

De zelfstandigheid van doktersassistenten

Frank Peters
Annet Jager

In opdracht van de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten

Nijmegen, augustus 2013



Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

© 2013 Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt, Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt te Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photo print, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding onderzoek	1
1.2	Onderzoeksvragen	1
1.3	Opzet van het onderzoek	2
1.4	Opbouw van dit rapport	3
2	Veldwerk	5
2.1	Casussen	5
2.2	Webbased enquête	6
2.3	Vragenlijsten	9
3	Resultaten van de interviews	11
3.1	Uitvoering taken	11
3.2	Gebruik protocollen	15
3.3	Afwijken van protocol en aanwijzingen arts	17
3.4	Beschikbaarheid protocol en arts	18
3.5	Complexiteit	20
3.6	Eerste bevindingen	21
4	Resultaten van de enquête onder doktersassistenten	23
4.1	Zelfstandigheid en taken	23
4.2	Zelfstandigheid en niveau beroepsopleiding	25
4.3	Zelfstandigheid en protocollen	26
4.4	Optiek van de arts	28
4.5	Resumé	29
5	Beantwoording onderzoeksvragen	31
	Bijlagen	35
	Bijlage 1 – Begeleidingscommissie	37
	Bijlage 2 – Vragenlijst casestudies	39
	Bijlage 3 – Vragenlijst webbased enquête	43

1 Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

De opleiding Doktersassistent is een mbo-opleiding op niveau 4. In het Kwalificatiedossier Doktersassistent is door kenniscentrum Calibris - namens sociale partners en onderwijsveld gezamenlijk - vastgelegd wat aan het eind van hun opleiding van (aankomend) doktersassistenten wordt verwacht. Het kwalificatiedossier is gebaseerd op het Beroepsprofiel Doktersassistent uit 2004, dat kerntaken, kernopgaven en competenties beschrijft, waarin is vastgelegd welke eisen er vanuit de beroepspraktijk en ontwikkelingen in de branche worden gesteld aan de competenties van een (volleerd) doktersassistent.

In september 2012 verscheen een nieuw, geactualiseerd beroepscompetentieprofiel (BCP) van de doktersassistent, dat in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) ontwikkeld is door Calibris. Het nieuwe BCP is beschreven aan de hand van het model van de Canadian Medical Education Directives for Specialists 2005 (het zogenoemde CanMEDS-model), een veelgebruikt model om zorgberoepen te beschrijven. Ook de competentieprofielen van de huisarts en de praktijkondersteuner zijn volgens dit model opgesteld.

Naar de mening van de NVDA komt in het nieuwe beroepscompetentieprofiel de zelfstandigheid van de doktersassistent onvoldoende tot uitdrukking. Reden daarvan is dat in het profiel het handelen van de doktersassistent volgens de NVDA voortdurend wordt gekoppeld aan richtlijnen, protocollen en werkafspraken. De NVDA vindt dat daarmee geen recht wordt gedaan aan situatie in de beroepspraktijk en aan de rol van de assistent als 'medical expert'. Volgens de NVDA is in het profiel de deskundigheid van de doktersassistent 'teveel naar de achtergrond verschoven'.¹

De kritiek van de NVDA heeft ertoe geleid dat het beroepscompetentieprofiel door haar is geëitimeerd voor de duur van 1 jaar, dus tot oktober 2013. In de tussentijd zal het NVDA onderzoek doen naar de feitelijke zelfstandigheid van de doktersassistent in de praktijk. Als de resultaten daartoe aanleiding geven, dienen die te worden betrokken in de aanpassing van het beroepscompetentieprofiel. De NVDA heeft het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) gevraagd het onderzoek naar de zelfstandigheid van de doktersassistent uit te voeren.

1.2 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag is of de feitelijke zelfstandigheid en deskundigheid van de doktersassistent voldoende tot uitdrukking komt in het beroepscompetentieprofiel, of dat er aanpassingen nodig zijn. Om dat te bepalen, moeten in het onderzoek de volgende vragen worden beantwoord:

1 Uit de notitie 'Onderzoeksopdracht zelfstandigheid DA' van de NVDA (versie 31 oktober 2012).

1. Kan de doktersassistent in alle werksituaties terugvallen op richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken? In welke situaties wel en in welke niet?
2. Welke richtlijnen, protocollen en werkafspraken past de doktersassistent vooral toe? Welke van deze richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken zijn door en voor de doktersassistent ontwikkeld?
3. Sluiten beschikbare richtlijnen, protocollen en werkafspraken volledig en eenduidig aan op de werksituatie of moet de doktersassistent op grond van de werksituatie/zorgvraag:
 - a. zelfstandig een keuze maken over de toepassing van de richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken, en/of
 - b. de richtlijnen, protocollen en werkafspraken interpreteren alvorens ze te kunnen toepassen, en/of
 - c. de richtlijnen/ protocollen en werkafspraken met elkaar combineren alvorens ze te kunnen toepassen?
4. Als zich situaties voordoen zoals bedoeld onder de vragen 3a, 3b en 3c, handelt de doktersassistent dan op basis van eigen deskundigheid of valt zij dan terug op de arts?
5. Als richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken *ontbreken*, handelt de doktersassistent dan op basis van eigen deskundigheid of valt zij dan terug op de arts?
6. Sluit op het punt van de zelfstandigheid van de doktersassistent het beroepscompetentieprofiel van de doktersassistent aan op het competentieprofiel van de huisarts en de praktijkondersteuner?

1.3 Opzet van het onderzoek

Bij het formuleren van de aanpak hebben we ons laten leiden door bovengenoemde vragen en door het uitgangspunt dat de zelfstandigheid van de doktersassistent primair vorm krijgt in de samenwerking en afstemming van werkzaamheden met de arts, praktijkondersteuner en andere collega's. De (ervaren) doktersassistent staat in het onderzoek dan ook weliswaar centraal, maar we betrekken daarbij ook andere beroepkrachten waarmee de doktersassistent te maken heeft. Verder zijn we er van uitgegaan dat het onderzoek niet is gericht op een in kwantitatief opzicht representatief beeld, maar op kwalitatief voldoende diepgang en voldoende dekking van de bestaande variëteit in de beroepspraktijk van doktersassistenten.

Het onderzoek bestaat uit drie fasen: een voorbereidingsfase, een veldwerkfase en een analyse- en rapportagefase. In de *voorbereidingsfase* is het begrip *zelfstandigheid* geoperationaliseerd, zijn de casussen en respondenten voor het veldwerk geselecteerd en is de vragenlijst geconstrueerd. Dit gebeurde in overleg met de begeleidingscommissie die door de NVDA voor het onderzoek was gevormd. De commissie bestond uit vertegenwoordigers van organisaties die bij de totstandkoming van het beroepscompetentieprofiel waren betrokken. De namen van de commissieleden staan in bijlage 1.

In de *veldwerkfase* zijn in een aantal organisaties interviews gehouden met doktersassistenten, artsen en andere medewerkers. Doel daarvan was om de mate van zelfstandigheid van doktersassistenten in kaart te brengen in voorzieningen waarin de meeste doktersassistenten werkzaam zijn. De NVDA en de begeleidingscommissie hebben bemiddeld bij het maken van afspraken voor de interviews.

Vervolgens zijn de uitkomsten van de interviews getoetst bij ervaren (vakvolwassen) dokters-assistenten. Dat gebeurde via een webbased enquête, waarbij een uit het ledenbestand van de NVDA geselecteerde groep doktersassistenten per e-mail en deels per brief is uitgenodigd een online vragenlijst in te vullen.

In de *analyse- en rapportagefase* zijn op basis van de uitkomsten van beide veldwerkactiviteiten de onderzoeksvragen beantwoord. Het onderzoek heeft geresulteerd in voorliggend rapport. Een conceptversie van het rapport is besproken met de begeleidingscommissie.

1.4 Opbouw van dit rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 beschrijven we de (selectie van) casussen en respondenten en de opbouw van de enquête. De uitkomsten van de casestudies staan in hoofdstuk 3 en van de webbased enquête in hoofdstuk 4. Het rapport wordt in hoofdstuk 5 afgesloten met een beantwoording van de onderzoeksvragen en conclusies.

2 Veldwerk

2.1 Casussen

Informatie over de (mate van) zelfstandigheid van de doktersassistenten zijn in eerste instantie verzameld via face-to-face interviews onder de beroepsgroep zelf, huisartsen en andere medewerkers. Dat gebeurde via de methodiek van de triangulatie, waardoor per casus informatie via verschillende bronnen (i.c. drie typen informanten) wordt verkregen. Door vanuit verschillende invalshoeken naar de zelfstandigheid van de doktersassistent te kijken, kan worden geïdentificeerd in welke opzichten percepties van verschillende belanghebbenden met elkaar overeenstemmen dan wel afwijken.

Volgens de laatste versie van het beroepscompetentieprofiel zijn doktersassistenten werkzaam in diverse soorten (zorg)instellingen: huisartsenpraktijk, huisartsenpost en spoedeisende hulp, gezondheidscentrum/eerstelijnscentrum, ziekenhuis (polikliniek, operatieafdeling, radiotherapieafdeling), GGD, jeugdgezondheidszorg, arbodienst, laboratorium/ bloedbank, asielzoekerscentrum, verpleeghuis, gevangenis, defensie, instelling voor gehandicaptenzorg en privékliniek. Dat is een grote variëteit aan organisaties, maar uit onderzoek van Prismant blijkt dat het merendeel van de doktersassistenten werkzaam is in een huisartsenvoorziening.²

In overleg met de begeleidingscommissie zijn vier typen voorzieningen geselecteerd waarmee de variëteit in de beroepspraktijk van doktersassistenten, voor de meerderheid van assistenten in kaart kan worden gebracht. Dat zijn: een huisartsenpraktijk, huisartsenpost, gezondheidscentrum en ziekenhuis. Door deze variëteit in voorzieningen kan duidelijk worden of zaken als de organisatie van het werk, de rol van betrokkenen (zoals huisarts en/of werkgever) en de schaal van de organisatie van invloed zijn op de wijze waarop de zelfstandigheid van doktersassistenten vorm krijgt.

De *huisartsenpraktijk* bestond uit een huisarts, praktijkondersteuner, drie praktijkassistenten (doktersassistenten) en een diabetes verpleegkundige. Met de huisarts en een van de assistenten is een interview gehouden.

De *huisartsenpost* is verantwoordelijk voor de acute huisartsgeneeskundige zorg in avond, nacht en weekend en het faciliteren van de chronische eerstelijnszorg. Bij de huisartsenpost zijn meer dan 230 huisartsen aangesloten, die bij toerbeurt dienst doen op een van beide vestigingen van de huisartsenpost. Tijdens deze diensten verzorgen de huisartsen consulten en geven ze telefonisch adviezen. Daarnaast leggen ze visites af bij patiënten aan huis. De artsen worden ondersteund door doktersassistenten (65 in totaal, allemaal parttime in dienst) die veelal werkzaam zijn als triagist. Ook zijn er baliemedewerkers en chauffeurs. De dagelijkse bedrijfsvoering van iedere huisartsenpost ligt in handen van een locatiemanager.

² Verijdt, Frank & Willem van der Windt (2009). *De arbeidsmarkt van doktersassistenten*. Utrecht: Prismant.

Er zijn diverse medewerkers geïnterviewd: een teamleider, de locatiemanager, twee doktersassistenten (een spreekuur doktersassistent en een huisarts ondersteunende doktersassistent), een coördinerend doktersassistent en een huisarts.

Het *gezondheidscentrum* is een zogenoemd Academisch Gezondheidscentrum, waar geïntegreerde eerstelijnszorg door diverse professionals gegeven wordt. Het gezondheidscentrum werkt aan de verschuiving van zorg in het ziekenhuis naar zorg in de eerste lijn - dat wordt onder andere ondersteund met nieuwe technologie. In de huisartsenpraktijk die onderdeel is van het centrum werken vijf huisartsen, een waarnemend huisarts, een huisarts in opleiding, een manager gezondheidscentrum, een praktijkverpleegkundige, een praktijkondersteuner chronisch zieken en ouderenzorg, een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg, twee coördinerend praktijkassistentes, vijf praktijkassistentes en een financieel medewerkster. Met vier medewerkers zijn interviews gehouden: een coördinerend doktersassistent, een huisarts, een praktijkondersteuner huisarts en de praktijkmanager.

In het *ziekenhuis* zijn interviews gehouden in de polikliniek Neurologie. Hierin behandelen neurologen in opleiding onder supervisie van een stafid neurologie en geassisteerd door polikliniekassistenten (doktersassistenten), mensen met aandoeningen van het zenuwstelsel of spierstelsel. Er zijn interviews gehouden met het hoofd van de polikliniek, een assistent en een neuroloog in opleiding.

In totaal is in de vier voorzieningen met 15 respondenten een interview gehouden (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 – Respondenten per organisatie

Type voorziening	Respondenten					Totaal
	Dokters-assistent ¹	Praktijk-ondersteuner	Arts	Arts / werkgever	Werkgever ²	
Huisartspraktijk	1			1		2
Gezondheidscentrum	1	1	1		1	4
Huisartsenpost	3		1		2	6
Ziekenhuis	1		1		1	3
Totaal	6	1	3	1	4	15

1: Inclusief beroepsvarianten zoals coördinerend doktersassistent, huisartsondersteunende doktersassistent, spreekuur doktersassistent en triagist.

2: Inclusief leidinggevende functies zoals locatiemanager, praktijkmanager en teamleider.

2.2 Webbased enquête

De algemene geldigheid van de uitkomsten van de interviews is onderzocht bij een representatieve groep doktersassistenten. Daarvoor heeft de NVDA in eerste instantie contactgegevens van 332 doktersassistenten geleverd. Deze mensen zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek middels een brief (verstuurd door de NVDA) en via een e-mail (verstuurd door KBA).

Bij het versturen van de e-mail bleken 63 adressen niet meer in gebruik of verkeerd te zijn (van deze mail adressen werd een bounce ontvangen).

Enkele dagen na het versturen van de uitnodigingen is er per e-mail gerappelleerd.

Aangezien de respons, ook na het rappel, onvoldoende was, is er voor gekozen om nog eens 192 doktersassistenten uit het ledenbestand van NVDA te benaderen. Deze tweede groep is alleen per e-mail uitgenodigd. Ook in deze groep bleken er e-mailadressen verkeerd geregistreerd te staan of betrof het e-mailadressen die niet meer worden gebruikt. In totaal werden er 36 bounce-mails ontvangen. Deze 36 moet van het totaal van 192 gehaald worden, omdat we zeker weten dat deze groep de uitnodiging niet heeft ontvangen (dit in tegenstelling tot de mensen met een bounce-mail in de eerste groep, gezien het feit dat die groep ook per brief is uitgenodigd).

Tabel 2.2 geeft een overzicht van de steekproef naar type voorziening waar de doktersassistenten werkzaam zijn volgens de ledenadministratie van de NVDA:

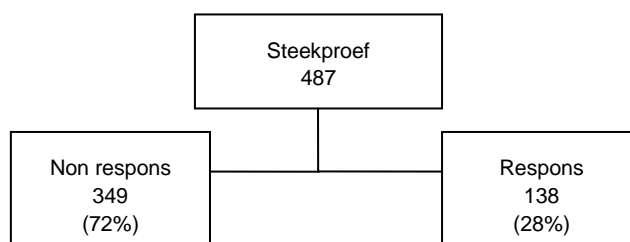
Tabel 2.2 – Steekproef doktersassistenten naar type voorziening

Voorzieningen	N 1 ^e steekproef	N 2 ^e steekproef	N totaal
Huisartsenpraktijk	115	114 - 29 = 85	199
Huisartsenpost	69	0	69
Gezondheidscentrum	78	0	78
Ziekenhuis	70	78 - 7 = 71	141
Totaal	332	156	487

Respons

Er hebben uiteindelijk 138 doktersassistenten meegewerkt aan het onderzoek. De behaalde respons is 28 procent. Figuur 1 geeft een overzicht van de non-respons en de responsverdeling.

Figuur 1 – Overzicht respons



Tabel 2.3 toont de verdeling van de respons naar type voorziening waar de doktersassistent werkzaam is. De respons is ongelijk verdeeld. Er is door deze responspercentages sprake van een oververtegenwoordiging van doktersassistenten werkzaam in een huisartsenpost.

Tabel 2.3 – Respons naar type voorziening (aantal doktersassistenten)

	N steekproef	N respons	Responspercentage
Huisartsenpraktijk	199	54	27%
Huisartsenpost	69	32	46%
Gezondheidscentrum	78	19	24%
Ziekenhuis	141	33	23%
Totaal	487	138	28%

De respons van de eerste steekproef bedroeg 32 procent, van de tweede steekproef 21 procent (zie tabel 2.4)

Tabel 2.4 – Respons naar steekproef en type voorziening

Voorzieningen	Eerste steekproef			Tweede steekproef		
	N steekproef	N respons	Percentage	N steekproef	N respons	Percentage
Huisartsenpraktijk	115	34	30%	85	20	24%
Huisartsenpost	69	32	46%	0	-	-
Gezondheidscentrum	78	19	24%	0	-	-
Ziekenhuis	70	20	29%	71	13	18%
Totaal	332	105	32%	156	33	21%

Er is sprake van een discrepantie in de administratie van NVDA en de antwoorden van de respondenten voor wat betreft de voorziening waar de respondent werkzaam is. Bovenstaande verdeling is gemaakt op basis van de gegevens zoals die bekend zijn bij NVDA. Wordt deze verdeling gemaakt op basis van de antwoorden van de respondenten, dan ontstaat een ander beeld (zie tabel 2.5).

Tabel 2.5 – Respons naar type voorziening

	N op basis administratie NVDA	N op basis antwoorden respondenten
Huisartsenpraktijk	54	60
Huisartsenpost	32	26
Gezondheidscentrum	19	20
Ziekenhuis	33	29
Anders	-	3
Totaal	138	138

Er is bij het bespreken van de resultaten voor gekozen om de indeling te hanteren zoals die gemaakt is op basis van de antwoorden van de respondenten (dus zoals in tabel 2.5). Die respondenten hebben verschillende functies (zie tabel 2.6).

Tabel 2.6 – Respondenten naar voorziening en functie

Voorzieningen	Functies				Totaal
	Doktersassistent*	Triagist	Coördinerend / leidinggevend doktersassistent of triagist	Anders	
Huisartsenpraktijk	49	0	8	3	60
Huisartsenpost	2	20	3	1	26
Gezondheidscentrum	13	2	5	0	20
Ziekenhuis	26	0	0	3	29
Anders	1	0	0	2	3
Totaal	91	22	16	9	138

* Inclusief 12 praktijkassistenten, 7 huisartsondersteunende doktersassistenten en 4 spreekuur doktersassistenten.

Belangrijkste kenmerken van de groep respondenten zijn dat meer dan driekwart als hoogste opleiding de mbo-opleiding Doktersassistent heeft gevolgd en 17 procent een opleiding op hbo-niveau. Meer dan 80 procent van de respondenten heeft ten minste 5 jaar werkervaring als doktersassistent en de helft 16 jaar of meer.

2.3 Vragenlijsten

De interviews in de zorginstellingen vonden plaats aan de hand van een semi-gestructureerde topiclijst, de enquête onder doktersassistenten via een sterk voorgestructureerde vragenlijst. De topiclijst voor de interviews is in de voorbereidingsfase geconstrueerd, de vragenlijst voor de enquête na afloop van de interviews.

In de interviews lag het accent sterk op de aanwezigheid en het gebruik van protocollen, richtlijnen en werkafspraken. De volledige vragenlijst is opgenomen in bijlage 2.

In de vragenlijst voor de webbased enquête is de aandacht voor het gebruik van protocollen verruimd naar andere indicaties voor de zelfstandigheid van doktersassistenten, zoals de samenwerking met collega's en de ruimte om het eigen werk te organiseren. De gebruikte vragenlijst staat in bijlage 3.

3 Resultaten van de interviews

In dit hoofdstuk doen we verslag van de interviews die in de vier typen voorzieningen zijn gehouden met zes doktersassistenten, drie artsen en vijf 5 medewerkers met een andere functie. Thema's in de interviews waren:

- uitvoering van taken: hoe gebeurt dat en onder welke voorwaarden?
- gebruik protocollen: hoe worden die gebruikt?
- afwijken van protocollen en aanwijzingen arts: gebeurt dat, wanneer en met welke gevolgen?
- beschikbaarheid protocol en arts: als die er niet zijn, hoe gaat de doktersassistent dan te werk?
- complexiteit: (wanneer) heeft een doktersassistent te maken met zaken als werkdruk in combinatie met nauwkeurigheid, stressvolle situaties of afbreukrisico's?

De volledige vragenlijst staat in bijlage 2.

3.1 Uitvoering taken

In de huisartsenpraktijk

In de huisartsenpraktijk voeren de doktersassistenten alle taken op het gebied van triage en de individuele gezondheidszorg uit op basis van richtlijnen, werkwijzen of voorwaarden. Triëren gebeurt zonder toezicht of tussenkomst van de arts, het uitvoeren van medisch technische handelingen met toezicht van de arts op afstand. Taken die te maken hebben met de praktijkvoering (logistiek, beheer, administratie), zijn een zaak van de assistenten zelf. Er zijn volgens de respondenten in deze huisartsenpraktijk geen taken die de assistent uitvoert onder direct toezicht van de arts of waarbij de assistent de arts assisteert.³

Het komt voor dat patiënten rechtstreeks bij een doktersassistent terechtkomen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij patiënten met een wond; die gaan direct naar de doktersassistent die op dat gebied de nodige scholing heeft gevolgd. Zonodig kan de hulp van de arts worden ingeroepen (*'als ik twijfel roep ik hem erbij'*), anders wordt achteraf aan de arts gerapporteerd hoe de assistent heeft gehandeld. Ook bij vervolgbehandelingen van de wond door de assistent, wordt de arts er regelmatig even bijgehaald, maar niet altijd.

In de praktijk hebben de assistenten een grote mate van zelfstandigheid in het afhandelen van telefoontjes van patiënten. Dat komt vooral omdat al werkende weg duidelijk is geworden hoe daarmee wordt omgegaan en de assistenten weten wanneer de arts direct moet worden geraadpleegd en wanneer iets achteraf kan worden besproken: *'als voor mij vanzelfsprekend is wat ik moet doen, ga ik echt niet overleggen'*. Maar als dat naar de inschatting van de assistent nodig is, bijvoorbeeld omdat iets anders gaat dan verwacht, wordt de dokter wel degelijk ge-

³ In andere huisartsenpraktijken is dat volgens de begeleidingscommissie wel degelijk het geval en assisteert de doktersassistent de arts bijvoorbeeld bij kleine chirurgische ingrepen.

raadpleegd: *'als we vinden dat we hem moeten storen [tijdens het spreekuur], dan storen we hem'.*

Doktersassistenten roepen met name direct de hulp van de arts in als ze een niet-pluis-gevoel hebben. In zo'n geval willen ze de bevestiging hebben dat wat ze (willen) doen juist is en goed gebeurt. Als er zaken van hen worden gevraagd waarvoor ze zich niet bekwaam voelen of waarvan ze te weinig kennis hebben, doen ze dat niet, ook als er niemand anders is die dat van hen kan overnemen. Een voorbeeld daarvan is het prikken van bloed, dat vrijwel niet voorkomt: *'als ik dan prik en ik blijkt het bloedvat niet te kunnen vinden, ga ik niet lopen klungelen, maar stuur ik de patiënt met een briefje naar het ziekenhuis.'*

In de huisartsenpost

In deze voorziening zijn alle doktersassistenten werkzaam als triagist. Enkele assistenten zijn daarnaast huisartsondersteunende doktersassistent (HODA) of spreekuur doktersassistent (SUDA). Alle assistenten voeren naar eigen zeggen hun taken uit volgens richtlijnen, protocollen en werkafspraken: die kennen ze (hebben ze paraat) en anders kunnen ze de klapper met protocollen raadplegen die binnen handbereik van elke triagist ligt. Telefonisch advies (bijvoorbeeld een verwijzing naar de eigen huisarts) doen ze geheel zelfstandig, zonder toezicht of tussenkomst van de dienstdoende huisarts. Een coördinerend doktersassistent schat dat dit zo'n vijftig tot zestig procent van de handelingen betreft. Wel dient de arts binnen een uur een fiat te geven op het telefonische advies. Als het gaat om een bezoek door de dienstdoende huisarts, is de afspraak dat dit wordt overlegd met de arts en dat de urgentie wordt gecheckt. Als huisartsondersteunende of spreekuur doktersassistenten een patiënt zonder toezicht of tussenkomst van een arts hebben behandeld, geldt dat de patiënt pas naar huis mag als de huisarts de handeling heeft gefiatteerd.

Taken die te maken hebben met de logistiek, beheer en administratie voeren de doktersassistenten uit volgens afspraak, zonder toezicht of tussenkomst van een dienstdoende arts (voor wie de huisartsenpost geen eigen praktijk is).

Belangrijkste voorwaarde om als triagist je werk snel en zelfstandig te kunnen doen, is dat de doktersassistent beschikt over medische kennis. Naar schatting van de teamleider neemt een triagist of assistent in 30 procent van de gevallen een beslissing op basis van protocollen en in 70 procent op basis van eigen inzicht (dat weer is gebaseerd op de kennis die ze heeft en de ervaring met het volgen van werkafspraken en protocollen).

In het gezondheidscentrum

De doktersassistenten in het gezondheidscentrum verzorgen triage, voeren medische handelingen uit en geven voorlichting en advies. In dit gezondheidscentrum gebeurt het weinig dat de doktersassistenten assisteren bij het uitvoeren van medische verrichtingen. De doktersassistenten ondersteunen ook de praktijkondersteuners die hier werken; ze voeren bijvoorbeeld diverse onderzoeken uit.

Triage gebeurt niet altijd standaard aan de telefoon, soms wordt daarvoor direct een afspraak gepland. De doktersassistenten in het gezondheidscentrum hebben een eigen spreekuur waarbij ze zonder direct toezicht van de arts handelingen verrichten zoals oren uitspuiten, injecties geven, hechtingen verwijderen, bloedonderzoek, bloeddrukcontroles, verzorgen van wonden, ECG, audio- en oortesten, longfuncties, bloeddrukmeten en het maken van uitstrijkjes. De doktersassistenten mogen hier heel veel waar het gaat om de medisch-technische handelingen, zo

wordt gezegd. Dat heeft onder andere te maken met een verschuiving van taken van de huisarts naar de doktersassistent: *'dat is hier zo gegroeid'*.

De POH - chronisch zieken en ouderenzorg - verwacht in de toekomst een toename en uitbreiding van het takenpakket van de doktersassistenten. Er wordt een toename van het aantal chronisch zieken verwacht en de praktijk zal zich meer in gaan zetten op risico-inventarisatie, preventie en voorlichting. De doktersassistenten zullen daarin meer taken gaan vervullen (door taakuitbreiding onder andere verschuiving van taken van POH naar doktersassistent).

In het gezondheidscentrum werken de doktersassistenten heel zelfstandig. Ze voeren alles uit en moeten dat in principe zelfstandig kunnen doen. Dat wordt ook van hen verwacht. Daarbij wordt er verwacht dat ze een kritische houding hebben, maar er is ook veel vertrouwen vanuit de organisatie. *'Je verricht met je eigen verantwoordelijkheid de handelingen zelf. Op een gegeven moment weet je hoe je iets moet doen. Dat zijn de handelingen die je als doktersassistent moet uitvoeren'*.

Alle advies van de doktersassistent aan patiënten wordt achteraf teruggelinkt aan de arts. Er is altijd een arts in de nabijheid op wie een beroep kan worden gedaan. De artsen moeten altijd hun fiat geven, zo nodig gebeurt dat achteraf. Volgens de gesproken medewerkers zijn de artsen eindverantwoordelijk voor alles wat de doktersassistent doet.⁴ De doktersassistenten mogen en moeten dus zaken bij de artsen neerleggen. Bij twijfel over hoe te handelen, overleggen doktersassistenten met hun collega en/of met de arts. Overleg van de doktersassistent met de huisarts is hier laagdrempelig, via computer, persoonlijk of via telefoon.

'Natuurlijk zijn sommige doktersassistenten meer ervaren in bepaalde dingen dan anderen en hebben ze zo hun eigen voorkeur'. 'Er moet hier veel van de doktersassistent zelf uitkomen'. 'Als je iets niet kan dan moet je er hulp bij vragen. Dat is een kritische houding waarvan wordt verwacht dat iedereen die hier werkt die heeft. 'Ik werk dus in principe zelfstandig, maar ik moet goed weten wanneer ik een arts moet raadplegen. Ik moet heel kritisch naar mijzelf kijken, naar wat ik kan en wat ik niet kan. Dat geldt hier voor iedereen die hier werkt, voor huisartsen en doktersassistenten. Als ik bijvoorbeeld heel lang niet heb bloed geprikt, dan val ik terug op een protocol of ga ik naar mijn collega. Het leren van elkaar is hier heel belangrijk.'

Er wordt hier veel waarde gehecht aan de kennis en kunde van alle medewerkers. De organisatie is erg gericht op leren en onderwijs, een horizontale organisatie waar verwacht wordt dat iedereen meedenkt. Wat een doktersassistent niet kan, zal ze moeten leren zo wordt gezegd.

Onder zelfstandigheid van de doktersassistent worden binnen het gezondheidscentrum onder andere de volgende zaken verstaan:

- een kritische houding hebben en kritisch handelen, dat de doktersassistent haar eigen grenzen weet, dat ze kritisch is, dat ze zich wil verbeteren;
- iets opzoeken of vragen als je het niet weet;
- zelfstandig handelen en anders de arts erbij roepen;
- beredeneerd kunnen afwijken van een protocol, maatwerk voor de patiënt kunnen leveren;

4 Dit mag zo worden ervaren, maar feitelijk is het de werkgever die verantwoorde zorg moet leveren (volgens de Kwalitywet zoginstellingen) en zijn medewerkers wel degelijk zelf verantwoordelijk voor hun handelen. Ook de doktersassistent heeft dus een eigen handelingsverantwoordelijkheid. Wel is het zo dat de arts verantwoordelijk is voor het medisch beleid: hij stelt de indicatie.

- ideeën inbrengen;
 - elkaar op de hoogte houden van hoe dingen moeten en nieuwe ontwikkelingen;
 - in een lijn werken;
 - flexibel zijn in een chaotische setting, snel iets tussendoor kunnen doen;
 - prioriteiten kunnen stellen (*'de patiëntenzorg gaat voor alles'*) en hart voor de zaak hebben.
- Deze kenmerken van de assistent worden belangrijker gevonden dan ervaring op zich: *'Onze doktersassistent heeft extra competenties, kan meer dan de standaard assistent. Dat merk je bijvoorbeeld als er invallers komen of mensen uit de opleiding. Die werken toch heel anders.'*

In het ziekenhuis

Patiënten die op de poli Neurologie komen hebben altijd een afspraak. De doktersassistenten ondersteunen de artsen bij hun polispreekuren. Ze assisteren de artsen onder andere bij de belangrijkste medische voorbehouden handelingen als een lumbaalpunctie en een spierbiopt. *'Wat ze bijvoorbeeld bij een lumbaalpunctie doen is zorgen dat de patiënt voorbereid is, dat hij weet wat er gaat gebeuren, dat hij in de goede houding ligt, dat alles netjes klaar staat. En ze zorgen - en dat is eigenlijk het belangrijkste - dat de patiënt tijdens de verrichting rustig blijft en regelen ook dat als jij het hersenvocht hebt afgenomen, dat het netjes gelabeld en verstuurd wordt. Zodat je als dokter eigenlijk alleen maar binnen hoeft te wandelen, hoeft te prikken en weer weg kunt gaan. Dan geeft ze de patiënt ook nog verdere instructies zoals wanneer die aan de bel moet trekken'.*

De assistentes voeren geen werkzaamheden uit waar ze niet bevoegd voor zijn. Een aantal verrichtingen wordt door de assistenten zelfstandig uitgevoerd zoals blaasscannen, blaasecho, ECG, bloeddrukmetingen, venapunctie, bloedprikken. Deze verrichtingen worden uitgevoerd na opdracht van de arts, die volgens de geïnterviewde doktersassistent uiteindelijk eindverantwoordelijk is (zie de opmerking hierover in voetnoot 4). *'Ik ben de enige die bevoegd gemaakt is voor het verrichten van een huidbiopt. Daar hebben ze inservice over gegeven, de arts is erbij, protocol over gemaakt. En door die arts ben ik dus bevoegd gemaakt. En er staat dus ook een handtekening van hem eronder in het systeem. Maar wij doen dus in feite geen enkele medische handeling, wij assisteren alleen. Dat zijn dus dingen aangeven erbij staan, de voorlichting geven et cetera, maar de arts die doet de handeling.*

De assistenten zijn verantwoordelijk voor de logistiek van de poli (zoals roosters maken en de administratie regelen) en hebben daar de regie in. Ze waarborgen een goede en efficiënte patiëntenstroom op de poli, onder andere door het regelen van afspraken en patiëntencontroles. Indien een aanvullend onderzoek voor een patiënt nodig is, zorgen de assistentes ervoor dat de juiste aanvragen bij de juiste afdeling terecht komen. *'We mogen artsen ook aanspreken op dingen waarvan wij denken dat ze niet goed gaan en hoe wij het graag willen hebben ten bate van goede zorg voor de patiënten'.*

Er is veel vertrouwen in de ervaren doktersassistenten: *'Wat je weet is dat als zij iets zeggen of als je hen iets vraagt, dat het dan ook gebeurt en dat het goed gebeurt. Of dat nou gaat om het regelen van een polikamer of het ondersteunen bij een verrichting: je weet gewoon dat als je hen iets vraagt, dat alles netjes klaar staat, dat alles supergoed is voorbereid, dat de patiënt goed geïnstrueerd is en dat maakt dat je dan efficiënt kan werken'*

De poli kent deelspecialismen. De doktersassistenten hebben zich dus ook gespecialiseerd in bepaalde disciplines en aandoeningen en hebben specifieke deeltaken. Patiënten kunnen bij-

voorbeeld ook rechtstreeks contact opnemen met een doktersassistent. En voor de arts in opleiding hebben de ervaren assistenten een coachende rol. *‘Jonge artsen bijvoorbeeld, die hier net komen, die sturen wij zelf aan. Wij leggen precies uit hoe ze het moeten doen en hoe wij het willen hebben en waar ze op moeten letten. Als ze willen weten hoe moet ik dit en dat aanvragen, zeggen wij dat ze naar ons komen. Wij weten dat gewoon veel beter, dat is een service die wij naar de arts-assistenten leveren. Zij moeten ook zoeken als nieuwe arts hoe het allemaal moet en daar kunnen wij ze bij ondersteunen.’*

3.2 Gebruik protocollen

In de huisartspraktijk

In de huisartspraktijk werken de assistenten weliswaar zoals wordt vereist, maar ze maken daarbij naar eigen zeggen niet tot nauwelijks gebruik van protocollen. Er is wel een map met protocollen, maar die wordt niet ingekeken: *‘dat weet je gewoon, dat heb je in je opleiding gehad’*. Protocollen spelen volgens de assistent vooral een rol in de opleiding. Illustratief in dit verband is dat een nieuwe stagiair die zich meldt, de vraag krijgt of ze de protocollen van de opleiding wil meenemen.

Afgezien van de protocollen die ‘ergens’ in een map terug te vinden zijn, wordt in de praktijk wel gewerkt volgens meer en minder expliciete mondelinge afspraken. Die zijn vaak al werkende weg ontstaan. Iedereen kent die afspraken en vertrouwt erop dat die worden nageleefd.

In de huisartsenpost

Zoals eerder aangegeven, voeren alle assistenten hun taken uit volgens richtlijnen, protocollen en werkafspraken. Voor medisch-technische handelingen zijn dat meestal de NHG-Standaarden.⁵ Maar er worden voor dergelijke handelingen ook zelf protocollen opgesteld (bijvoorbeeld een schedeltrauma protocol). Ook worden er wel NHG-Standaarden op onderdelen bijgesteld. Dat gebeurt door de medische adviseurs (huisartsen). Protocollen voor organisatorische zaken (bijvoorbeeld over de omgang met patiënten of wat te doen bij calamiteiten) worden opgesteld door de kwaliteitsmedewerker en/of leidinggevenden.

Sinds kort wordt gebruikgemaakt van het Nederlands Triage Systeem (NTG). Triëren is daarmee zeker geen zaak geworden van het simpel volgen van beslisbomen. Het NTG (*‘een dom systeem voor slimme mensen’*) ondersteunt en adviseert weliswaar de triagist, maar die moet beslist ook zelf blijven nadenken. Uiteindelijk is het de triagist die op basis van haar medische kennis en niet-pluis-gevoel (*‘maagklachten met zweterigheid of boeren kunnen ook iets cardiaals zijn’*) zelf een beslissing neemt - en die kan afwijken van het advies volgens de beslisboom. Wel worden door het systeem de protocollen beter en vaker nageleefd.

Doktersassistenten zijn niet betrokken bij het opstellen van protocollen. Door te melden dat er zaken niet goed gaan of onduidelijk zijn, kunnen zij wel de aanzet geven tot het opstellen of aanpassen van protocollen.

De huisartsondersteunende doktersassistenten mogen veertien hulpvragen (‘protocollen’) geheel zelfstandig uitvoeren. Daarvoor zijn ze geschoold. Voorbeelden zijn het behandelen van

5 NHG-standaarden zijn richtlijnen om het medische beleid in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen. Ze zijn opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap.

een bloedneus of een teek verwijderen. Dat gebeurt zonder de arts te raadplegen en zonder fysieke tussenkomst van de arts. Voordat de patiënt naar huis gaat, wordt dat wel door de arts gefiatteerd.

In het gezondheidscentrum

Protocollen en werkwijzen zijn leidend en vormen de basis voor het handelen. Er is een diversiteit aan protocollen, eigenlijk zijn overal protocollen voor. Het betreft protocollen hoe medisch te handelen: *'Dat heb ik allemaal op school geleerd. Je hele opleiding zit vol met leren omgaan met protocollen. Op een gegeven moment weet je dus hoe je iets moet doen.'*

Het betreft ook manieren waarop er binnen de praktijk gewerkt wordt, om afspraken over werkwijzen. Het kan gaan om landelijke protocollen waar een eigen invulling, een eigen werkwijze aan wordt gegeven. Het kan ook een uitbreiding betekenen. *'Je hebt afspraken nodig, vooral bij grotere praktijken als bij ons, daar is dus een diversiteit van.'*

Er is een protocollenmap en de protocollen staan op de computer. In de praktijk worden ze niet zo heel veel bekeken zo wordt gezegd. Doktersassistenten krijgen in hun opleiding de protocollen en richtlijnen en die zijn daardoor als het ware geïnternaliseerd. De doktersassistenten weten hoe er gewerkt moet worden aangezien dat hun dagelijkse gang van zaken is en hoeven de protocollen er niet zo vaak op na te slaan. Dat gebeurt bijvoorbeeld wel bij specifieke gevallen die minder vaak voorkomen, bij twijfel, bij onbekende hulpvragen, of ter opfrissing hoe iets zit als het lang niet is voorgekomen. *'Op school heb ik de triageklapper geleerd. Bij een onbekende hulpvraag zoek ik dingen op in deze klapper. Op een gegeven moment weet je hoe je iets moet doen. Soms moet je dingen even weer voor je zelf opzoeken hoe iets ook al weer zit als je iets minder vaak of langer geleden hebt gedaan. Bijvoorbeeld: elke periode van het jaar heeft zo weer dezelfde aandoeningen die veel voorkomen. Als je weer dat er weer iets gaat komen, dan zoek je dat even op en dan weet je het weer en ben je er op voorbereid....'*

De protocollen sluiten aan bij het werk en worden ook aangepast/verbijzonderd op de eigen praktijk. Zaken zijn vastgelegd, maar worden aan de hand van de nieuwste inzichten verbeterd. Soms bestaat er ook behoefte vanuit de doktersassistenten zelf en dan worden protocollen/werkwijzen aangepast of nieuw ontwikkeld. Binnen de organisatie kan iedereen zaken aankaarten die dan besproken en opgepakt worden. *'Als doktersassistent voel ik me en ben ik betrokken bij de organisatie. Wij hebben een keer per maand een gezamenlijk overleg - de werklunch - waar veranderingen besproken worden en waar je ook onderwerpen kan aankaarten.'* *'Als doktersassistent moet je je eigen bevoegdheid en bekwaamheid op orde houden, je moet je vak bijhouden. Dus ook scholing, bijvoorbeeld over bloeddrukmeting. Als je merkt dat er iets veranderd is, dan bespreek je dat hier met elkaar, dat kan dan leiden tot een aanpassing/nieuw protocol.'*

De praktijk is NHG-geaccrediteerd. Voor de accreditatie worden alle protocollen nog eens goed bekeken. Het is in de praktijk nog geen routine. *'Protocollen worden allemaal herzien met de accreditatie. Maar als we zelf of de huisarts of de assistenten ergens tegen aanlopen dan zullen we dat zelf ook eerder herzien. Dingen direct herzien als je denkt dat iets anders kan, net zoals vanochtend is gebeurd dat staat nu al op memo voor alle medewerkers.'*

In het ziekenhuis

De medische verrichtingen die de assistent of arts uitvoert staan beschreven in protocollen. Die zijn zogezegd ziekenhuisbreed (handboek verrichtingen) maar kunnen ook een specifieke afdeling betreffen, bijvoorbeeld voor een spierbiopsie. Werkafspraken en of protocollen worden dus door het ziekenhuis of door de poli zelf gemaakt. Dat laatste kan door de assistenten zelf worden gedaan of in samenspraak met een medisch specialist. De assistenten hebben de ruimte om veranderingen aan te dragen. De logistieke handelingen zijn niet in protocollen beschreven. Er wordt gewerkt met zogenoemde beslisbomen, die de assistenten ondersteunen in het logistieke proces betreffende de patiëntenzorg.

De assistenten worden ook betrokken bij de controle van de protocollen en werkwijzen. Dat gebeurt minimaal één keer per jaar en zondig worden ze aangepast.

3.3 Afwijken van protocol en aanwijzingen arts

In de huisartspraktijk

Protocollen spelen geen rol in deze huisartspraktijk. Volgens de doktersassistent heeft ze vooral in de opleiding en aan het begin van haar carrière geleerd hoe ze de diverse handelingen moet uitvoeren. Bij twijfel wordt de arts geraadpleegd en als een assistent zelfstandig een patiënt een advies heeft gegeven of heeft behandeld, wordt dat altijd aan de arts teruggekoppeld.

Zoals hiervoor aangegeven zijn er in de huisartspraktijk over tal van zaken meer of minder expliciete afspraken gemaakt. Er vindt altijd (achteraf) overleg plaats als daarvan wordt afgeweken.

In de huisartsenpost

Doktersassistenten werken in de huisartsenpraktijk volgens protocollen, maar kunnen daar zeker van afwijken; *'graag zelfs'*, zoals een leidinggevende aangeeft, *'je kunt je hier niet achter een protocol verschuilen'*. Dat is vooral het geval als de assistent (triagist) het gevoel heeft dat er iets niet pluis is (*'zonder dat gevoel kun je je werk niet doen'*) en daarom aan een bepaalde patiënt een hoger urgentie toekent dan het protocol adviseert. Sinds de invoering van het digitale systeem in de triage, worden dergelijke afwijkingen van het protocol geregistreerd. Naar schatting is dat in 15 tot 20 procent van de telefoontjes het geval.

Een arts beschrijft het gebruik van protocollen en het afwijken daarvan als het gebruik van een wegenkaart: *'protocollen zijn richtlijnen en fungeren als een vangnet voor triagisten die zelf de wegenkaart hebben waardoor ze met een andere route ook nog daar kunnen komen waar ze willen zijn'*.

Voorals spoedeisende hulp geboden is, kan worden afgeweken van het protocol dat alle visites vooraf worden overlegd met de telefoonarts, als het te lang duurt voordat die bereikbaar is. De triagist overlegt dan met de coördinerend doktersassistent of er direct, zonder tussenkomst van de arts, een ambulance kan worden geregeld.

In het gezondheidscentrum

Protocollen en werkwijzen zijn leidend en vormen de basis voor het handelen, maar ze zijn niet heilig zo wordt gezegd. Binnen het gezondheidscentrum wordt belangrijk gevonden dat iedereen 'vooral kritisch zelf blijft nadenken' en het 'gezonde verstand' blijft gebruiken. De doktersas-

sistent kan beredeneerd afwijken van het protocol, als de patiënt iets anders nodig heeft – maatwerk voor de patiënt - maar wel in overleg met de arts. De arts bepaalt uiteindelijk. Daaruit blijkt ook de deskundigheid van de doktersassistent, zo wordt gezegd. *‘Dat is voor ons huisartsen heel prettig. Je weet wat ze kunnen. We weten dat onze doktersassistenten heel deskundig zijn. Ze volgen protocollen, maar ze zijn ook flexibel en ze denken ook mee om maatwerk voor de patiënt te leveren en patiëntvriendelijk te handelen. Dat is de basiskwaliteit van onze doktersassistenten en vormt de cultuur binnen dit gezondheidscentrum. Dat maatwerk is niet te vangen in protocollen. Protocol legt het handelen vast daar kan dus beredeneerd van worden afgeweken, maar in overleg met arts en dat kan achteraf.’*

‘Ik vind het eigenlijk lastig te reageren op de vraag of je wel eens van een protocol afwijkt omdat je altijd zo gestructureerd werkt. Je voert een handeling uit volgens protocol omdat je niet anders gewend bent... maar een patiënt is geen protocol, een handeling wel. Dan wijk je dus wel af als de situatie van de patiënt dat vraagt of mogelijk maakt. Of als je weet dat dingen bij de patiënt wel vaker voorkomen. Bijvoorbeeld een vrouw die belt met vaginale klachten. Als ze het vaker heeft gehad, stel je bijvoorbeeld dezelfde medicatie voor. Ik check dan natuurlijk wel of het echt dezelfde klachten zijn. Je maakt dan een melding bij de arts en die bepaalt uiteindelijk of dat goed is of er iets anders dient te gebeuren’.

Er wordt door de doktersassistent eigenlijk niet afgeweken van de aanwijzingen van de arts, tenzij er goede redenen zijn en alleen bij noodzaak en overleg met de arts. De artsen bepalen het medische beleid en zijn daarvoor volgens de gesproken medewerkers verantwoordelijk. De doktersassistent heeft wel een kritische houding en dat wordt ook van haar verwacht (dat is dus haar verantwoordelijkheid): *‘Soms vraag ik me af, zou die huisarts dit of dat wel gezien hebben en dat check ik dan bij de arts’.*

In het ziekenhuis

Waar het gaat om de medische handelingen wordt niet afgeweken van de protocollen. *‘Als het bijvoorbeeld om een lumbaalpunctie gaat, je moet het gewoon op die manier doen, zo werkt het. Je kunt niet ineens zeggen van: ik doe het met een andere naald’.*

Zoals eerder aangegeven zijn de logistieke handelingen niet in protocollen beschreven. Assistenten hebben de vrijheid om dat zelf te regelen. Beslisbomen ondersteunen hen daarbij. *‘Er staat bijvoorbeeld op die beslisboom dat een patiënt bij een arts binnenkomt dat hij dan ook bij die arts blijft. Maar als het soms heel dringend is - een arts gaat soms drie weken op vakantie - dan heb ik voor mezelf de mogelijkheid om zelf te beslissen te gaan overleggen of die patiënt toch niet bij een andere arts terecht kan. Want wat je eigenlijk probeert is zo goed mogelijke kwaliteit van zorg aan de patiënt te geven, daar draait het in feite om’*

3.4 Beschikbaarheid protocol en arts

In de huisartspraktijk

In de huisartspraktijk is de arts tijdens het spreekuur altijd beschikbaar, maar dat betekent niet dat hij constant wordt geraadpleegd, ook als dat eigenlijk formeel wel zou moeten. De doktersassistent merkt daarover op: *‘als je alles strikt zou naleven, dan wordt de arts knettergek’* en *‘als ik elk telefoontje zou moeten overleggen, kan hij dat net zo goed zelf doen’.*

Het komt een enkele keer voor dat de arts tijdens het rijden van visites niet direct beschikbaar of bereikbaar is. In dat geval beslist de doktersassistent zelf wat er moet gebeuren: *'dan doe ik wat ik denk dat goed is'*. Dat wordt achteraf altijd teruggekoppeld aan de arts.

In de huisartsenpost

Voor vrijwel alles is er een protocol of gelden er afspraken over hoe moet worden gehandeld. Ook is er altijd op korte termijn een arts beschikbaar op wie een beroep kan worden gedaan. Als in spoedeisende situaties een arts niet snel genoeg bereikbaar is, handelt de doktersassistent naar eigen inzicht. Meestal gebeurt dat in overleg met collega's of een coördinerend doktersassistent. Achteraf wordt dit door de arts gefiatteerd.

In het gezondheidscentrum

Protocollen zijn beschikbaar, voor het meeste en noodzakelijke, maar niet voor alle taken en situaties. Een nieuwe ontwikkeling kan leiden tot het maken van een nieuw protocol.

De ene doktersassistent grijpt meer terug op protocollen dan een andere, maar dat heeft niet zo zeer met werkervaring te maken. *'Degene bij ons met de meeste ervaring heeft soms meer behoefte aan een protocol dan een andere doktersassistent. Zij kaart bijvoorbeeld wat vaker aan dat zaken beter beschreven/afgesproken kunnen worden'*.

Als er geen protocol is, volgt overleg met een andere doktersassistent en/of met de huisarts. De doktersassistent kan terugvallen op de arts. Het contact tussen de doktersassistenten en de huisartsen is goed. Er bestaan korte lijnen. Overleg direct met de huisarts is altijd mogelijk. In het gezondheidscentrum werken meerdere artsen waardoor een arts altijd wel bereikbaar is, al is het maar via de telefoon. Er is altijd een spoedarts aanwezig. Doktersassistenten kunnen bij alle artsen binnenlopen en kunnen ook overleggen via de computer. *'We houden wederzijds rekening met elkaar. De communicatie loopt soepel. Je houdt rekening met elkaars mogelijkheden; de doktersassistent met die van de arts en de arts met die van de doktersassistent. Hier is de onderlinge communicatie ideaal. Doktersassistenten kunnen altijd bellen of binnenlopen, maar ze hebben de professionaliteit om niet onnodig te storen. Ze weten dat ze kunnen vragen, maar vaak sparen ze hun vragen op voor na het spreekuur. Eigenlijk geldt: als het moet dan moet het, als het kan wachten, dan kan het wachten.'*

In het ziekenhuis

Voor vrijwel alles is er een protocol of gelden er afspraken over hoe moet worden gehandeld. De assistentes kunnen terugvallen op de protocollen. Bij twijfel gaan ze naar de supervisor. *'Maar dat komt natuurlijk ook door de organisatie. Een organisatie als deze moet wel dichtgetimmerd zijn. Er hoeft maar één ding fout te gaan en je staat met zulke chocoladeletters in de krant tegenwoordig.'*

Het komt bijna niet voor dat assistenten niet kunnen terugvallen op een arts. *'Wij hebben hier zoveel artsen rondlopen dat komt bijna niet voor. En alle arts-assistenten worden gesuperviseerd door een staflid, dus we hebben altijd één staflid sowieso voor de ondersteuning van de assistenten hier aanwezig'. 'Er lopen hier altijd genoeg dokters rond, de drempel is laag en je kunt altijd ergens een deur open trekken. En als er eens ergens een patiënt neerstort, het eerste wat ik dan doe is de deur open en de eerste arts die ik zie erbij halen'*

3.5 Complexiteit

In de huisartspraktijk

In deze huisartsenvoorziening komen vrijwel geen stressvolle situaties voor of situaties waarin sprake is van een hoog afbreukrisico. Zoals eerder aangegeven komt het een enkele keer voor dat de huisarts niet bereikbaar is op een moment dat spoedeisende hulp geboden is. Het is dan aan de doktersassistent om daarvoor te zorgen, bijvoorbeeld door het inschakelen van een collega-arts of het op eigen gezag oproepen van een ambulance.

In de huisartsenpost

Triagisten moeten met sterk uiteenlopende klachten van patiënten kunnen omgaan en in al die gevallen snel kunnen beslissen (een gemiddeld telefoontje duurt 5 minuten). Als spoed is geboden en de telefoonarts niet snel bereikbaar is, moet ze niet het protocol volgen maar initiatief nemen door dan zonnodig zelf een ambulance regelen. Achteraf wordt dat teruggekoppeld.

Sinds enige tijd is de balie van de huisartsenpost 's avonds, 's nachts en in het weekend ook de balie van de spoedeisende hulp voor patiënten die binnen komen lopen. Alle patiënten die naar de spoedeisende hulp gaan, komen dus bij de huisartsenpost terecht. Dit betekent dat spreekuur doktersassistent te maken kan krijgen met instabiele patiënten, patiënten die gereanimeerd moeten worden of patiënten die in de wachtkamer onwel worden. Zo nodig moet ze door middel van een versnelde ABCD-check, snel kunnen vaststellen of sprake is van levensbedreigend letsel of stoornissen en patiënten in die gevallen meteen naar de spoedeisende hulp kunnen verwijzen.

In het gezondheidscentrum

De doktersassistent in het gezondheidscentrum heeft dagelijks te maken met situaties van werkdruk waaronder ze wel nauwkeurig moet kunnen werken en prioriteiten moet kunnen stellen. Echte stressvolle onvoorziene of spoedeisende situaties komen ongeveer op wekelijkse basis voor. Ze worden tot het onderdeel van het werk van de doktersassistent gezien. *'Ben ik eigenlijk niet zo onder de indruk van. Ik ben heel stressbestendig. Dat is onderdeel van het werk.'*

In het ziekenhuis

Ook in het ziekenhuis komen vrijwel geen stressvolle situaties voor of situaties waarin sprake is van een hoog afbreukrisico. Patiënten komen allemaal op de poli met een afspraak, er is niet veel hectiek. *'Het kan wel, maar dat kan overal. Een patiënt kan onwel worden of wegraken, dan weten de assistentes wel wat ze moeten doen. Maar het is niet zo dat er hier veel hectiek is en we hebben ook niet hele acute gekke dingen.'*

Het type werk heeft wel een bepaalde complexiteit in zich. *'We hebben heel veel complexe dingen maar dat gaat wel allemaal. We hebben wel heel veel zieke mensen die binnen komen en mensen die dood gaan. En dan heb je veel te maken met familie. Neurologie is niet zo'n positieve afdeling vaak. Ik merk niet dat ik er last van heb om complexere dingen te doen, als je het eenmaal onder de knie hebt. En we hebben een hele goede leidinggevenden, dat is echt een rots in de branding.'*

3.6 Eerste bevindingen

Hoewel er in een beperkt aantal voorzieningen is gesproken over de zelfstandigheid van de doktersassistent, is daarvan wel een eerste beeld ontstaan. In de webbased enquête zal duidelijk worden of dit algemeen geldig is en verder worden aangescherpt.

In lijn met het Kwalificatiedossier Doktersassistent onderscheiden we in het takenpakket van de doktersassistent drie soorten taken: (i) zorgdragen voor intake, voorlichting en advies, (ii) bijdragen aan medische zorg en (iii) uitvoeren van organisatie- en praktijkgebonden taken.⁶ De interviews in de vier huisartsenvoorzieningen laten zien dat doktersassistenten de eerste twee groepen taken uitvoeren volgens protocollen (en richtlijnen en afspraken) en/of onder toezicht van een arts, direct of op afstand. De uitvoering van taken die te maken hebben met de praktijkvoering, is een zaak van doktersassistenten zelf. Daarvoor gelden geen formele voorschriften maar bestaan in elke organisatie wel afspraken.

De doktersassistent kan als dat nodig is vrijwel altijd direct een beroep doen op een arts. Dat geldt met name in voorzieningen waarin meerder artsen werkzaam zijn. Als dat in spoedgevallen te lang duurt, is het aan de doktersassistent om (in afwachting van de arts) zelf te beslissen wat te doen: bijvoorbeeld direct zelf een ambulance inschakelen, een arts van een andere praktijk bellen of een collega raadplegen. De indruk bestaat dat wanneer dit in de interviews werd gemeld, sprake was van incidenten.

In alle organisaties bestaat een groot vertrouwen in de deskundigheid van de doktersassistent: die is leidend. Protocollen ondersteunen de deskundigheid van de doktersassistent. Juist om klachten van patiënten goed te kunnen beoordelen, wordt verwacht dat doktersassistenten en van protocollen kunnen en durven afwijken. Indien mogelijk wordt dit vooraf overlegd met de arts, anders gebeurt dat achteraf. In beide gevallen fiatteert de arts het handelen van de doktersassistent in dergelijke situaties. In alle voorzieningen bestaan daarover schriftelijke of mondelinge formele afspraken.

In alle voorzieningen dienen doktersassistenten zelfstandig te kunnen werken. Zelfstandigheid wordt daarbij opgevat als de kwaliteit om op basis van je deskundigheid en ondersteund door de protocollen en afspraken die er in de organisatie zijn, het correcte advies te kunnen geven en de juiste beslissing te kunnen nemen. Kenmerken van doktersassistenten die op deze wijze kunnen handelen, zijn:

- ervaring, patronen kunnen herkennen, niet-plus gevoel;
- medische kennis hebben (pathologie);
- luisteren, analyseren en interpreteren;
- iets opzoeken of vragen als ze het niet weet;
- zonodig of bij twijfel de arts erbij roepen;
- buiten het protocol durven denken, daarvan beredeneerd kunnen afwijken en dat kunnen overbrengen aan de arts;
- (snel) kunnen schakelen, snel iets tussendoor kunnen doen, flexibel zijn;
- prioriteiten kunnen stellen (patiëntbelang gaat voor alles);

⁶ Zoals in paragraaf 1.1 is beschreven heeft het kwalificatiedossier betrekking op de aankomend beroepskracht. We hadden daarom liever gebruikgemaakt van het beroepscompetentieprofiel dat de volleerd (vakvolwassen) beroepskracht beschrijft. In dit profiel worden echter geen taken onderscheiden.

- kritische houding;
- zichzelf willen verbeteren;
- elkaar op de hoogte houden van hoe dingen moeten en nieuwe ontwikkelingen.

Ten slotte is in de interviews duidelijk geworden dat het werken volgens protocollen, richtlijnen en afspraken mogelijk maar ten dele de zelfstandigheid van de doktersassistent bepaalt - in elk geval lijkt dat vergelijkbaar te zijn met andere beroepskrachten in de zorg die immers allemaal volgens protocollen dienen te werken. Andere kenmerken van zelfstandigheid zijn de mate waarin doktersassistent de ruimte hebben om zelf beslissingen te kunnen nemen (wat van hen wordt verwacht, zo is in de interviews gebleken), hun deskundigheid en de samenwerking met artsen en collega's. In de webbased enquête zal daarom ook aan dergelijke kenmerken aandacht worden geschonken.

4 Resultaten van de enquête onder doktersassistenten

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de webbased enquête. Thema's in de enquête waren:

- kenmerken van de doktersassistent, zoals werkervaring en vooropleiding;
- gevolgde scholing;
- werkzaamheden en taken;
- rol en gebruik van protocollen;
- relatie met de arts en collega's.

De volledige vragenlijst staat in bijlage 3.

Zoals eerder aangegeven is aan de enquête deelgenomen door 138 doktersassistenten waarvan tachtig procent ten minste 5 jaar werkervaring heeft als doktersassistent en de helft 16 jaar of meer. De vragenlijst is dus ingevuld door beroepskrachten met flink wat ervaring. Om na te gaan of we inderdaad met vakvolwassen of volleerde beroepskrachten te maken hebben, is de respondenten daarover een aantal items voorgelegd (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 – Indicaties voor vakvolwassenheid

Items	Score*
a. Ik kan de consequenties van mijn eigen handelen overzien	4,8
b. Ik ben flexibel, kan snel schakelen	4,7
c. Ik kijk kritisch naar mij zelf en weet wat ik kan en wat ik niet kan, ik ken mijn grenzen	4,7
d. Ik weet van mij zelf wanneer ik een arts moet raadplegen	4,8
e. Ik vertrouw op mijn niet-plus gevoel	4,8
f. Ik vertrouw op mijn medische kennis	4,5

* Dit is de gemiddelde score op een vijfpuntsschaal, die loopt van 1 (klopt helemaal niet) tot en met 5 (klopt helemaal).

Uit de omvang van de werkervaring en de antwoorden op de items in tabel 4.1 kunnen we concluderen dat de vragenlijst inderdaad is ingevuld door vakvolwassen doktersassistenten; de groep beroepskrachten waarop het beroepscompetentieprofiel betrekking heeft. De resultaten van de webbased enquête zijn dus relevant voor de wijze waarop het beroepscompetentieprofiel is opgesteld.

4.1 Zelfstandigheid en taken

Aan de respondenten is gevraagd welke taken zij zelfstandig uitvoeren, zonder aan te geven wat onder het begrip zelfstandigheid moet worden verstaan. Zij hebben deze vraag dus beantwoord vanuit hun eigen opvatting over wat dat begrip inhoudt. De taken die we hun hebben voorgelegd zijn de taken die in het Kwalificatiedossier Doktersassistent worden onderscheiden (zie ook de opmerking hierover in voetnoot 5), aangevuld met de vraag of en hoe ze voorbehouden handelingen uitvoeren (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2 – Mate waarin doktersassistenten hun taken zelfstandig uitvoeren

Taak	Mate van zelfstandigheid (percentage respondenten)			
	Voer ik niet uit	Voer ik nooit zelfstandig uit	Voer ik meestal zelfstandig uit	Voer ik altijd zelfstandig uit
a. Ik neem de hulpvraag in behandeling	2 %	2 %	42 %	55 %
b. Ik verwerk patiëntgerelateerde informatie	1 %	1 %	14 %	84 %
c. Ik voer medisch-technische handelingen uit	5 %	0 %	33 %	62 %
d. Ik assisteer bij het uitvoeren van medische verrichtingen	18 %	8 %	30 %	43 %
e. Ik geef voorlichting en advies aan patiënten	1 %	0 %	29 %	70 %
f. Ik zorg voor logistiek en beheer	10 %	6 %	31 %	54 %
g. Ik zorg voor planning en administratie van de praktijk/organisatie	12 %	4 %	23 %	61 %
h. Ik voer voorbehouden handelingen uit	11 %	3 %	38 %	48 %

Tabel 4.2 laat zien dat in de opvatting en beleving van doktersassistenten zelf, zij hun taken overwegend zelfstandig uitvoeren. Daarbij zijn tussen de vier huisartsenvoorzieningen op onderdelen wel verschillen. In het gezondheidscentrum worden de taken a, c en h volgens de respondenten vrijwel *altijd* zelfstandig uitgevoerd, in het ziekenhuis *meestal*. Bij de andere taken zijn er geen significante verschillen tussen de voorzieningen.

De meeste doktersassistenten verwachten dat ze in de toekomst dezelfde taken blijven uitvoeren dan ze nu al doen, maar dat ze daarnaast andere, meer gespecialiseerde taken gaan uitvoeren. Daarvoor noemen ze diverse redenen:

- er komt meer nadruk op triage;
- ze moeten zelfstandig spreekuur kunnen houden;
- de organisatie krijgt te maken met complexere zorgvragen;
- de organisatie krijgt te maken met chronische en complexe ziektebeelden;
- de assistent moet meer multidisciplinair samenwerken;
- de assistent krijgt te maken met nieuwe medische technologie en ICT;
- er komt meer aandacht voor preventie en levensstijladvisering aan patiënten.

Een deel van de doktersassistenten heeft nu al met deze ontwikkelingen te maken. Dat geldt met name voor de aandacht voor triage en het zelfstandig houden van spreekuren.

Deze uitkomsten maken duidelijk dat het takenpakket van doktersassistenten de komende jaren zal veranderen. Het takenpakket breidt zich uit waardoor waarschijnlijk sprake zal zijn van meer specialisatie. Dat komt omdat niet elke doktersassistent alle taken even goed zal hoeven te beheersen en omdat voor de uitvoering van bepaalde taken specialistisch kennis en vaardigheden nodig is. Bovendien werkt meer dan de helft van de doktersassistenten in organisaties waarin meer dan vijf artsen en meer dan vijf doktersassistenten werkzaam zijn. Bij verdere schaalvergroting ligt specialisatie voor de hand, zeker in combinatie met het gegeven dat organisaties te maken krijgen met complexere zorgvragen.

Veranderingen in het takenpakket hebben zowel gevolgen voor de competenties van de doktersassistent. En hoewel de meesten aangeven dat hun kennis en vaardigheden in het algemeen goed op hun werk aansluiten, geven ze tegelijkertijd aan dat hun baan verlangt dat ze nieuwe dingen leren. Meer dan negentig procent van de doktersassistenten heeft het laatste jaar een cursus of opleiding gevolgd die voor hun functie van belang is. Naast het verwerven van nieuwe vakkennis en vaardigheden, ging het ook om het actueel houden daarvan.

4.2 Zelfstandigheid en niveau beroepsopleiding

De opleiding Doktersassistent is een mbo-opleiding op niveau 4. Het niveau van mbo-opleidingen wordt onder andere bepaald door de mate van zelfstandigheid waarvan sprake is. Voor een opleiding op niveau 4 wordt dat als volgt beschreven:⁷

- werkt zelfstandig (zonder (tussentijds) verantwoording af te leggen aan een leidinggevende);
- werkt zelfstandig binnen de gegeven taakstelling vanuit de organisatie (meer opdrachten naast elkaar).

De aard van het werk op niveau 4, wordt onder andere op de volgende wijze getypeerd:

- werk waarvoor standaardwerkwijzen gelden en werk dat naar eigen inzicht wordt uitgevoerd;
- werk waarbij hij standaarden aangepast en/of nieuwe standaarden maakt.

Deze kenmerken van niveau 4, zijn in de enquête in diverse items uiteengelegd (zie tabel 4.3).

Tabel 4.3 – Uitvoering van taken door de doktersassistent

Items	Score*
a. Ik voer mijn werkzaamheden altijd onder directe leiding en toezicht uit	2,6
b. Ik voer mijn werkzaamheden grotendeels onder leiding en toezicht uit	3,3
c. Ik voer mijn werkzaamheden zelfstandig uit	4,6
d. Ik kan zelf mijn eigen werk organiseren	4,2
e. Ik heb voldoende invloed op de inhoud van mijn werk	4,0
f. Binnen mijn functie heb ik slechts in heel beperkte mate de vrijheid om te bepalen hoe ik mijn werk doe	2,4
g. Mijn werkzaamheden hebben een sterk routinematig karakter	3,3
h. In mijn baan heb ik de vrijheid om veel keuzes zelf te maken	3,6
i. Mijn functie biedt mogelijkheden om naar eigen inzicht beslissingen te nemen	4,0
j. Mijn functie biedt mogelijkheden om naar eigen inzicht problemen op te lossen	4,2
k. Mijn baan verlangt creativiteit	4,2
l. Ik leg meestal <i>tussentijds</i> verantwoording af aan een leidinggevende/arts	3,6
m. Ik leg meestal <i>achteraf</i> verantwoording af aan een leidinggevende/arts	3,6
n. Ik ben verantwoordelijk voor mijn eigen handelen	4,2

* Dit is de gemiddelde score op een vijfpuntsschaal, die loopt van 1 (klopt helemaal niet) tot en met 5 (klopt helemaal).

Uit tabel 4.3 blijkt dat doktersassistenten een grote mate van vrijheid hebben om hun werk in te richten: ze organiseren zelf hun werk, nemen naar eigen inzicht beslissingen, lossen problemen op, hebben invloed op de inhoud van hun werk en zijn daarvoor verantwoordelijk. Doktersassistenten hebben dus een substantiële ruimte om hun werk naar eigen inzicht uit te voeren en daarover beslissingen te nemen.

Ook nu zijn er verschillen tussen de voorzieningen:

- de items i, j, m en n scoren in het gezondheidscentrum het hoogst;
- de items i, j en m scoren in het ziekenhuis het laagst;
- de score op item n is het laagst in de huisartsenpraktijk.

Bij de andere items zijn er geen significante verschillen tussen de voorzieningen.

⁷ Het Coördinatiepunt (2009). *Niveau MBO. Een analyse van niveau-aanduidingen in de kwalificatiestructuur van het mbo.*

De identieke scores op items l en m (tussentijd of achteraf verantwoording aan de arts afleggen) laten zich wellicht verklaren uit het feit dat de taken van de doktersassistent door de arts worden beoordeeld wanneer dat nodig is, dat kan dus zowel vooraf als achteraf gebeuren (zie verder paragraaf 4.4).

Ten slotte kan erop worden gewezen dat in tabel 4.3 de constatering wordt onderstreept dat doktersassistenten vinden dat ze hun werk zelfstandig uitvoeren: dit item (c) scoort het hoogst.

4.3 Zelfstandigheid en protocollen

Op basis van de bevindingen in de interviews zijn aan de respondenten diverse uitspraken voorgelegd over de beschikbaarheid van protocollen, het gebruik daarvan en de taken waarbij wel eens van protocollen wordt afgeweken. Wat de beschikbaarheid van protocollen betreft wordt duidelijk dat er in de artsenvoorzieningen vrijwel altijd organisatorische afspraken en protocollen zijn (zie tabel 4.4). Deze zijn niet alleen maar beschikbaar, maar de assistenten kennen die protocollen ook, gelet op het feit dat ze kunnen aangeven dat die duidelijk, bruikbaar en werkbaar zijn.

Tabel 4.4 – Beschikbaarheid van protocollen

Items	Score*
In de organisatie waar ik werk...	
a. ... zijn afspraken gemaakt over hoe te werken	4,7
b. ... zijn de afspraken over hoe te werken schriftelijk vastgelegd	4,3
c. ... zijn in voldoende mate protocollen aanwezig om mijn werk als doktersassistent goed te kunnen uitvoeren	4,4
d. ... zijn er protocollen voor triage	4,4
e. ... zijn er protocollen voor medisch-technische handelingen	4,3
f. ... zijn er protocollen voor voorbehouden handelingen	4,2
g. ... zijn er protocollen voor de praktijkvoering	4,1
h. ... zijn er protocollen voor de meest noodzakelijke taken en situaties	4,3
i. ... zijn er niet voor alle taken en situaties protocollen	3,4
j. ... is een eigen protocollensysteem opgezet	3,9
k. ... zijn protocollen te vinden op de computer	4,2
l. ... zijn protocollen te vinden in een protocollenmap	4,0
m. ... sluiten de protocollen goed aan bij mijn dagelijkse werk als doktersassistent	4,3
n. ... zijn de protocollen duidelijk beschreven	4,3
o. ... zijn de protocollen goed bruikbaar en werkbaar	4,2
p. ... worden protocollen aan de hand van de nieuwste inzichten verbeterd	4,1
q. ... kan ik als doktersassistent aangeven wanneer een protocol aangepast moet/ kan worden	4,4

* Dit is de gemiddelde score op een vijfpuntsschaal, die loopt van 1 (klopt helemaal niet) tot en met 5 (klopt helemaal).

Op diverse items scoren de doktersassistenten die in een huisartsenpraktijk werken lager dan assistenten in de andere voorzieningen. Dat zijn de items b, c, g, h, j, k, m en p. Dit betekent dat in de meeste huisartsenpraktijken protocollen weliswaar beschikbaar zijn, maar in minder mate dan in andere voorzieningen.

Andere verschillen zijn dat doktersassistenten die in een huisartsenpost werken, zonder uitzondering aangeven dat er afspraken zijn over hoe te werken (een score van 5,0), en dat doktersassistenten in een ziekenhuis het laagst scoren op item d ('er zijn protocollen voor triage').

Als er geen protocollen beschikbaar zijn, dan is sprake van de volgende alternatieven: overleg met de arts over wat te doen (4,2), terugvallen op de eigen deskundigheid (3,9) of overleg met een collega doktersassistent (3,7).

Hoe gebruiken doktersassistenten de protocollen? In de interviews in artsenvoorzieningen werd door een aantal doktersassistenten dat het gebruik van protocollen een zaak was van de opleiding en daarmee voor beginnende beroepskrachten. Dat klopt niet met de resultaten in tabel 4.5, waaruit blijkt dat items a en k relatief laag scoren. Tegelijkertijd scoort ook item e (wat op de vakvolwassen beroepskracht betrekking heeft) laag. Het beeld dat tabel 4.5 oproept (met name items c en d) is dat in de beroepspraktijk de deskundigheid van de doktersassistent voorop staat. Protocollen zijn van groot belang voor het handelen als doktersassistent, ondersteunen de deskundigheid van de doktersassistent en worden geraadpleegd als dat nodig is.

Tabel 4.5 – Gebruik van protocollen

Items	Score*
a. Tijdens mijn opleiding heb ik geleerd te werken volgens protocollen	3,0
b. Protocollen vormen de basis en zijn leidend voor mijn handelen als doktersassistent	4,0
c. Ik weet hoe ik moet werken en hoef de protocollen nauwelijks te raadplegen	4,0
d. Protocollen zijn onderdeel van mijn deskundigheid geworden	4,0
e. Ik raadpleeg regelmatig de protocollen die ik nodig heb voor mijn werk als doktersassistent	3,1
f. Protocollen zijn noodzakelijk voor mijn werk als doktersassistent	4,0
g. Ik raadpleeg de protocollen bij specifieke gevallen die minder vaak voorkomen	4,3
h. Ik raadpleeg de protocollen in geval van twijfel	4,4
i. Ik raadpleeg de protocollen als ik te maken heb met onbekende hulpvragen	4,2
j. Ik raadpleeg de protocollen om na te gaan hoe ik iets moet doen als dat lang niet is voorgekomen	4,4
k. Protocollen zijn vooral belangrijk voor beginnende (onervaren) doktersassistenten	3,5

* Dit is de gemiddelde score op een vijfpuntsschaal, die loopt van 1 (klopt helemaal niet) tot en met 5 (klopt helemaal).

De resultaten in tabel 4.6 bevestigen het beeld dat protocollen belangrijke instrumenten zijn, maar dat de deskundigheid (tabel 4.5) en het zelf kunnen beslissen hoe moet worden gehandeld (tabel 4.3) voorop staan.

Tabel 4.6 – Opvattingen van doktersassistenten over protocollen

Items	Score*
a. Maatwerk voor de patiënt is niet te vatten in protocollen	3,8
b. Protocollen vormen de basis en zijn leidend voor mijn handelen als doktersassistent, maar ik durf buiten een protocol te denken	4,5
c. Protocollen vormen de basis en zijn leidend voor mijn handelen als doktersassistent, maar ik blijf vooral zelf kritisch nadenken bij de inschatting van wat een patiënt nodig heeft	4,7
d. Protocollen vormen de basis en zijn leidend voor mijn handelen als doktersassistent, maar ik kan beredeneerd afwijken in het belang van een patiënt	4,5
e. Ik beoordeel zelf wanneer ik van een protocol kan of moet afwijken	3,7
f. Ik kan de arts goed overbrengen wat mijn overwegingen zijn om van een protocol af te wijken	4,4
g. In de gevallen dat ik van een protocol ben afgeweken, was de arts het daar altijd mee eens	4,4

* Dit is de gemiddelde score op een vijfpuntsschaal, die loopt van 1 (klopt helemaal niet) tot en met 5 (klopt helemaal).

Uit tabel 4.6 blijkt dat de doktersassistent afwijkt van het protocol als ze dat nodig acht. Dit is vooral het geval bij het in behandeling nemen van de hulpvraag, voorlichting en advies geven aan patiënten en bij taken die te maken hebben met de praktijkvoering (zie tabel 4.7).

Tabel 4.7 – Taken waarbij doktersassistenten afwijken van het protocol

Taken	Percentage doktersassistenten dat bij deze taak wel eens afwijkt van het protocol
a. Hulpvraag in behandeling nemen	68 %
b. Patiëntgerelateerde informatie verwerken	25 %
c. Uitvoeren medisch-technische handelingen	27 %
d. Assisteren bij uitvoeren medische verrichtingen	27 %
e. Voorlichting en advies aan patiënten geven	52 %
f. Zorgen voor logistiek en beheer	53 %
g. Zorgen voor planning en administratie van de praktijk/organisatie	55 %
h. Uitvoeren voorbehouden handelingen	15 %

4.4 Optiek van de arts

Aan het eind van het verslag van de interviews in de vier artsenvoorzieningen is onder andere geconcludeerd dat er een groot vertrouwen bestaat in de deskundigheid van de doktersassistent. In de webbased enquête is dat expliciet aan de orde gesteld, aangevuld met het vertrouwen van de arts in de zelfstandigheid van de doktersassistent en de verwachtingen van de arts over de wijze waarop de assistent haar werk uitvoert (zie tabel 4.8).

Tabel 4.8 – Vertrouwen en verwachtingen van de arts

Items	Score*
Ik merk dat de arts(en) waarmee ik werk ...	
a. ... een groot vertrouwen in mijn deskundigheid heeft/hebben	3,8
b. ... mij een grote mate van zelfstandigheid toevertrouwt(en)	3,9
De arts(en) waarmee ik werk verwacht(en) dat ik ...	
c. ... zelfstandig mijn taken kan uitvoeren	3,9
d. ... beredeneerd naar eigen inzicht besluiten kan nemen	3,9
e. ... beredeneerd naar eigen inzicht problemen op kan lossen	3,8
f. ... vooral zelf kritisch nadenk bij de inschatting van wat een patiënt nodig heeft	3,8
g. ... buiten een protocol durf te denken	3,5
h. ... beredeneerd van protocollen afwijk als ik dat in het belang van een patiënt nodig vind	3,5

* Dit is de gemiddelde score op een vijfpuntsschaal, die loopt van 1 (klopt helemaal niet) tot en met 5 (klopt helemaal).

De items in tabel 4.8 bevestigen het beeld uit de interviews van het vertrouwen dat de artsen hebben in de deskundigheid van de doktersassistent. Bovendien blijkt de arts te verwachten dat de doktersassistent daadwerkelijk gebruikmaakt van de vrijheid die ze heeft om beslissingen te nemen over de inrichting van haar werk en problemen op te lossen. Een en ander gebeurt volgens de doktersassistenten vrijwel altijd direct in overleg met de arts (die altijd beschikbaar of bereikbaar is), tenzij een vraag kan wachten. Bovendien worden adviezen aan patiënten altijd teruggelinkt aan de arts die dan achteraf het handelen van de doktersassistent fiatteert.

Op welke wijze beoordeelt de arts over het algemeen de uitvoer van taken door de doktersassistent? Volgens de doktersassistenten gebeurt dat met name wanneer dat nodig is (zie tabel 4.9).

Tabel 4.9 – Beoordeling van taken van de doktersassistent door de arts (percentage respondenten)

	Niet	Vooraf	Tussentijds	Achteraf	Wanneer nodig
a. Hulpvraag in behandeling nemen	12 %	1 %	12 %	19 %	58 %
b. Patiëntgerelateerde informatie verwerken	17 %	2 %	4 %	32 %	46 %
c. Medisch-technische handelingen uitvoeren	22 %	2 %	10 %	13 %	53 %
d. Assisteren bij uitvoeren medische verrichtingen	10 %	1 %	25 %	8 %	56 %
e. Voorlichting en advies aan patiënten geven	19 %	2 %	6 %	28 %	45 %
f. Zorgen voor logistiek en beheer	30 %	2 %	3 %	15 %	50 %
g. Zorgen voor planning en administratie van de praktijk/organisatie	23 %	3 %	7 %	14 %	54 %
h. Voorbehouden handelingen uitvoeren	14 %	5 %	12 %	12 %	59 %

4.5 Resumé

Om een beeld te schetsen van de zelfstandigheid van doktersassistenten is daar vanuit verschillende gezichtspunten naar gekeken: vanuit de optiek van de wijze waarop taken worden uitgevoerd, de niveau-indeling die voor mbo-opleidingen op niveau 4 wordt gebruikt, het gebruik van protocollen en de verwachtingen van de arts. Hieruit blijkt dat in de beroepspraktijk van de doktersassistent haar deskundigheid leidend is en dat die in belangrijke mate wordt ondersteund door protocollen. De deskundigheid is leidend omdat van doktersassistenten wordt verwacht dat ze van protocollen kunnen afwijken als dat nodig is. Doktersassistent hebben de vrijheid (en bevoegdheid: het wordt immers van ze verwacht) om dat te beslissen én om naar eigen inzicht te bepalen welke handelingen passender zijn. Zo mogelijk vindt daarover vooraf overleg plaats met de arts, anders gebeurt dat achteraf.

5 Beantwoording onderzoeksvragen

Gebruik protocollen

- Kan de doktersassistent in alle werksituaties terugvallen op richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken? In welke situaties wel en in welke niet?

De doktersassistent kan vrijwel altijd terugvallen op richtlijnen, protocollen of werkafspraken. Dat betekent echter niet dat doktersassistenten hun beroep min of meer op de automatische piloot kunnen uitoefenen. De crux van de deskundigheid van de doktersassistent zit hem er niet zozeer in dat ze goed richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken moet kunnen toepassen, maar dat ze daarvan naar eigen inzicht juist moet kunnen afwijken als dat nodig is en een alternatieve aanpak moet kunnen kiezen.

- Welke richtlijnen, protocollen en werkafspraken past de doktersassistent vooral toe? Welke van deze richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken zijn door en voor de doktersassistent ontwikkeld?

Voor medisch-technische handelingen worden in de regel de NHG-protocollen gebruikt of de protocollen die voor dergelijke handelingen door de zorginstellingen zijn opgesteld. Daarnaast maken doktersassistenten gebruik van protocollen of werkafspraken voor organisatorische zaken (bijvoorbeeld over de omgang met patiënten of wat te doen bij calamiteiten) die eveneens door de zorginstelling worden opgesteld.

Doktersassistenten zijn meestal niet betrokken bij de feitelijke ontwikkeling van protocollen, maar geven wel aan wanneer protocollen moeten worden bijgesteld.

- Sluiten beschikbare richtlijnen, protocollen en werkafspraken volledig en eenduidig aan op de werksituatie of moet de doktersassistent op grond van de werksituatie/zorgvraag:
 - a. zelfstandig een keuze maken over de toepassing van de richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken, en/of
 - b. de richtlijnen, protocollen en werkafspraken interpreteren alvorens ze te kunnen toepassen, en/of
 - c. de richtlijnen/ protocollen en werkafspraken met elkaar combineren alvorens ze te kunnen toepassen?

De beschikbare richtlijnen, protocollen en werkafspraken zijn volgens de doktersassistenten duidelijk, goed bruikbaar en werkbaar, actueel en sluiten goed aan bij het dagelijkse werk. Dat laat onverlet dat een doktersassistent van een protocol moet kunnen afwijken als dat nodig is. Zoals hiervoor aangegeven wordt er expliciet van de doktersassistent verwacht dat ze naar eigen zicht inzicht kan bepalen of het nodig is van het protocol af te wijken en een alternatieve aanpak te kiezen.

- Als zich situaties voordoen zoals hiervoor aangegeven bij a, b en c, handelt de doktersassistent dan op basis van eigen deskundigheid of valt zij dan terug op de arts?

De eigen deskundigheid van de doktersassistent is leidend in de wijze waarop ze haar werk uitvoert. Dat wordt net als bij ander medewerkers in de zorg in belangrijke mate ondersteund door protocollen, maar de doktersassistent heeft de ruimte om anders te beslissen dan het protocol aangeeft. Als dat mogelijk is (en in de regel is dat zo) vindt daarover vooraf overleg plaats met de arts. Als die niet direct beschikbaar is, beslist de doktersassistent in afwachting van de arts zelf. De beslissing van de doktersassistent wordt dan achteraf teruggekoppeld aan de arts.

- Als richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken ontbreken, handelt de doktersassistent dan op basis van eigen deskundigheid of valt zij dan terug op de arts?

Als richtlijnen, protocollen en/of werkafspraken ontbreken, komt het zowel voor dat de doktersassistent overlegt met de arts, terugvalt op haar deskundigheid als overlegt met een collega. Ook als de doktersassistent twijfelt over hoe te handelen, overlegt ze meestal eerst met de arts of met een collega.

Beroepscompetentieprofiel

- Sluit op het punt van de zelfstandigheid van de doktersassistent het beroepscompetentieprofiel van de doktersassistent aan op het competentieprofiel van de huisarts en de praktijkondersteuner?

Als we ons eerst alleen richten op het beroepscompetentieprofiel van de doktersassistent, dan valt op dat in dat profiel vaak wordt aangegeven dat handelingen volgens protocollen, richtlijnen en werkafspraken moeten worden uitgevoerd. Dat gebeurt vooral in het competentiegebied 'vakinhoudelijk handelen' waarin de kern van het werk van de doktersassistent wordt beschreven. In de beroepspraktijk van de vakvolwassen doktersassistent is het echter haar deskundigheid die leidend is en is een protocol een instrument ter ondersteuning van die deskundigheid. Het gaat weliswaar om een belangrijk instrument (ook dat laat het onderzoek zien), maar daarnaast maakt de doktersassistent nog gebruik van andere instrumenten, methoden en technieken. Bovendien wordt van de doktersassistent verwacht dat ze naar eigen inzicht van protocollen kan afwijken: in het profiel wordt dat aspect van het adequaat omgaan met protocollen, niet met zoveel woorden genoemd. De indruk bestaat dat in het beroepscompetentieprofiel vooral het werk van de beginnend doktersassistent wordt beschreven, niet dat van de vakvolwassen beroepskracht.

Nu de vergelijking met de profielen van de huisarts en de praktijkondersteuner. In het competentieprofiel van de praktijkondersteuner huisartsenzorg wordt in de beschrijving van het competentiegebied 'vakinhoudelijk handelen' op geen enkele wijze aangegeven dan de praktijkondersteuner moet handelen volgens richtlijnen, protocollen en of afspraken. Daarentegen wordt juist sterk ingezet op het nemen van beslissingen en kiezen van oplossingen (interventies), twee elementen die bij uitstek aangeven dat sprake is van zelfstandig handelen. In het profiel van de huisarts wordt wel vermeld dat die gebruikmaakt van 'de NHG-standaarden en

andere huisartsengeneeskundige richtlijnen'. Maar anders dan bij de doktersassistent wordt dat als apart aandachtspunt genoemd, naast andere zaken die (net als bij de POH) veel meer de zelfstandigheid van de functie beschrijven. Voorbeelden daarvan zijn kunnen interpreteren, besluiten nemen en interventies kiezen. Op het punt van de zelfstandigheid sluit het profiel van de doktersassistent dan ook niet aan op het competentieprofiel van de huisarts en de praktijkondersteuner. Waar uit het onderzoek blijkt dat de doktersassistent zelfstandig moet kunnen handelen, wordt in het beroepscompetentieprofiel juist benadrukt dat doktersassistenten moeten handelen volgens protocollen, richtlijnen en/of afspraken; in beide andere profielen ligt het accent bij het vakinhoudelijk handelen op de zelfstandigheid van de beroepskrachten.

Bijlagen

Bijlage 1 – Begeleidingscommissie

Gerda van Baggem	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
Hansmaarten Bolle	Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)
Monique Brouwer	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
Simone van de Giessen	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
Sietsche van Gunst	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Lodi Hennink	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Swanehilde Kooij	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Raymond Meenink-Bouwman	Christelijk Nationaal Vakverbond (CNV)
Karel Rosmalen	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Jan Sax van der Weijden	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
Jaap Scholten	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
Jan Wagenaar	Abvakabo FNV

Bijlage 2 – Vragenlijst casestudies

Uitvoering taken

- 1 Op welke wijze voeren doktersassistenten hun taken uit? [Kaart voorleggen.] Blijft dat in de toekomst zo? Waarom er verschillen tussen de wijze waarop taken worden uitgevoerd?
- 2 Zijn er ook taken of delen van taken die geheel op basis van eigen deskundigheid worden uitgevoerd?
- 3 Als taken zonder toezicht of tussenkomst van de arts worden uitgevoerd, onder welke voorwaarden gebeurt dat dan?
- 4 Komt het wel eens voor dat de doktersassistent een taak niet uitvoert? Wanneer, waarom en wie beslist dat?
- 5 Kunt u een schatting geven van de mate waarin de doktersassistent taken uitvoert volgens standaardwerkwijzen en naar eigen inzicht?

Gebruik protocollen

- 6 Met welke protocollen heeft de doktersassistent (het meest) te maken?
- 7 Op welke manier worden protocollen gebruikt? Wat voor type protocollen zijn er? Is de manier waarop een protocol wordt gebruikt afhankelijk van het type protocol?
- 8 Wie heeft de protocollen opgesteld? Welke van deze protocollen zijn door en voor de doktersassistent ontwikkeld (maak onderscheid tussen opgesteld of aangepast)?
- 9 Kan de doktersassistent alle voor haar relevante/belangrijke protocollen gebruiken? Sluiten protocollen altijd aan bij het dagelijkse werk van de doktersassistent?
- 10 Hoe actueel zijn de protocollen die worden gebruikt?

Afwijken van protocol en aanwijzingen arts

- 11 In welke situaties wijkt de doktersassistent wel eens van een protocol af? Wat betekent dat voor het handelen van de doktersassistent: waarop baseert ze zich dan en hoe gaat ze dan te werk? Wat zijn daarvan de gevolgen? Wordt achteraf gerapporteerd of verantwoord aan de arts? Hoe gebeurt dat?
- 12 In welke situaties wijkt de doktersassistent wel eens af van de aanwijzingen van de arts? Wat betekent dat voor het handelen van de doktersassistent: waarop baseert ze zich dan, hoe gaat ze dan te werk? Wat zijn daarvan de gevolgen? Wordt achteraf gerapporteerd of verantwoord aan de arts? Hoe gebeurt dat?

Beschikbaarheid protocol en arts

- 13 Zijn er voor alle taken en situaties protocollen beschikbaar? Wanneer kan de doktersassistent niet terugvallen op protocollen? Wat betekent dat voor het handelen van de doktersassistent: waarop baseert ze zich dan, hoe gaat ze dan te werk?
- 14 Wordt teruggevallen op de arts? Wanneer niet? Wat betekent dat voor het handelen van de doktersassistent: waarop baseert ze zich dan, hoe gaat ze dan te werk?

Complexiteit

- 15 Heeft de doktersassistent wel eens te maken met onderstaande situaties? Zo ja: hoe vaak? Opties: vaak/dagelijks, regelmatig/wekelijks, af en toe/maandelijks.

- a) De noodzaak snel te kunnen schakelen tussen taken in situaties van werkdruk in combinatie met onder andere vereiste nauwkeurigheid en het stellen van prioriteiten.
- b) Stressvolle situaties (onvoorziene of spoedeisende situaties).
- c) Afbreukrisico's verbonden aan het uitvoeren van medisch-technische handelingen en het assisteren bij medische verrichtingen, ook in situaties waarbij de werkdruk hoog is of wanneer zich complicaties voordoen.
- d) Afbreukrisico's verbonden aan het verkeerd geven en/of opvolgen van voorlichting en advies.

Kaart – Taken en wijze waarop die worden uitgevoerd

Taak	Arts voert taak uit en DA assisteert	DA voert taak uit onder direct toezicht van arts	DA voert taak uit onder toezicht op afstand van arts	DA voert taak uit zonder toezicht of tussenkomst arts	DA voert taak uit op basis van richtlijn, protocol, werkwijze of voorwaarde
1 Triëren a. Hulpvraag in behandeling nemen b. Patiëntgerelateerde informatie verwerken	- -	- -	- -	- -	- -
2 Handelingen in het kader van de individuele gezondheidszorg a. Uitvoeren medisch-technische handelingen b. Assisteren bij uitvoeren medische verrichtingen c. Voorlichting en advies geven	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
3 Praktijkvoering a. Zorgen voor logistiek en beheer b. Zorgen voor planning en administratie van de praktijk/organisatie	- -	- -	- -	- -	- -

Bijlage 3 – Vragenlijst webbased enquête

I U als doktersassistent

1. Welk type functie heeft u? (*Eén antwoord mogelijk.*)
 - a. Doktersassistent
 - b. Praktijkassistent
 - c. Spreekuur doktersassistent
 - d. Huisarts ondersteunende doktersassistent
 - e. Coördinerend / leidinggevend assistent
 - f. Triagist
 - g. Coördinerend / leidinggevend triagist
 - h. Anders, namelijk ... (*Vul in.*)

2. Bij welke type organisatie werkt u? (*Eén antwoord mogelijk.*)
 - a. Huisartspraktijk
 - b. Huisartsenpost
 - c. Gezondheidscentrum
 - d. Ziekenhuis
 - e. Anders, namelijk ... (*Vul in.*)

3. Hoeveel personen werken er bij de organisatie waar u werkt?
 - a. Artsen:
 - b. Doktersassistenten:
 - c. Overige medewerkers:

4. Hoeveel jaren werkervaring heeft u als doktersassistent?
Aantal jaren: ... (*Vul in.*)

5. Wat is de hoogste opleiding waarvan u een diploma hebt behaald? (*Dit kan een dagop-
leiding of een deeltijdopleiding zijn geweest*)
 - a. Mbo-opleiding Doktersassistente
 - b. Mbo, andere opleiding in de sector gezondheidszorg
 - c. Mbo, andere opleiding buiten de sector gezondheidszorg
 - d. Hbo-opleiding in de sector gezondheidszorg
 - e. Hbo-opleiding buiten de sector gezondheidszorg
 - f. Anders

6. Kunt u voor deze stellingen aangeven in hoeverre ze voor u gelden? (1 = klopt helemaal,
5 = klopt helemaal niet)
 - a. Ik kan de consequenties van mijn eigen handelen overzien 1 2 3 4 5
 - b. Ik ben flexibel, kan snel schakelen 1 2 3 4 5
 - c. Ik kijk kritisch naar mij zelf en weet wat ik kan en wat ik niet kan, ik ken mijn grenzen 1 2 3 4 5
 - d. Ik weet van mij zelf wanneer ik een arts moet raadplegen 1 2 3 4 5
 - e. Ik vertrouw op mijn niet-pluis gevoel 1 2 3 4 5
 - f. Ik vertrouw op mijn medische kennis 1 2 3 4 5

II Uw kennis en vaardigheden

7. Kunt u voor deze stellingen aangeven in hoeverre ze voor u gelden? (1 = klopt helemaal, 5 = klopt helemaal niet)

- | | |
|---|-----------|
| a. Mijn baan verlangt van mij dat ik nieuwe dingen leer | 1 2 3 4 5 |
| b. Ik wil mijzelf als doktersassistent graag verbeteren | 1 2 3 4 5 |
| c. Ik bespreek nieuwe ontwikkelingen in mijn vakgebied met mijn collega's | 1 2 3 4 5 |
| d. Mijn werkgever biedt mij voldoende scholingsmogelijkheden | 1 2 3 4 5 |

1 Hoe sluiten uw kennis en vaardigheden en uw werk in het algemeen op elkaar aan?

- a. slecht
- b. matig
- c. redelijk
- d. goed

9. Hebt u in het laatste jaar (afgelopen 12 maanden) scholing (cursussen en/of opleidingen) gevolgd die voor uw functie van belang is?

- a. Ja → ga naar vraag 9a
- b. Nee → ga naar vraag 10

9a. Waar was deze scholing op gericht? *(Er zijn meerdere antwoorden mogelijk)*

Om voor mijn werk:

- a. benodigde vakkennis te verwerven
- b. benodigde vaardigheden te verwerven
- c. benodigde vakkennis actueel te houden
- d. benodigde vaardigheden actueel te houden

9b. Hoeveel uren hebt u in totaal in het laatste jaar (afgelopen 12 maanden) scholing gevolgd die voor uw functie van belang is?

Aantal uren: *(Vul in.)*

III Uw werkzaamheden en taken

10. Kunt u voor deze stellingen aangeven in hoeverre ze voor u gelden? (1 = klopt helemaal, 5 = klopt helemaal niet)

a.	Ik voer mijn werkzaamheden altijd onder directe leiding en toezicht uit	1 2 3 4 5
b.	Ik voer mijn werkzaamheden grotendeels onder leiding en toezicht uit	1 2 3 4 5
c.	Ik voer mijn werkzaamheden zelfstandig uit	1 2 3 4 5
d.	Ik kan zelf mijn eigen werk organiseren	1 2 3 4 5
e.	Ik heb voldoende invloed op de inhoud van mijn werk	1 2 3 4 5
f.	Binnen mijn functie heb ik slechts in heel beperkte mate de vrijheid om te bepalen hoe ik mijn werk doe	1 2 3 4 5
g.	Mijn werkzaamheden hebben een sterk routinematig karakter	1 2 3 4 5
h.	In mijn baan heb ik de vrijheid om veel keuzes zelf te maken	1 2 3 4 5
i.	Mijn functie biedt mogelijkheden om naar eigen inzicht beslissingen te nemen	1 2 3 4 5
j.	Mijn functie biedt mogelijkheden om naar eigen inzicht problemen op te lossen	1 2 3 4 5
k.	Mijn baan verlangt creativiteit	1 2 3 4 5
l.	Ik leg meestal <u>tussentijds</u> verantwoording af aan een leidinggevende/arts	1 2 3 4 5
m.	Ik leg meestal <u>achteraf</u> verantwoording af aan een leidinggevende/arts	1 2 3 4 5
n.	Ik ben verantwoordelijk voor mijn eigen handelen	1 2 3 4 5

11. Op welke wijze voert u onderstaande taken uit?

Taak	Voer ik <u>niet</u> uit	Voer ik <u>nooit</u> <u>zelfstandig</u> uit	Voer ik <u>meestal</u> <u>zelfstandig</u> uit	Voer ik <u>altijd</u> <u>zelfstandig</u> uit
a.	1	2	3	4
b.	1	2	3	4
c.	1	2	3	4
d.	1	2	3	4
e.	1	2	3	4
f.	1	2	3	4
g.	1	2	3	4
h.	1	2	3	4

12. Kunt u voor deze stellingen aangeven in hoeverre ze voor u gelden? (1 = heb ik al mee te maken, 2 = ja, dat verwacht ik, 3 = nee, dat verwacht ik niet, 4 = weet ik niet)

Ik verwacht in de toekomst (tussen nu en vijf jaar) ...		
a.	...alle taken uit te voeren die ik nu ook al uitvoer	1 2 3 4
b.	...er geen andere taken bij te gaan uitvoeren	1 2 3 4
c.	...bepaalde taken niet meer uit te voeren	1 2 3 4
d.	...er andere taken bij uit te voeren dan ik nu al doe	1 2 3 4
e.	...meer gespecialiseerde taken uit te voeren	1 2 3 4
f.	...taken zelfstandig uit te voeren die ik nu nog niet zelfstandig uitvoer	1 2 3 4
Ik verwacht in de toekomst (tussen nu en vijf jaar) veranderingen in mijn takenpakket doordat ...		
g.	...er meer nadruk komt op triage	1 2 3 4
h.	...ik als doktersassistent zelfstandig spreekuur houd	1 2 3 4
i.	...er taken verschuiven van tweedelijns naar eerstelijns zorg	1 2 3 4
j.	...de organisatie te maken krijgt met complexere zorgvragen	1 2 3 4
k.	...de organisatie te maken krijgt met chronische en complexere ziektebeelden	1 2 3 4
l.	...ik meer multidisciplinair samenwerk	1 2 3 4
m.	...ik te maken krijg met nieuwe medische technologie en ict	1 2 3 4
n.	...er in de organisatie meer aandacht komt voor preventie en leefstijladvisering aan patiënten	1 2 3 4

IV Protocollen

Het volgende onderdeel van de vragenlijst gaat over protocollen in de breedste zin van het woord - waar protocol wordt genoemd gaat het ook om richtlijnen en werkafspraken. Het betreft protocollen voor triage, medisch technisch handelen, hoe er binnen de organisatie gewerkt wordt, praktijkvoering et cetera.

Beschikbaarheid protocollen

13. Kunt u voor deze stellingen aangeven in hoeverre ze gelden voor de organisatie waarin u werkt? (1 = klopt helemaal, 5 = klopt helemaal niet)

In de organisatie waar ik werk:

- | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| a. | zijn afspraken gemaakt over hoe te werken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. | zijn de afspraken over hoe te werken schriftelijk vastgelegd | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. | zijn in voldoende mate protocollen aanwezig om mijn werk als doktersassistent goed te kunnen uitvoeren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. | zijn er protocollen voor triage | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. | zijn er protocollen voor <u>medisch-technische</u> handelingen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. | zijn er protocollen voor <u>voorbehouden</u> handelingen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. | zijn er protocollen voor de praktijkvoering | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. | zijn er protocollen voor de meest noodzakelijke taken en situaties | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. | zijn er niet voor alle taken en situaties protocollen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j. | is een eigen protocollensysteem opgezet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k. | zijn protocollen te vinden op de computer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| l. | zijn protocollen te vinden in een protocollenmap | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| m. | sluiten de protocollen goed aan bij mijn dagelijkse werk als doktersassistent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| n. | zijn de protocollen duidelijk beschreven | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o. | zijn de protocollen goed bruikbaar en werkbaar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| p. | worden protocollen aan de hand van de nieuwste inzichten verbeterd | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| q. | kan ik als doktersassistent aangeven wanneer een protocol aangepast moet/ kan worden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Gebruik van protocollen

14. Kunt u voor deze stellingen aangeven in hoeverre ze voor u gelden? (1 = klopt helemaal, 5 = klopt helemaal niet)

- | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| a. | Tijdens mijn opleiding heb ik geleerd te werken volgens protocollen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. | Protocollen vormen de basis en zijn leidend voor mijn handelen als doktersassistent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. | Ik weet hoe ik moet werken en hoef de protocollen nauwelijks te raadplegen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. | Protocollen zijn onderdeel van mijn deskundigheid geworden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. | Ik raadpleeg regelmatig de protocollen die ik nodig heb voor mijn werk als doktersassistent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. | Protocollen zijn noodzakelijk voor mijn werk als doktersassistent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. | Ik raadpleeg de protocollen bij specifieke gevallen die minder vaak voorkomen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. | Ik raadpleeg de protocollen in geval van twijfel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. | Ik raadpleeg de protocollen als ik te maken heb met onbekende hulpvragen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j. | Ik raadpleeg de protocollen om na te gaan hoe ik iets moet doen als dat lang niet is voorgekomen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k. | Protocollen zijn vooral belangrijk voor beginnende (onervaren) doktersassistenten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

15. Kunt u voor deze stellingen aangeven in hoeverre ze voor u gelden? (1 = klopt helemaal, 5 = klopt helemaal niet)
- | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| a. | Maatwerk voor de patiënt is niet te vatten in protocollen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. | Protocollen vormen de basis en zijn leidend voor mijn handelen als doktersassistent, maar ik durf buiten een protocol te denken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. | Protocollen vormen de basis en zijn leidend voor mijn handelen als doktersassistent, maar ik blijf vooral zelf kritisch nadenken bij de inschatting van wat een patiënt nodig heeft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. | Protocollen vormen de basis en zijn leidend voor mijn handelen als doktersassistent, maar ik kan beredeneerd afwijken in het belang van een patiënt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. | Ik beoordeel zelf wanneer ik van een protocol kan of moet afwijken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. | Ik kan de arts goed overbrengen wat mijn overwegingen zijn om van een protocol af te wijken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. | In de gevallen dat ik van een protocol ben afgeweken, was de arts het daar altijd mee eens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16. Bij welke taken wijkt u wel eens af van protocollen?

	Wel	Niet
a.	1	2
b.	1	2
c.	1	2
d.	1	2
e.	1	2
f.	1	2
g.	1	2
h.	1	2

V Relatie met de arts en collega's

17. Kunt u voor deze stellingen aangeven in hoeverre ze voor u of uw organisatie gelden? (1 = klopt helemaal, 5 = klopt helemaal niet)

a.	Als er geen protocol beschikbaar is, dan overleg ik eerst met een collega doktersassistent over wat te doen	1	2	3	4	5
b.	Als er geen protocol beschikbaar is, dan val ik terug op mijn deskundigheid en handel ik zonder protocol	1	2	3	4	5
c.	Als er geen protocol beschikbaar is, dan overleg ik met de arts over wat te doen	1	2	3	4	5
d.	Als ik twijfel over hoe te handelen, dan overleg ik eerst met mijn collega doktersassistent	1	2	3	4	5
e.	Als ik twijfel over hoe te handelen, dan overleg ik direct met de arts	1	2	3	4	5
f.	Ik koppel mijn advies aan patiënten terug aan de arts	1	2	3	4	5
g.	De arts geeft achteraf fiat op mijn handelen	1	2	3	4	5
h.	Overleg met de arts is laagdrempelig	1	2	3	4	5
i.	Overleg met de arts kan achteraf plaatsvinden	1	2	3	4	5
j.	Ik kan terugvallen op de arts	1	2	3	4	5
k.	In de organisatie waar ik werk is een arts beschikbaar of bereikbaar	1	2	3	4	5
l.	In de organisatie waar ik werk is direct overleg met de arts mogelijk	1	2	3	4	5
m.	Als een vraag kan wachten, dan stoort ik de arts niet	1	2	3	4	5
n.	Ik wijkt niet af van de aanwijzingen van de arts, tenzij er goede redenen zijn en in overleg met de arts	1	2	3	4	5

18. Kunt u voor deze stellingen aangeven in hoeverre ze voor u gelden? (1 = klopt helemaal, 5 = klopt helemaal niet)

Ik merk dat de arts(en) waarmee ik werk ...						
a.	... een groot vertrouwen in mijn deskundigheid heeft/hebben	1	2	3	4	5
b.	... mij een grote mate van zelfstandigheid toevertrouwt(en)	1	2	3	4	5
De arts(en) waarmee ik werk verwacht(en) dat ik ...						
a.	... zelfstandig mijn taken kan uitvoeren	1	2	3	4	5
b.	... beredeneerd naar eigen inzicht besluiten kan nemen	1	2	3	4	5
c.	... beredeneerd naar eigen inzicht problemen op kan lossen	1	2	3	4	5
d.	... vooral zelf kritisch nadenk bij de inschatting van wat een patiënt nodig heeft	1	2	3	4	5
e.	... buiten een protocol durf te denken	1	2	3	4	5
f.	... beredeneerd van protocollen afwijk als ik dat in het belang van een patiënt nodig vind	1	2	3	4	5

19. Op welke wijze beoordeelt de arts over het algemeen de uitvoer van uw taken?

	Niet	Vooraf	Tussen- tijds	Achter- af	Wanneer nodig
a. Hulpvraag in behandeling nemen	1	2	3	4	5
b. Patiëntgerelateerde informatie verwerken	1	2	3	4	5
c. Medisch-technische handelingen uitvoeren	1	2	3	4	5
d. Voorbehouden handelingen uitvoeren	1	2	3	4	5
e. Assisteren bij uitvoeren medische verrichtingen	1	2	3	4	5
f. Voorlichting en advies aan patiënten geven	1	2	3	4	5
g. Zorgen voor logistiek en beheer	1	2	3	4	5
h. Zorgen voor planning en administratie van de praktijk/organisatie	1	2	3	4	5

VI Opmerkingen

20. Eventuele aanvullende opmerkingen over de zelfstandigheid van de doktersassistent kunt u hier aangeven.