen in een nieuwe baan en een nieuwe opleiding, en je komt ook in een heel ander werkveld terecht. Daar moeten ze rekening mee houden.” [VS duopraktijk]*

#### Politiek

Ten aanzien van het opleiden gaven sommige geïnterviewden aan dat de opleidingsstructuur van de huisarts in opleiding wenselijk zou zijn. In de huidige situatie kost het opleiden van een VS en PA een huisartsenpraktijk meer geld dan het opleiden van een huisarts.

Veel huisartsen gaven aan dat de inzet van een VS of PA een investering vraagt. Een structurele financiering (in plaats van subsidies), een ruimere vergoeding voor kwaliteitsverbeteringen of een financiële beloning voor het overnemen van taken uit de tweede lijn zouden helpen.

Daarnaast was meer bekendheid omtrent de VS- of PA-professie belangrijk. Daar zouden de politiek en de beroepsverenigingen in kunnen ondersteunen. Die laatste zou tevens huisartspraktijken kunnen ondersteunen in praktische zaken bijvoorbeeld door de VS en PA op te nemen in de cao huisartsenzorg.

*“Ze moeten in gesprek met VWS over een structurele opleidingsfinanciering. Zoals dat bij de huisartsenopleiding is. Die stellen eisen aan de universiteit en aan de opleidingsinstanties en die huisartsen in opleiding komen in dienst van de SBOH. Dus wij kunnen ons volledig richten op het inhoudelijk opleiden en we krijgen daar een vergoeding voor.” [Manager huisartsenpost, leidt VS op]*

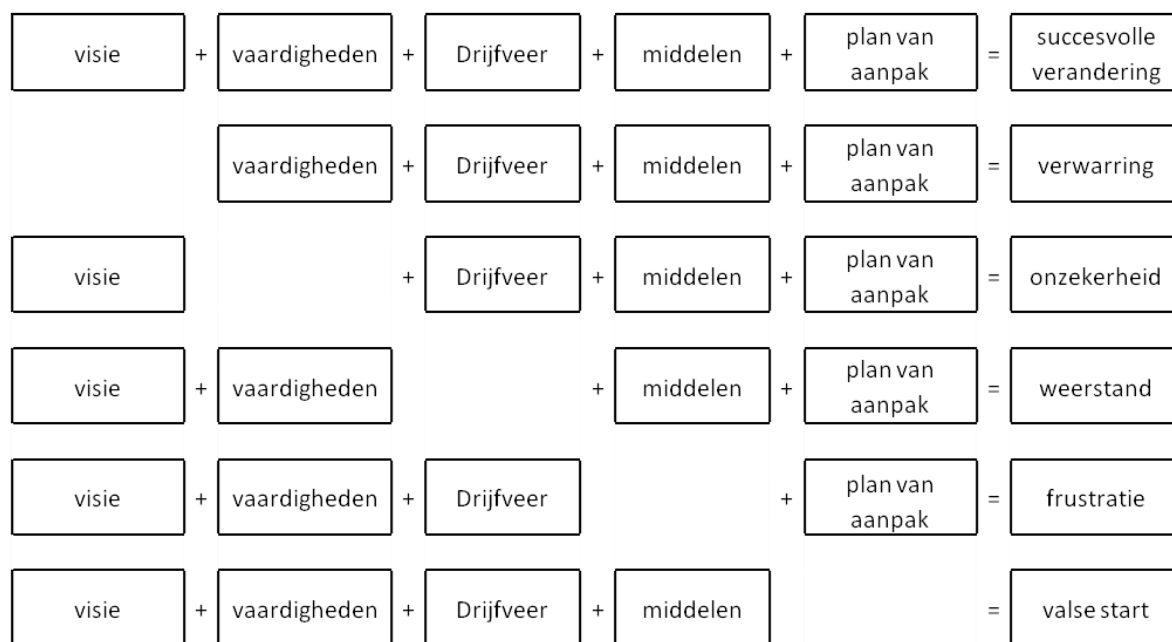
*“Ik denk dus ook wel financiële continuïteit, als de overheid zegt van: ‘Wij vinden het belangrijk.’ Ik denk dat het heel erg nuttig zou kunnen zijn, om bijvoorbeeld te zeggen van: ‘We hebben een aantal tarieven die we voor langere periode vaststellen, die dit soort takenschikking zouden kunnen gaan stimuleren.’ Dat is ook waarom het lastig is om VS'en in de huisartsenzorg te positioneren. Omdat die huisarts veel tijd en energie erin steekt, dat je zeker moet zijn waaraan je begint, omdat je iemand voor langere tijd aan je organisatie verbindt, en het is wel een extra inkomen dat je iedere maand moet betalen aan iemand.” [Huisarts solopraktijk, leidt VS op]*

*“Ik denk iets meer kenbaar maken of zo, van: ‘Dit zijn PA's of VS'en.’ Heel wat mensen wéten gewoon écht niet wat het zijn. Wat mag een PA? Wat kan een PA?” [Huisarts solopraktijk, leidt PA op]*

## 2 Beschouwing

### 2.1 Taakherschikking als organisatieverandering

Taakherschikking in de huisartsenzorg door middel van de inzet van een VS en PA kunnen we beschouwen als een complexe organisatieverandering. Om een veranderproces goed te laten verlopen zijn visie, vaardigheden, drijfveren, middelen en een plan van aanpak nodig (Ambrose, 1987). Wanneer één of meerdere van deze voorwaarden ontbreken, ontstaat er een probleem. Bijvoorbeeld door gebrek aan vaardigheden ontstaat er onzekerheid (zie Figuur 27). Al deze voorwaarden spelen ook een rol bij het opleiden en inzetten van de VS en PA in de huisartsenzorg. In dit hoofdstuk geven we aan de hand van het model 'managing complex change' van Ambrose (1987) een beschouwing op de onderzoeksresultaten.



Figuur 27. Managing complex change (Ambrose, 1987)

#### Visie en plan van aanpak

Ambrose (1987) beschrijft dat bij een organisatieverandering visie van belang is om verwarring bij betrokkenen te voorkomen. Daarnaast voorkomt een plan van aanpak een valse start.

De literatuur laat zien dat beslisprocessen ten aanzien van de inzet van de VS en PA in de huisartsenzorg vaak chaotisch verlopen. De beslissing is meestal reactief, gebaseerd op waarden en acties van partners en loopbaanperspectief voor praktijkmedewerkers (Contandriopoulos et al., 2015; Peters & van der Horst, 2016). Dat beeld zagen we ook terug in huidig en eerder onderzoek, waarbij huisartsen meestal besloten een VS of een PA in te zetten als reactie op de wens van een POH om de opleiding tot VS of PA te volgen of omdat de huisartsenpost opleidingsplekken tijdens kantooruren zocht (Laurant & Wijers, 2014). Huisartsen hadden wel ideeën hoe ze de VS of PA in wilden zetten, maar een langetermijnvisie, concrete rol omschrijving of plan van aanpak over wat men wilde bereiken of waar men heen wilde groeien waren beperkt. Ondanks dat rollen in de praktijk zich ook moeten kunnen ontwikkelen en daarom nog niet geheel uitgekristalliseerd hoeven te zijn, levert gebrek aan een duidelijke doelen en een gericht plan van aanpak wel vaak verwarring op (Contandriopoulos et al., 2015; Peters & van der Horst, 2016).



Huisartsen gaven aan niet goed te weten welk niveau zij konden verwachten van een VS of PA en vergeleken deze vaak met een huisarts in opleiding of coassistent. Net zoals in eerder onderzoek waardeerden studenten en huisartsen vooral de klinische vakken aan de hogeschool en vonden deze goed aansluiten bij de huisartsgeneeskunde (Laurant & Wijers, 2014). Tegelijkertijd gaven zij aan klinische vakken te missen. De neiging leek te bestaan de VS of PA met name geneeskundig te willen opleiden en inzetten. De VS of PA werd opgeleid binnen de bestaande structuren en een concrete omschrijving over de huisartsenpraktijk van de toekomst en de meerwaarde daarin van een VS of PA ontbrak vaak. Dit beeld zagen we eerder ook terug in de inzet van VS'en in de tweede lijn (Ter Maten-Speksnijder, Pool, Grypdonck, Meurs & van Staa, 2015). De visie en het curriculum van de hogeschool bleken daarmee niet overeen te komen met de huidige werkwijze in de praktijk. Te veel nadruk op projectverslagen en wetenschappelijk onderzoek werd, ook in andere onderzoeken, door de praktijk als negatief beschouwd (Laurant & Wijers, 2014). Competenties op het gebied van innovatie, kwaliteitsverbetering en professionalisering werden weinig gebruikt in de praktijk. Huisartsen ervoeren weinig handvatten vanuit de hogescholen om de rol van de VS of PA vorm te geven in de praktijk en hun competenties optimaal te benutten. In eerder onderzoek leek de student zelf ook niet proactief een rol te pakken om de geleerde competenties in te zetten (Ter Maten-Speksnijder, 2016).

Om de inzet van de VS en PA goed te laten verlopen is inzicht nodig in de veranderende patiëntenstroom en inrichting van de gezondheidszorg met steeds meer accent op de eerste lijn. Dit inzicht zou de basis moeten leggen voor de doelstelling van een huisartsenpraktijk en de daarbij horende inrichting van een interdisciplinair team met heldere functies en rollen (Strassel, De Bakker, Derckx & Vrijhoef, 2012). Weinig concrete doelen en een beperkte rolbeschrijving verklaart ook dat er wisselend gedacht werd wat een geschikte vooropleiding voor de VS of PA is. Landelijk zien we dat de VS en PA meestal een verpleegkundige achtergrond hebben (VS: 100%; PA: 44%), de PA-opleiding kent ook studenten met een paramedische achtergrond (Noordzij & van der Velde, 2016; Van der Velde & Wierenga, 2016). De jaren werkervaring en de inhoud van de werkervaring lopen daarbij erg uiteen. Echter, pas als een visie geformuleerd is over de positie van de VS of PA in de huisartsenzorg kan de toegevoegde waarde van een betreffende professional ingeschat worden en een uitspraak gedaan worden wat de geschikte vooropleiding en werkervaring is.

Huisartsenposten bereidden zich vaak uitgebreid voor op de inzet van de VS of PA met bijbehorende rolomschrijving en lange termijnplan voor de organisatie.

### **Vaardigheden**

Ambrose (1987) beschrijft dat bij een organisatieverandering het ontwikkelen van vaardigheden van belang is om onzekerheid bij betrokkenen te voorkomen. Zowel de huisartsopleider als de student heeft vaardigheden nodig tijdens het opleidingstraject.

Overeenkomstig met eerder onderzoek ervoeren veel huisartsen onduidelijkheden ten aanzien van: het niveau van de opleiding, de inhoud van het opleidingscurriculum en de verwachtingen ten aanzien van de begeleiding (Laurant & Wijers, 2014). Veel opleiders grepen daarom terug op wat ze gewend zijn bij het opleiden van coassistenten en huisartsen. Een reflectie op hun vaardigheden als opleider van een VS of PA ontbrak vaak door inhoudelijk matig gewaardeerde terugkomdagen op de hogeschool (een positieve uitzondering hierop is de train-de-trainer opleiding) en weinig uitwisselen van ervaringen door opleiders onderling.

Voor de student was de werkdruk tijdens de opleiding hoog. Ten eerste moesten zij studievaardigheden ontwikkelen om een optimaal leerklimaat voor zichzelf te creëren. Net zoals in eerder onderzoek werd een zelfstandige werkhouding, waarbij grenzen aangegeven worden, positief gevonden om de opleiding goed te laten verlopen en verminderde bij zowel de opleider als student onzekerheid (Laurant & Wijers, 2014). Ten tweede moesten de studenten vaardigheden ontwikkelen als VS of PA. Over deze vaardigheden en competenties waren de meeste huisartsen aan het einde van de opleiding tevreden. Overeenkomstig met ervaringen in eerder onderzoek, beschikte de VS en PA over een goed kennisniveau en kon de meeste consulten zelfstandig afhandelen (de Leeuw et al., 2008; Dierick-van Daele et al., 2008; Laurant & Wijers, 2014;

Van der Biezen, van der Burgt & Laurant, 2017a, 2017b). Daarnaast gaven huisartsen aan dat de rol van de VS en PA in de praktijk een groeimodel is, wat betekent dat sommige vaardigheden na afstuderen nog verder bijgeschoold kunnen worden (van der Burgt, van Roij, Derckx & Meulepas, 2015b).

### **Drijfveer**

Om weerstand te voorkomen is de drijfveer om de organisatie te veranderen belangrijk (Ambrose, 1987). Bij het opleiden en inzetten van de VS of PA in de huisartsenpraktijk ging het om enerzijds de drijfveer binnen het team om de student op te leiden en anderzijds het inzien van de meerwaarde van de VS of PA voor de huisartsenpraktijk.

Ten eerste was de drijfveer om de student op te leiden binnen huisartsenpraktijken vaak sterk aanwezig. Ondanks dat het vormen van nieuwe rollen soms wat weerstand kon geven binnen het team, liet ook eerder onderzoek zien dat interacties binnen het team meestal goed verlopen (van der Burgt, van Roij, Derckx & Meulepas, 2015a; van der Burgt et al., 2015b).

Ten tweede zagen de huisartsen een meerwaarde van de VS of PA, doordat zij ingezet konden worden op vaak voorkomende klachten op het spreekuur (substitutie) en nieuwe en/of aanvullende taken in de praktijk konden uitvoeren (additionele zorg). Deze combinatie van inzet op substitutie en additionele zorg zagen we ook terug in eerder onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk (de Leeuw et al., 2008; Dierick-van Daele et al., 2008).

Aan het einde van het opleiding zagen bijna alle VS'en en PA's patiënten uit de categorieën: bewegingsapparaat, huid en subcutis, oor en luchtwegen. Beiden behandelden aan het einde van de opleiding, uit de top 20 meest voorkomende diagnoses in de huisartsenpraktijk, de meeste aandoeningen zelfstandig. Vergelijkbaar met eerder onderzoek werden de VS en PA na afstuderen meestal breed ingezet op de behandeling van vaak voorkomende klachten en in de ouderenzorg (Laurant & Wijers, 2014). De inzet van de VS en PA past daarom bij de drijfveer van huisartsen om werkdruk te verlichten op het spreekuur (de Leeuw et al., 2008; van der Burgt et al., 2015b). Net zoals in eerder onderzoek zagen de huisartsen wel meer complexe patiënten (Dierick-van Daele et al., 2008), maar verloren geen routine in vaak voorkomende klachten wat de drijfveer negatief zou kunnen beïnvloeden.

Naast substitutie van zorg beïnvloedde additionele zorg de drijfveer positief, omdat deze leidde tot extra services en kwaliteitsverbetering in de praktijk (Peters & van der Horst, 2016). Net zoals in eerder onderzoek uitte zich dit door betere netwerken in de wijk, een verpleegkundige blik die complementair werd bevonden aan de medische blik van huisartsen en meer tijd voor patiënten (Laurant & Wijers, 2014; van der Burgt et al., 2015b).

De drijfveer van de huisartsenposten was eveneens het verminderen van de werkdruk. Dit wilden zij bereiken door de VS of PA diensten over te laten nemen van huisartsen of het uitbreiden van de capaciteit op de huisartsenpost zonder de huisartsen te belasten. Om deze reden werd op de huisartsenpost de VS of PA enkel ingezet in de directe patiëntenzorg. In tegenstelling tot dagpraktijken hadden huisartsenposten meer moeite om alle aangesloten huisartsen te motiveren en kwamen vaker weerstand tegen. Daarnaast was het voor huisartsenposten lastig om dagpraktijken te vinden die een VS of PA wilden opleiden. Vaak door ruimtegebrek, maar ook frequent door gebrek aan motivatie. De meerwaarde van een VS of PA in de huisartsenpraktijk moet daarom duidelijk zijn, zodat deze ook gecommuniceerd kan worden om juiste drijfveren te creëren (Peters & van der Horst, 2016).

## Middelen

Indien er bij het doorvoeren van organisatieveranderingen gebrek aan middelen is, kan dat frustratie opleveren (Ambrose, 1987). Voor de huisartsen die deel hebben genomen aan huidig onderzoek waren financiële middelen (mede door de extra subsidie vanuit het project) geen barrière. Desondanks is het opleiden van een huisarts, zoals het nu is georganiseerd, financieel aantrekkelijker dan het opleiden van een VS of PA (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012). Huisartsen gaven, overeenkomstig met eerder onderzoek, aan dat zij financieel moesten inleveren op de inzet van de VS of PA (van der Burgt et al., 2015a, 2015b). Geld werd (deels) terugverdiend door minder waarneming in te zetten, meer patiënten aan te nemen en/of een groter aanbod van M&I-verrichtingen in de praktijk. Zoals ook bekend is uit bestaande literatuur zagen we dat consulten bij de VS en PA ook nog na afstuderen meer tijd vragen dan bij de huisarts (de Leeuw et al., 2008; Dierick-van Daele et al., 2008; Laurant & Wijers, 2014). Huisartsen waren soms teleurgesteld in de productie van de VS of PA en ervoeren onzekerheid over de financiële middelen op lange termijn.

Naast financiële middelen speelden ook andere middelen een rol bij de inzet van de VS en PA. Zo zagen we frustraties in teams ontstaan indien er onvoldoende spreekkamers in de huisartsenpraktijk waren. Positief werkte een lijstje van klachten die de VS of PA mag behandelen, wat de doktersassistenten hielp bij de triage. Hulpmiddelen waar behoefte aan was, waren richtlijnen hoe de VS of PA in te zetten in de praktijk en duidelijke richtlijnen op het gebied van personeelszaken zoals een eenduidige salarisindicatie.

## 2.2 Sterktes en zwaktes onderzoek

Huidig onderzoek kent zowel zijn zwakke als sterke punten. In de interviews zijn enkel huisartsen en huisartsenposten meegenomen die al het besluit hadden genomen een VS of PA op te leiden. Dat betekent dat er geen volledig beeld te geven is van barrières die gelden voor huisartsen die geen VS of PA in hun praktijk willen inzetten. Eerder onderzoek geeft bijvoorbeeld aan dat een belangrijke belemmering om een VS of PA op te leiden en/of in te zetten de vrees is dat persoonsgerichte zorg in het gedrang komt (Peters & van der Horst, 2016). Dit werd niet genoemd door de huisartsen uit huidig onderzoek.

Daarnaast zijn enkel huisartsen(organisaties) betrokken uit het project 'Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg', wat de factor van 'financiële middelen' mogelijk heeft beïnvloed. Voor cohort 2013 gold dat huisartsenorganisaties al waren gestart met de opleiding van de VS of de PA toen ze zich aanmeldden als leerwerkplek voor het project. Er is geen zicht op de motieven van huisartsen(organisaties) die buiten dit project VS'en of PA's opleiden.

Een sterkte van huidig onderzoek is het grote aantal interviews, participerende huisartsen en huisartsenposten en ruime geografische spreiding. Daarnaast weerspiegelde de spreiding in type huisartsenpraktijken de verdeling van huisartsenpraktijken in Nederland (van Hassel, Kasteleijn & Kenens, 2016). De interviews waren semi-gestructureerd van aard en samen met het open coderen is veel informatie is vergaard. Coderen van de interviews met een tweede onafhankelijke onderzoeker heeft gezorgd voor een betrouwbare analyse van de onderzoeksgegevens.

Een zwakte van onderzoek door middel van interviews is dat de uitkomsten afhankelijk zijn van de respons van de geïnterviewden. Sommige geïnterviewden voelden zich mogelijk niet comfortabel om hun inzichten te delen of gaven sociaal wenselijke antwoorden aan de interviewer. Tot slot is een potentiële zwakte het gegeven dat de meeste interviews telefonisch zijn afgenomen. We hebben echter geen verschil gezien in uitkomsten met de interviews die afgenomen zijn op de praktijk. Ondersteund door de literatuur verwachten we geen data verlies of vervorming te hebben door de telefonische interviews (Novick, 2008).

## 2.3 Aanbevelingen

### Praktijk en beleid

In de beschouwing van de resultaten aan de hand van het model van Ambrose (1987) zien we dat de organisatieverandering die taakherschikking in de huisartsenzorg vraagt met name op visie, vaardigheden en middelen nog aandacht behoeft.

Op landelijk niveau is het aan te bevelen een taskforce op te zetten om een breed gedragen visie op de rol en functie van de VS en PA in de huisartsenpraktijk te formuleren. Deze taskforce dient tenminste te bestaan uit vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van huisartsen, VS'en, PA's en hogescholen. Eventueel aangevuld met vertegenwoordigers uit de tweede lijn om hen mee te nemen in de ontwikkelingen in de huisartsenzorg en samenwerking te bevorderen. De positie van de VS en PA dient gebaseerd te zijn op de toekomstvisie op de huisartsenzorg en de twee adviezen van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen waarin patiëntenstromen, de arbeidsmarkt en verschuivingen in de organisatie van zorg zijn meegenomen (Kaljouw & Van Vliet, 2015; van Vliet, Grotendorst & Roodbol, 2016). Pas als dit allemaal in kaart is gebracht, kan een uitspraak worden gedaan welke professionals nodig zijn en welke rol zij dienen te vervullen. Daarbij hoort dat de benodigde vaardigheden voor de huisarts, VS en PA beschreven worden. Deze visie vormt de basis voor de communicatie naar alle zorgprofessionals, curricula van de opleidingen en structurele inrichting van praktische zaken (bijvoorbeeld de FWG en salarisindicatie).

Op organisatieniveau verdient het aanbeveling dat huisartsenpraktijken alvorens zij starten met een VS of PA in hun praktijk een duidelijk plan van aanpak formuleren voor hun praktijk in de toekomst. De stappen uit het PEPPA-model helpen bij een succesvolle implementatie van de VS of PA (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004). Volgens dit model dient allereerst de huidige wijze van zorgverlening in de huisartsenpraktijk beschreven te worden. Daarna moet met belanghebbenden de huidige situatie kritisch bekeken worden. De noodzaak voor een nieuw model van zorg dient gedefinieerd te worden uitgaande van de behoefte van patiënten nu en in de toekomst. Tenslotte wordt een nieuw model van zorg beschreven inclusief de bijbehorende functies en rollen. De keuze voor de opleiding tot VS of PA, de achtergrond van de betreffende professional en de wijze van opleiding in de praktijk wordt gebaseerd op de uitkomsten van voorafgaande stappen. Tot slot is de Skill Mix Analyse (NIVEL/KOH) een hulpmiddel voor huisartspraktijken om op basis van de zorgvraag taken en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgprofessionals in hun praktijk in kaart te brengen. Dit instrument dient echter verder ontwikkeld te worden. Vanwege de onzekerheid die huisartsen(organisaties) ervoeren in de bedrijfsvoering, is het aan te bevelen om de Skill Mix Analyse uit te breiden met business cases, zodat huisartsen(organisaties) de kosten en baten kunnen meewegen in het besluit om een VS of PA op te leiden en/of in dienst te nemen.

Voor de hogescholen die de opleiding tot VS en PA aanbieden verdient het aanbeveling dat zij zich verder bekwamen op de eerstelijnsgezondheidszorg. Dat betekent dat zij hun visie op de positie van de VS en PA in de huisartsenzorg in concrete bewoordingen met bijbehorende handvatten moeten kunnen communiceren. Hogescholen dienen daarbij in dialoog te gaan met praktijk. Hogescholen kunnen dan de meerwaarde van de VS en PA communiceren alsmede waarom het curriculum op de betreffende manier is vormgegeven. De praktijk kan in deze dialoog aangeven waar hun behoeften liggen. Voor de hogescholen ligt er een uitdaging hun curriculum meer naar de eerste lijn om te vormen, voor de praktijk ligt er een uitdaging om de competenties van VS en PA meer optimaal te benutten. Aansluitend daarop dienen studenten ondersteund te worden hun competenties in de huisartsenpraktijk in te zetten en hun positie te pakken in het bijdragen aan een toekomstbestendige huisartsenzorg.

## Onderzoek

Huidig onderzoek geeft inzicht in de factoren die een rol spelen bij het opleiden van de VS of PA. Als het gaat om de langdurige inzet van de VS en PA in de huisartsenpraktijk kunnen andere factoren een rol spelen. Het PEPPA-model kent na de implementatie van de VS- of PA-rol in de praktijk nog twee extra stappen: de evaluatie van de rol van de VS of PA en het nieuwe model van zorg, en lange termijn monitoren van de rol en model van zorg (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004). Het is daarom aan te bevelen om vervolgonderzoek uit te voeren onder VS'en en PA's die al een aantal jaren afgestudeerd zijn. Dit onderzoek zou meer informatie moeten geven hoe de rol van de VS en PA in de huisartsenpraktijk zich ontwikkelt na afstuderen en hoe deze mogelijk bijgesteld moet worden. Evaluatieonderzoek zou tevens inzicht moeten geven in de meerwaarde van de VS en PA op niet-patiëntgebonden taken en in hoeverre deze meer gewaardeerd worden, wanneer hogescholen huisartsen ondersteunen in het gebruik maken van de competenties van de VS en PA in deze taken.

Huidig onderzoek laat zien dat de VS en PA meestal wordt ingezet op het uitvoeren van spreekuren voor vaak voorkomende klachten en in de ouderenzorg. Echter, er is een grote diversiteit tussen huisartsenpraktijken in de taken die de VS en PA uitvoeren en welke patiëntencategorieën zij behandelen. Er is gebrek aan concreet inzicht en daarmee uniformiteit welke rollen de VS en PA wel en niet kunnen oppakken. Tijdens de opleiding worden de VS en PA erg praktijk specifiek opgeleid, wat de uitwisseling van personeel en ervaringen tussen huisartsenpraktijken negatief beïnvloedt.

Om meer uniformiteit te bewerkstelligen en huisartsen en hogescholen handvatten te geven bij de opleiding en positionering van de VS en PA is nodig:

1. Een concreet overzicht welke patiëntcategorieën de VS en PA zelfstandig kan behandelen.
2. Inzicht in de rol van de VS en PA in de ouderenzorg. De zorg voor ouderen is complex en vraagt veel organisatie. Kennis is nodig van taken welke de VS en PA wel kunnen uitvoeren en welke niet. Daarnaast is kennis nodig hoe hun rol afgestemd dient te worden in de samenwerking met de huisarts en andere zorgverleners in de zorg voor ouderen thuis.

Vervolgonderzoek, bijvoorbeeld door middel van Delphi studies, zou opheldering kunnen geven over bovenstaande aspecten. Een Delphi studie is een geschikte methode om tot consensus te komen over de hiervoor geschetste vraagstukken.

Huidig onderzoek geeft, vanwege de hiervoor geschetste beperkingen (startdatum, afbakening onderzoeksgroep), onvoldoende inzicht in welke mate een financiële prikkel, bijvoorbeeld in de vorm van extra subsidie zoals in dit project, bijdraagt aan het vergroten van de instroom van VS en PA in de huisartsenzorg. Uit het onderzoek blijkt dat de geïnterviewde huisartsen en managers van huisartsen-/spoedposten wisselend reageren op de vraag of dit bijdraagt aan het opleiden en in dienst nemen van een VS of een PA. Het lijkt niet altijd doorslaggevend te zijn. Vervolgonderzoek onder een brede groep van huisartsen(organisaties) die wel en niet kiezen om een VS of een PA op te leiden, zou opheldering kunnen geven over de factoren die een rol spelen bij deze keuze en in hoeverre (het ontbreken van) een (extra) financiële tegemoetkoming bepalend is in de besluitvorming.

### 3 Conclusies

De ambitie van een praktijkondersteuner of de vraag vanuit de huisartsenpost om een VS of PA op te leiden, waren meestal de aanleiding voor huisartspraktijken om het opleidingstraject tot VS of PA te starten. Zij beoogden daarmee een combinatie van substitutie van zorg voor werkdrukverlichting en additionele taken voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het hebben van voldoende middelen (financieel en praktijkruimte) was daarbij een belangrijke voorwaarde. Een precieze rolomschrijving voor de VS of PA ontbrak vaak en de ideeën van huisartsen wat de rol zou moeten zijn liepen uiteen. Huisartsenposten beoogden door substitutie van zorg personele capaciteit uit te bereiden zonder daarvoor extra druk bij huisartsen neer te leggen.

Beïnvloedende factoren bij het opleiden waren onduidelijkheid en kennistekort over de rol van de VS en PA in de praktijk, het niveau van de VS en de PA en inhoud van het curriculum van de hogeschool. Verschillen in verwachtingspatroon tussen huisarts, student en hogeschool leverde frictie op. Positief beïnvloedend was een goede acceptatie van de VS en PA door patiënten, het team in de huisartsenpraktijk en andere eerstelijns professionals.

Ten aanzien van de opleiding aan de hogeschool werden de klinische vakken positief gewaardeerd, met name wanneer deze aansloten op de huisartsgeneeskunde. Negatief beoordeeld werd het tijdsbeslag voor projectverslagen en wetenschappelijk onderzoek. Huisartsen misten handvatten voor de inzet van de VS of PA in de huisartsenpraktijk en vonden de hogescholen te veel gericht op de tweede lijn.

Na afstuderen werden de VS en PA meestal ingezet voor het doen van spreekuren voor patiënten met vaak voorkomende klachten en in de zorg voor ouderen. Afspraken over niet-patiëntgebonden taken waren beperkt. Huisartsen waren tevreden over de behaalde competenties. De VS en PA hadden een goed kennisniveau en handelden na afstuderen de meeste consulten zelfstandig af. Een aantal huisartsen was teleurgesteld in de productie van de VS of PA.

De inzet van de VS en PA in de huisartsenpraktijk gaf verlichting op het spreekuur van de huisarts. Wel zag deze meer complexe patiënten, maar zij ervoeren geen routine te verliezen in het behandelen van vaak voorkomende klachten. Daarnaast leidde de inzet van de VS en PA tot een kwaliteitsverbetering in de praktijk. Deze werd behaald door grotere personele continuïteit, meer tijd voor complexe patiënten, meer verbinding met de wijk en toegenomen monitoring van patiënten.

Financieel werd de inzet van de VS en PA tijdens de opleiding niet terugverdiend. De inzet werd deels gefinancierd door: minder waarneming van huisartsen, meer patiënten aannemen en het uitvoeren van M&I-verrichtingen.

Een breed gedragen visie op de positie van de VS en PA in de huisartsenzorg, gebaseerd op de toekomstige zorgvraag en organisatie van zorg, is van groot belang. Duidelijkheid over de meerwaarde van de VS en PA en de rol die zij dienen te vervullen, geeft richting aan het curriculum van de opleiding, geeft managers handvatten voor het positioneren van de VS en PA in hun organisatie, verschaft huisartsen de kennis en vaardigheden om een VS of PA in hun praktijk op te leiden en ondersteunt studenten om deze rol te pakken. Tenslotte kunnen met een breed gedragen visie en functieomschrijving benodigde middelen (onder andere financieel) structureel ingericht worden om onzekerheid in bedrijfsvoering in de huisartsenzorg te verminderen. Tevens draagt consensus over de taken op de spreekuren en in de ouderenzorg bij aan de uniformiteit van de rol van de VS en PA in de huisartsenzorg. Dit betekent meer duidelijkheid voor huisartsen en managers en meer mogelijkheid tot uitwisseling van ervaringen en personeel.



## Literatuur

Ambrose, D. (1987). *Managing complex change*. Pittsburgh, PA: Enterprise group.

Bruggink, J.W. (2012). 65-jarigen leven langer zonder beperking, maar meer met chronische ziekten (Webmagazine).

Bryant-Lukosius, D. & Dicenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x.

Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, C.A., Perroux, M., Beaulieu, M.D., Brault, I., Sansgter-Gormley, E. (2015). A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*, 15(1), 78. doi: 10.1186/s12913-015-0731-5.

De Bruijn-Geraets, D.P., Van Eijk-Hustings, Y.J. & Vrijhoef, H.J. (2014). Evaluating newly acquired authority of nurse practitioners and physician assistants for reserved medical procedures in the Netherlands: a study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2673-2682. doi: 10.1111/jan.12396.

De Leeuw, J., Simkens, A., van Baar, M., van Balen, F., Verheij, R., Bijleveld, S., Schrijvers, A. (2008). Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant. Gevolgen voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg. Utrecht: UMC Utrecht/Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde.

Dierick-van Daele, A.T., Metsemakers, J.F., Derckx, E.W., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H.J. (2008). Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk: Onderzoeksrapport. Maastricht/Eindhoven: MUMC+/Stichting KOH.

Flottorp, S.A., Oxman, A.D., Krause, J., Musila, N.R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Eccles, M.P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science* 8(35), 1-11.

Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L. & Laurant, M. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 727-743. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014.

Giesbers, H. Verweij A. & Beer, J. (2013). Vergrijzing: Wat is de huidige situatie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven. RIVM.

Hooker, R.S. & Everett, C.M. (2012). The contributions of physician assistants in primary care systems. *Health & Social Care in the Community*, 20(1), 20-31. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01021.

Kaljouw, M. & Van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Laurant, M., Harmsen, M., Wollersheim, H., Grol, R., Faber, M. & Sibbald, B. (2009). The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Medical Care Research and Review* 66(6 Suppl), 36S-89S. doi: 10.1177/1077558709346277.



- Laurant, M. & Wijers, N. (2014). Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten werkzaam in de huisartsenzorg. Nijmegen: Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare) Radboudumc Nijmegen.
- Martinez-Gonzalez, N.A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M. & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1), 214. doi: 10.1186/1472-6963-14-214.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2012). Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg. Verkenning van vier opties. Utrecht.
- NIVEL. Skill Mix Analyse. Retrieved March, 2017, from <http://skillmix.nivel.nl/skill/index>.
- NIVEL. (2012). Top-20 diagnoses bij contacten met de huisartsenpraktijk. Retrieved september, 2014, from <http://www.nivel.nl/NZR/top-20-diagnoses-bij-contacten-met-de-huisarts>.
- NIVEL. (2017). De huisarts heeft steeds meer tijd nodig voor oudere patiënten. Geraadpleegd op 10 mei 2017: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/de-huisarts-heeft-steeds-meer-tijd-nodig-voor-oudere-pati%C3%ABnten>.
- Noordzij, E. & van der Velde, F. (2016). Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Kiwa.
- Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Research in Nursing & Health*, 31(4), 391-398. doi: 10.1002/nur.2025
- Poos, M.J.J.C. (2014) Wat is in Nederland de levensverwachting? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Peters, F. & van der Horst, J. (2016). Belemmeringen bij het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsopleiding Arbeidsmarkt.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg/Gezondheidsraad. Taakherschikking in de Gezondheidszorg. Zoetermeer: 2002 en Den Haag: 2008.
- Strassel, J.K., De Bakker, D., Derckx, E.W.C.C. & Vrijhoef, H.J.M. (2012). Personeelsplanning in huisartspraktijken en gezondheidscentra: het skill mix instrument. *De verpleegkundig specialist*, 7(4), 20-22.
- Ter Maten-Speksnijder, A. (2016). *Finding florence: shedding light on nurse practitioners' professional responsibility*. Erasmus University, Rotterdam.
- Ter Maten-Speksnijder, A.T., Pool, A., Grypdonck, M., Meurs, P. & van Staa, A. (2015). Driven by Ambitions: The Nurse Practitioner's Role Transition in Dutch Hospital Care. *Journal of Nursing Scholarship* 47(6), 544-554. doi: 10.1111/jnu.12164.
- Van der Biezen, M.G.M., van der Burgt, M.R. & Laurant, M.G.H. (2017a). De physician assistant op de spoedpost. Nijmegen/Eindhoven: Radboudumc IQ healthcare/KOH.
- Van der Biezen, M.G.M., van der Burgt, M. R. & Laurant, M.G.H. (2017b). Naar een optimale inzet van verpleegkundig specialisten en huisartsen op de spoedpost. Nijmegen/Eindhoven: Radboudumc IQ healthcare/KOH.

Van der Burgt, R., van Roij, J., Derckx, E. & Meulepas, M. (2015a). Eindrapport praktijkvoorbeelden: De physician assistant in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

Van der Burgt, R., van Roij, J., Derckx, E. & Meulepas, M. (2015b). Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

Van der Velde, F. & Wierenga, M. (2016). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Kiwa.

Van Hassel, D.T.P., Kasteleijn, A. & Kenens, R.J. (2016). Cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2015. Utrecht: NIVEL.

Van Vliet, K., Grotendorst, A. & Roodbol, P. (2016). Anders kijken, anders leren, anders doen; Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Wijers, N., van der Burgt, R. & Laurant, M. (2013). Verpleegkundig Specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport naar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven. (pp. 62): Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud; Eindhoven: Stichting KOH.



## Bijlagen

Bijlage 1 Interviewprotocol T0

Bijlage 2 Interviewprotocol T1 en T2



## Interviewprotocol T0

### T0 - Interviewprotocol opleiders en managers

Naam interviewer: .....

Datum interview: .....

Tijdsduur interview: .....

Dossiernummer: .....

Naam geïnterviewde: .....

Functie geïnterviewde: .....

## Instructie

Per vraag is een beginvraag geformuleerd. Indien de tekst schuin gedrukt staat betreft het een inleiding. Na het oplezen van de vraag is de aandacht gericht op de geïnterviewde. Indien deze de vraag niet begrijpt of niet reageert, is het gebruik van alternatieve beginvragen geïndiceerd.

Na het formuleren van de (alternatieve) beginvraag, krijgt de geïnterviewde de mogelijkheid om zelf te reageren. Doorvraagmogelijkheden staan onder de vraag aangegeven met een pijl. Het is niet noodzakelijk om alle vragen achter een pijl te stellen. Indien er binnen één organisatie meerdere mensen worden geïnterviewd (bijvoorbeeld de huisarts opleider en een manager) zijn sommige vragen van meer of minder belang mede afhankelijk van het verloop van de gesprekken, de instructie hiervoor staat onder onderdeel A.

Tijdens het interview zijn verschillende non-verbale gesprekstechnieken van belang. Indien de geïnterviewde praat over een topic dat niet op de lijst staat, dan is doorvragen nodig. Hieronder volgen een aantal aanwijzingen gedurende het interview<sup>3</sup>

- Creëer een comfortabele sfeer van openheid, vertrouwen, ruimte door bijvoorbeeld aan te sluiten op het
- Taalgebruik en informatieniveau van de ondervraagde.
- Luister actief
- Wees niet bang voor stiltes. Daardoor wordt de ondervraagde juist uitgenodigd meer te vertellen
- Wees jezelf bewust als interviewer en reflecteer op je eigen gedrag. Maak daarover ook aantekeningen.
- Ga er niet te snel van uit dat je hetzelfde bedoelt. Check dit af door opnieuw te formuleren, of samen te vatten
- Vraag naar opheldering bij tegenspraken of verdraaiingen.
- Tactvol onbegrip tonen en door uitbreiding te vragen: "Hoe gaat dat dan?", "Vertel er eens iets meer over?"

### Manieren om door te vragen:

- Samenvatten van voorafgaande: "Dus als ik het goed begrijp"
- Herhalen van wat gezegd is (echo-en), of stiltes gebruiken
- Dezelfde vraag anders formuleren
- Laten beschrijven of naar details vragen: "Hoe gaat X?"
- Herhalen van het doel van het onderzoek
- Indirecte vragen: actievragen (wat doe je als...), projectieve vragen/ depersonalisatie (in de krant stond...), hypothetische vragen (ideaal voorstellen), normatieve vragen (wat vindt u als u dat hoort, X of Y?)

**Structureren**

- Samenvatten
- Ingang in het gesprek markeren
- Niet afgemaakte onderwerpen weer in brengen
- Afchecken van vermoedens

<sup>3</sup> Wester, F. (1995) Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Coutinho, Bussum



## **Inleiding interviewer**

Ik ben ..... en verbonden aan ..... te ..... In het kader van het project Versterking Opleiding VS/PA Huisartsenzorg wordt een onderzoek verricht om inzicht te geven in kansen en knelpunten bij het opleiden van VS/PA in de huisartsenzorg.

In september 2013 of 2014 is de VS/PA van uw organisatie [naam] gestart met de opleiding. Dit interview is bedoeld om inzicht te krijgen in de besluitvorming en de verwachtingen ten aanzien van het opleidingstraject.

Het interview duurt maximaal 60 min. Ik zal af en toe aantekeningen maken om de lijn van het gesprek vast te houden. De informatie die u verstrekt, wordt strikt vertrouwelijk behandeld. Het interview wordt opgenomen op geluidsband zodat het interview volledig kan worden getranscribeerd en antwoorden kunnen worden gecodeerd en geanalyseerd. Bent u daarmee akkoord?

Heeft u tot dusver vragen?

## Onderdeel A: besluitvormingsproces om een VS/PA op te leiden.

*(Wanneer binnen één organisatie twee personen worden geïnterviewd zijn bepaalde vragen meer of minder belangrijk mede afhankelijk van het verloop van het eerste gesprek. Een richtlijn aan wie de vraag te stellen staat vermeld achter de vraag (M=manager, O=opleider, B=beiden). Hier kan in de praktijk van afgeweken worden.)*

1. *Wij zijn geïnteresseerd in het besluitvormingsproces t.a.v. de keuze om een VS/PA binnen uw organisatie [naam] op te leiden (M)*
  - Hoe heeft deze besluitvorming plaatsgevonden?
  - Wie waren betrokken bij het besluit?
  - Wat is voor u de reden om voor een VS of PA, en dus niet voor een andere discipline te kiezen?
2. *Wat zijn, voor uw organisatie [naam], de redenen om een VS/PA op te leiden? (M)*
  - Met welk doel is uw organisatie [naam] het opleidingstraject van de VS/PA gestart?
  - Welke voordelen ziet u?
  - Welke nadelen ziet u?
  - Wat maakt het voor uw organisatie [naam] aantrekkelijk om een VS/PA op te leiden?
3. *Op welke wijze denkt u de VS/PA binnen uw organisatie in te zetten? (B)*
  - Voor welke patiënten?
    - Op basis waarvan is dit bepaald?
    - Wie zijn betrokken bij deze keuze?
  - Voor welke patiëntgebonden taken?
    - Op basis waarvan is dit bepaald?
    - Wie zijn betrokken bij deze keuze?
  - Voor welke niet-patiëntgebonden taken?
    - Op basis waarvan is dit bepaald?
    - Wie zijn betrokken bij deze keuze?
  - Wat is de verhouding tussen patiëntgebonden taken en niet-patiëntgebonden taken?
4. *Welke verwachtingen heeft u ten aanzien van het opleidingstraject? (indien niet al aan de orde gekomen bij vraag 1 of 2) (B)*
5. *Op welke wijze heeft uw organisatie zich voorbereid op de start van het opleidingstraject van de VS/PA?*
6. *Wij zijn geïnteresseerd in het besluitvormingsproces ten aanzien van het aanstellen van de opleider (B)*
  - Welke factoren hebben een rol gespeeld? (B)
  - Welke positieve zaken ziet u aan opleider zijn? (O)
  - Welke negatieve zaken ziet u aan opleider zijn? (O)

**Dank voor uw medewerking!**

De interviews worden volledig uitgewerkt en geanalyseerd. Deze uitwerking sturen wij naar u op zodat u deze desgewenst kunt controleren en/of eventuele aanvullingen aan ons kunt doorgeven. Dit voorjaar wordt een korte tussenrapportage voor de stuurgroep gemaakt. De eindrapportage verwachten wij medio 2017.

*Voor de opleider:* Over een jaar en aan het einde van het opleidingstraject van de VS/PA wordt u nog een keer geïnterviewd. We nemen t.z.t. hierover contact met u op. In de komende periode wordt u tevens gevraagd een korte online vragenlijst in te vullen, waarmee inzicht wordt verkregen in de werkzaamheden van de VS/PA en de begeleidingstijd. Deze vragenlijst wordt eens per 4 maanden uitgezet tot het einde van de opleiding.

*Voor de manager:* Aan het einde van het opleidingstraject van de VS/PA wordt u nog een keer geïnterviewd. We nemen t.z.t. hierover contact met u op.

## **Protocol ten behoeve van het interview**

### **Centrale onderzoeksvraag**

- Welke factoren spelen een rol t.a.v. de adoptie van het opleidingstraject van een VS of PA binnen de organisatie?

Het interview is semigestructureerd.

### **Topics**

- Besluitvormingsproces;
  - redenen, doelen en verwachtingen
  - inzet VS/PA

### **Onderzoekseenheden/ meetmomenten**

Huisartsen

Managers/ projectleiders

### **Theoretische achtergrond**

- Fasen van implementeren<sup>1</sup>
- TICD Checklist<sup>2</sup>

### **Analyse**

Kwalitatief: inductieve inhoudsanalyse

<sup>1</sup>Grol, R., & Wensing, M. (2011). Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business.

<sup>2</sup>Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., . . . Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implementation Science 8(35), 1-11.

## Theoretische achtergrond

### Fasen van implementatie (Grol & Wensing, 2011)

Het proces van verandering en implementatie welke een individu of team moet doormaken om tot het integreren van een innovatie te komen kent verschillende fasen. In de laatste kolom staat aangegeven welke fasen op welke meetmomenten aan de orde komen.

1	<b>Oriëntatie</b>	Gericht om de organisatie/professionals rijp te maken voor verandering. De doelgroep moet zich <b>bewust worden</b> van, <b>interesse krijgen</b> in en <b>betrokken raken</b> bij de innovatie. Activiteiten richten zich op verspreiding en een presentatie waarbij men het gevoel krijgt dat het belangrijk is.	(T0)
2	<b>Inzicht</b>	Gericht om de doelgroep te informeren over de innovatie en inzicht te geven in feitelijke zorgverlening. Het draait om <b>kennis en begrip van de beoogde verandering</b> en <b>inzicht in eigen werkwijze</b> . Activiteiten richten zich op informatieoverdracht over de inhoud van de innovatie en inzicht moet leiden tot een gevoel dat verandering noodzakelijk is en dat men daar verantwoordelijk voor is.	(T0)
3	<b>Acceptatie</b>	Nadruk op de motivatie van de doelgroep om echt tot verandering over te gaan. Hierbij zijn een <b>positieve houding, motivatie</b> ten aanzien van de verandering en de <b>intentie of besluit</b> om te gaan veranderen van belang. Activiteiten richten zich op het afwegen van de voor- en nadelen en inzicht in hoe de innovatie in de eigen werksituatie toegepast zou kunnen worden.	T0
4	<b>Verandering</b>	Bij de <b>invoering van de verandering</b> in de praktijk wordt de mogelijkheid geboden ervaring op te doen, benodigde vaardigheden aan te leren en praktische en organisatorische aanpassingen te realiseren. De zorgverlener of team concluderen op <b>bevestigen</b> op basis van toepassing het <b>nut en effect</b> van de veranderingen	T1 / T2
5	<b>Behoud</b>	De nieuwe werkwijze wordt een vast onderdeel van de dagelijkse routine en de processen. Het bestaat uit de <b>integratie van de verandering in bestaande routines</b> en <b>verankering in de organisatie</b> . Dit wordt bewerkstelligd door inpassen in bestaande zorgprotocollen of zorgplannen en het blijvend vervullen van organisatorische, financiële en structurele voorwaarden voor een blijvende toepassing.	T2

**Interview protocol T1 en T2**

**Cohort 2013 en 2014 –  
T1 en T2 - Interviewprotocol opleiders en managers**

Naam interviewer: .....

Datum interview: .....

Tijdsduur interview: .....

Dossiernummer: .....

Naam geïnterviewde: .....

Functie geïnterviewde: .....

## Instructie

Per vraag is een beginvraag geformuleerd. Indien de tekst schuin gedrukt staat betreft het een inleiding. Na het oplezen van de vraag is de aandacht gericht op de geïnterviewde. Indien deze de vraag niet begrijpt of niet reageert, is het gebruik van alternatieve beginvragen geïndiceerd.

Na het formuleren van de (alternatieve) beginvraag, krijgt de geïnterviewde de mogelijkheid om zelf te reageren. Doorvraagmogelijkheden staan onder de vraag aangegeven met een pijl. Het is niet noodzakelijk om alle vragen achter een pijl te stellen. Bij sommige vragen wordt verwezen naar de TICD Checklist, een vertaling van de factoren ten behoeve van dit interview staat vermeld bij onderdeel A. Dit schema kan tevens gebruikt worden als aantekeningformulier tijdens het interview.

Tijdens het interview zijn verschillende non-verbale gesprekstechnieken van belang. Indien de geïnterviewde praat over een topic dat niet op de lijst staat, dan is doorvragen nodig. Hieronder volgen een aantal aanwijzingen gedurende het interview<sup>3</sup>

- Creëer een comfortabele sfeer van openheid, vertrouwen, ruimte door bijvoorbeeld aan te sluiten op het
- Taalgebruik en informatieniveau van de ondervraagde.
- Luister actief
- Wees niet bang voor stiltes. Daardoor wordt de ondervraagde juist uitgenodigd meer te vertellen
- Wees jezelf bewust als interviewer en reflecteer op je eigen gedrag. Maak daarover ook aantekeningen.
- Ga er niet te snel van uit dat je hetzelfde bedoelt. Check dit af door opnieuw te formuleren, of samen te vatten
- Vraag naar opheldering bij tegenspraken of verdraaiingen.
- Tactvol onbegrip tonen en door uitbreiding te vragen: "Hoe gaat dat dan?", "Vertel er eens iets meer over?"

### Manieren om door te vragen:

- Samenvatten van voorafgaande: "Dus als ik het goed begrijp"
- Herhalen van wat gezegd is (echo-en), of stiltes gebruiken
- Dezelfde vraag anders formuleren
- Laten beschrijven of naar details vragen: "Hoe gaat X?"
- Herhalen van het doel van het onderzoek
- Indirecte vragen: actievragen (wat doe je als...), projectieve vragen/ depersonalisatie (in de krant stond...), hypothetische vragen (ideaal voorstellen), normatieve vragen (wat vindt u als u dat hoort, X of Y?)

### **Structureren**

- Samenvatten
- Ingang in het gesprek markeren
- Niet afgemaakte onderwerpen weer in brengen
- Afchecken van vermoedens

<sup>3</sup> Wester, F. (1995) Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Coutinho, Bussum



## **Inleiding interviewer**

Ik ben .....en ben verbonden aan ..... te ..... In het kader van het project Versterking Opleiding VS/PA Huisartsenzorg wordt een onderzoek verricht om inzicht te geven in kansen en knelpunten bij het opleiden van VS/PA in de huisartsenzorg.

In september 2013 of 2014 is de VS/PA van uw organisatie [naam] gestart met de opleiding. Dit interview is bedoeld om inzicht te krijgen in de factoren die, volgens u, het opleidingstraject hebben beïnvloed. En welke factoren een rol spelen bij de structurele inzet in uw organisatie na afstuderen.

Het interview duurt maximaal 60 min. Ik zal af en toe aantekeningen maken om de lijn van het gesprek vast te houden. De informatie die u verstrekt, wordt strikt vertrouwelijk behandeld. Het interview wordt opgenomen op geluidsband zodat het interview volledig kan worden getranscribeerd en antwoorden kunnen worden gecodeerd en geanalyseerd. Bent u daarmee akkoord?

Heeft u tot dusver vragen?

## Onderdeel A: Bevorderende en belemmerende factoren in het opleidingstraject van de VS/PA

Voor dit onderzoek zijn we geïnteresseerd in zaken die een positieve invloed of een negatieve invloed hebben gehad op het opleidingstraject. Oftewel wat ging goed en wat ging minder goed.

1. Welke factoren hebben het opleidingstraject van de VS/PA beïnvloed? (afzetten tegen verwachting vooraf)

→ *Doelvragen aan de hand van TICD Checklist*

Nadruk op:

- Wat vindt u van het aansluiten van de opleiding bij de huisartsgeneeskunde? (qua organisatie en qua inhoud)
- Wat vindt u van het behaalde competentie niveau van de VS/PA? (en daarbij de zelfstandige inzetbaarheid van de professional)
- Welke aanbevelingen zou u willen geven aan de opleidingsinstituten qua inhoud, randvoorwaarden en uitvoering van de opleiding?
- Wat heeft bevorderend/ belemmerend gewerkt?
  - Welke invloed heeft dat gehad?
  - Op welke wijze beïnvloedt dat het vervolg? Op korte termijn en op lange termijn?
- Welke randvoorwaarden waren belangrijk voor uw organisatie om het opleidingstraject goed te laten verlopen?
- Welke aanbevelingen zou u willen geven aan collegae huisartsopleiders ten aanzien van inhoud, randvoorwaarden en uitvoering van de opleiding? (Mogelijk ook aanbevelingen aan VWS/OC&W, verzekeraars, etc)

2. Gaat de VS/PA na het afronden van de opleiding bij u in dienst blijven? (afzetten tegen verwachting vooraf)

Indien nee:

- Welke overwegingen hebben een rol gespeeld in uw besluit? (denk aan zorgprotocollen of zorgplannen en het blijvend vervullen van organisatorische, financiële en structurele voorwaarden)

Indien ja:

- Welke overwegingen hebben een rol gespeeld in uw besluit?
- Voor hoeveel Fte blijft de VS/PA bij u in dienst (evt andere contracten of samenwerkingen)?
- Op welke wijze gaat de functie van VS/PA binnen uw organisatie vormgegeven worden? (inhoud, taakherschikking)
- Heeft u veranderingen in uw organisatie doorgevoerd om de VS/PA structureel in te zetten? En zo ja, welke? (denk aan zorgprotocollen of zorgplannen en het blijvend vervullen van organisatorische, financiële en structurele voorwaarden)
- Welke randvoorwaarden waren voor u belangrijk om de VS/PA structureel in te gaan zetten?

3. Overige opmerkingen

Tot slot: Tevredenheid overall: zou u het nogmaals doen?/Collega aanbevelen?

TICD Checklist

<i>Welke factoren hebben een rol gespeeld t.a.v. ...</i>	<i>Bevorderend</i>	<i>Belemmerend</i>
<i>de opleiding zelf</i>		
<i>de opleider en de VS/PA</i>		
<i>patiënten</i>		
<i>interacties/ processen binnen het team en met andere zorgprofessionals</i>		
<i>stimulansen en hulpbronnen financieel en niet-financieel</i>		
<i>het aanbrengen van veranderingen in de organisatie</i>		
<i>sociale en politieke omgeving</i>		

**Dank voor uw medewerking!**

De interviews worden volledig uitgewerkt en geanalyseerd. De eindrapportage verwachten wij medio 2017.

## Protocol ten behoeve van het interview

### Centrale onderzoeksvragen

- Welke factoren beïnvloeden het opleiden van PA's en VS-en in de huisartsenpraktijk?
- Welke factoren spelen een rol t.a.v. de structurele inbedding van de VS/PA in de huisartsenpraktijk/zorggroep/huisartsenpost?
- In hoeverre zijn huisartsen tevreden over de aansluiting van de opleiding bij de huisartsgeneeskunde?
- In welke mate zijn de huisartsen aan het einde van de opleiding tevreden over het behaalde competentie niveau van de PA of de VS, en daaraan gekoppeld de inzet van de professional?

Het interview is semi-gestructureerd

### Topics

- Belemmerende en bevorderende factoren opleidingstraject VS/PA
- Factoren die structurele inzet van VS/PA beïnvloeden
- Tevredenheid over opleiding
- Tevredenheid over competentieniveau VS/PA

### Onderzoekseenheden/meetmomenten

Huisartsen opleiders

### Theoretische achtergrond

- Fasen van implementeren<sup>1</sup>
- TICD Checklist<sup>2</sup>
- Skill-mix change<sup>3</sup>

### Analyse

Kwalitatief: inductieve inhoudsanalyse

<sup>1</sup> Grol, R., & Wensing, M. (2011). Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business.

<sup>2</sup> Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., . . . Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science* 8(35), 1-11.

<sup>3</sup> Sibbald, B., Shen, J., McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of health services research* 9, 28-38.

## Theoretische achtergrond

### Fasen van implementatie (Grol & Wensing, 2011)

Het proces van verandering en implementatie welke een individu of team moet doormaken om tot het integreren van een innovatie te komen kent verschillende fasen. In de laatste kolom staat aangegeven welke fasen op welke meetmomenten aan de orde komen.

1	<b>Oriëntatie</b>	Gericht om de organisatie/professionals rijp te maken voor verandering. De doelgroep moet zich <b>bewust worden van, interesse krijgen</b> in en <b>betrokken raken</b> bij de innovatie. Activiteiten richten zich op verspreiding en een presentatie waarbij men het gevoel krijgt dat het belangrijk is.	(T0 )
2	<b>Inzicht</b>	Gericht om de doelgroep te informeren over de innovatie en inzicht te geven in feitelijke zorgverlening. Het draait om <b>kennis en begrip van de beoogde verandering en inzicht in eigen werkwijze</b> . Activiteiten richten zich op informatieoverdracht over de inhoud van de innovatie en inzicht moet leiden tot een gevoel dat verandering noodzakelijk is en dat men daar verantwoordelijk voor is.	(T0 )
3	<b>Acceptatie</b>	Nadruk op de motivatie van de doelgroep om echt tot verandering over te gaan. Hierbij zijn een <b>positieve houding, motivatie</b> ten aanzien van de verandering en de <b>intentie of besluit</b> om te gaan veranderen van belang. Activiteiten richten zich op het afwegen van de voor- en nadelen en inzicht in hoe de innovatie in de eigen werksituatie toegepast zou kunnen worden.	T0
4	<b>Verandering</b>	Bij de <b>invoering van de verandering</b> in de praktijk wordt de mogelijkheid geboden ervaring op te doen, benodigde vaardigheden aan te leren en praktische en organisatorische aanpassingen te realiseren. De zorgverlener of team concluderen op <b>bevestigen</b> op basis van toepassing het <b>nut en effect</b> van de veranderingen	T1 / T2
5	<b>Behoud</b>	De nieuwe werkwijze wordt een vast onderdeel van de dagelijkse routine en de processen. Het bestaat uit de <b>integratie van de verandering in bestaande routines</b> en <b>verankering in de organisatie</b> . Dit wordt bewerkstelligd door inpassen in bestaande zorgprotocollen of zorgplannen en het blijvend vervullen van organisatorische, financiële en structurele voorwaarden voor een blijvende toepassing.	T2

## Factoren en determinanten TICD Checklist (Flottrop et al, 2013)

<p><b>Guideline factors</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Recommendations <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quality of evidence supporting the recommendation</li> <li>- Strength of recommendation</li> <li>- Clarity</li> <li>- Cultural appropriateness</li> <li>- Accessibility of the recommendation</li> <li>- Source of the recommendation</li> <li>- Consistency with other guidelines</li> </ul> </li> <li>– Recommended clinical intervention <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feasibility</li> <li>- Accessibility of the intervention</li> </ul> </li> <li>– Recommended behaviour <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compatibility</li> <li>- Effort</li> <li>- Trialability</li> <li>- Observability</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Individual health professional factors</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Knowledge and skills <ul style="list-style-type: none"> <li>- Domain knowledge</li> <li>- Awareness and familiarity with the recommendation</li> <li>- Knowledge about own practice</li> <li>- Skills needed to adhere</li> </ul> </li> <li>– Cognitions (including attitudes) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agreement with the recommendation</li> <li>- Attitudes towards guidelines in general</li> <li>- Expected outcome</li> <li>- Intention and motivation</li> <li>- Self-efficacy</li> <li>- Learning style</li> <li>- Emotions</li> </ul> </li> <li>– Professional behaviour <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nature of the behaviour</li> <li>- Capacity to plan change</li> <li>- Self-monitoring or feedback</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Patient factors</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patient needs</li> <li>– Patient beliefs and knowledge</li> <li>– Patient preference</li> <li>– Patient motivation</li> <li>– Patient behaviour</li> </ul>	<p><b>Professional interactions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Communication and influence</li> <li>– Team processes</li> <li>– Referral processes</li> </ul>
<p><b>Incentives and resources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Availability of necessary resources</li> <li>– Financial incentives and disincentives</li> <li>– Nonfinancial incentives and disincentives</li> <li>– Information system</li> <li>– Quality assurance and patient safety systems</li> <li>– Continuing education system</li> <li>– Assistance for clinicians</li> </ul>	<p><b>Capacity for organisational change</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mandate, authority, accountability</li> <li>– Capable leadership</li> <li>– Relative strength of supporters and opponents</li> <li>– Regulations, rules, policies</li> <li>– Priority of necessary change</li> <li>– Monitoring and feedback</li> <li>– Assistance for organisational changes</li> </ul>
<p><b>Social, political and legal factors</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Economic constraints on the health care budget</li> <li>– Contracts</li> <li>– Legislation</li> <li>– Payer of funder policies</li> <li>– Malpractice liability</li> <li>– Influential people</li> <li>– Corruption</li> </ul>	

– <i>Political stability</i>	
------------------------------	--

**Skill-mix change (Sibbald, et al. 2004).**

- *enhancement* – increasing the depth of a job by extending the role or skills of a particular group of workers,
- *substitution* – expanding the breadth of a job, in particular by working across professional divides or exchanging one type of worker for another,
- *delegation* – moving a task up or down a traditional unidisciplinary ladder,
- *innovation* – creating new jobs by introducing a new type of worker.

