

voorBIGhouden

Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG

met betrekking tot de inzet van de

Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant

Drs. D.P. De Bruijn-Geraets

M.C.M. Bessems-Beks

Dr. Y.J.L. van Eijk-Hustings

Prof. Dr. H.J.M. Vrijhoef



voorBIGhouden

Eindrapportage

Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG

met betrekking tot de inzet van de

Verpleegkundig Specialist en de

Physician Assistant

In opdracht van:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Subsidienummer: 320434

Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg

Drs. D.P. De Bruijn-Geraets,

M.C.M. Bessems-Beks,

Dr. Y.J.L. van Eijk-Hustings,

Prof. Dr. H.J.M. Vrijhoef,

Maastricht, juli 2015.

Maastricht UMC+



academisch ziekenhuis
Maastricht



Maastricht University

Uit de tekst van dit rapport mag geciteerd worden, mits met expliciete bronvermelding. Dit rapport als volgt vermelden: De Bruijn-Geraets, D.P., Bessems-Beks, M.C.M., van Eijk-Hustings, Y.J.L., Vrijhoef, H.J.M (2015). voorBIGhouden, Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant. Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Lijst met veel gebruikte afkortingen	7
Samenvatting	11
1. Inleiding	23
1.1 Leeswijzer	23
1.2 Aanleiding tot het onderzoek	23
1.3 Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants	24
1.4 Zelfstandige bevoegdheid	25
1.5 Doelstelling en onderzoeksvragen	27
2. Methoden	31
2.1 Studie design	31
2.2 Conceptuele kaders	32
2.3 Effectiviteit en doelmatigheid	34
2.4 Kwantitatieve dataverzameling	35
2.4.1 Meetinstrumenten	35
2.4.1.1 Vragenlijsten	35
2.4.1.2 Analytic Hierarchy Process (AHP)	39
2.4.1.3 Meten van juridische consequenties	41
2.4.1.4 Quickscan	42
2.4.2 Studiepopulatie en werving	42
2.4.3 Data analyse	44
2.5 Kwalitatieve dataverzameling	45
2.5.1 Meetinstrumenten	45
2.5.1.1 Expert interviews	45
2.5.1.2 Focusgroep interviews	46
2.5.1.3 Interviews met patiënten	47
2.5.2 Data analyse	47
2.6 Triangulatie van data	48
2.7 Meetperiode	50
2.8 Ethische overwegingen	50
3. Resultaten	53
3.1 Respons	53
3.2 Implementatie	54
3.3 Structuur	57

3.3.1 Patiënt variabelen	57
3.3.2 Zorgverlener variabelen	58
3.3.3 Organisatorische variabelen	60
3.4 Proces	63
3.4.1 Functie elementen	63
3.4.2 Functie uitvoering	64
3.5 Uitkomsten	73
3.5.1 Effectiviteit	73
3.5.2 Doelmatigheid	113
3.6 Wetswijziging	114
3.7 Samenvatting resultaten	115
4. Conclusies en discussie	121
5. Aanbevelingen	135
Referenties	139
Bijlagen	147

Voorwoord

Taakherschikking is een speerpunt in het beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de onbalans tussen de steeds stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod aan te pakken. Verregaande taakherschikking, waarbij niet alleen taken tussen verschillende zorgverleners maar ook de bijbehorende bevoegdheden worden verschoven, is na een wijziging in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) nu ook wettelijk verankerd. Op grond van de wetswijziging (toevoeging van artikel 36a) hebben verpleegkundig specialisten en physician assistants tijdelijk bevoegdheden gekregen om bepaalde voorbehouden medische handelingen zelfstandig te verrichten.

Voorliggend eindrapport van het “Evaluatieonderzoek artikel 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant” beschrijft de impact van deze wetswijziging.

Opdrachtgever en subsidiegever van dit onderzoek is het Ministerie van VWS (subsidienummer 320434). Het onderzoek is uitgevoerd door een onderzoeksteam van de afdeling Patiënt & Zorg, Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) bestaande uit Mw. drs. D.P. De Bruijn-Geraets (onderzoeker), Mw. M.C.M. Bessems-Beks (onderzoeksassistente), Mw. dr. Y. J. L. van Eijk-Hustings (begeleider) en Dhr. prof. dr. H.J.M. Vrijhoef (projectleider).

Het onderzoeksteam heeft inhoudelijk advies ingewonnen bij Dhr. prof. dr. H.P. Brunner-La Rocca (Maastricht UMC+), Mw. dr. B.A.B. Essers (Maastricht UMC+), Mw. dr. J.M. Hummel (Universiteit Twente) en Dhr. mr. D.Y.A. van Meersbergen (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst). Het onderzoeksteam heeft ondersteuning gekregen van Mw. E.M.T. Mulkers bij data-entry en –analyses.

Bij de uitvoering van het evaluatieonderzoek is het onderzoeksteam begeleid door een commissie die hiervoor is ingesteld door het Ministerie van VWS. Deze begeleidingscommissie bestaat uit de volgende leden:

namens het Ministerie van VWS: Dhr. drs. T.P. Hoogeveen, senior beleidsadviseur Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaarden, Ministerie van VWS;

namens de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA): Dhr. Q. van den Driesschen MPA, physician assistant (tijdens nulmeting) en Mw. A. Braam-Joldersma MPA, physician assistant (tijdens nametingen);

namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) afdeling Verpleegkundig Specialist (VS): Dhr. T.A. van Nesselrooij MANP, verpleegkundig specialist Geestelijke Gezondheidszorg

(tijdens nulmeting), Mw. J.M. Boven-Ebskamp MANP, verpleegkundig specialist Geestelijke Gezondheidszorg (tijdens nametingen);

namens de opleidingen tot Master Advanced Nursing Practice (MANP) en Master Physician Assistant (MPA): Mw. drs. E.P.L. Albersnagel-Thijssen, verpleegkundige en gezondheidswetenschapper, tot 1 januari 2012 opleidingsmanager en hogeschoolhoofddocent MANP, Hanzehogeschool Groningen, Dhr. drs. A. Verstallen, programmamanager MPA, Hanzehogeschool Groningen (tijdens 1^e nameting) en Dhr. drs. G. van den Brink, directeur Radboud Zorgacademie, opleiding MPA (tijdens nulmeting en 2^e nameting);

namens de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG): Dhr. mr. D.Y.A. van Meersbergen, jurist;

namens de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH): Mw. Drs. E.W.C.C. Derckx, Projectleider Taakherschikking Eerstelijn, Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH), Kenniscentrum Taakherschikking Eerstelijn.

Wij bedanken de opdrachtgever voor het in ons gestelde vertrouwen om dit evaluatieonderzoek uit te voeren. Ook bedanken wij de leden van de begeleidingscommissie voor hun constructieve bijdragen aan het onderzoek en de totstandkoming van dit rapport. Zonder de actieve bijdragen van NAPA en V&VN VS, Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV), Orde van Medisch Specialisten (OMS) en alle Nederlandse hogescholen met een opleiding tot MANP en/of MPA, bij het werven van deelnemers zou dit onderzoek niet hebben geleid tot dit eindrapport. Ten slotte gaat onze dank uit naar allen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek.

Maastricht, juli 2015,

Mw. drs. D. P. De Bruijn-Geraets, Mw. M.C.M. Bessems-Beks, Mw. dr. Y. J.L. van Eijk-Hustings en Dhr. prof. dr. H.J.M. Vrijhoef.

Lijst met veelgebruikte afkortingen

AGB-code	Algemeen Gegevens Beheer-code
ATC-code	Anatomical Therapeutic Chemical-code
EPD	Elektronisch patiëntendossier
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
FTO	Farmacotherapeutisch Overleg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
EPD	Elektronisch patiëntendossier
IQR	Interquartiel range
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
n	Aantal
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
NP	Nurse practitioner
PA	Physician assistant
OMS	Orde van Medisch Specialisten
QUAL	Kwalitatieve gegevens (qualitative data)
QUAN	Kwantitatieve gegevens (quantitative data)
RSV	Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
sd	Standaarddeviatie
T0	Nulmeting
T1	1e nameting
T2	2e nameting
UR-geneesmiddel	Uitsluitend recept geneesmiddel
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VS	Verpleegkundig specialist
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WMO	Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen

Samenvatting



Samenvatting

Inleiding

Met het wijzigen van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en het van kracht gaan van twee Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvBs) per 1 januari 2012, is een wettelijke basis ontstaan voor het tijdelijk toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) om aangewezen voorbehouden handelingen te indiceren, uit te voeren en te delegeren. Met deze wettelijke basis (toevoeging artikel 36a) wordt onder meer beoogd het zelfstandig functioneren van VSen en PAs mogelijk te maken. Dit geldt voor die situaties waarin de huidige opdrachtrelatie voor het verrichten van voorbehouden handelingen een belemmering betekent voor de doelmatigheid en effectiviteit van het zorgproces. De bevoegdheidsgrenzen worden bepaald door de opleiding, de eigen bekwaamheid en het deskundigheidsgebied. Daarnaast geldt de bevoegdheid voor handelingen van een beperkte complexiteit, die veelvuldig voorkomen en waarvan de risico's zijn te overzien. De handelingen dienen te worden uitgevoerd volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. Samenwerkingsafspraken dienen per individuele werksituatie te worden vastgelegd. De regeling voor de VS en de PA op grond van de wetswijziging heeft de status van een tijdelijk experiment en wordt geëvalueerd. De voorbehouden handelingen die in de AMvBs zijn opgenomen zijn katheterisaties, electieve cardioversies/defibrillaties, endoscopieën, heelkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn. De PA heeft een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid voor alle genoemde voorbehouden handelingen, voor de VS is de tijdelijke zelfstandige bevoegdheid specialisme afhankelijk.

Doelstelling onderzoek

Door middel van een wetenschappelijk onderzoek wil het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) antwoord krijgen op de vragen: In hoeverre is het doelmatig en effectief om een wettelijke zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan VSen en PAs met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen en, indien er sprake is van effectiviteit en doelmatigheid, voor welke voorbehouden handelingen geldt dit? De onderzoeksvragen van dit evaluatieonderzoek richten zich nadrukkelijk op het bepalen van effectiviteit en doelmatigheid van de wetswijziging en niet op taakherschikking in zijn algemeenheid.

Onderzoeksmethoden

De studie hanteert een mixed methods design, waarbij triangulatie van kwantitatieve en kwalitatieve data wordt toegepast.

Bij het verzamelen van kwantitatieve data is gebruik gemaakt van vragenlijsten, die op drie meetmomenten, namelijk vóór de wetswijziging (nulmeting) en tweemaal na de wetswijziging (nametingen), zijn uitgezet bij VSen/PAs, artsen met wie VSen/PAs samenwerken en patiënten van VSen/PAs. In de vragenlijsten zijn de volgende domeinen te onderscheiden:

1) **Effectiviteit** van de wetswijziging:

Aan VSen en PAs is gevraagd welke specifieke voorbehouden handelingen ze uitvoeren en hoe de indicatiestelling is verlopen. Aan artsen is gevraagd over welke specifieke voorbehouden handelingen contact is geweest, hetzij om een opdracht te verstrekken of om te overleggen als de VS/PA de indicatie heeft gesteld;

2) **Doelmatigheid** van wetswijziging:

Om de doelmatigheid te bepalen, is bij VSen/PAs de tijdsduur van specifieke voorbehouden handelingen bepaald, inclusief overlegtijd of tijd om een opdracht te verwerken. Bij artsen is de duur van het contactmoment met VSen/PAs over specifieke voorbehouden handelingen bepaald.

Omdat effectiviteit en doelmatigheid met name betekenis krijgen binnen de context, waarin de zorg wordt geleverd, is een **contextanalyse** verricht met de aanvullende domeinen:

3) Effectiviteit van het zorgproces (kwaliteit):

Aspecten die bij zorgverleners aan de orde komen zijn het handelen volgens richtlijnen, veiligheid, werkbelasting en autonomie in het werk. Bij patiënten zijn de mate van tevredenheid over een (be)handeling, het (be)handelsucces, de begrijpelijkheid van de gegeven adviezen en de veiligheid bepaald;

4) Inzet van beroepsbeoefenaren:

De inzet van beroepsbeoefenaren bij een bepaalde klacht is uitsluitend op patiëntniveau gemeten. Hierbij zijn de contactfrequenties tussen de patiënt en de diverse zorgprofessionals die betrokken zijn bij het zorg- en behandelproces, de mate van tevredenheid over wachttijden en de deskundigheid van de behandelend VS/PA in kaart gebracht;

5) Patiëntgerichtheid van de zorg:

De mate van patiëntgerichtheid is bij patiënten gemeten met vragen over de wachttijden en de bejegening door de VS/PA.

Kwalitatieve data zijn gedurende de gehele 2^e fase van het onderzoek verkregen via semigestructureerde interviews. Hiervoor zijn 1) expert interviews met VSen/PAs en artsen uit de dagelijkse praktijk gehouden, waarbij een evenredige verdeling heeft plaatsgevonden, wat betreft setting, medisch specialisme en locatie, alsook 2) expert interviews met diverse stakeholders, 3) regionale focusgroep interviews, en 4) patiënten interviews gehouden.

Analyses van kwantitatieve data zijn voor de beide beroepsgroepen VS en PA apart uitgevoerd. Daar waar mogelijk zijn resultaten opgesplitst voor de specialismen binnen de beroepsgroep van VSen. De analyses zijn zowel voor de totale groep respondenten verricht, als voor respondenten die zowel aan de nulmeting als de 2^e nameting hebben deelgenomen (subgroep analyse). Naast het bepalen van beschrijvende statistische maten is op groepsniveau getoetst of waargenomen verschillen tussen nulmeting en de 2^e nameting significant verschillen. Voor de analyse van de kwalitatieve data is gebruik gemaakt van de 'editing analysis style', waarbij de verschillende data schriftelijk zijn vastgelegd en betekenisvolle onderdelen zijn gecategoriseerd.

Resultaten

Het evaluatieonderzoek heeft in twee fases plaatsgevonden: de eerste fase, de nulmeting van het onderzoek, is gestart in maart 2011 en is geëindigd met het in werking treden van de AMvBs per 1 januari 2012. Aan de nulmeting hebben in totaal 1.144 respondenten deelgenomen. De tweede fase heeft plaatsgevonden van januari 2012 tot juli 2015. In deze fase hebben de 1^e nameting (medio 2013, 890 respondenten), de 2^e en tevens laatste nameting (eind 2014, 1.200 respondenten), vijf focusgroep interviews en 102 interviews met casestudies, stakeholders en patiënten plaatsgevonden.

De impact van de wetswijziging is afhankelijk van de mate van implementatie van de zelfstandige bevoegdheid. Tijdens de nulmeting geven één op de vijf VSen en één op de acht PAs aan geen voorbehouden handelingen te verrichten. Na de wetswijziging komt de implementatie langzaam op gang. Tijdens de eerste nameting is de zelfstandige bevoegdheid nog niet overal ingevoerd. Voor een klein gedeelte geldt dit voor de zorgverlener persoonlijk, maar overwegend geldt dit voor de gehele organisatie waarin VSen of PAs werkzaam zijn. Als belangrijkste reden voor het nog niet invoeren van de zelfstandige bevoegdheid wordt terughoudendheid van artsen of van de medische raad gegeven. De invoering van de zelfstandige bevoegdheid heeft er wel toe geleid dat protocollen zijn geschreven, dat afspraken zijn gemaakt met artsen, apothekers en management, dat de protocollen en afspraken zijn goedgekeurd door het management en dat VSen/PAs extra bijscholing hebben gevolgd.

Tijdens de laatste nameting geven 83% van de VSen en 86% van de PAs aan dat de zelfstandige bevoegdheid is ingevoerd; 7% van de VSen en 4% van de PAs geven aan dat het uitvoeren van voorbehouden handelingen niet noodzakelijk is voor hun functie. Bij de VSen blijft de implementatie vooral achter bij de VS GGZ: één vijfde van de VSen GGZ geeft aan dat de uitvoering van voorbehouden handelingen in hun organisatie niet goed geregeld is. Uit interviews blijkt tevens dat VSen preventieve zorg in de jeugdgezondheidszorg geen gebruik maken van hun voorschrijfbevoegdheid.

Effectiviteit van de wetswijziging

Tijdens de nulmeting, dus vóór de wetswijziging, worden niet alleen voorbehouden handelingen door de meerderheid van de VSen en PAs verricht, maar gebeurt dit ook met grote frequentie alsook veelal

op eigen indicatie. Tijdens de nametingen is het percentage VSen en PAs dat voorbehouden handelingen uitvoert nog verder toegenomen. De meest uitgevoerde voorbehouden handelingen zijn het voorschrijven van geneesmiddelen en injecteren. De minst uitgevoerde voorbehouden handelingen zijn electieve cardioversies/defibrillaties en endoscopieën. Van deze laatste voorbehouden handelingen is de respons te laag om betekenisvolle uitspraken te kunnen doen.

Niet alleen zijn meer VSen en PAs voorbehouden handelingen gaan uitvoeren, de frequentie waarmee ze dit doen is ook voor de meeste voorbehouden handelingen toegenomen. De frequentie is het hoogst voor het voorschrijven van geneesmiddelen en injecties en het laagst voor puncties.

Ook de zelfstandigheid bij het indiceren van de voorbehouden handelingen is na de wetswijziging toegenomen. Voor de VSen geldt dat het percentage handelingen dat uitgevoerd wordt op eigen indicatie is toegenomen voor alle voorbehouden handelingen, evenals het percentage voorbehouden handelingen dat uitgevoerd wordt op eigen indicatie zonder overleg met een arts en het percentage voorbehouden handelingen dat wordt gedelegeerd na eigen indicatiestelling. Voor PAs geldt dat het percentage handelingen dat uitgevoerd wordt op eigen indicatie alleen is toegenomen voor injecties. Daarentegen is het percentage handelingen dat uitgevoerd wordt zonder overleg met een arts na eigen indicatiestelling wel toegenomen voor alle voorbehouden handelingen, met uitzondering van puncties. Binnen de verpleegkundig specialismen worden de meeste voorbehouden handelingen uitgevoerd door de VS acute zorg, alsook met de grootste zelfstandigheid bij het indiceren; de minste voorbehouden handelingen met de minste zelfstandigheid bij het indiceren, door de VS GGZ en VS preventieve zorg.

Het voorschrijven van medicatie op eigen indicatie beperkt zich niet tot herhaalrecepten of recepten waarbij de dosering wordt aangepast. In vergelijking met deze twee type recepten wordt het voorschrijven van nieuwe recepten zelfs meer op eigen indicatie zonder overleg met een arts verricht. Wel worden recepten, indien op eigen indicatie UR-geneesmiddelen worden voorgeschreven, in één vijfde van de gevallen achteraf inhoudelijk getoetst door een arts.

Voor bepaalde groepen geneesmiddelen is de zelfstandige bevoegdheid minder ver doorgevoerd, zoals voor geneesmiddelen die aangrijpen op het bloed en bloedvormende organen, geneesmiddelen die aangrijpen op het hartvaatstelsel (met name antithrombotica en middelen bij anemie), oncolytica en immunomodulantia, en immunosuppressiva: deze geneesmiddelen worden minder vaak op eigen indicatie voorgeschreven of is hierbij vaker overleg nodig na indicatiestelling door de VS/PA. Op de vraag voor welke voorbehouden handelingen de zelfstandige bevoegdheid voor VSen/PAs niet verantwoord is, worden door een gedeelte van de VSen en PAs, alsook door artsen geneesmiddelen genoemd die aangrijpen op het zenuwstelsel, zoals psycholeptica en psychoanaleptica. VSen en PAs noemen daarnaast ook oncolytica en immunomodulantia. Als geneesmiddelen waarvoor een zelfstandige voorschrijfbevoegdheid kan, maar waarover altijd overlegd moet worden, worden door een ander gedeelte

van de VSen, PAs en artsen bovengenoemde geneesmiddelen genoemd. Dit is tevens het geval bij geneesmiddelen die aangrijpen op het hartvaatstelsel, zoals antihypertensiva, cardiaca en diuretica, als ook bij antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (antibiotica).

De terughoudendheid voor een zelfstandige bevoegdheid geldt ook voor lumbaalpuncties en in mindere mate pleurapuncties, bioteren/excideren en handelingen met betrekking tot pacemakers/ICD's. Vóór de wetswijziging wordt slechts een klein percentage van de voorbehouden handelingen door de VS/PA gedelegeerd naar andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen, arts-assistenten of doktersassistenten. Na de wetswijziging wordt ruim één tiende van alle voorbehouden handelingen gedelegeerd. Het vaakst worden voorbehouden handelingen waarvoor verpleegkundigen een functionele zelfstandigheid hebben en katheterisaties gedelegeerd.

De aanpassing van de Wet BIG wordt door VSen, PAs en artsen als een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving gezien, echter de lijst van beschreven voorbehouden handelingen wordt door één tiende van de VSen en één vijfde van de PAs niet toereikend voor de werksituatie genoemd. Een zelfstandige bevoegdheid zou volgens hen ook wenselijk zijn voor schouwen, radiotherapeutisch handelen en het toedienen van anesthesie.

Doelmatigheid van de wetswijziging

De tijd die VSen en PAs voor het uitvoeren van een handeling nodig hebben, inclusief overlegtijd of tijd om een opdracht van een arts te verwerken, is voor bijna alle voorbehouden handelingen na de wetswijziging afgenomen behalve voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen verricht door VSen en voor puncties verricht door PAs.

Het aantal contactmomenten per maand tussen artsen en VSen/PAs over voorbehouden handelingen is na de wetswijziging ongeveer gehalveerd. Deze daling van het aantal contactmomenten per maand is te zien bij bijna alle voorbehouden handelingen. Tijdens de laatste nameting hebben de meeste contactmomenten betrekking op het voorschrijven van geneesmiddelen, het minst op puncties. Vóór de wetswijziging bestaan de contactmomenten tussen arts en VS voornamelijk uit opdrachtverstrekkingen door de arts, na de wetswijziging voornamelijk uit overleg na indicatiestelling door de VS. Bij de PA bestaan de contactmomenten vóór en na de wetswijziging voor iets meer dan de helft uit opdrachtverstrekkingen. Na de wetswijziging betreft dit in toenemende mate opdrachten tot het volgen van een protocol.

Het aantal contactmomenten is dus gedaald na de wetswijziging, de gemiddelde duur van het contact is echter toegenomen voor bijna alle voorbehouden handelingen. Dit kan het gevolg zijn van groeiende taakherschikking in zijn algemeenheid: één kwart van de artsen ziet een kleiner aantal patiënten, als ook relatief meer patiënten met complexe problematiek. Opdrachtverstrekking aan een VS/PA om een voorbehouden handeling uit te voeren vereist dan meer uitleg. Daarnaast behandelt de VS/PA de

meeste patiënten zelfstandig en overlegt alleen bij twijfel, vanuit VS/PA perspectief, over complexe situaties, hetgeen ook resulteert in een langere overlegtijd. Een andere indicator voor een doelmatige zorg is de toename van het aantal delegaties van laagcomplexere handelingen van VSen/PAs naar andere zorgverleners met lagere salariskosten. Vanwege de groeiende taakherschikking is voor het bepalen van kosten in het kader van doelmatigheid van de wetswijziging, het koppelen van tijdsbestedingen aan salariskosten niet afdoende. Hiervoor is inzicht in patiëntenstromen en verrichtingen op macro niveau noodzakelijk. In dit onderzoek is gebleken dat niet adequaat wordt geregistreerd wie welke verrichtingen daadwerkelijk uitvoert.

Contextanalyse

Het door patiënten en zorgverleners toegekende relatieve belang van de randvoorwaarden waarin de zorg wordt geleverd (i.e. effectiviteit van het zorgproces, inzet van beroepsbeoefenaren, patiëntgerichtheid van zorg), is bepalend geweest voor de volgorde waarin de resultaten uit de contextanalyse zijn gepresenteerd.

Belangrijkste randvoorwaarde voor het zelfstandig kunnen uitvoeren van voorbehouden handelingen is dat de VS/PA hiertoe bekwaam is. VSen/PAs zijn zich bewust van de grenzen van hun bekwaamheid. Bekwaamheid wordt door VSen en PAs voornamelijk bepaald op grond van de concrete situatie, de combinatie van de individuele patiënt en de specifieke handeling. Artsen laten na de wetswijziging het bepalen van de bekwaamheid steeds meer over aan de VSen/PAs. Daarnaast is er een lichte tendens waar te nemen naar het opstellen van bekwaamheidsverklaringen en het periodiek toetsen van bekwaamheid.

Kennis en kunde zijn de belangrijkste aspecten van bekwaamheid. Een ruime meerderheid van de VSen, PAs en artsen vinden de kennis van de VS/PA om zelfstandig UR-geneesmiddelen voor te schrijven voldoende en de vaardigheden om voorbehouden handelingen binnen het deskundigheidsgebied uit te voeren uitstekend. Kennis wordt op peil gehouden via bijscholing. De mogelijkheid om intern bij te scholen, is sterk setting afhankelijk. Voor bijscholing is men afhankelijk van congresbezoeken, cursussen en farmacotherapeutisch overleg (FTO). Het niet hebben van een toereikend eigen scholingsbudget kan een knelpunt zijn voor het op peil houden van kennis en dus bekwaamheid, waardoor onvoldoende accreditatiepunten aan het kwaliteitsregister overlegd kunnen worden. Daarnaast zijn te veel bijscholing niet, of uitsluitend voor artsen geaccrediteerd en bestaat behoefte aan meer vakinhoudelijke scholing.

Patiënten zijn uiterst tevreden over de door de VS/PA ontvangen (be)handeling, de informatieverstrekking hierover, de patiëntgerichtheid en toegankelijkheid. Daarnaast waarderen patiënten de deskundigheid van de VS/PA zeer hoog. Na het ondergaan van een voorbehouden handeling door de VS/PA

worden sporadisch complicaties gemeld en na het ondergaan van een kleine medische ingreep ervaart het merendeel van de patiënten een verbetering van hun klachten. Bij het voorschrijven van UR-geneesmiddelen door de VS/PA rapporteren patiënten slechts incidenteel bijwerkingen te hebben gekregen die niet beschreven of verteld waren. De informatieverstrekking aan patiënten met betrekking tot een voorgeschreven geneesmiddel blijkt volgens hen echter niet optimaal. Patiënten vinden het belangrijk dat de VS/PA bij twijfel kan terugvallen op een arts en dat overleg plaatsvindt tussen arts en VS/PA.

Artsen zijn goed beschikbaar voor overleg als VSen/PAs voorbehouden handelingen verrichten.

Ten aanzien van de werkbelasting geldt dat artsen een hogere werkdruk ervaren dan VSen/PAs. Vóór de wetswijziging verwacht drie kwart van de artsen dat de werkdruk voor hen afneemt door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid, na de wetswijziging is deze proportie tot de helft gedaald voor artsen die samenwerken met VSen en gelijk gebleven voor artsen die samenwerken met PAs. Geïnterviewde artsen geven aan dat hun werkdruk door de komst van de VS/PA, ondersteund door een zelfstandige bevoegdheid en een andere zorgindeling, is afgenomen.

Objectief gemeten zijn VSen PAs meer gaan overwerken en artsen minder. Het aantal patiëntencontacten per week van VSen en PAs en de duur van een patiëntencontact zijn na de wetswijziging nagenoeg onveranderd gebleven.

VSen, PAs en artsen besteden in een werkweek de meeste tijd aan consulten, gevolgd door niet patiënt gebonden activiteiten. Bij artsen is na de wetswijziging een lichte toename in het percentage overleggen over individuele patiënten waargenomen. Medisch handelen (bijvoorbeeld endoscopieën, puncties, injecties) is slechts een klein onderdeel van de werkweek bij zowel VSen/PAs als artsen. Bij artsen die samenwerken met PAs is sprake van een daling in het percentage 'medisch handelen' na de wetswijziging.

Op de items gerelateerd aan autonomie scoren VSen/PAs en artsen/supervisors gelijkwaardig. Aspecten waar VSen, PAs en artsen het meeste autonomie bij ervaren, zijn: de ruimte in hun werk om zelf beslissingen te kunnen nemen, het zelf bedenken van oplossingen om bepaalde dingen te doen, de vrijheid om te beslissen hoe ze hun werk doen en het niet voortdurend hoeven uit te voeren wat anderen hen opdragen.

Jurisprudentie van tuchtrechtspraken over de laatste 5 jaren met betrekking tot voorbehouden handelingen verricht door VSen en PAs bestaat nog nauwelijks. Slechts één VS is aangeklaagd voor het foutief uitvoeren van een voorbehouden handeling. Door de zelfstandige bevoegdheid van VSen/PAs is sprake van uitbreiding van verantwoordelijkheden waarvoor VSen/PAs aangeklaagd kunnen worden.

Een risicoanalyse van alle uitspraken met een voorbehouden handeling (ongeacht welke categorie zorgverlener) laat zien dat klachten zijn in te delen in vier categorieën: indicatie, uitvoering, informatie en rapportage. Bijna de helft van de klachten heeft betrekking op de indicatiestelling, één derde op de uitvoering, een klein gedeelte over de informatie en de rapportage. Binnen de indicatiestelling gaan de meeste klachten over de diagnostiek voorafgaand aan de indicatiestelling gevolgd door de keuze voor een bepaalde handeling/geneesmiddel.

VSen en PAs geven aan voorbehouden handelingen uit te voeren volgens (landelijke) richtlijnen. Het vastleggen van lokale (samenwerkings-)afspraken als onderdeel van protocollair werken is een aandachtspunt. In bestaande protocollen bestaan lacunes in de verantwoordelijkheidsverdeling en taakverdeling. Voor het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie zijn voor ruim de helft van de VSen en ruim één derde van de PAs persoonlijke schriftelijke regels vastgelegd en blijkt vaak sprake van ongeschreven regels en gewoontevorming. In de persoonlijke regels zijn opgenomen welke voorbehouden handelingen op eigen indicatie mogen worden verricht, welke specifieke patiëntengroepen mogen worden behandeld en welke specifieke UR-geneesmiddelen mogen worden voorgeschreven, maar worden de verantwoordelijkheidsverdeling en de manier waarop bekwaamheid wordt vastgesteld nauwelijks vastgelegd.

Het draagvlak voor (de zelfstandige bevoegdheid van) VSen en PAs is groot bij artsen, waarmee nauw wordt samengewerkt, bij verpleegkundigen en bij patiënten, maar wisselend bij andere specialisten. Hierbij geldt: hoe onbekender met de functie, hoe minder het draagvlak. Dit geldt ook voor de hogere managementlagen in de organisaties, wat tot uiting komt in het al dan niet aanwezig zijn van een specifiek beleid ten aanzien van VSen/PAs. De VS GGZ wordt door zorgverzekeraars niet als hoofdbehandelaar erkend. In het verlengde van draagvlak staat de positionering en zichtbaarheid van de VS en PA binnen de organisatie. Positionering en de invoering van de zelfstandige bevoegdheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Een goede positionering van de VS/PA is noodzakelijk voor de invoering van de zelfstandige bevoegdheid, maar de zelfstandige bevoegdheid wordt ook gebruikt om een betere positionering te bereiken. Hogere managementlagen en externe stakeholders zijn zich vaak (nog) niet bewust van alle mogelijkheden van VSen en PAs.

Conclusies

Het onderzoek maakt duidelijk dat de ingevoerde wetswijziging voor een deel van de VSen en PAs een legalisering is van werkwijzen in de dagelijkse praktijk en voor anderen perspectief heeft geboden hun functie verder te ontwikkelen. De mogelijkheden die de wetswijziging heeft geschapen om katheterisaties, heilkundige handelingen, injecties en puncties te kunnen indiceren, uitvoeren en delegeren en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen te kunnen indiceren en uitvoeren, zijn door VSen en PAs in

hoge mate benut, waardoor de maatregel effectief is gebleken. Endoscopieën en electieve cardioversies/defibrillaties worden reeds in de praktijk uitgevoerd, maar nog niet in dezelfde omvang als bovengenoemde voorbehouden handelingen om op basis van dit onderzoek hieraan conclusies te verbinden. Zorgprocessen met voorbehouden handelingen zijn efficiënter ingericht en de zorg wordt door de hiertoe geschikte professional uitgevoerd, hetgeen indicatoren zijn voor doelmatige zorg. Kostenbepaling in het kader van doelmatigheid is niet mogelijk, omdat ten tijde van het onderzoek de kostenregistratie en het declaratieverkeer voor VSen en PAs niet inzichtelijk waren. Uit het onderzoek is verder gebleken dat aan alle in de wet vastgelegde randvoorwaarden is voldaan en geen negatieve bijeffecten zijn opgetreden als gevolg van de wetswijziging.

Aanbevelingen

Op basis van bevindingen in dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Creëer voor de VS een specialisme afhankelijke definitieve wettelijke zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen: katheterisaties, heilkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.
2. Creëer voor de PA een definitieve wettelijke zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen: katheterisaties, heilkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.
3. De Wet BIG dient primair ter bescherming van de patiënt. Het vastleggen van handelingen die onaanvaardbare risico's met zich mee brengen bij ondeskundige uitvoering en daardoor voorbehouden zijn aan bepaalde zorgverleners is een onderdeel. De zelfstandige bevoegdheid dient toegekend te zijn aan een in de Wet BIG verankerd beroep, waardoor handhaving van veiligheid via verplichte BIG registratie en het vallen onder het complete tuchtrecht mogelijk is. Het beroep van physician assistant dient als artikel 3 beroep in de wet BIG in aanmerking te worden genomen.
4. Indien de tijdelijke zelfstandige bevoegdheid omgezet wordt in een definitieve bevoegdheid, dient periodiek getoetst te worden of de aangewezen voorbehouden handelingen nog steeds voldoen aan de behoefte in de dagelijkse praktijk.
5. Door de wetswijziging is de grootste belemmering om zelfstandig voorbehouden handelingen uit te voeren, weggenomen. Op lokaal niveau werpen zich nog belemmeringen op, die op termijn verdere taakherschikking in de weg kunnen staan. Deze kunnen worden aangepakt indien betrokken partijen gezamenlijk besluiten om afspraken een landelijk karakter te geven, waarbij de wetgeving leidend dient te zijn.
6. In wet- en regelgeving dient meer aandacht te worden besteed aan het begrip "indiceren" met inbegrip van een duidelijke definitie en reikwijdte.

7. Aanwezigheid van protocollen is een cruciaal onderdeel in de begrenzing van de zelfstandige bevoegdheid van de VS/PA voor het verrichten van voorbehouden handelingen. De AMvB stelt dat landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen dienen te worden gevolgd. Daarbij moet een protocol niet alleen als een werkinstructie gezien worden, maar ook als een weerslag van de samenwerking tussen VS/PA en andere disciplines. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen hierbij opgetekend te worden. De samenwerkingsafspraken in de huidige protocollen zijn onderbelicht en laten te veel ruimte voor onduidelijkheden. Het vastleggen van samenwerkingsafspraken dient als aandachtspunt gezien te worden, waarbij invulling wordt gegeven aan de Handreiking Taakherschikking.
8. In de loop der jaren is de lijst van voorbehouden handelingen meermaals onderwerp van discussie geweest. De huidige lijst is alleen op hoofdgroep gedefinieerd. Binnen een hoofdgroep kan een variëteit van handelingen schuilgaan. Onder sommige VSen en PAs heerst onbekendheid met de precieze invulling van de lijst. Het verdient daarom aanbeveling om reeds tijdens de opleiding hier aandacht aan te besteden.
9. Niet in alle gevallen is een toereikend scholingsbudget aanwezig om kennis en dus bekwaamheid van VSen/PAs op peil te houden. De Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zorginstellingen verantwoorde zorg te verlenen, door zorgprofessionals regelmatig te laten bijscholen. Werkgevers dienen op grond van deze wet hun verantwoording te nemen en een toereikend scholingsbudget vast te stellen.
10. Positionering en zichtbaarheid is van belang voor de inbedding van de beroepsgroepen. Dit is niet alleen een taak van de VS en PA, maar dient als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers en beroepsverenigingen, maar ook van zorgverzekeraars gezien te worden.
11. Patiënten hebben behoefte aan duidelijkheid in de verantwoordelijkheidsverdeling binnen de door hen ontvangen zorg. Voor patiënten is niet in alle situaties duidelijk welke zorgprofessional bepaalde onderdelen van de zorg heeft geleverd. Voor "nieuwe" beroepen, zoals die van VS en PA, is het noodzakelijk om hun functie en positie aan patiënten duidelijk te maken.
12. Patiënten willen graag goed geïnformeerd worden over hun aandoening, de (medicamenteuze) behandeling en de consequenties van de behandeling. Het verdient aanbeveling dat de behandelaar voldoende informatie verstrekt, waardoor de patiënt in staat is mee te beslissen over de behandeling, met als gevolg een grotere patiënttevredenheid en therapietrouw.
13. De in dit onderzoek bepaalde indicatoren voor doelmatigheid van de wetswijziging dienen gekoppeld te worden aan monetaire eenheden op het niveau van de behandeling, zodra het veranderde beleid inzake registratie- en declaratieverkeer verder geïmplementeerd is.
14. Het is niet mogelijke gebleken effectiviteit en doelmatigheid van de zelfstandige bevoegdheid voor endoscopieën en electieve cardioversies/defibrillaties te evalueren. Vervolgonderzoek dient hierover uitsluitsel te geven.

Inleiding



1 Inleiding

1.1 Leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt het onderwerp van de studie gepresenteerd en achtergrondinformatie geboden die tot de doelstellingen van het onderzoek leiden. De wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd, wordt besproken in hoofdstuk 2 alsook het theoretisch kader en de herkomst van de verschillende vragenlijsten, waarna in hoofdstuk 3 de feitelijke onderzoeksresultaten worden beschreven. In hoofdstuk 4 worden de betekenis en de reikwijdte van de resultaten beschreven en worden op basis hiervan conclusies getrokken. In hoofdstuk 5 worden aanbevelingen gedaan naar aanleiding van dit evaluatieonderzoek. De bijlagen completeren het verslag.

1.2 Aanleiding tot het onderzoek

Over 15 tot 20 jaar zijn meer dan 400.000 extra medewerkers nodig in de zorg om de stijgende zorgvraag het hoofd te bieden. [1] Eén van de oplossingsrichtingen voor dit capaciteitsprobleem in de gezondheidszorg is taakherschikking [2]. Reeds in 2002 pleit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ) voor taakherschikking als mogelijkheid voor het zo efficiënt mogelijk benutten van de aanwezige zorgcapaciteit en het bieden van loopbaanperspectief voor zorgprofessionals. [3] Bijkomende voordelen van taakherschikking kunnen zijn: het verbeteren van de toegankelijkheid en continuïteit van zorg [4], het in de hand houden van de steeds toenemende kosten in de gezondheidszorg [5, 6] en het beheersen van de werkdruk bij artsen. [7]

Onder taakherschikking verstaat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS): “het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen met het oog op doelmatige inzet van kunde en capaciteit”. [7] In het actuele arbeidsmarktbeleid van het Ministerie van VWS is taakherschikking een belangrijke maatregel. In haar arbeidsmarktbrief schrijft het Ministerie van VWS hierover: “Door taakherschikking kan een bijdrage worden geleverd aan een meer efficiënte inzet van de capaciteit in de zorg. Anders (en korter) opgeleide professionals nemen routinematige taken over van hoger opgeleiden, waarbij de kwaliteit van zorg voor de patiënt behouden blijft of wordt verhoogd”. [7]

In 2002 constateert de RVZ belemmeringen voor een optimale taakherschikking in wet- en regelgeving. [8, 9] Toch duurt het nog tot 2008 voordat een eerste stap wordt gemaakt deze belemmeringen weg te nemen en de regering besluit het advies van de Raad op te volgen en in te stemmen met taakherschikking in de zorg (persbericht 13 juni 2008). In het rapport “Voorbehouden handelingen tegen het licht” [10] is vanuit de wens tot taakherschikking, de regeling van de voorbehouden handelingen in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) geëvalueerd en wordt geconcludeerd dat de vereiste opdrachtrelatie (zie ook 1.4) bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen de nodige flexibiliteit mist. Eén van de aanbevelingen is om in de Wet BIG een experimenteerartikel

op te nemen, waardoor bepaalde beroepen de mogelijkheid krijgen om een aantal voorbehouden medische handelingen zelfstandig, zonder de vereiste opdrachtverstrekking, uit te voeren. Op 29 maart 2011, wordt het wetvoorstel (EK.32.261) tot het toevoegen van genoemd experimenteerartikel aangenomen door de 2^e Kamer en de 1^e Kamer heeft het voorstel op 1 november 2011 als hamerstuk aangenomen.

Op grond van het experimenteerartikel 36a van deze wetswijziging (Bijlage 1a) zijn Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvBs) [11, 12] (Bijlagen 1b en 1c) opgesteld, waardoor als eerste beroepsgroepen de verpleegkundig specialisten (VSen) en physician assistants (PAs) tijdelijk bevoegd zijn, om onder voorwaarden, zelfstandig enkele nader beschreven voorbehouden handelingen te indiceren, uit te voeren en te delegeren. De experimentperiode van de wetsaanpassing bedraagt vijf jaar. De AMvBs zijn per 1 januari 2012 van kracht gegaan. Om het zelfstandig voorschrijven van geneesmiddelen mogelijk te maken, is op 7 november 2011 de Geneesmiddelenwet aangepast. [13]

1.3 Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants

Sinds het begin van deze eeuw zijn in de Nederlandse gezondheidszorg nurse practitioners (NPs) en physician assistants (PAs) werkzaam. Beide beroepen vinden hun oorsprong in de Verenigde Staten gedurende het midden van de jaren '60 van de vorige eeuw. Hun introductie was vooral een antwoord op een dreigend artsentekort. In 2009 is het beroep nurse practitioner op basis van artikel 14 in de Wet BIG in Nederland vervangen door het beroep verpleegkundig specialist (VS). Inmiddels zijn meer dan 2.500 VSen [14] en meer dan 1.000 PAs [15] werkzaam in Nederland.

Een VS heeft na een verpleegkundige vooropleiding de HBO-master Advanced Nursing Practice gevolgd. De 2 jarige duale opleiding wordt aan negen Hogescholen aangeboden en kent vijf uitstroomprofielen (specialismen): VS acute zorg bij somatische aandoeningen, VS chronische zorg bij somatische aandoeningen, VS geestelijke gezondheidszorg, VS intensieve zorg bij somatische aandoeningen en VS preventieve zorg. De PA beschikt over het diploma Master Physician Assistant. Om tot de 2,5 jarige duale opleiding toegelaten te worden, is een verpleegkundige of paramedische vooropleiding op HBO niveau vereist. De opleiding wordt momenteel aan vijf Hogescholen aangeboden. Beide opleidingen worden door middel van subsidies gezamenlijk gefinancierd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van VWS en zijn geaccrediteerd door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO). Om te kunnen voorzien in de groeiende behoefte naar taakherschikking is in 2013 het totale aantal opleidingsplaatsen met 75% uitgebreid naar 700 plaatsen. [16]

De werkzaamheden van de VS liggen zowel in het verpleegkundig als het medisch domein. Recent onderzoek [17] laat zien dat VSen zowel taken in de (in)directe patiëntenzorg, alsook niet-patiënt gebonden taken, zoals het ontwikkelen van ketenzorgprogramma's, kwaliteit verbeterprogramma's en protocollen alsook het bevorderen van deskundigheid van verpleegkundigen, uitvoeren. VSen zien voornamelijk één of enkele afgebakende patiëntengroepen binnen een medisch (sub)specialisme. PAs

voeren voornamelijk taken in de (in)directe patiënten zorg uit, met een duidelijk medisch karakter. [17] PAs zien hierbij alle patiëntengroepen binnen een medisch (sub)specialisme. Binnen de eerste lijn nemen VSen en PAs zowel (in)direct patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden taken van de huisarts over. Het takenpakket van de VS en PA is toegespitst op wensen en kenmerken van de praktijk, waardoor inzet op maat mogelijk wordt. [18, 19]

De functie van PA is in tegenstelling tot de functie van VS (artikel 3 Wet BIG) niet opgenomen in het BIG register. Sinds 1 januari 2009 is herregistratie in het BIG-register voor VSen verplicht. Om te tonen dat het handelen van de PA professioneel is, heeft de beroepsvereniging van de PAs, de Nederlandse Associatie Physician Assistant (NAPA) op eigen initiatief een kwaliteitsregister opengesteld. [20] In 2013 is 85% van de PAs ingeschreven in dit niet verplichte register. [21]

1.4 Zelfstandige bevoegdheid

De Wet BIG (1997) heeft als doel het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Deze wet beoogt patiënten te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van een zorgverlener. Zo zijn bepaalde medische handelingen opgenomen die, als ze door een ondeskundig persoon worden uitgevoerd, grote risico's voor de patiënt met zich mee brengen (risicovolle handelingen). Binnen deze groep zijn handelingen te benoemen die bij ondeskundige uitvoering een onaanvaardbaar risico met zich meebrengen, zodat ze voorbehouden zijn aan bepaalde beroepsgroepen (voorbehouden handelingen). De voorbehouden handelingen bestaan uit 14 clusters van handelingen en zijn in de Wet BIG beschreven in artikel 36. De voorbehouden handelingen zijn: heelkundige handelingen; verloskundige handelingen; endoscopieën; katheterisaties; injecties; puncties; het toedienen van narcose; het gebruik van radioactieve stoffen en ioniserende straling; electieve cardioversie; defibrillatie; elektroconvulsieve therapie; steenvergruizing; kunstmatige fertilisatie en het voorschrijven van geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn (UR-geneesmiddelen). Het voorschrijven van geneesmiddelen is tevens in de Geneesmiddelenwet geregeld. Bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen maakt de Wet BIG onderscheid tussen zelfstandig bevoegden en niet-zelfstandig bevoegden (artikel 36). Zelfstandig bevoegden mogen, mits bekwaam, voorbehouden handelingen zelfstandig indiceren en uitvoeren. Daarnaast mogen ze niet-zelfstandig bevoegden een opdracht geven tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen. De opdrachtgever moet zich daarbij vergewissen van de bekwaamheid van de opdrachtnemer om de handeling naar behoren te kunnen uitvoeren. Daarnaast moet toezicht en tussenkomst redelijkerwijs mogelijk zijn en, indien nodig, aanwijzingen gegeven kunnen worden (artikel 38). Niet-zelfstandig bevoegden mogen uitsluitend in opdracht van een zelfstandig bevoegde een voorbehouden handeling uitvoeren. De opdrachtnemer moet zichzelf bekwaam achten en handelen volgens de aanwijzingen van de opdrachtgever (artikel 35). Voor enkele beroepsgroepen die bepaalde voorbehouden handelingen regelmatig en met grote mate van zelfstandigheid en deskundigheid uitvoeren, is een aparte regeling getroffen (artikel 39), waardoor toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever niet noodzakelijk is.

Verpleegkundigen mogen “functioneel zelfstandig” subcutane, intramusculaire of intraveneuze injecties toedienen; een blaaskatheterisatie bij volwassenen verrichten, een maagsonde of een infuus inbrengen, een venapunctie verrichten en een hielprik bij neonaten verrichten. Voor de ambulance verpleegkundigen behoren daarnaast ook het toepassen van electieve cardioversie of defibrillatie, het in- of extuberen van de luchtpijp met een orale of nasale tube, het toepassen van drainagepunctie bij een spanningspneumothorax en het verrichten van een coniotomie tot hun functionele zelfstandigheid. In artikel 36 zijn drie beroepen opgenomen met een zelfstandige bevoegdheid voor nader beschreven voorbehouden handelingen: artsen, tandartsen en verloskundigen.

Op basis van de aanpassingen in de Wet BIG (toevoeging artikel 36a) en het van kracht gaan van de AMvB is de PA bevoegd tot het stellen van een indicatie voor- en het zelfstandig uitvoeren van heelkundige handelingen; endoscopieën; katheterisaties; injecties; puncties; electieve cardioversie; defibrillatie; en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (*Tabel 1*). Bij de VSen is de zelfstandige bevoegdheid in de AMvB gespecificeerd naar specialisme. Voor de VS acute zorg bij somatische aandoeningen geldt dat deze bevoegd is tot het zelfstandig uitvoeren van heelkundige handelingen; endoscopieën; katheterisaties; injecties; puncties; electieve cardioversie; defibrillatie; en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. De VS chronische zorg bij somatische aandoeningen is bevoegd tot het verrichten van heelkundige handelingen; het verrichten van katheterisaties; het geven van injecties; het verrichten van puncties; het verrichten van endoscopieën; en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. De bevoegdheid van de VS preventieve zorg bij somatische aandoeningen is uitgebreid met het geven van injecties; en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. De VS intensieve zorg bij somatische aandoeningen is bevoegd tot het verrichten van heelkundige handelingen; het verrichten van katheterisaties; het geven van injecties; het verrichten van puncties; het verrichten van electieve cardioversie; het toepassen van defibrillatie; het verrichten van endoscopieën; en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Tenslotte geldt voor de VS geestelijke gezondheidszorg dat deze bevoegd is tot het geven van injecties; het verrichten van puncties; het toepassen van defibrillatie; en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. (*Tabel 1*).

Ook de kaders waarbinnen de VSen en PAs de ruimte krijgen om de zorg, gekoppeld aan een zelfstandige bevoegdheid, te kunnen leveren, zijn beschreven in de AMvBs die van toepassing zijn op beide beroepsgroepen. De bevoegdheidsgrenzen worden bepaald door de opleiding, de eigen bekwaamheid en het deskundigheidsgebied. Daarnaast geldt de bevoegdheid voor handelingen van een beperkte complexiteit, die veelvuldig voorkomen en waarvan de risico's te overzien zijn. De handelingen dienen te worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. De afgeleide protocollen worden gezien als een weergave van de gemaakte afspraken ten aanzien van de samenwerking tussen de VS/PA en andere disciplines (*AMvBs, Bijlagen 1b en 1c*).

Tabel 1: Zelfstandige bevoegdheid voor in AMvBs beschreven voorbehouden handelingen per (specialisme van de) zorgverlener

	Katheterisaties	Electieve cardioversie	Defibrillatie	Endoscopieën	Heelkundige handelingen	Injecties	Puncties	Voorschrijven UR geneesmiddelen
VS acute zorg bij somatische aandoeningen	X	X	X	X	X	X	X	X
VS chronische zorg bij somatische aandoeningen	X	-	-	X	X	X	X	X
VS geestelijke gezondheidszorg	-	-	X	-	-	X	X	X
VS intensieve zorg bij somatische aandoeningen	X	X	X	X	X	X	X	X
VS preventieve zorg bij somatische aandoeningen	-	-	-	-	-	X	-	X
PA	X	X	X	X	X	X	X	X

X	= zelfstandige bevoegdheid
-	= geen zelfstandige bevoegdheid

1.5 Doelstelling en onderzoeksvragen

De **hypothese** van de wetswijziging met de beschreven AMvBs luidt, dat het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan VSen en PAs om voorbehouden handelingen te verrichten zelfstandig functioneren mogelijk maakt in situaties waarin de huidige opdrachtrelatie een belemmering vormt voor de doelmatigheid en effectiviteit van het zorgproces, de optimale inzet van beroepsbeoefenaren, alsmede voor de patiëntgerichtheid van de zorgverlening.

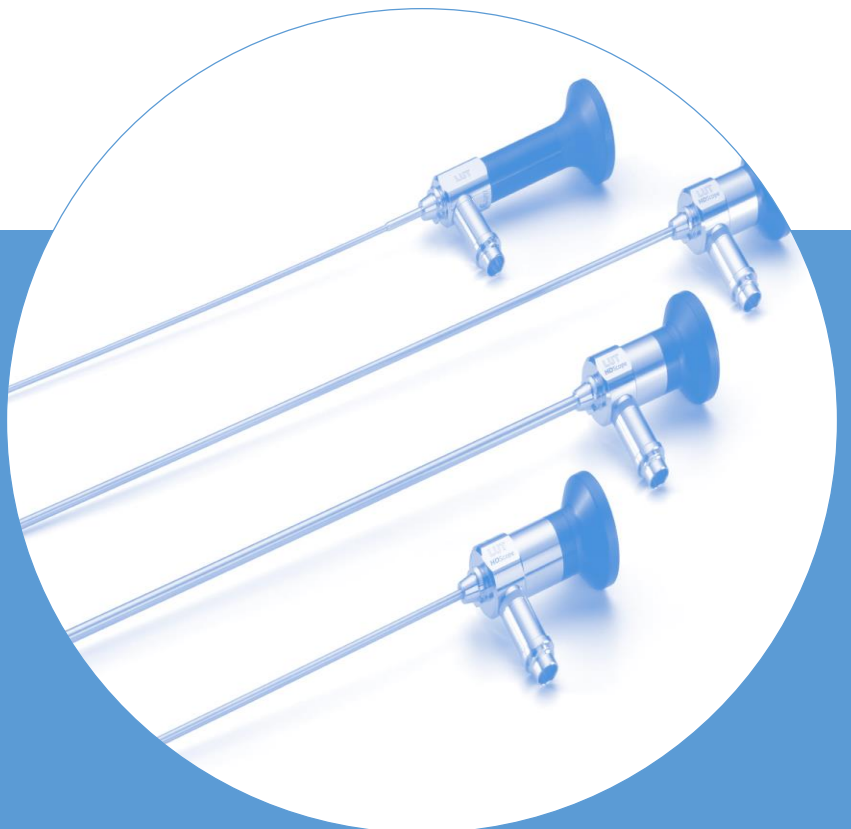
Doelstelling van het evaluatieonderzoek is de impact van de wetswijziging op de mate van doelmatigheid en effectiviteit van het zorgproces, de inzet van beroepsbeoefenaren, en de patiëntgerichtheid van de zorgverlening na te gaan.

De **onderzoeksvragen**, die centraal staan in de evaluatie van Art. 36a Wet BIG, luiden:

- In hoeverre is het effectief en/of doelmatig om een wettelijke zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan VSen en PAs met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen?*
- Voor welke voorbehouden handelingen is het toekennen van een wettelijke, zelfstandige bevoegdheid tot uitvoering ervan effectief en/of doelmatig?*

Het evaluatieonderzoek beoogt het Ministerie van VWS te ondersteunen in haar besluitvorming met betrekking tot het al of niet continueren van de zelfstandige bevoegdheid voor VSen en PAs, zoals deze in de AMvBs is geformuleerd. De doelstelling en de onderzoeksvragen zijn specifiek gericht op het evalueren van de hier omschreven wetswijziging en niet op taakherschikking in zijn algemeenheid.

Methoden

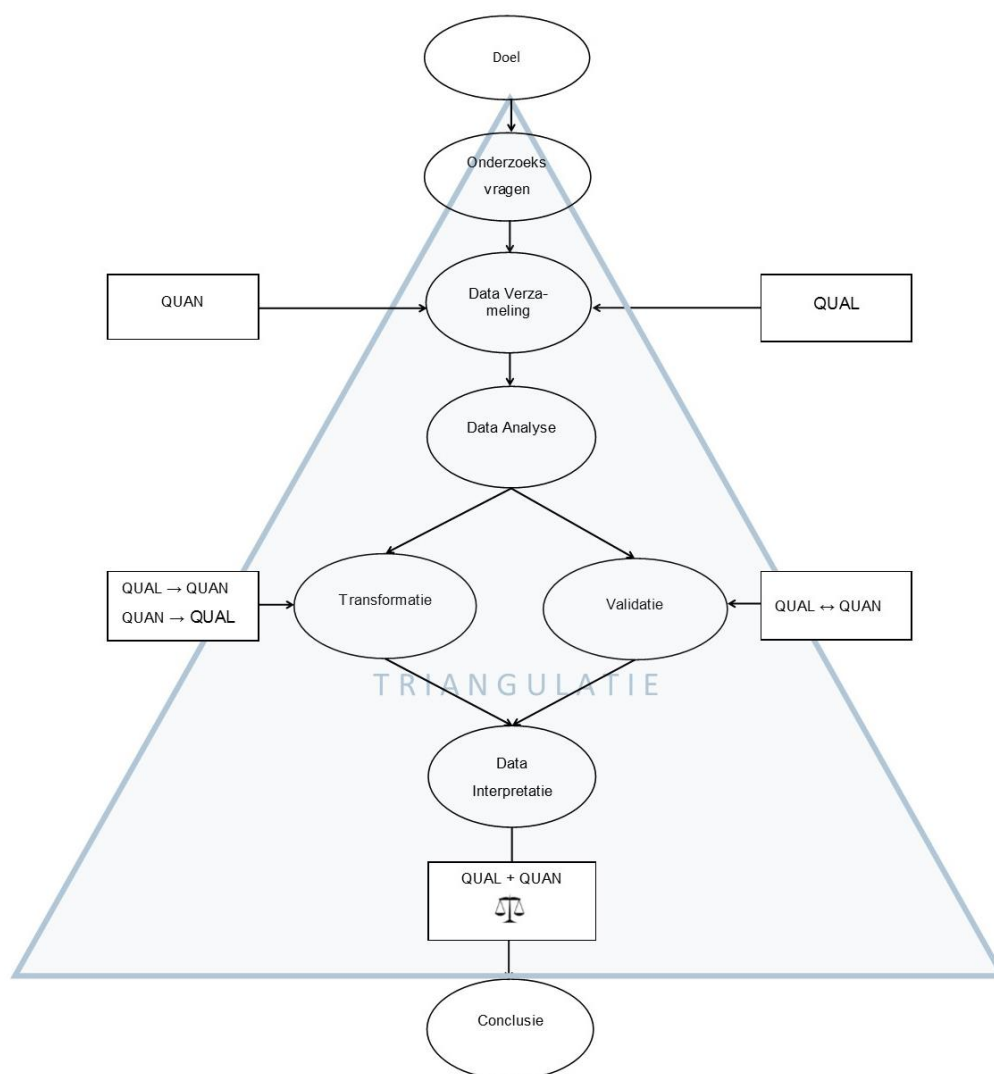


2 Methoden

2.1 Studie design

Deze studie maakt gebruik van een mixed methods design. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen worden zowel kwalitatieve als kwantitatieve data verzameld, geanalyseerd en geïnterpreteerd. [22] Hierbij wordt de triangulatiemethode toegepast. Kenmerkend voor triangulatie (*Figuur 1*) is dat de kwalitatieve (QUAL) en kwantitatieve (QUAN) onderzoeksmethoden zo worden gecombineerd, dat beide onderdelen van evenveel belang zijn. Triangulatie vindt plaats vanaf de dataverzameling, tot en met data analyse en interpretatie. [23, 24] Triangulatie wordt toegepast om een meer complete interpretatie van de resultaten en verhoging van de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksresultaten [25] te bereiken en zo te komen tot een meer sluitende beantwoording van de onderzoeksvragen. [26]

Figuur 1: Triangulatie design



Binnen het studie design zijn kwalitatieve data gekwantificeerd (QUAL → QUAN) en kwantitatieve data beschreven (QUAN → QUAL) volgens het Validating Quantitative Data Model. [27] Ter validatie van de resultaten zijn QUAL data gekoppeld aan QUAN data.

Bij het verzamelen van QUAN data is gewerkt met één groep (one group) waarbij voormeting van de uitkomstmaten plaatsvindt (pre-test), vervolgens treedt de wetswijziging op en zijn twee nametingen gehouden (post-test). [28, 29]. Bij dit design is geen sprake van een controlegroep, maar is een expliciete tijdfactor aanwezig en worden veranderingen in uitkomstmaten in de loop van de tijd gemeten. In deze studie zijn op drie momenten gemeten: nulmeting (T0), 1^e nameting (T1) en 2^e nameting (T2).

QUAL data zijn tussen de meetmomenten van de QUAN dataverzameling verzameld (tussen T0 en T1, T1 en T2 en kort na T2) bij diverse groepen van belanghebbenden (i.c. VSen, PAs, artsen, patiënten en stakeholders).

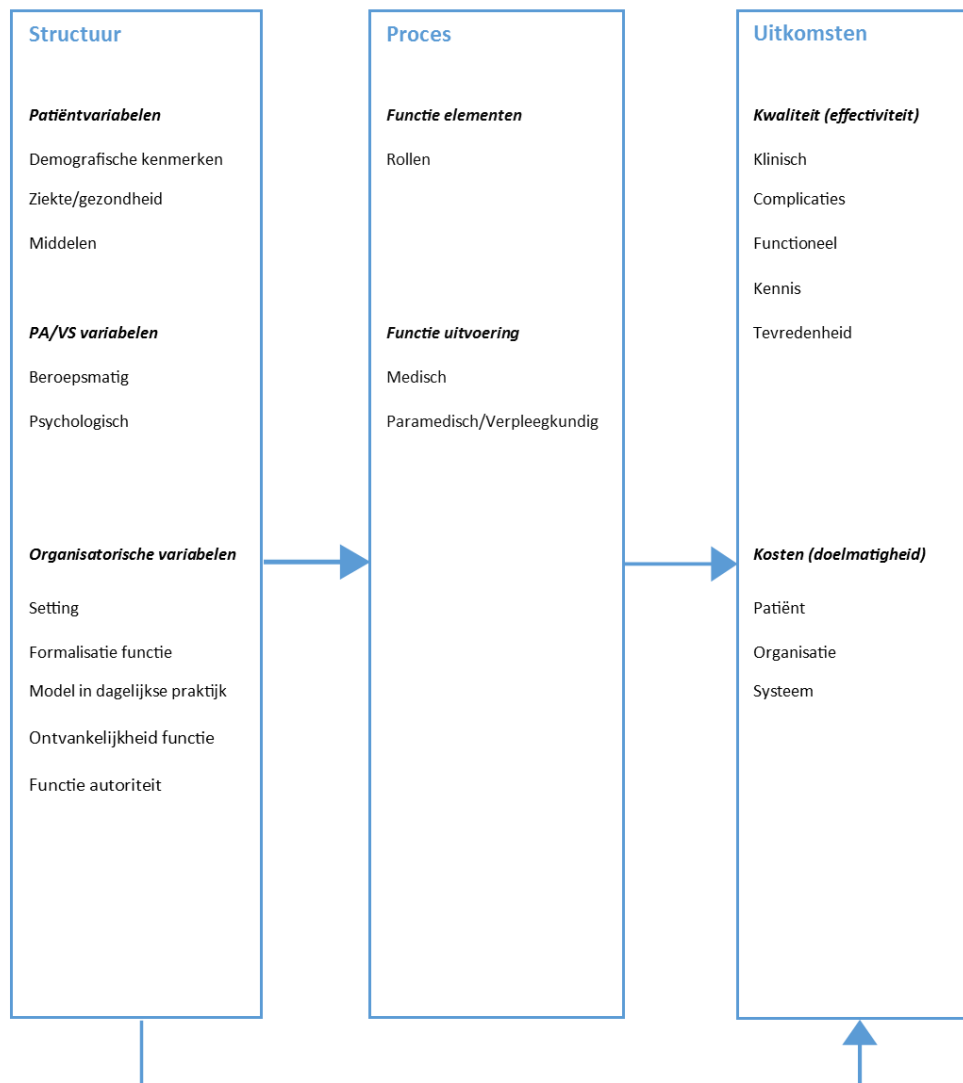
2.2 Conceptuele kaders

Hoewel een onderzoek naar de impact van de wijziging van Artikel 36a van de Wet BIG niet eerder heeft plaatsgevonden, is in zowel Nederland als het buitenland eerder onderzoek verricht naar de impact van de inzet van de nurse practitioner (NP) of VS en/of de PA op de kwaliteit en de kosten van zorg. Voorbeelden hiervan uit Nederland zijn het onderzoek door Roodbol et al. [30], Knip et al. [31], de Leeuw et al. [32] en meer recent door Dierick-van Daele et al. [33]

Net zoals in het promotieonderzoek door Dierick-van Daele is in dit onderzoek gebruik gemaakt van het door Sidani en Irvine ontwikkelde framework voor evaluatie van de impact van de NP. [7] Hoewel dit framework oorspronkelijk is ontwikkeld voor de NP acute zorg, is het in generieke termen geformuleerd, waardoor het met slechts enkele kleine aanpassingen in dit onderzoek kon worden toegepast.

Het framework van Sidani en Irvine [34] is gebaseerd op the Nursing Role Effectiveness model ontwikkeld door Irvine et al. [35], in combinatie met Donabedians structuur-proces-uitkomst model voor het meten van kwaliteit van zorg. [36] Het framework weerspiegelt de complexiteit van de factoren die van invloed zijn op de rol van de NP en de impact hiervan op de uitkomsten door deze te plaatsen in de relatie tussen structuur, proces en uitkomsten van zorg, als welbekende aspecten van kwaliteit van zorg. Belangrijke proposities van het framework zijn dat structuur variabelen van invloed zijn op het proces en de uitkomsten van zorg alsook dat het proces van zorg van invloed is op de uitkomsten ervan. [34] Het in dit onderzoek gebruikte framework voor evaluatie van kwantitatieve data is weergegeven in *Figuur 2*.

Figuur 2: Framework voor evaluatie wijziging Art. 36a Wet BIG, ontleend aan Sidani en Irvine [13]



Een belangrijk aspect van het evaluatieonderzoek is het verkrijgen van inzicht in hoe de inzet van de VS en PA bij het verrichten van voorbehouden handelingen wordt ervaren en welke belemmerende en bevorderende factoren een rol (kunnen) spelen bij het invoeren van een zelfstandige bevoegdheid. Ter beantwoording van deze vragen wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevensverzameling. Als gevolg van de wetwijziging ontstaat een (implementatie)proces van veranderingen van bevoegdheden ten aanzien van het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Om inzicht te krijgen in de belemmerende en bevorderende factoren in dit implementatieproces is het implementatie model van Grol en Wensing [37] uitermate geschikt. Factoren die invloed hebben op een implementatieproces zijn individuele factoren, gerelateerd aan zorgverleners en patiënten; sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren. Daarnaast zijn volgens Peters en Wensing [38] ook kenmerken van de innovatie zelf van belang voor een succesvolle implementatie, zoals de verenigbaarheid (verandering die de innovatie vereist in bestaande praktijkroutines), aantrekkelijkheid en duidelijkheid. In het implementa-

tiemodel zijn een aantal thema's te benoemen, die voor de implementatie van de zelfstandige bevoegdheid van toepassing zijn (Tabel 2). De thema's zijn gebruikt om structuur aan te brengen in de interviews en bij de analyses.

Tabel 2: Toegepaste thema's binnen het implementatiemodel van Grol [37, 38]

Domein	Factoren	Thema
Individuele factoren-zorgverlener	Cognitieve factoren	Kennis
		Bekwaamheid
		Draagvlak
	Motivationele factoren	Positionering
		Werkbelasting
		Bevoegdheden
		Inkomen
Individuele factoren-patiënt	Gedragmatige factoren	Routinematig gedrag
		Kenmerken patiënt
		Patiënt tevredenheid
Sociale factoren	Professionele ontwikkeling	Rol
	Professionele teams/netwerken	Positionering
Organisatorische factoren	Organisatiestructuren en werkprocessen	Samenwerking
		Handelen volgens richtlijnen
		AGB-code
		Overleg
		Dossiervorming
		Implementatie
	Beschikbare middelen	Bekostiging
Maatschappelijke factoren	Financiële prikkels	Bekostiging
	Wet- en regelgeving	Wetswijziging
Kenmerken van de innovatie	Verenigbaarheid/aantrekkelijkheid/duidelijkheid	Wetswijziging

2.3 Effectiviteit en doelmatigheid

In de onderzoeksvragen wordt gesproken over “effectiviteit” en “doelmatigheid”. Effectiviteit, een synoniem voor doeltreffendheid, wordt doorgaans gezien als de mate waarin doelstellingen gerealiseerd worden. Bij doelmatigheid of efficiëntie wordt de mate van het gebruik van middelen gekoppeld aan de realisatie van de doelstellingen. Bij het bepalen van effectiviteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg wordt aan beide begrippen een extra dimensie toegevoegd. Volgens de RVZ zijn effectiviteit en doelmatigheid niet alleen afhankelijk van de zorg zelf, maar ook van de context waarin de zorg wordt geleverd. [39] Risico's en bijwerkingen spelen hierbij een belangrijke rol. Negatieve effecten mogen positieve effecten niet overschaduwen en in elke situatie moet worden gezien of kosten en

effecten met elkaar in verhouding zijn. De randvoorwaarden voor de bevoegdheidsgrenzen (context) zijn beschreven in de AMvBs, zie 1.4. Bovengenoemde aspecten worden daarom meegenomen in dit evaluatieonderzoek.

2.4 Kwantitatieve dataverzameling

2.4.1 Meetinstrumenten

2.4.1.1 Vragenlijsten

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn voor drie doelgroepen vragenlijsten ontwikkeld: voor de VSen en PAs, voor artsen met wie de VSen en PAs samenwerken en voor patiënten. In de vragenlijsten zijn, overeenkomstig de doelstelling, zie 1.7, vier domeinen onderscheiden, namelijk effectiviteit van het zorgproces, doelmatigheid van het zorgproces, inzet van de beroepsbeoefenaren en patiëntgerichtheid van de zorgverlener (Tabel 3). De domeinen zijn niet voor de afzonderlijke voorbehouden handelingen in gelijke mate te bepalen. Daar waar relevant, wordt dit toegelicht.

Tabel 3: Domeinen binnen de meetinstrumenten en de operationalisatie vanuit het perspectief van de patiënt en de zorgverlener (VS, PA of arts)

Domein	Perspectief	Operationalisatie
Effectiviteit	Zorgverlener	Effectiviteit van wetswijziging: adequate uitvoering, Effectiviteit van zorgproces (kwaliteit): handelen volgens richtlijnen, veiligheid, werkbelasting en autonomie in werk,
	Patiënt	Effectiviteit van zorgproces (kwaliteit): toegankelijkheid, behandelsucces, therapietrouw en veiligheid
Doelmatigheid	Zorgverlener	Doelmatigheid van wetswijziging: tijdsbesteding per handeling
Inzet beroepsbeoefenaren	Patiënt	Continuïteit van zorg, ervaren deskundigheid
Patiëntgerichtheid	Patiënt	Bekendheid situatie, informatie, gemak

Omdat resultaten van deze domeinen afhankelijk zijn van de mate waarin de zelfstandige bevoegdheid is geïmplementeerd, is tijdens de nametingen gevraagd of de zelfstandige bevoegdheid is ingevoerd en welke randvoorwaarden hierbij zijn geschapen.

Achtergrondkenmerken

In de vragenlijsten zijn diverse **achtergrondvariabelen** opgenomen (Bijlage 2e). Van de zorgverleners betreffen dit geslacht, leeftijd, (voor)opleiding en werkervaring. Van de zorgorganisatie worden type, en aanwezigheid van artsen met wie wordt samengewerkt, bepaald. Ook de achtergrondvariabelen van patiënten betreffen sociale en demografische kenmerken, zoals geslacht, leeftijd, etniciteit, opleiding en samenstelling huishouden. Etniciteit wordt bepaald volgens de definitie van het CBS uit 1999. [40]

Tevens zijn variabelen met betrekking tot **klachten en gezondheid** opgenomen, waarbij onder andere gebruik is gemaakt van de EuroQol-5D, een generiek instrument om gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven te meten (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/klachten, stemming). [41] Op de vragenlijst van de patiënt wordt door de VS of PA aangegeven welke specifieke behandeling de patiënt heeft ondergaan.

Effectiviteit

Vanuit zorgverlenersperspectief:

De mate van effectiviteit van de wetswijziging (*Bijlage 2b*) vanuit het perspectief van de zorgverleners betreft het **adequaat uitvoeren** van de handeling door de behandelaar. Daarbij wordt gekeken naar welke specifieke voorbehouden handelingen VSen en PAs uitvoeren en hoe de verantwoordelijkheid daarbij geregeld is. Hiertoe is ten behoeve van dit onderzoek een lijst ontwikkeld, waarin per specifieke voorbehouden handeling die wordt verricht, door de VS/PA wordt aangegeven hoe vaak deze handeling per maand wordt verricht en wat daarbij de indicatieprocedure is geweest. De indicatie kan gesteld zijn door een arts, gevolgd door een mondelinge of schriftelijke opdracht voor het uitvoeren van de handeling. De uitvoering kan zijn vastgelegd in een protocol. Tevens kan de indicatie door de VS/PA zelf worden gesteld, eventueel na overleg met een arts. De VS/PA kan de handeling vervolgens delegeren naar een andere bekwame zorgverlener. Eenzelfde lijst met voorbehouden handelingen wordt gebruikt in de vragenlijst voor de artsen. Echter, daar waar bij de VS/PA de nadruk ligt op de indicatie, ligt deze bij de arts op de delegatie. In de artsen vragenlijst wordt daarom niet gesproken over indicatieprocedure maar over delegatieprocedure. Bij het voorschrijven van UR-geneesmiddelen wordt onderscheid gemaakt tussen nieuwe recepten, recepten met een aanpassing van de dosis en herhaalrecepten. Daarnaast wordt gevraagd naar de naam van het voorgeschreven geneesmiddel met de bijbehorende dosis, zodat groepering naar Anatomical Therapeutic Chemical-code (ATC) mogelijk is. De injecties worden onderverdeeld in injecties in gewrichten, peesscheden en keloïd; toedienen sclerotherapie; toedienen van lokale anesthesie en intramusculaire, intraveneuze, subcutane en intracardiale injecties. Daarnaast wordt gevraagd naar het al dan niet beschikken over een eigen Algemeen Gegevens Beheer-code (AGB). De unieke AGB-code wordt landelijk gebruikt binnen het communicatie- en declaratieproces tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Bij het voorschrijven van geneesmiddelen

door VSen en PAs, kan het beschikken over een eigen AGB-code dienen als maat van effectiviteit. Met twee stellingen wordt naar de meningen van artsen en VSen/PAs gevraagd over de mate waarin de wetswijziging toereikend is en voor welke andere (voorbehouden) handeling een zelfstandige bevoegdheid voor de dagelijkse praktijk wenselijk is.

De vragen over het **handelen volgens richtlijnen** zijn gericht op het bepalen van de effectiviteit van het zorgproces (kwaliteit) en hebben betrekking op de aanwezigheid van protocollen, de inhoud en de naleving hiervan. [42] Protocollen worden hierbij gezien als de vertaling van een algemeen aanvaarde, landelijke richtlijn naar de lokale situatie [43] en als een weergave van de gemaakte afspraken ten aanzien van de samenwerking tussen de VS/PA en andere disciplines.

Bij het onderwerp **veiligheid** komen diverse aspecten aan de orde, zoals het vaststellen van de eigen bekwaamheid [44], de beschikbaarheid van artsen voor overleg, de tevredenheid hierover, de frequentie van overlegmomenten en de vorm van deze overleggen. Bij het zelfstandig voorschrijven van UR-geneesmiddelen wordt gevraagd of er sprake is van enige vorm van toetsing. [42] Met twee stellingen wordt geïnventariseerd of de VS/PA zichzelf, of de arts de VS/PA bekwaam acht om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten.

Met twee open vragen aan zowel de VS/PA als de arts wordt nagegaan over welke voorbehouden handelingen/geneesmiddelen altijd overlegd dient te worden met een arts en voor welke voorbehouden handelingen men het onverantwoord vindt om een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen.

Werkbelasting wordt zowel op subjectieve als objectieve manier gemeten. Voor het meten van subjectieve werkbelasting zijn diverse meetinstrumenten toegepast. De mate waarin zorgverleners tevreden zijn over het werk is gemeten met de arbeidssatisfactieschaal van McCranie [45, 46] en met het toekennen van een rapportcijfer aan de tevredenheid over het werk. Werkdruk is gemeten met stellingen uit het onderzoek 'Werken onder druk' door Diekstra. [47] Op een 5-punts Likert schaal kan worden aangegeven in welke mate men het eens/oneens is met de acht stellingen. Aan deze lijst zijn ten behoeve van dit onderzoek twee stellingen toegevoegd met betrekking tot het werktempo en de mate van hectiek binnen het werk. Objectieve werkbelasting wordt gemeten aan de hand van het aantal patiëntencontacten en de bijbehorende tijdsduur, de verdeling van totale werktijd in tijd voor patiëntcontacten, overleg, overige patiëntgebonden activiteiten en overige niet-patiëntgebonden activiteiten. [33] Verder wordt gevraagd of sprake is van overwerk en het eventuele aantal overuren. Alle uitkomstmaten worden gerelateerd aan het aantal uren dat de zorgverlener werkzaam is en het aantal dagen waarover de gewerkte uren worden verspreid.

De mate van **autonomie** in het werk verwijst naar de mate waarin de zorgverlener zelf zijn eigen werk kan reguleren. Voor de meting hiervan zijn negen stellingen gebruikt [47] waarbij op een 5-punts Likert schaal kan worden aangegeven in welke mate men het eens is met de stellingen. Daarnaast is een

stelling toegevoegd waarin gevraagd wordt of zelf oplossingen moeten worden bedacht om bepaalde dingen te kunnen doen.

Vanuit patiënten perspectief:

De mate van effectiviteit van het zorgproces (kwaliteit) vanuit het perspectief van patiënten wordt gemeten door de toegankelijkheid tot een (be)handeling, het (be)handelsucces, de therapietrouw en de veiligheid na te gaan.

De tevredenheid van de patiënt over de ontvangen (be)handeling wordt gezien als een mate van **toegankelijkheid**. Aan patiënten wordt gevraagd met een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de ontvangen behandeling. Tevens wordt gevraagd of ze een volgende keer weer naar deze zorgverlener zouden gaan voor een soortgelijke behandeling en of ze liever geholpen zouden worden door een arts dan door deze zorgverlener.

De mate waarin patiënten de ontvangen (be)handeling succesvol vinden gezien hun klacht (het **behandelsucces**) is een subjectieve beoordeling. Sommige voorbehouden handelingen zijn diagnostisch van aard (bijvoorbeeld endoscopie of punctie) en in dit geval is het bepalen van behandelsucces moeilijk. Voor alle voorbehouden handelingen wordt gevraagd of deze een bijdrage heeft geleverd aan de gezondheid. Bij het ondergaan van een kleine medische ingreep (heelkundige handeling) wordt via het Global Perceived Effect meetinstrument [48] bepaald of de klachten verminderd en/of verdwenen zijn. Bij het voorschrijven van UR-geneesmiddelen wordt nagegaan of er onverwachte bijwerkingen zijn opgetreden en of de medicatietherapie naar aanleiding van deze bijwerkingen is aangepast.

De mate van therapietrouw van patiënten met de ontvangen (be)handeling verwijst naar de mate van het opvolgen van instructies en/of adviezen die de patiënt heeft ontvangen na een (be)handeling en wordt indirect gemeten door de begrijpelijkheid van de gegeven adviezen waardoor deze konden worden toegepast. Voor de meting ervan is gevraagd naar de tevredenheid van de patiënt over hoe duidelijk de zorgverlener uitlegde wat hij/zij ging doen, de mate waarin de effecten van de behandeling zijn besproken en de manier waarop vragen werden beantwoord. Bij het voorschrijven van UR-geneesmiddelen wordt met vragen, vertaald uit de Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS) vragenlijst [49], gekeken of de informatieverstrekking met betrekking tot de voorgeschreven middelen afdoende is.

Veiligheid wordt bij patiënten gemeten door middel van de ervaren complicaties tijdens of direct na de (be)handeling.

Doelmatigheid

Voor indicaties van doelmatigheid van de wetswijziging (*Bijlage 2a*) worden **tijdsbestedingen** gemeten. De tijdsbesteding bij de VS en PA wordt vastgesteld door in de lijst met verrichte voorbehouden handelingen aan te geven wat de tijdsduur van een enkele handeling is, inclusief eventuele overlegtijd en tijd voor verwerking van de opdracht. Bij de arts wordt gevraagd per voorbehouden handeling, waarover contact is geweest met de VS/PA, de tijd voor het verstrekken van een opdracht inclusief instructies, of de overlegtijd na indicatiestelling door de VS/PA, te noteren. Daarnaast worden ook het aantal en de tijdsduur van de intercollegiale contacten tussen arts/medisch specialist en VSen/PAs meegenomen.

Inzet van beroepsbeoefenaren

De inzet van beroepsbeoefenaren (*Bijlage 2b*) bij een bepaalde klacht wordt uitsluitend op patiëntniveau gemeten. Hierbij worden de contactfrequenties tussen de patiënt en de diverse zorgprofessionals die betrokken zijn bij het zorg- en behandel proces in kaart gebracht (**continuïteit van zorg**). Deze contacten worden opgesplitst per type zorginstelling en professionele achtergrond van de zorgverlener.

Verder zijn vragen opgenomen waarin patiënten kunnen aangeven hoe tevreden ze zijn over de tijd tot een vervolgspraak bij de behandelend VS of PA, de tijd die de VS of PA voor hen had en over de **deskundigheid** van deze zorgverlener.

Patiëntgerichtheid van de zorgverlening

De mate van patiëntgerichtheid (*Bijlage 2c*) wordt bij patiënten gemeten aan de hand van de mate waarin zij ervaren dat hun behandelaar bekend is met hun **gezondheidssituatie**, de beschikbaarheid van **informatie** over de (be)handeling, en het **gemak** bij de (be)handeling en/of het zorgproces. Vragen die hiervoor gebruikt worden, hebben betrekking op wachttijden, de manier hoe de VS of PA met hen omging [50, 51] en de eventuele mate van pijnbestrijding bij de (be)handeling. Ook de Analytic Hierarchy Process-methode (AHP) wordt gezien als een geschikt meetinstrument van patiëntgerichtheid en wordt besproken in een aparte paragraaf (zie paragraaf 2.4.1.2.).

2.4.1.2 Analytic Hierarchy Process (AHP)

Bij de beslissing omtrent het toekennen van een definitieve zelfstandige bevoegdheid aan VSen en PAs zullen naast de mate van effectiviteit en doelmatigheid ook de mate waarin aan de voorwaarden (*zie 1.4 en 2.1*) is voldaan, meegewogen moeten worden. Uit de AMvBs komt niet naar voren of bepaalde voorwaarden belangrijker zijn dan anderen.

Om inzicht te krijgen in de onderlinge belangen van de aspecten en een rangorde op basis van importantie te bepalen, wordt gebruik gemaakt van een dataverzameling- en analysemethode die beslissingsprocessen blootlegt. De AHP methode ontwikkeld door Saaty is hier uitermate geschikt voor. [52] De AHP methode wordt veel gebruikt in het bedrijfsleven en bij overheden en vindt ook zijn opmars in de gezondheidszorg. [53]

Eerste vereiste in de AHP methodiek is het opstellen van een raamwerk. Daarvoor dienen de domeinen uit de vragenlijsten namelijk, effectiviteit van het zorgproces, doelmatigheid van het zorgproces, inzet van de beroepsbeoefenaren en de patiëntgerichtheid van de zorgverlener. Binnen deze domeinen worden de diverse aspecten ingedeeld en wordt gekeken of en in welke mate de volgende (hoofd)criteria van belang zijn (*Tabel 4*): de kwaliteit van de handeling (effectiviteit van het zorgproces) (A), de bekwaamheid van de zorgverlener (B), de risico's van de handeling (C), de kosten van de handeling (D) en organisatorische kenmerken (E). Deze criteria worden met elkaar vergeleken (niveau 1). Het hoofdcriterium is weer onder te verdelen in diverse subcriteria (niveau 2). Zo bevat het hoofdcriterium kwaliteit (A) de subcriteria: verbetering van de gezondheid of het stellen van de juiste diagnose (A1)^a, complicaties tijdens de (be)handeling (A2) en de tevredenheid van de patiënt (A3). Bij dit laatste criterium

wordt onderscheid gemaakt in (niveau 3) tevredenheid over de tijd per handeling (A31), communicatie (A32), de wachttijd tot een volgende afspraak (A33) en de wachttijd in de wachtkamer (A34). In het beoordelen van de bekwaamheid (B) worden de subcriteria opleiding (B1) en ervaring (B2) gewogen. Risico's (C) zijn afhankelijk van de complexiteit van de aandoening (C1), het type patiënt (C2) en het soort handeling (C3). Onder organisatorische kenmerken (E) vallen samenwerken met een arts (E1),

Tabel 4: Criteria binnen het AHP-model

A Kwaliteit:	
A1	verbetering gezondheid, juiste diagnose
A2	Complicaties
A3	Tevredenheid patiënt
A31	Tijd per handeling
A32	Communicatie
A33	Wachttijd afspraak
A34	Wachttijd wachtkamer
B Bekwaamheid:	
B1	Opleiding
B2	Ervaring
C Risico's:	
C1	Complexiteit
C2	Soort patiënten
C3	Soort handeling
D Kosten	
E Organisatorische kenmerken	
E1	Samenwerking arts
E11	overlegstructuur
E12	indicatiestelling
E2	protocollen
E21	Duidelijkheid TBV
E22	Welke handelingen, patiënten, aandoeningen

	Niveau 1
	Niveau 2
	Niveau 3

^a Sommige handelingen kunnen rechtstreeks bijdragen aan de verbetering van de gezondheid zoals heilkundige handelingen, het voorschrijven van UR-geneesmiddelen, katheterisaties en injecties. Puncties en endoscopieën hebben tot doel een juiste diagnose te stellen.

waarbij weer de overlegstructuur (E11) en de indicatiestelling (E12) worden gewogen, en de aanwezigheid van protocollen (E2), waarin de duidelijkheid van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden (E21) vergeleken wordt met genoteerde afspraken over welke handelingen, bij welke patiënten en met welke aandoeningen de zorgverlener mag verrichten (E22).

De methode berust op het paarsgewijs met elkaar vergelijken van alle aspecten binnen een (sub)groep (weging) waarna op basis van importantie een cijfer wordt toegekend aan het criterium waar de voorkeur naar uitgaat.

De AHP methode wordt in deze studie toegepast bij zowel patiënten als zorgverleners om veranderingen in tijd (voor- en nametingen) na te gaan, alsook om te onderzoeken waar de grootste verschillen in mening zijn tussen de patiënten en de diverse zorgverleners.

Bij zorgverleners worden de voorkeuren beoordeeld op een 9-punts schaal, waarbij “1” aangeeft dat er geen voorkeur tussen de 2 criteria bestaat en de cijfers 2 (iets belangrijker) t/m 9 (zeer veel belangrijker) worden toegekend bij een voorkeur van het ene criterium boven het andere. De operationalisatie van het AHP-model naar vragen is weergegeven in *Bijlage 3a*.

Gezien de complexiteit van de methode en de vraagstelling is ervoor gekozen om deze methode bij patiënten te vereenvoudigen: elke paarsgewijze vergelijking is in twee onderdelen opgesplitst. In het eerste onderdeel wordt gevraagd welk criterium het belangrijkste wordt gevonden, of dat beide criteria even belangrijk zijn (score 1). Pas in het tweede onderdeel wordt daar een importantie aan gekoppeld, echter de antwoordcategorieën zijn beperkt tot een 4-punts schaal met de opties “veel belangrijker” (score 9), “belangrijker” (score 7), “matig belangrijker” (score 5) en “iets belangrijker” (score 3). Scores zijn niet zichtbaar voor de respondenten, maar worden naderhand door de onderzoekers aan de antwoorden gekoppeld. Tevens zijn de vragen in eenvoudige bewoordingen herschreven en is de vragenlijst voorzien van een inleiding waarin begrippen worden uitgelegd.

Aangenomen wordt dat de voorkeuren van respondenten voor bepaalde aspecten niet in de korte meetperiode wezenlijk veranderen. Om de AHP methodiek te kunnen valideren, wordt op twee momenten gemeten. AHP vragen voor zorgverleners zijn zowel tijdens de nulmeting als tijdens de 1^e nameting opgenomen in de vragenlijsten. Patiënten kunnen de vragenlijst bij de nulmeting online [54] invullen, eventueel met hulp van het onderzoeksteam. Tijdens de 1^e nameting zijn de AHP vragen in de patiënten vragenlijst opgenomen.

2.4.1.3 Meten van juridische consequenties

Aangezien de veiligheid van patiënten niet in het geding mag komen door het uitbreiden van bevoegdheden voor bepaalde zorgverleners, worden ook de juridische consequenties van de wetswijziging in kaart gebracht.

Het tuchtrecht, zoals geregeld in de wet BIG, heeft als doel de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bevorderen en te bewaken. Het tuchtrecht is tijdens het experiment ook van toepassing op de VS en PA, omdat ze tijdelijk bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig gaan indiceren, uitvoeren en delegeren. Omdat voor de PAs tijdens het experiment geen sprake is van een verplichte registratie in het BIG-register zijn hier alleen de maatregelen “waarschuwing”, “berisping” en “geldboete” van toepassing. De VSen, die voor het verpleegkundig basisberoep al staan ingeschreven in het BIG-register, vallen volledig onder het tuchtrecht.

Uitspraken van regionale en centrale tuchtcolleges zijn online in te zien sinds 1-1-2010. [55] Alle uitspraken die gerelateerd zijn aan het verrichten van de in de AMvBs beschreven handelingen, zijn geëvalueerd voor VSen (voorheen NPs) en PAs over de periode van 1-1-2010 tot 1-1-2015. Omdat de VS/PA vóór de wetswijziging onder supervisie van een arts werken en de tijdspanne na de wetswijziging relatief kort is, is de verwachting dat het aantal relevante uitspraken laag zal zijn. Daarom zijn ook uitspraken, gerelateerd aan voorbehouden handelingen, geëvalueerd voor artsen. Hiermee wordt inzichtelijk gemaakt over welke aspecten in processen waarbij voorbehouden handelingen zelfstandig worden geïndiceerd, verricht en gedelegeerd, patiënten een klacht indienen.

2.4.1.4 Quickscan

Tijdens het werven van deelnemers aan het onderzoek bleek dat een deel van de VSen en PAs, die op dat moment geen voorbehouden handelingen verrichtten, van mening was dat het evaluatieonderzoek niet op hen van toepassing was. Om een relatief betrouwbaar en representatief beeld te krijgen van de verdeling van de verrichte voorbehouden handelingen in een grotere populatie van VSen en PAs is daarom, in aanvulling op de hierboven beschreven dataverzamelingsmethoden, een aparte vragenlijst ontwikkeld (*Bijlage 4*). Deze vragenlijst bestaat uit vijf korte vragen waarbij per (specialisme binnen de) zorginstelling is aangegeven of, en zo ja welke, voorbehouden handelingen worden verricht.

2.4.2 Studiepopulatie en werving

De beoogde studiep populatie bestaat uit alle, gedurende de looptijd van de dataverzameling van dit onderzoek, in Nederland werkzame, geregistreerde VSen en gediplomeerde PAs; patiënten die een voorbehouden handeling hebben ondergaan door een VS of PA en artsen, met wie VSen en PAs nauw samenwerken en die door de VS/PA geconsulteerd worden bij vragen en/of problemen. Door de keuze van geregistreerde/gediplomeerde zorgprofessionals wordt voorkomen dat eventuele waargenomen verschuivingen van bevoegdheden te wijten zijn aan leerprocessen tijdens de (duale) opleiding. VSen kennen een verplicht kwaliteitsregister. Voor de PA geldt een dergelijke verplichting niet. Alle zorgorganisaties in de eerste lijn (bijv. gezondheidscentra, groepspraktijken) en de tweede lijn (bijv. algemene ziekenhuizen, opleidingsziekenhuizen, academische ziekenhuizen) zijn in het onderzoek meegenomen.

Ten aanzien van de omvang van de onderzoekspopulatie is geen powerberekening uitgevoerd, maar is sprake van een convenience sample dat werkbaar is vanuit de mogelijkheden voor het verrichten van het onderzoek.

Voorafgaand aan de nulmeting zijn VSen en PAs benaderd via hun beroepsverenigingen, respectievelijk Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) afdeling VS en Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA). Beide beroepsverenigingen hebben in de werving een verschillende strategie gevolgd. De NAPA heeft haar leden via een nieuwsbrief op de hoogte gebracht van het feit dat ze benaderd zouden worden voor deelname aan het onderzoek, waarna het ledenbestand, na toestemming in de jaarlijkse ledenvergadering, is vrijgegeven aan het onderzoeksteam. Vervolgens zijn de vragenlijsten aan alle leden toegestuurd met het verzoek tot deelname aan het onderzoek. De NAPA heeft tevens aandacht gevraagd voor het onderzoek in hun ledennieuwsbrief, vakblad en tijdens een symposium. De V&VN heeft er voor gekozen om haar achterban te verzoeken zich bij het onderzoeksteam aan te melden voor deelname aan het onderzoek via de reguliere V&VN media (mailing, ledennieuwsbrieven, berichten op sociale media zoals Facebook, LinkedIn, Twitter), symposia en via een oproep door de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV). Na aanmelding zijn de vragenlijsten door het onderzoeksteam verzonden. In geval van non-respons is tweemaal een reminder verstuurd.

Aan deelnemende VSen en PAs is tevens verzocht om bij voorkeur vijf patiënten, bij wie ze een voorbehouden handeling hebben verricht, te vragen de patiënten vragenlijst in te vullen. Daarbij is verzocht zelf geen selectie te maken op bijvoorbeeld leeftijd of slechte beheersing van de Nederlandse taal, om zo selectiebias te minimaliseren. Tevens is verzocht om een vragenlijst te overhandigen aan maximaal twee artsen met wie samengewerkt wordt met betrekking tot de voorbehouden handelingen.

Tijdens de nametingen zijn de respondenten uit de nulmeting direct de vragenlijsten toegestuurd door het onderzoeksteam zonder een noodzakelijke bemiddeling van de beroepsverenigingen. Bij werving van nieuwe respondenten hebben beide beroepsverenigingen dezelfde procedure gevolgd als tijdens de nulmeting. Daarnaast hebben alle hogescholen met opleidingen MANP en/of MPA actief meegewerkt aan de werving door hun alumni via e-mail te verzoeken zich aan te melden voor deelname. Het onderzoeksteam heeft via nieuwsbrieven deelnemers geworven en regelmatig updates gegeven van de stand van zaken betreffende de respons. Tevens is een oproep voor deelname geplaatst op de site van Platform Zorgmasters. [56]

Ook tijdens de nametingen zijn de VSen en PAs gevraagd patiënten en artsen te werven voor deelname aan het onderzoek. Tijdens de 2^e nameting bestaat de mogelijkheid een keuze te maken tussen het invullen van papieren vragenlijsten of om de vragenlijsten digitaal in te vullen. [57]

De quickscan is bij alle metingen ingevuld tijdens de jaarcongressen van de NAPA en bij de nametingen tijdens de jaarcongressen van de V&VN VS. Bij de nulmeting is de quickscan ook digitaal aangeboden. [54] De link naar de webpagina is zowel op de site van de NAPA als van de V&VN VS geplaatst.

2.4.3 Data analyse

Analyses van data zijn voor de beide beroepsgroepen VS en PA apart uitgevoerd. Daar waar mogelijk zijn resultaten opgesplitst voor de specialismen binnen de beroepsgroep van VSen. Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 21.

Voor continue variabelen (bijvoorbeeld leeftijd, aantal jaren ervaring) zijn gemiddelden met standaarddeviaties (sd) bepaald, bij niet normale verdeling betreffen dit medianen met interkwartiel ranges (IQRs). De mediaan is de waarde waar 50% van de meetuitkomsten boven en eveneens 50% van de meetuitkomsten onder ligt. De IQR geeft de grenzen weer tussen het 25^e en 75^e percentiel.

Voor het weergeven van aantallen verrichte (gedelegeerde) voorbehouden handelingen per maand en de duur (overlegtijd) van deze handelingen wordt gebruik gemaakt van zowel gemiddeldes (sd) als medianen (IQRs). De gemiddeldes worden gepresenteerd, medianen alleen als er discrepanties zijn in trends tussen gemiddeldes en medianen. Omdat gemiddeldes en daardoor ook de richting van veranderingen sterk beïnvloed worden door extreme waarden, zijn extreme waarden met gemiddeldes met $\pm 5sd$ niet in de analyses meegenomen. De analyses zijn voor de totale groep respondenten verricht als voor respondenten die zowel aan de nulmeting als de 2^e nameting hebben deelgenomen (subgroep analyse). Alleen bij afwijkende resultaten zijn ook de resultaten van de subgroep analyse gepresenteerd.

Bij het bepalen van de aantallen handelingen per maand voor hoofdcategorieën (bijvoorbeeld katheterisaties) zijn per respondent de aantallen van de specifieke handelingen (bijvoorbeeld blaaskatheterisaties, inbrengen van een infuus) bij elkaar opgeteld. Gemiddeldes van aantallen en tijden van specifieke handelingen zijn alleen bepaald bij meer dan vier respondenten. Bij het bepalen van de duur van handelingen per minuut voor hoofdcategorieën is naast het rekenkundig gemiddelde, ook een “gewogen” gemiddelde bepaald van alle voorbehouden handelingen binnen een categorie volgens de formule: Gewogen $\mu = ((n_1 \times \mu_1) + (n_2 \times \mu_2) + \dots + (n_m \times \mu_m)) / (n_1 + n_2 + \dots + n_m)$. Hierbij is n het aantal respondenten per voorbehouden handeling, m het aantal voorbehouden handelingen binnen een categorie en μ de gemiddelde duur in minuten. Met de Mann-Whitney test is getoetst of waargenomen verschillen tussen nulmeting en de 2^e nameting in duur en aantal van voorbehouden handelingen, significant verschillen, waarbij $p < 0,05$ als statistisch significant wordt beschouwd.

Van categorische variabelen zijn aantallen en percentages bepaald (bijvoorbeeld quickscan, stellingen). Bij de quickscan is met de χ^2 toets, met 1 vrijheidsgraad (vergelijking T0 en T2) getoetst of waargenomen verschillen in percentages zorgverleners, die een behaalde voorbehouden handeling uitvoeren, statistisch significant zijn ($p < 0,05$).

Met betrekking tot de AHP methode zijn de relatieve belangrijkheid, wegingsfactoren, van de criteria ten opzichte van elkaar, met de methode van de eigenvector (10) bepaald. Wegingsfactoren kunnen

worden opgeteld tot 1. Als maat voor de samenhang van alle wegingen, wordt de consistentieverhouding, ofwel consistency ratio (CR), berekend. Een CR waarde van 0 komt overeen met perfect consistente voorkeuren en de waarde 1 dat de voorkeuren willekeurig zijn. Bij waarden van $CR > 0.3$, of als respondenten bij alle vragen alleen de optie “geen voorkeur” hebben geselecteerd, worden cases verwijderd en de wegingsfactoren opnieuw bepaald. (12) De verkregen resultaten zijn steekproefsgewijs geverifieerd door analyse met behulp van Team Expert Choice software 10, uitgevoerd in samenwerking met de Universiteit Twente.

2.5 Kwalitatieve dataverzameling

2.5.1 Meetinstrumenten

2.5.1.1 Expert interviews

Een expert interview is een semigestructureerd diepte-interview, waarbij gebruik wordt gemaakt van een interview protocol. De expert interviews worden telefonisch gehouden of op verzoek van de expert face-to-face. Om de betrouwbaarheid van het interview te verhogen, is gebruik gemaakt van dataregistratie-apparatuur en is een concept samenvatting van het interview na afloop voorgelegd aan de respondenten. Experts die in de beginfase van het onderzoek zijn geïnterviewd, hebben aan het einde van de studieperiode nogmaals de samenvatting toegestuurd gekregen met het verzoek aan te geven of en welke veranderingen in de loop van de tijd zijn opgetreden (member check).

Er zijn expert interviews gehouden met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen (stakeholders), zoals beroepsverenigingen, management van organisaties en opleidingsinstituten, alsook met een selectie van hulpverleners werkzaam in de dagelijkse praktijk (case studies). In samenspraak met de begeleidingscommissie zijn 59 expert profielen geselecteerd (*Tabel 5*).

Voor de case studies zijn de meeste relevante zorginstellingen en specialismen vertegenwoordigd. Alle experts dienen zelf inhoudsdeskundig op het gebied van verrichten van voorbehouden handelingen te zijn, of bekend te zijn met taakherschikking. De experts zijn voorgedragen door leden van de begeleidingscommissie, of door VWS, V&VN VS, NAPA, KNMG, OMS en LHV. Indien geen geschikte expert is voorgedragen, heeft het onderzoeksteam zelf actief geworven. Om te vermijden dat opvattingen onevenredig bepaald worden door regionale situaties, is bij het werven van de deelnemers rekening gehouden met geografische spreiding op basis van de werklocatie van deelnemers.

Tabel 5: Expert profielen

Case studies		Stakeholders	
1	VS acute zorg- heekunde- academisch ziekenhuis	33	Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
2	VS chronische zorg- longziekte- algemeen ziekenhuis	34	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
3	VS GGZ- GGZ instelling	35	V&VN afdeling Verpleegkundig Specialist
4	VS intensieve zorg- cardiologie- algemeen ziekenhuis	36	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
5	VS preventieve zorg- jeugdgezondheidszorg	37	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
6	VS preventieve zorg- reisvaccinaties	38	Orde van Medisch Specialisten (OMS)
7	VS huisartsenpraktijk	39	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
8	VS zelfstandige GGZ praktijk	40	Opleiding PA
9	VS chronische zorg verpleeghuis	41	Opleiding VS
10	VS 3 ^e lijn- neonatologie	42	Zorgverzekeraar 3x
11	PA 1 ^e lijn- huisartsenpraktijk 2x	43	Apotheek intramuraal
12	PA 2 ^e lijn- heekunde	44	Apotheek transmuraal
13	PA 2 ^e lijn- hematologie	45	Apotheek extramuraal
14	PA 2 ^e lijn- neurologie	46	Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
15	PA 2 ^e lijn- SEH- academisch ziekenhuis	47	Huisartsenpost
16	PA 2 ^e lijn- anesthesiologie –algemeen ziekenhuis	48	Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH)
17	PA 3 ^e lijn- neonatologie	49	Maatschap cardiologie- algemeen ziekenhuis
18	Arts VS acute zorg- heekunde- algemeen ziekenhuis	50	Maatschap heekunde- academisch ziekenhuis
19	Arts VS chronische zorg- longziekte- academisch ziekenhuis	51	Resultaat Verantwoordelijke Eenheid interne geneeskunde- academisch ziekenhuis
20	Arts VS GGZ- GGZ instelling	52	Management academisch ziekenhuis
21	Arts VS zelfstandige GGZ praktijk	53	Management algemeen ziekenhuis
22	Arts VS intensieve zorg- cardiologie- academisch ziekenhuis	54	Management GGZ instelling
23	Arts VS huisartsenpraktijk	55	Management HOES/HOED
24	Arts VS preventieve zorg- jeugdgezondheidszorg	56	Management Revalidatiecentrum
25	Arts VS 3 ^e lijn- neonatologie	57	Management Verpleeghuis
26	Arts PA 1 ^e lijn- huisartsenpraktijk	58	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)
27	Arts PA 2 ^e lijn- heekunde	59	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ)
28	Arts PA 2 ^e lijn- hematologie		
29	Arts PA 2 ^e lijn- neurologie		
30	Arts PA 2 ^e lijn- SEH- algemeen ziekenhuis		
31	Arts PA 2 ^e lijn- anesthesiologie- academisch ziekenhuis		
32	Arts PA 3 ^e lijn- neonatologie		

2.5.1.2 Focusgroep interviews

Een focusgroep voert een zorgvuldig geplande discussie over ideeën, motieven, belangen en denkwijzen over een omschreven aandachtsgebied. [58] Zowel VSen/PAs als artsen, die samenwerken met VSen/PAs, zijn uitgenodigd deel te nemen aan een focusgroep interview in hun regio (Utrecht (2x), Amsterdam, Eindhoven en Assen). Een verzoek tot deelname is door de V&VN VS verspreid via hun website [59], sociale media en tijdens het jaarlijkse VS congres op 11 en 12 oktober 2012. De NAPA

heeft haar leden op de hoogte gesteld via nieuwsbrieven en op het jaarlijkse PA congres op 9 november 2012. VSen en PAs zijn gevraagd om zelf artsen, met wie ze samenwerken, te benaderen voor deelname aan het focusgroep interview. Tevens heeft de onderzoeksgroep de respondenten uit de nulmeting aangeschreven.

2.5.1.3 Interviews met patiënten

VSen en PAs zijn gevraagd om ofwel zelf patiënten te werven en vervolgens aan te melden bij het onderzoeksteam, ofwel de onderzoeker een dagdeel mee te laten lopen met het spreekuur van de VS of PA, waarbij de patiënt na afloop van het consult is gevraagd om mee te werken aan een interview. VSen en PAs zijn geselecteerd op basis van soort organisatie waar ze werkzaam zijn, soort voorbehouden handelingen die ze verrichten en op geografische ligging in Nederland. Patiënten dienen een voorbehouden handeling te hebben ondergaan, uitgevoerd door de VS of PA, en de Nederlandse taal te beheersen. Er is tijdens de selectie van patiënten een onderscheid gemaakt tussen chronische en acute c.q. kortdurende aandoeningen. Het onderscheid tussen acute en chronische aandoeningen is relatief. In het onderzoek is de volgende definitie voor chronische aandoeningen gehanteerd: “ Irreversibele aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur. Een chronische aandoening onderscheidt zich verder door een langdurig beroep op de zorg”. [60]

Het interview duurt maximaal 15 minuten. Interviews worden zowel face-to-face (interviews in beginfase van het onderzoek en oudere patiënten) als telefonisch afgenomen. Na het formeel vragen voor toestemming en het invullen van een toestemmingsverklaring is het onderzoek toegelicht en is uitleg gegeven over de nieuwe zelfstandige bevoegdheid van de VS/PA. Vervolgens is gevraagd hoe de patiënt de zorg door de VS/PA heeft ervaren, welke factoren mee spelen in deze positieve/negatieve ervaring en welke mening de patiënt heeft over de zelfstandige bevoegdheid. Aan het einde van het interview is aan de patiënt een korte vragenlijst meegegeven om thuis in te vullen. In deze vragenlijst is nagegaan welke aspecten patiënten in de ontvangen zorg belangrijk vinden en wat hun eigen ervaringen met deze aspecten zijn (*Bijlage 5*). Patiënten die telefonisch zijn geïnterviewd, hebben de toestemmingsverklaring en de vragenlijst voorafgaand aan het interview thuis gestuurd gekregen. Alle interviews zijn opgenomen en per VS/PA is het meest informatieve interview geselecteerd om letterlijk uit te typen en te analyseren.

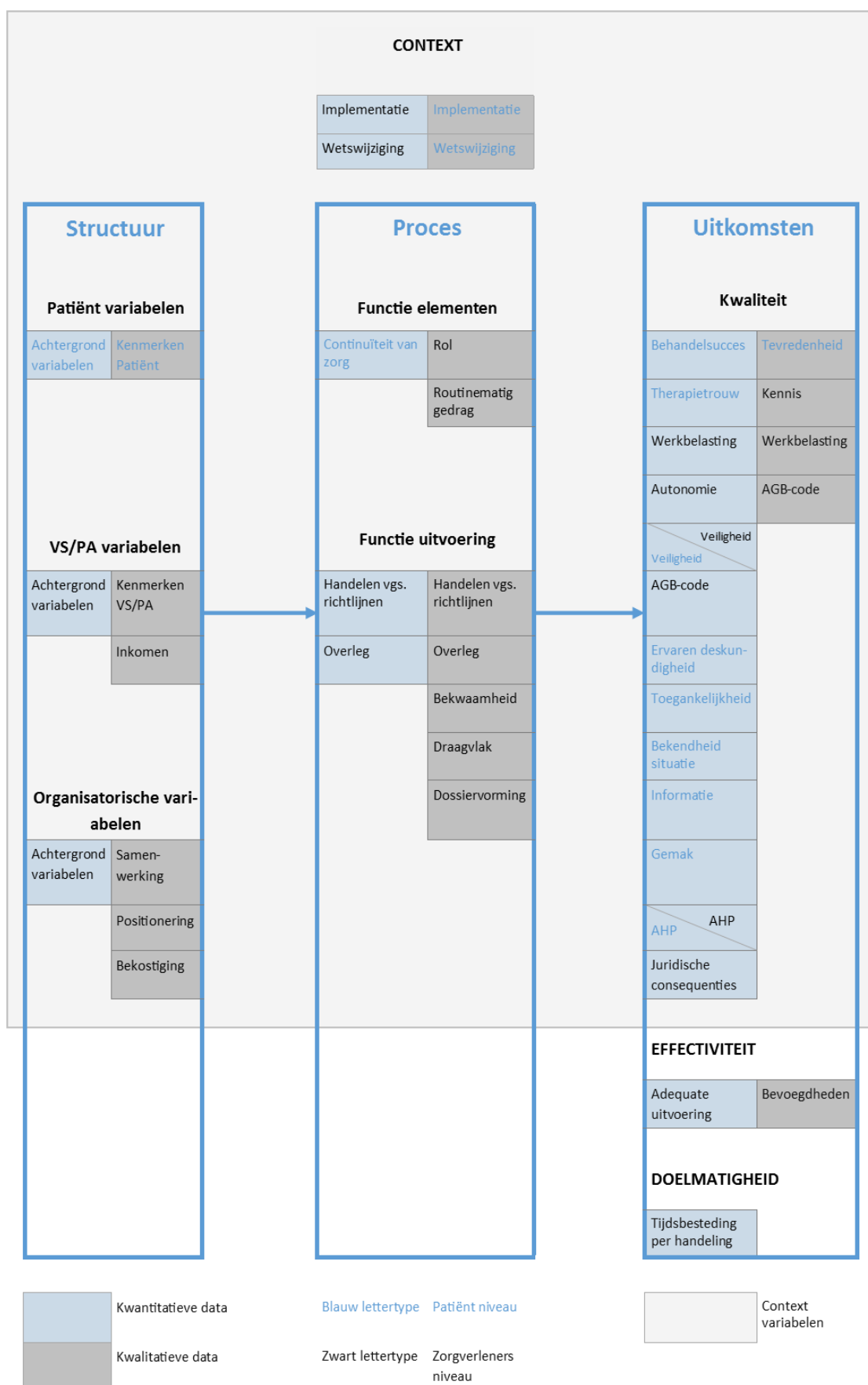
2.5.2 Data analyse

Voor de analyse van de kwalitatieve data is gebruik gemaakt van de ‘editing analysis style’, waarbij de verschillende data schriftelijk zijn vastgelegd en betekenisvolle onderdelen gecategoriseerd. De expert interviews en focusgroep interviews zijn gecategoriseerd volgens de thema’s binnen het model van Grol [37, 38](*Tabel 2*). Patiënten interviews zijn ingedeeld op basis van de aspecten die zij als meest belangrijk ervaren in de ontvangen zorg (*zie 2.5.1*). In de categorisatie schema’s is vervolgens naar patronen en structuren gezocht. Hierbij is gebruik gemaakt van NVIVO 10 software.

2.6 Triangulatie van data

De beide conceptuele kaders voor evaluatie (*Paragraaf 2.2*) zijn samengevoegd tot een totaal model (*Figuur3*) waarbinnen triangulatie van de kwantitatieve (blauw gearceerd) en kwalitatieve (grijs gearceerd) data op zorgverleners- (zwart lettertype) en patiënten niveau (blauw lettertype) mogelijk is. Triangulatie heeft plaatsgevonden vanaf het moment van dataverzameling tot en met de interpretatie van de resultaten (*zie 2.1*). De mate van implementatie en de wetswijziging zelf hebben invloed op zowel de structuur-, proces-, als uitkomstmaten en zijn daarom buiten het kader geplaatst.

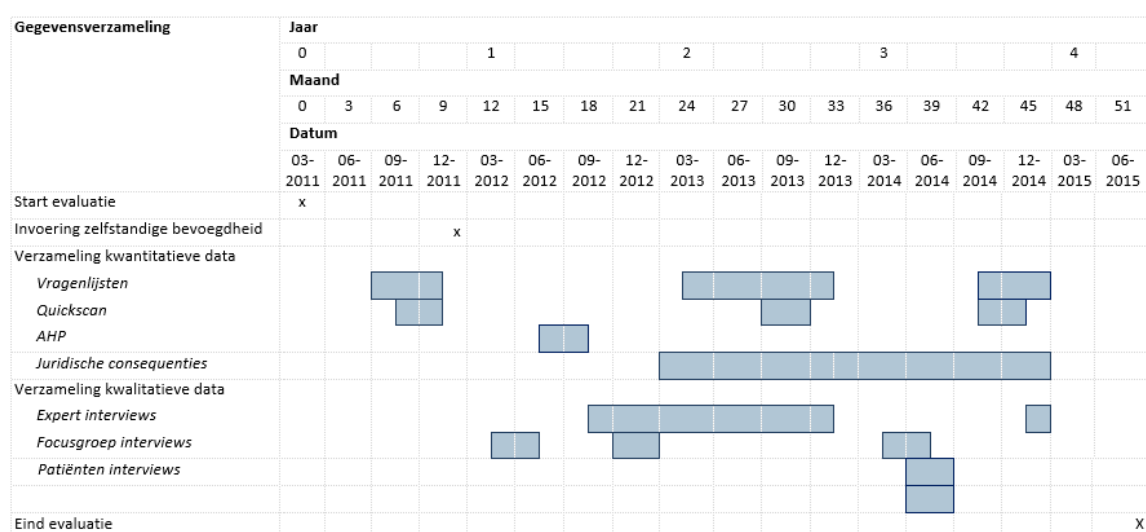
Figuur 3: Triangulatie van data



2.7 Meetperiode

Het evaluatieonderzoek is gestart in maart 2011 en is geëindigd in juli 2015 (*Figuur 4*). Op 3 meetmomenten zijn vragenlijsten verspreid, namelijk medio 2011 (nulmeting=T0), medio 2013 (1^e nameting=T1) en eind 2014 (2^e nameting=T2). Het afnemen van de interviews is gestart na de nulmeting en heeft geduurd tot de 2^e nameting. Eind 2014 is nogmaals de samenvatting van de expert interviews naar de experts gestuurd, om eventuele opgetreden veranderingen aan te geven. Het verzamelen van data voor de juridische consequenties is een continue proces geweest, dat heeft plaatsgevonden in 2013 en 2014.

Figuur 4: Tijdenpad evaluatieonderzoek



2.8 Ethische overwegingen

Het dagelijks bestuur van de Medisch Ethische Commissie (METC) van het Maastricht UMC+ heeft het onderzoekprotocol van het onderzoek in haar vergadering van 27 Juli 2011 besproken en is van mening dat de studie geen onderzoek in het kader van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) betreft. Het onderzoek betreft de evaluatie van reguliere zorg door zorgprofessionals en is niet verder door de METC in behandeling genomen als zijnde niet-WMO onderzoek.

Alle verstrekte informatie, persoonlijke gegevens en meningen, zijn uiterst vertrouwelijk verwerkt en ontdaan van mogelijkheden tot identificatie en worden uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt.[61]

Resultaten



3 Resultaten

Eerst wordt de respons op de diverse manieren van dataverzameling beschreven, gevolgd door de mate van implementatie van de wetswijziging. De presentatie van de resultaten van het onderzoek is ingedeeld in structuur, proces en uitkomsten. Waar relevant worden zowel kwantitatieve data als kwalitatieve data besproken, conform de gehanteerde data-triangulariteit (*Figuur 3*). De kwalitatieve data zijn cursief gepresenteerd en ondersteund met citaten (weergegeven in grijs) ter illustratie.

3.1 Respons

In *Tabel 6* is de respons bij de kwantitatieve dataverzameling weergegeven. Aan de nulmeting (T0) van kwantitatieve data hebben in totaal 1.144 respondenten (VSen, PAs, artsen en patiënten) deelgenomen, aan de 1^e nameting (T1) 890 en aan de 2^e nameting (T2) 1.200. De quickscan heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de respons onder VSen en PAs. Van alle VSen en PAs die de vragenlijsten hebben ingevuld, heeft 12% aan alle drie de metingen deelgenomen.

Tabel 6: Respons

		VS	PA	Arts VS	Arts PA	Patient VS	Patient PA	Totaal respondenten
T0	Geregistreerd	1146	295	-	-	-	-	-
	Vragenlijsten verstuurd	240	277	480	554	1200	1385	4136
	Respondenten vragenlijsten	100	91	59	74	139	142	605
	Respondenten Quickscan	444	95	nvt	nvt	nvt	nvt	539
T1	Geregistreerd	1478	428	-	-	-	-	-
	Vragenlijsten verstuurd	353	428	706	856	1740	2140	6223
	Respondenten vragenlijsten	118	65	79	52	153	62	529
	Respondenten Quickscan	171	190	nvt	nvt	NvT	NvT	361
T2	Geregistreerd	2509	562	-	-	-	-	-
	Vragenlijsten/linken verstuurd	494	576	988	1152	2470	2880	8560
	Respondenten vragenlijsten	174	102	88	52	157	128	701
	Respondenten Quickscan	244	255	nvt	nvt	nvt	nvt	499

- : aantal onbekend
nvt : niet van toepassing

In totaal zijn 102 interviews gehouden met experts en patiënten en 5 focusgroep interviews met professionals. Na de herhaalde toezending van de samenvatting eind 2014, konden de transmurale apotheek, zorgverzekeraar CZ, de LHV, de OMS en de Huisartsenpost zich niet meer vinden in de tekst en bleken niet langer bereid deze aan te vullen c.q. te veranderen. Deze interviews zijn daarom niet in de analyses meegenomen.

3.2 Implementatie

Op basis van de vragenlijsten blijkt dat de zelfstandige bevoegdheid tijdens de 2^e nameting voor het overgrote gedeelte van de VSen en PAs is ingevoerd, maar (nog) niet is ingevoerd voor 16,5% (15,1% + 1,4%) van de VSen en 13,7% (6,9% + 6,8%) van de PAs (*Tabel 7*).

Tabel 7: Implementatie zelfstandige bevoegdheid

	VS			PA		
De zelfstandige bevoegdheid voor de VS/PA t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	T0 <i>n_{tot}=100</i> <i>n (% ja)</i>	T1 <i>n_{tot}=121</i> <i>n (% ja)</i>	T2 <i>n_{tot}=73</i> <i>n (% ja)</i>	T0 <i>n_{tot}=91</i> <i>n (% ja)</i>	T1 <i>n_{tot}=67</i> <i>n (% ja)</i>	T2 <i>n_{tot}=73</i> <i>n (% ja)</i>
Is voor alle VSen/PAs in de instelling waar ik werk, nog niet ingevoerd	-	26 (21,5)	11 (15,1)	-	4 (6,0)	5 (6,9)
<i>Omdat artsen/medische raad terughoudend zijn</i>	-	8 (6,6)	4 (5,5)	-	1 (1,5)	-
<i>Omdat de procedure nog niet is afgerond</i>	-	9 (7,4)	3 (4,1)	-	-	-
<i>Omdat apotheek weerstand biedt</i>	-	1 (0,8)	-	-	1 (1,5)	-
<i>Omdat geen akkoord organisatie</i>	-	4 (3,3)	3 (4,1)	-	-	-
<i>Omdat geen big registratie</i>	-	-	-	-	-	2 (2,8)
<i>Omdat, anders</i>	-	4 (3,3)	-	-	2 (3,0)	3 (4,1)
Is voor mij persoonlijk in de instelling waar ik werk, nog niet ingevoerd	-	9 (7,4)	1 (1,4)	-	4 (5,9)	5 (6,8)
<i>Omdat artsen terughoudend zijn</i>	-	5 (4,1)	-	-	1 (1,5)	-
<i>Omdat dit niet relevant is voor mijn werkzaamheden</i>	-	2 (1,6)	1 (1,4)	-	1 (1,5)	1 (1,4)
<i>Omdat ik nog te weinig ervaring heb</i>	-	2 (1,6)	-	-	-	1 (1,4)
<i>Omdat er nog geen protocollen zijn</i>	-	2 (1,6)	-	-	1 (1,5)	-
<i>Omdat er nog geen beleid is</i>	-	2 (1,6)	-	-	-	2 (2,7)
<i>Omdat, anders</i>	-	1 (0,8)	-	-	1 (1,5)	1 (1,4)
Heeft in de dagelijkse praktijk niets veranderd, ik voerde al voorbehouden handelingen zelfstandig uit	-	31 (25,6)	21 (28,4)	-	29 (43,3)	17 (23,3)
Heeft er voor gezorgd dat protocollen zijn geschreven	-	39 (32,2)	20 (27,4)	-	16 (23,9)	20 (27,4)
Heeft er voor gezorgd dat afspraken zijn gemaakt	-	49 (40,5)	31 (41,9)	-	22 (32,8)	25 (34,2)
<i>Met artsen</i>	-	33 (27,3)	22 (29,7)	-	8 (11,9)	14 (19,2)
<i>Met apothekers</i>	-	22 (18,2)	12 (10,6)	-	9 (13,4)	7 (9,6)
<i>Met het management</i>	-	13 (10,7)	13 (17,6)	-	3 (4,5)	4 (5,5)
<i>Met, anders</i>	-	1 (0,8)	-	-	-	-
Heeft er voor gezorgd dat protocollen en/of afspraken zijn goedgekeurd door het management	-	43 (35,5)	30 (40,5)	-	21 (31,3)	27 (37,0)
Heeft er voor gezorgd dat ik extra bijscholing heb gevolgd	-	46 (38,0)	29 (39,2)	-	16 (23,9)	16 (21,9)

Bijna alle VSen binnen deze groep geven aan dat de zelfstandige bevoegdheid nog niet is ingevoerd voor de hele organisatie waar ze werkzaam zijn; PAs binnen deze groep geven aan dat dit ofwel voor hen persoonlijk ofwel voor de gehele organisatie geldt. Van de VSen bij wie de zelfstandige bevoegdheid nog niet is ingevoerd, is 45,5% VS Chronische zorg en 36,4% VS GGZ (tijdens T1 nog 57,4% VS GGZ). Ook geven alle VSen preventieve zorg, die hebben deelgenomen aan de nametingen (T1: n=2; T2: n=1) aan, dat de zelfstandige bevoegdheid in hun organisatie nog niet is ingevoerd.

Uit interviews met verschillende VSen preventieve zorg, blijkt dat dit met name de VS preventieve zorg in de jeugdgezondheidszorg betreft.

“De jeugdarts schrijft ook zelf geen medicatie voor. Het gaat altijd via de huisarts en waarom dat is ja dat zijn afspraken die er zijn gemaakt onderling en ik zie daar wel een beweging komen maar die is er nog niet. Ik had vorige week nog een overleg met de arts waar ik nou mee samenwerk en zij zei van ja ik zie dat voorlopig ook nog niet gebeuren omdat er nu weer op een andere manier met computer systemen gewerkt gaat worden om recepten bij de apotheek te gaan krijgen en zij zei ja ik zie niet zitten dat daar in geïnvesteerd gaat worden. Dus de arts doet het niet en wij doen het ook niet.” (VS)

“Het zou wel een meerwaarde kunnen hebben maar dan moet het hele systeem veranderd moeten worden. Dan zou als de consultatiebureau arts bij ons ook medicatie zou voorschrijven zou ons niets beletten om dat ook te gaan doen en dat zal voor ons een zekere meerwaarde hebben want als bij ons nu iemand op het spreekuurtje komt, een kindje met spruw dan moet ik die moeder eerst doorverwijzen naar de huisarts waar zij een recept voorgeschreven krijgt. Kijk voor die moeder is dat een dubbele handeling en anders zou zij gewoon rechtstreeks van mij het recept krijgen en kon ze bij de apotheek terecht. Bij ons zit de huisarts er tussen en dat zijn afspraken die in het verleden zijn gemaakt waar de jeugdarts zich ook aan houdt en het zal zeker een meerwaarde hebben maar in de praktijk kunnen wij er nu niks mee.” (VS)

Ten behoeve van de implementatie zijn protocollen geschreven (VS T2: 27,4%; PA T2: 27,4%) en zijn afspraken gemaakt met artsen (VS T2: 29,7%; PA T2: 19,2%), apothekers (VS T2: 10,6%; PA T2: 9,6%) en management (VS T2: 17,6%; PA T2: 5,5%). De protocollen en afspraken zijn voor 40,5% van de VSen en 37,0% van de PAs goedgekeurd door het management. Daarnaast heeft 39,2% van de VSen en 21,9% van de PAs extra bijscholing gevolgd.

De geïnterviewde VSen en PAs hebben bij de implementatie van de zelfstandige bevoegdheid een of meerdere van de volgende stappen ondernomen:

- **Maken van afspraken met artsen**

“Nee het is echt puur op arts niveau zeg maar, dus de groep neurologen waarvoor ik werk heeft gewoon toestemming gegeven aan mij specifieke categorie medicijnen voor te schrijven” (PA)

- **Samenstellen van werkgroepen, ofwel VSen en PAs afzonderlijk of als gezamenlijke werkgroep**

“We hebben een vakgroep opgericht van verpleegkundigen binnen de ambulancezorg die werkzaam zijn als VS. En daarnaast is er natuurlijk de algemene vakgroep van VSen.” (VS)

- **Overleg met apothekers (1^e en 2^e lijn)**

“We zijn eigenlijk binnen het ziekenhuis met alle verpleegkundig specialisten om de tafel gaan zitten en met de apotheek, zo van ja, als we wat voorschrijven op de afdeling dat we dat gewoon zonder problemen kunnen voorschrijven dat we het dus geautoriseerd voorschrijven. Dat hebben we wel met elkaar binnen het ziekenhuis afgesproken.” (VS)

- **Schrijven van protocollen (ook delegatie afspraken of professioneel reglement genoemd), waarin werkzaamheden, grenzen, patiëntengroepen en de vorm van supervisie (bij PAs) aan de orde komen**

“We hadden al stappen ondernomen voor de invoering van de zelfstandige bevoegdheid door op papier met de staf en met name mijn mentor vast te leggen wat mijn werkzaamheden zouden zijn en wat mijn grenzen zouden zijn en op welke manier ik supervisie zou krijgen. Dat geldt voor alles wat ik zou doen: medicatie voorschrijven, zorg op de afdeling, op de eerste hulp, op de consulten, alles wat erbij hoort. Daarbij hebben we ook afgevinkt dat ik geen bemoeienis zou hebben met bijvoorbeeld hemofilie patiënten, omdat ik mij daar nooit in verdiept heb en ik tijdens mijn opleiding en verdere carrière gezegd heb dat dit absoluut niet mijn interesse heeft.” (PA)

- **Voorleggen van protocollen aan management en directie**

“Dan is de volgende stap, dat die protocollen van een aantal afdelingen al klaar liggen. Dat we die ook willen voorleggen aan de divisiedirecteuren en divisiepsychiaters, zodat zij weten van hoe wij dat willen implementeren en om hen ook inzicht te geven in hoe kundig we daar in zijn. Zodat ze op de hoogte zijn van hoe we daarin werken.” (VS)

- **Regelen van toegang tot Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)**

“Dan moet de apotheker ingeseind worden en dan moet ook het EPD en de toegang daartoe omgezet worden.” (PA)

- **Communicatie binnen instelling via symposia en nieuwsbrieven**

“Ja echt goed op de kaart zetten en ja, dan gaan nieuwsberichten uit via ons interne systeem..” (VS)

- **Overleg met specialisten die weerstand hadden**

“Ja, in al die contacten die ik had, merkte ik aardig wat weerstand. Mensen waren niet op de hoogte van dat wij de nieuwe voorschrijvers waren en waren het er ook niet mee eens. En daar heb ik wel mijn weg in moeten vinden, dat zij het er niet mee eens waren. En inmiddels lukt mij dat aardig, maar daar hebben wij echt wel met een aantal specialisten overleg gehad.” (VS)

- **Volgen van extra scholing**

“Ja, ik heb, ik ben gestart met de scholing bij organisatie xxx. Dus daar ben ik nu mee bezig in die carrousel. En afhankelijk van hun scholing neem ik meer medicatie erbij. Dus vanaf september ga ik antidepressiva voorschrijven.” (VS)

- **Opstellen van een bekwaamheidsverklaring**

“Er is eigenlijk, hoe noem je dat, een soort bekwaamheidsverklaring en daarmee ook bevoegdheidsverklaring gemaakt tussen de cardiologen en mij als PA. En dat is richting de apotheek gecommuniceerd en daar is nooit moeilijk over gedaan.” (PA)

Dit betreffen uitsluitend lokale initiatieven. Een PA geeft aan dat de gemaakte afspraken ten aanzien van delegatie ter accordering aan de KNMG zijn voorgelegd.

“Ons voorstel voor de delegatie afspraken, dat format daarvoor, ligt nu bij de KNMG en zij kijken er nu naar of ze ermee akkoord zijn.” (PA)

3.3 Structuur

3.3.1 Patiënt variabelen

Achtergrond variabelen patiënt

Aan de drie kwantitatieve metingen hebben 276 (T0), 213 (T1) en 285 (T2) patiënten deelgenomen. Het betreft respectievelijk 44%, 46% en 42,5% mannen. De gemiddelde (sd) leeftijd van de respondenten is respectievelijk 57,4 (17,6), 54,8 (18,2) en 54,4 (19,3) jaar. Het opleidingsniveau van de respondenten is in ruim de helft van de patiëntengroepen MBO geschoold of hoger. Nagenoeg alle deelnemers (T0: 91,5%, T1: 93,8% en T2: 94,4%) zijn van autochtone herkomst. Het percentage deelnemers van allochtone herkomst bedraagt resp. 8,5%, 6,3% en 5,6%, waarvan 4,4%, 5,3% en 3,5% van een Westers allochtone herkomst is. In vergelijking met de nationale gegevens van etniciteit van het CBS komen de etniciteitgegevens van de patiëntenpopulatie niet overeen. Aan het onderzoek hebben relatief weinig allochtone patiënten deelgenomen. De patiëntenpopulatie is hoger geschoold dan het gemiddelde opleidingsniveau van de nationale bevolking. De meerderheid van de patiëntengroep (T0: 69,8%; T1: 65,9%; T2: 66,2%) ervaart tijdens de drie metingen zijn/haar algemene gezondheid als (zeer) goed. Dit geldt ook voor de algemene geestelijke/psychische gezondheid (T0: 83,7%; T1: 82,9; T2: 76,4%). Ongeveer één kwart van de patiënten ervaart ten tijden van de drie metingen een matige algemene gezondheid. De achtergrondkenmerken van de patiënten zijn weergegeven in *Bijlage 6, Tabel 17*.

Gedurende de onderzoeksperiode zijn in de periode mei 2014 t/m september 2014, 41 patiënten geïnterviewd. Per zorgverlener is het meest informatieve interview gekozen en uiteindelijk zijn 27 interviews geselecteerd voor verdere analyse. De gemiddelde leeftijd (sd) van deze patiënten is 60,1 (15,9) jaar en 70,4% van hen is vrouw. Binnen deze patiëntengroep is 55,6% in behandeling (geweest) bij een VS. De VSen zijn binnen de volgende specialismen werkzaam: heilkunde (vaatchirurgie), diabeteszorg, GGZ, nefrologie en vasculaire hypertensie, huisartsenzorg, HIV zorg, verpleeghuiszorg, reumatologie, hematologie en infectieziekten. Bij 26,7% van de patiënten is sprake van een behandeling voor een chronische aandoening en bij 73,3% is dit voor een acute c.q. kortdurende aandoening. Van de geïnterviewden is 44,4% in behandeling (geweest) bij een PA. De behandelende PAs zijn werkzaam binnen de 2^e lijns gezondheidszorg op de volgende afdelingen: Interne Geneeskunde, Cardiologie, Heilkunde, Urologie, MDL, Radiologie, Spoed Eisende Hulp (SEH) en Chirurgie/Dermatologie. Eén patiënt is in behandeling geweest bij een PA in de 1^e lijns (huisartsen)zorg. Bij 58,3% van de patiënten is sprake van een behandeling voor een chronische aandoening en bij 41,7% is dit voor een acute aandoening. Ruim drie kwart (77,8%) van de geïnterviewde patiënten ervaart zijn/haar algemene gezondheid als goed tot zeer goed en de psychische gezondheid is voor nagenoeg de gehele patiëntengroep goed tot zeer goed (92,6%). Zij waarderen hun leven met een gemiddeld (sd) rapportcijfer van 7,7 (1,1).

Volgens geïnterviewde artsen die samenwerken met VSen, bieden VSen vooral zorg aan een vast omschreven patiëntengroep binnen een discipline, vaak gebaseerd op de specifieke (verpleegkundige) zorgbehoefte van de patiënt of de vraag naar zorg coördinatie. Daarbij zijn de patiëntengroepen vaak duidelijk afgebakend.

“De Parkinson patiënt dat is een beetje om en om: de ene keer zie ik de patiënt, de andere keer ziet de verpleegkundig specialist de patiënt. Maar als er veel zorg-, acceptatieproblemen om heen zitten, er moeten heel veel dingen in de thuissituatie aangepast worden etc etc., dan laten we dat meer via de verpleegkundig specialist doen en als het wat meer medisch inhoudelijk is met de ziekte en medicatie veranderingen dan is dat meer een neuroloog. Dus het stukje zorg zit meer bij de verpleegkundig specialist en het stukje medische behandelingen zitten meer bij de neuroloog. Het loopt gewoon in elkaar over af en toe.” (arts)

“Ja er is een bepaalde groep, waar de VS het net ook al over had: als er bijzonderheden geweest zijn in de zwangerschap of na de geboorte dat er bepaalde aangeboren aandoeningen zijn waarvoor een kind nog onder behandeling is van een specialist, bijvoorbeeld dat het kindje nog langer door de arts gezien wordt, dus niet alleen bij die vierde week, maar daarna ook nog, totdat ze denken van nou is het medische misschien niet zo aan de orde en kan het ook over naar de VS. Soms hebben we ook kindjes waarvan we denken dat de gezinssituatie wat ingewikkeld is dat we het kindje gewoon allebei blijven zien, zowel arts als VS.” (arts)

De geïnterviewde PAs zien alle patiënten binnen een medisch specialisme. Ook hier geldt dat de beperkingen van te voren zijn afgesproken met de arts.

Onderzoeker: “Dus u heeft ook geen specifieke patiëntengroepen?” PA: “Nee, geen specifieke patiëntengroepen. ik doe natuurlijk wel iets specifiek maar, niet in de van meer of minder complex. Ik doe tot nu toe geen spoedvisites. Dat is echt het enige wat de huisarts onderscheidt van mijn taken als iemand belt met een levensbedreigende situatie en er moet een huisarts komen dan rij ik niet.”

“Ik werk uitsluitend op de polikliniek en daar zie ik nieuwe patiënten en mijn eigen controle patiënten met klachten van de wervelkolom en de extremiteiten op neurologisch gebied dus eigenlijk wervelkolom neurologie en periferie neurologie.... Ik zie alle patiënten behalve mensen met klachten die bij het hoofd passen mensen die pijn in nek of rug of armen of benen die mogen in principe allemaal bij mij maar als mensen hoofdpijn hebben of worden verdacht van Parkinson of MS die worden niet bij mij gepland.” (PA)

3.3.2 Zorgverlener variabelen

Achtergrond variabelen VS/PA

In *Bijlage 6, Tabel 14* zijn de achtergrond variabelen van de VS/PA opgenomen. De gemiddelde (sd) leeftijden van de VSen (T2: 46,6 (8,4) jaar) en PAs (T2: 41,6 (9,8) jaar) zijn in de drie metingen vergelijkbaar evenals het percentage mannelijke VSen (T2: 27,4%) en mannelijke PAs (T2: 35,3%). VSen hebben voornamelijk een HBO-V of Inservice A,B,Z als vooropleiding; het percentage VSen met vooropleiding HBO-V neemt toe tijdens de meetperiode (T0: 39,2%; T2: 41,7%), terwijl het percentage met vooropleiding Inservice A,B,Z afneemt (T0: 54,6%, T2: 46,6%). Deze daling is ook te zien bij PAs met vooropleiding Inservice A,B,Z (T0: 23,6%; T2: 13,7%). Daarnaast hebben minder PAs fysiotherapie als vooropleiding (T0: 22,5%; T2: 18,6%) en meer PAs Laborant MBRT (T0: 6,7%; T2: 11,8%) en operatieassistent (T0: 7,7%; T2:10,8%) als vooropleiding. De grootste groep PAs heeft in alle metingen HBO-V als

vooropleiding (T2: 23,5%). De verdeling van de verpleegkundig specialismen tijdens de metingen is vergelijkbaar met de verdeling in het BIG register in de betreffende meetperiode (bijvoorbeeld vragenlijsten T2 vs BIG register ten tijde van T2: Acute zorg 8,8% vs 5,2%, Chronische zorg 21,1% vs 17,5%, GGZ 27,5% vs 28,0%, Intensieve zorg 42,1% vs 47,9% en Preventieve zorg 1,2% vs 1,5%).

Achtergrond variabelen arts

De achtergrond variabelen in de vragenlijsten van de artsen zijn weergegeven in *Bijlage 6, Tabel 15*. De gemiddelde (sd) leeftijd van artsen, die VSen of PAs begeleiden, is in alle metingen gemiddeld (sd) ongeveer 47 (8) jaar. De artsen samenwerkende met zowel VSen als PAs hebben in alle metingen gemiddeld 12 (9) jaar ervaring in hun functie. Het percentage mannelijke artsen neemt tijdens de metingen af van 55,9% bij T0 naar 47,1% bij T2 voor artsen die samenwerken met VSen en van 70,3% bij T0 naar 47,1% bij T2 voor artsen die samenwerken met PAs.

Inkomen VS/PA

De zelfstandige bevoegdheid heeft bij enkele geïnterviewde VSen/PAs geleid tot een hoger inkomen.

De meningen van de geïnterviewde VSen/PAs over de noodzaak van een salarisverhoging zijn verdeeld.

“Ik denk in de meeste ziekenhuizen, die niet academisch zijn, dat daar toch schaal 60 betaald wordt. Dat is de schaal die eigenlijk gelijk staat aan een Verpleegkundig Specialist. Alhoewel, er zijn heel veel Verpleegkundig Specialisten die zelfs in schaal 55 worden betaald, maar de argumentatie in ons ziekenhuis is: ja je bent geen arts. Je kunt exact hetzelfde werk doen en misschien wel beter dan een dokter, maar het hele functiehuis valt ineens als we jou hetzelfde gaan betalen als een arts. Dus dat gaan we niet doen. Dat is in ons ziekenhuis een beetje. Die discussie is ook gevoerd, toen ik aangenomen werd in 2010. Toen heeft de maatschap cardiologie gezegd, dat we dat niet gaan doen. Hebben ze tegen het ziekenhuis gezegd dat ze vonden dat ik hetzelfde betaald moest worden als een arts-assistent. Dat was de enige voorwaarde, dat ik dan wel hetzelfde werk moest doen, dus ook diensten moesten doen. Dat ik daarin wel 100 procent moest gaan functioneren, er is toen afgesproken dat ik dat binnen een half jaar moest laten zien. Dat heb ik inderdaad laten zien. Maar het betekende wel, dat daar een soort conflict over is ontstaan tussen het management en de cardiologen. Toen was ik eigenlijk al aangenomen, het heeft erin geresulteerd dat sinds mijn aanname in 2010 het verschil tussen schaal 60 en 65 aan mij betaald wordt door de cardioloog.” (VS)

“Ik denk dat je eerst moest zorgen dat je beroepsgroep en als functie iets kan betekenen voor een afdeling, voordat je gaat zeggen we willen meer geld.” (VS)

3.3.3 Organisatorische variabelen

Achtergrond variabelen organisatie

Ongeveer de helft van de responderende PAs is werkzaam in een algemeen ziekenhuis (*Bijlage 6, Tabel 16*), dit geldt voor ongeveer één derde van de VSen. Een toenemend aantal VSen en PAs is werkzaam in de huisartsen praktijk (VS T0: 9,0%, T2: 12,5%; PA T0: 1,1%, T2: 11,8%). VSen zijn daarnaast vooral werkzaam in overige GGZ instellingen (T2: 16,6%) en academische ziekenhuizen (T2: 13,1%); PAs in academische ziekenhuizen (T2: 22,5%).

De instellingen waar VSen en PAs werken (*Bijlage 6, Tabel 16*), zijn voornamelijk gevestigd in kleine tot grote steden, een klein percentage is gevestigd op het (verstedelijkt) platteland (VS T2: 18,6%; PA T2: 10,9%).

Binnen algemene en academische ziekenhuizen zijn tijdens T2, VSen in meer verschillende medisch specialismen werkzaam vergeleken met T0. Meest genoemde specialismen door VSen ten tijde van T2 zijn: interne geneeskunde (10,9%), heelkunde (toename t.o.v. T0 van 8,5% naar 16,1%), oncologie (toename t.o.v. T0 van 5,1% naar 12,6%) en cardiologie (afname t.o.v. T0 van 13,6% naar 10,3%). Bij de PAs zijn dit de specialismen heelkunde (toename t.o.v. T0 van 13,3% naar 18,9%) cardiologie (afname t.o.v. T0 van 12,0% naar 9,5%) en neurologie (toename t.o.v. T0 van 2,7% naar 9,5%). Bij klinische geriatrie zijn geen responderende VSen werkzaam gedurende de hele meetperiode, voor PAs zijn dit de specialismen oncologie, oogheelkunde en haematologie.

Samenwerking

PAs werken voornamelijk in een samenwerkingsverband (*Bijlage 6, Tabel 16*) met meer dan zes specialisten/artsen (T2: 55,9%), VSen zowel in een samenwerkingsverband met 3-6 specialisten/artsen als een samenwerkingsverband met meer dan zes specialisten/artsen (T2 beide opties: 37,4%). Drie VSen (en geen PA) geven ten tijde van T2 aan niet met een specialist of arts samen te werken, dit zijn allen VSen acute zorg.

Het belang van een samenwerkingsverband komt terug in de interviews van VSen/PAs en artsen. Door allen wordt een samenwerkingsverband tussen VS/PA en arts een belangrijke randvoorwaarde voor de zelfstandige bevoegdheid genoemd. Sommige VSen geven aan dat een samenwerkingsverband met andere VSen ook een meerwaarde kan hebben.

“We hebben dus gesteld binnen ons eigen team van verpleegkundig specialisten, dat je dus binnen jouw eigen instelling een samenwerking hebt met psychiaters. Dat je dus niet op eigen houtje aan de slag gaat, maar wij hebben gezegd: wij willen daar openheid in geven en dat protocol met hen samen opstellen” (VS GGZ)

Positionering

Uit de interviews blijkt dat de positionering en de invoering van de zelfstandige bevoegdheid, onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Aan de ene kant blijkt dat zonder goede positionering en zichtbaarheid van de VS/PA, de invoering van de zelfstandige bevoegdheid moeizaam tot stand komt. Aan de andere kant wordt de zelfstandige bevoegdheid gebruikt om een betere positionering te bereiken. Voor een goede positionering is zichtbaarheid cruciaal. Hogere managementlagen en externe stakeholders zijn zich vaak nog niet bewust van de mogelijkheden van verpleegkundig specialisten en physician assistants en vragen naar “bewijs” van hun meerwaarde.

“Voor de PA en VS geldt, geef ons een beeld van wat kunnen ze nu eigenlijk? Wat voegen ze nu eigenlijk toe? Waar zit nu feitelijk de toegevoegde waarde en hoe maken we dat zichtbaar en hoe kunnen we daar afspraken over maken.” (stakeholder)

“Het is jammer dat de verpleegkundig specialist niet gepositioneerd is in het jeugdverpleegkundig gebeuren.....Die visie is er niet binnen het JGZ. Ze zijn wel bezig met allerlei consulten te veranderen, maar ze kijken niet naar wat iemand moet beheersen om die taken te kunnen doen” (VS)

Bekostiging

De bekostiging van de verrichtingen van de VS en PA zijn volgens de geïnterviewde casestudies en stakeholders niet inzichtelijk.

“ Volgens mij is nergens in Nederland de bekostiging van de VS en PA transparant” (arts)

De bekostiging verschilt daarnaast per setting.

“ Er wordt gewoon uit de dagprijs betaald van het ziekenhuis, uit de DBC de ligprijs van het ziekenhuis. Dus er is geen apart tarief voor, in andere sectoren wordt het eigenlijk bijna in de groep gefinancierd waar ook de verpleegkundige uit gefinancierd worden, dus denk aan de AWBZ aanspraken. In de gezondheidscentra is het soms wisselend van welk onderdeel, of je onder een deel van de zorgverzekeringswet valt. Maar dan is het heel vaak dat de zorg bekostigd wordt onder de prijs van de huisartsenzorg. Er is geen eenduidige betaalingstitel, ze hebben ook geen apart tarief en je ziet ook nog wel, omdat het bij een aantal instanties nog zo is dat die functie echt nog nieuw neergezet moet worden, dat men ook nog wel eens innovatie gelden aanboort om nog een klein stukje van die functie echt te positioneren en dat kan zijn dat je dat met je zorgverzekeraar afsprekt dat er een stukje innovatie geld voor gebruikt wordt of dat het uit een ander potje komt.” (stakeholder)

“ Consulten en visites worden op dezelfde manier gedeclareerd alsof een huisartsen die visite loopt consult voert” (PA)

“Volgens mij is er bij ons nu nog niet het verschil wie de handeling heeft gedaan. Dat is natuurlijk anders op een polikliniek. Wij behandelen met z'n allen, een heel team. Dus ik denk dat dat anders op een IC ligt, wij declareren gewoon een handeling en er wordt bv. een navellijn ingebracht en dat wordt niet specifiek genoteerd wie dat gedaan heeft.” (VS)

“Revalidatie heeft natuurlijk een heel andere betalingswijze dan wanneer je in reguliere ziekenhuizen zit. We hebben wel DBCs. Maar in feite is het zo dat het in een DBC niet zoveel uitmaakt wie de handeling verricht, als wel dat die verricht is. Dus als een fysiotherapeut een uur met een patiënt bezig is, dan krijgen we daar dezelfde financiering voor als wanneer een arts met een patiënt bezig is. Dat gaat komend jaar wel wat veranderen, maar in wezen blijft dat systeem toch overeind.” (stakeholder)

Het merendeel van de geïnterviewde VSen/PAs opent niet zelfstandig een DBC.

"De VS zetten we op dit moment maar is puur vanuit de DBC regelgeving zetten we niet in als hoofdbehandelaar in 't systeem hebben we altijd specialist als hoofdbehandelaar staan maar wat we wel zeggen dat de verpleegkundig specialist en de pa gemiddeld genomen de regie voerder zijn" (stakeholder)

PA op de vraag of hij/zij een DBC mag openen: " Dat is een goede vraag. Ik denk wel dat ik het zou mogen maar ik doe het niet en dat is eigenlijk een beetje zo ontstaan, dat als ik met mijn supervisor nabesprek, dan op 't moment dat we 't nabespreken opent de supervisor de DBC. Als ik aangeef wat de diagnose is. Dus ik zou het waarschijnlijk wel mogen, maar ja, wij hebben ervoor gekozen dat mijn supervisor dat gewoon altijd invoert (PA)

In de GGZ kunnen hierdoor moeilijkheden ontstaan.

"Ik heb ook de afgelopen vijf jaar intake gedaan en dat beschouwde ik ook als een voorbehouden handeling. Als verpleegkundig specialist. En dat is ginder drie week, is dat door de zorgverzekeraar afgekeurd. Dus als ik een intake doe, dan worden de behandelingen niet meer vergoed en ik heb dus drie weken geleden mijn functie als hoofdbehandelaar neer moeten leggen. Ik ben behandelaar en dat is, ja ook, daar hebben we geen invloed op, maar dat kost me ook heel veel geld. Naast werk hier." (VS)

"Wat ik een enorme belemmering vind, is dat ik in een DBC van psychologen moet werken of een psychotherapeut en eigenlijk onder diens verantwoordelijkheid eigenlijk pillen aan het voorschrijven ben. Terwijl die hoofdbehandelaar daar eigenlijk geen verstand van heeft. Het is een hele kromme toestand." (VS)

Een lid van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis ziet de noodzaak in dat de bekostiging helder wordt.

"Waar we tegenaan lopen, dat is ook het in het nieuws geweest, is de bekostiging daarvan. Hoe ga je daar mee om, op het moment dat je VSen of PAs zelfstandig poliklinische afspraken laat maken en je hebt de zekerheid dat ze voldoende bekwaam zijn. Maar hoe is de financiële afhandeling daarvan?" (stakeholder)

Een heldere bekostiging is daarnaast ook noodzakelijk voor het aantonen van kosteneffectiviteit van de inzet van VSen en PAs.

"Want als je niet de DBC laat openen door de verpleegkundig specialist weet je ook niet of uiteindelijk de zorg goedkoper kan worden, als je die DBC nog niet openstelt" (stakeholder)

Nadeel van het zelfstandig declareren van VSen en PAs kan een inkomstenverlies zijn bij artsen in een maatschap.

"En er zit natuurlijk ook een financieel aspect bij. Op het moment dat je VSen zelfstandig mogen indiceren, betekent dat natuurlijk ook dat ze op termijn, dat is natuurlijk de verwachting, dat ze ook mogen declareren. En dat levert inkomstenverlies op en dat is natuurlijk een enorm knelpunt." (stakeholder)

3.4 Proces

3.4.1 Functie elementen

Continuïteit van zorg

In *Bijlage 6, Tabel 18* staat weergegeven, met welke zorgverleners de patiënt de afgelopen 12 maanden contact heeft gehad en hoe vaak deze contacten hebben plaatsgevonden.

In alle zorgorganisaties blijkt de VS/PA in hoge mate betrokken te zijn bij het zorgproces. In de huisartsenpraktijk is de huisarts het vaakst betrokken in het zorgproces. In de ziekenhuizen was dit tijdens de nulmeting nog de specialist, tijdens de 1^e nameting is dit de VS of PA en dit percentage neemt toe tijdens de 2^e nameting. Er is sprake van een procentuele afname van het aantal patiëntencontacten met een specialist en een procentuele toename van patiëntencontacten VS in de ziekenhuizen.

In de GGZ is de VS de meest genoemde zorgprofessional en het percentage neemt toe tijdens de drie metingen van het onderzoek (T0: 9,4%, T1: 11,1%, T2: 17,2%). In de ziekenhuizen rapporteren verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen de meeste contactmomenten.

Bij de GGD, thuiszorg en zorginstelling zijn de aantallen te laag om betekenisvolle uitspraken hierover te kunnen doen.

Rol

VSen en PAs zijn duidelijk onderdeel van een behandelteam. Een geïnterviewde arts omschrijft de rol als volgt:

“Welke rol neemt de PA en VS in binnen het behandelteam? Ik denk dat je dat in één woord zal moeten omschrijven, dat is de rol van: aandeel” (arts)

Verschillende VSen en PAs geven aan dat hun rol na de wetswijziging is veranderd.

“Je hebt een andere rol gekregen, je wilt geen fouten maken. Je wilt het ook goed doen. Dat heeft natuurlijk iedereen.” (PA)

Een lid van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis is van mening dat, wanneer de kaders helder zijn, de VS een voorbeeldfunctie moet neerzetten.

“En als het gaat over kwaliteit van de zorg, vinden wij dat een VS daar waar je de kaders helder hebt, dat hij of zij hier de rol zal moeten of kunnen vullen. En dat is meer dan alleen maar even het vinkje zeten van, ik heb van die notitie geweten. Daar moet je wel een voorbeeldfunctie in hebben en daar moet je ook de discussie met andere professionals durven aangaan.” (stakeholder)

Routinematig gedrag

Een VS in de ambulancedienst geeft aan dat regelmatig op de huisartsenpost wordt gewerkt om routine te houden in bepaalde handelingen.

Ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen is volgens een VS moeilijk te beoordelen of iets routinematig (standaard) is omdat co-morbiditeit kan meespelen.

Vele VSen en PAs geven aan dat als niet-standaard medicijnen worden voorgeschreven, altijd meteen overleg of controle achteraf plaatsvindt.

“Als het medicijnen zijn, die bij ons niet standaard worden gegeven, dan schrijven wij dat op. Dan moet dat binnen 24 uur gezien worden door een neonatoloog. En andere middelen, als ik twijfel, of wat dan ook, dan laat ik iemand meekijken.” (VS)

3.4.2 Functie uitvoering

Handelen volgens richtlijnen

Tijdens de nulmeting was de aanwezigheid van (richtlijnen afgeleide) schriftelijke protocollen voor het verrichten van voorbehouden handelingen een aandachtspunt. Binnen de instellingen/afdelingen bestonden volgens 29,5% van de VSen en 33,3% van de PAs (gegevens niet in tabel) deze protocollen niet. Tijdens de 2^e nameting zijn deze percentages voor de VS gedaald naar 15,2% en voor de PA naar 23,7%. Indien protocollen aanwezig zijn, geeft 44,4% van de VSen en 33,3% van de PAs tijdens de nulmeting nog aan, dat deze niet of maar ten dele voldoen. Tijdens de 2^e nameting is dit percentage voor de VSen licht gedaald naar 41,7% en voor de PAs licht gestegen naar 36,2%. Onduidelijkheden bestaan tijdens T2 bij de VSen vooral over de verantwoordelijkheidsverdeling (40,7%) en bij de PAs over de taakverdeling (45,2%). Ondanks dat een afname te zien is in de percentages VSen/PAs, die aangeven dat de formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten niet goed zijn vastgelegd, geldt dit tijdens de laatste nameting nog steeds niet voor 15,6% van de VSen en 22,3% van de PAs (VS T0: 44,9%; PA T0: 29,8%). De percentages variëren licht binnen de verschillende verpleegkundige specialismen: 14,2% VS acute zorg; 8,8 % VS chronische zorg; 16,3% VS GGZ; 19,4% VS intensieve zorg. *Bij ongeveer de helft van de respondenten die een toelichting gaven (allen VS), is het vastleggen nog in ontwikkeling; sommigen geven echter aan dat dit toch nog een grijs gebied blijft of zelfs tegengehouden wordt.*

“Psychiaters binnen de instelling weigeren de VS de ruimte te geven goede protocollen te ontwikkelen. Hierdoor blijft de VS met handen en voeten gebonden.” (VS)

Dezelfde trends zijn waarneembaar bij artsen. Tijdens de nameting geeft nog 8,8% van de artsen die samenwerken met een VS en 27,2% van de artsen die samenwerken met een PA aan dat de formele verantwoordelijkheden niet goed zijn vastgelegd.

Ook de taakverdeling tussen artsen en VSen/PAs met betrekking tot voorbehouden handelingen blijkt tijdens de laatste nameting nog niet goed vastgelegd (VS T0: 43,9%, T2 18,6%; PA T0: 33,3%, T2 21,1%). Bij de VSen geldt dit met name bij de VS GGZ (23,3%) en VS intensieve zorg (19,4%) (VS preventieve zorg: 1 van de 2 VSen). Ook hier wordt toegelicht dat aan het vastleggen van de taakverdeling nog wordt gewerkt. Een VS geeft aan dat artsen zichzelf toch nog steeds als “eindverantwoordelijke” zien. *Uit de interviews met diverse VSen/PAs blijkt dat de taakverdeling wel duidelijk is, maar niet formeel is vastgelegd.*

In *Tabel 8* zijn de gegevens weergegeven over de aanwezigheid van persoonlijke regels voor het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie.

Tabel 8: Persoonlijke regels voor het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie

Zijn er voor het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie voor u persoonlijk schriftelijke regels vastgelegd, betreft het ongeschreven regels en gewoonten of zijn er helemaal geen regels voor? % ja	VS			PA		
	T0 n _{tot} =45	T1 n _{tot} =117	T2 n _{tot} =155	T0 n _{tot} =26	T1 n _{tot} =61	T2 n _{tot} =90
Schriftelijk vastgelegde regels	19 (42,2)	67 (57,3)	89 (57,4)	11 (42,3)	23 (37,7)	33 (36,7)
Wat is vastgelegd? (meerdere antwoorden mogelijk)						
Welke voorbehouden handelingen op eigen indicatie	11 (61,1)	45 (38,5)	70 (55,6)	8 (72,2)	13 (22,4)	28 (38,4)
Welke specifieke patiëntengroep op eigen indicatie	10 (55,6)	41 (35,0)	57 (41,0)	5 (45,5)	7 (12,1)	19 (23,8)
Welke specifieke geneesmiddelen op eigen indicatie	9 (50,0)	49 (41,9)	81 (58,3)	4 (36,4)	12 (20,7)	29 (36,3)
De wijze waarop bekwaamheid wordt bepaald	3 (16,7)	13 (11,1)	29 (20,9)	1 (9,1)	9 (15,5)	4 (5,0)
De verdeling van de verantwoordelijkheid	2 (11,1)	16 (13,7)	25 (18,0)	2 (18,2)	6 (10,3)	8 (10,0)
Anders	2 (11,1)	5 (4,3)	3 (2,2)	1 (9,1)	4 (6,9)	6 (7,5)
Ongeschreven regels en gewoontevorming	12 (26,7)	25 (21,4)	42 (27,7)	11 (42,3)	29 (47,5)	39 (43,3)
Helemaal geen regels	7 (15,6)	9 (7,7)	9 (5,8)	1 (3,8)	3 (4,9)	11 (12,2)
Ik verricht geen voorbehouden handelingen op eigen indicatie	7 (15,6)	16 (13,7)	14 (9,0)	3 (11,5)	6 (9,8)	7 (7,8)

Tijdens de 2^e nameting geeft 57,2% van de VSen en 36,7% van de PAs aan dat persoonlijke schriftelijke regels zijn vastgelegd; regelmatig is sprake van ongeschreven regels en gewoontevorming, of helemaal geen regels. In de persoonlijke schriftelijke regels is vooral beschreven welke voorbehouden handelingen op eigen indicatie mogen worden verricht (VS: 55,6%; PA: 38,4%), welke specifieke geneesmiddelen op eigen indicatie mogen voorgeschreven worden (VS: 58,3%; PA: 36,3%) en welke specifieke patiëntengroepen op eigen indicatie behandeld mogen worden (VS: 41,0%; PA: 23,8%). In de regels is minder aandacht besteed aan de wijze waarop bekwaamheid wordt bepaald en de verantwoordelijkheidsverdeling. Indien regels schriftelijk zijn vastgelegd, wordt in iets minder dan de helft van de gevallen (VS T0: 55,0%, T2: 43,0%; PA: 45,5%, T2: 38,5%) getoetst of deze regels worden nageleefd. VSen/PAs geven aan deze regels na te leven en incidenteel af te wijken als gevolg van de individuele situatie van de patiënt. Resultaten voor VSen en PAs afzonderlijk zijn vergelijkbaar.

Indien op eigen indicatie UR-geneesmiddelen wordt voorgeschreven, wordt dit tijdens de laatste nameting nog bij één op de vijf VSen en PAs inhoudelijk getoetst (VS T0:37,2%, T2: 20,0%; PA T0: 17,4%, T2:21,0%). Formele toestemming van een arts is nodig voor 8,1% van de VSen en 18,5% van de PAs (VS T0: 37,2%, PA T0: 21,7%; gegevens niet in tabel).

In de interviews komen verschillende opvattingen over protocolair werken naar boven. Sommige VSen en PAs geven aan de ze werken volgens landelijke richtlijnen (bijvoorbeeld NHG richtlijnen). Anderen werken met een meer op hen toegespitst protocol, waarin ook wordt beschreven wanneer advies moet worden gevraagd (zie ook persoonlijke regels bij kwantitatieve data). Ook hier wordt regelmatig aangegeven dat niet elke situatie in een protocol te beschrijven is, of dat er nog geen protocollen zijn.

“We hebben uiteraard onze landelijke ambulance protocollen. Dat blijkt toch onze basis. waarop wij werken. Maar voor het werk er omheen, laten we dat maar kort samenvatten als huisartsenzorg, haken we bij de richtlijnen van het Nederlands Huisartsengenootschap aan.” (VS)

“We hebben vooraf hier met de arts, hebben we protocollen gemaakt, waar ik mee zou kunnen starten. En daarin staat duidelijk beschreven bij welke ingewikkeldheden ik advies dien te vragen. Dat kan gaan op lichamelijk gebied, of als er sprake is van co-morbiditeit. Dus hoe wij het doen, is hoe de arts dat bepaalt.” (VS)

“Ja, kijk, je kan niet alles in een protocol vangen. Het risico van een protocol is ook dat als je altijd doet wat in het protocol staat, dat je dan juist mensen in gevaar brengt, omdat op protocollen vaak uitzonderingen zijn, die je alleen kan bedenken op basis van je bekwaamheid, expertise en vooral ook ervaring.” (PA)

Overleg

Bij het verrichten van voorbehouden handelingen is een arts met wie wordt samengewerkt (net als in de nulmeting) in de nametingen voornamelijk “indien nodig” beschikbaar (VS T2:63,3%, PA 79,2%). Daarnaast geeft 3,6% van de VSen en 2,1% van de PAs tijdens T2 aan dat de arts “zelden” beschikbaar is. VSen zijn na de wetswijziging iets minder tevreden over de beschikbaarheid van de arts. Er is een lichte verschuiving waarneembaar van “Zeer tevreden” (T0: 48,9%, T2: 34,1%) naar “Tevreden” (T0: 44,4%, T2: 57,4%) en “Matig Tevreden” (T0: 4,4%, T2: 5,4%). Bij de PAs is deze verschuiving niet waarneembaar (T2 zeer tevreden: 57,6%, tevreden: 37,4%, matig tevreden: 3,0%). Tijdens T2 geeft 3,0% van de VSen (van wie 60% VS GGZ is) en 2,2% van de PAs aan niet tevreden te zijn over de beschikbaarheid van de arts met wie ze samenwerken.

VSen hebben tijdens de 2^e nameting vooral een aantal keren per week overleg (38,5%) met de arts met wie ze samenwerken, het merendeel van de PAs (52,0%) meer dan 1x per dag. Bijna 5% van de VSen heeft slechts 1x per maand overleg, waarvan 37,5% VS acute zorg is.

Vóór en na de wetswijziging vinden de overleggen voornamelijk face-to-face (VS T2: 92,4% ja; PA T2: 96,0% ja) of telefonisch (VS T2: 60,5% ja; PA T2: 56,0% ja) plaats. De duur van deze overleggen is genoeg onveranderd. De overleggen van PAs met hun arts duren (mediaan, IQR) 5 minuten (T0: 5,0 (4,5-15,6), T2: 5,0 (4,0-12,5)), overleggen van VSen met hun arts duren 10 minuten (T0: 9,0 (5,0-15,0),

T2: 10,0 (5,0-15,0)). Slechts een klein percentage van de VSen en PAs vindt dit onvoldoende (VS T0: 7,0%, T2: 8,3%; PA T0: 7,7%, T2: 3,0%).

Respondenten die dit onvoldoende vinden, geven als redenen aan dat ad hoc overleg altijd mogelijk is, maar dat structureel overleg over minder acute/belangrijke zaken moeilijk in te plannen is en dat verdieping niet altijd mogelijk is.

Dezelfde variatie in overlegvormen komt ook terug in de interviews met VSen/PAs en artsen. De meeste VSen/PAs hebben een regulier werkoverleg, waarvan de frequentie sterk setting afhankelijk is. Daarnaast zijn regelmatig overleggen met een meer overstijgend, breder karakter over bijvoorbeeld het optimaliseren van de keten, of een farmacotherapeutisch overleg, of een HAGO overleg. Binnen ziekenhuizen nemen VSen/PAs deel aan multidisciplinaire overleggen, hetgeen soms door specialisten als bedreigend wordt ervaren. Bij twijfel over een (be)handeling kan altijd meteen overlegd worden met een arts. Dit overleg wordt als laagdrempelig ervaren. Ook geven enkele VSen/PAs aan dat patiënten voor- of nabesproken worden.

“We spreken elkaar dagelijks over patiënten, formeel overleg één keer in de twee weken met het hele team. Maar op de werkvloer is er gewoon dagelijks overleg. Ook op het spreekuur is het fysiek naast elkaar, zeg maar. Dus er zijn hele korte lijntjes wat dat betreft.” (arts)

“Ja, soms denk ik wel eens van: nou ik vind het eigenlijk niet nodig dat ik alles moet bespreken. De klassieke hernia patiënt daar weet ik 100% zeker van dat het een hernia patiënt is. En toch bespreek ik die en soms vind ik dat wel vervelend dat je die verantwoordelijkheid hebt om na te bespreken. Aan de andere kant heb ik zo iets van, ik heb er ook voor gekozen dat op die manier te doen.” (VS)

Bekwaamheid

In *Tabel 9* is beschreven hoe de VS en PA hun bekwaamheid voor het verrichten van een voorbehouden handeling op eigen indicatie bepalen. Hieruit blijkt dat respondenten in toenemende mate aangeven dat ze op enige wijze hun bekwaamheid bepalen. Bekwaamheid wordt voornamelijk bepaald op grond van de individuele patiënt (VS T2: 68,8%; PA T2: 65,3%) en op grond van de specifieke handeling (VS T2: 27,1%; PA T2: 44,6%). *Citaat uit een interview met VS:*

“Als je bekwaam bent moet je ook zorgen dat je bekwaam blijft, zelf ook in de nascholing cyclus aan die voorbehouden handelingen aandacht besteden. De belangrijkste is dan farmacologie, omdat zeg maar, waar het om technische vaardigheden gaat, die doe ik zo regelmatig, dat ik daar een soort bekwaamheid behoudt door het vaak te doen. De bekwaamheid bestaat enerzijds uit, ja, het leren van een vaardigheid vanuit het onderwijs vanuit nascholing, en aan de andere kant ook door die handelingen regelmatig te doen. Wat ik dan doe is ook de voorbehouden handelingen, daar houd ik in een soort logboek van bij, zodat ik kan overleggen hoeveel van bepaalde handelingen ik in een jaar heb gedaan.” Vraag: “Is er ook een minimum afgesproken?” Antwoord expert: “Nou nee, eerlijk gezegd, niet nee.” (VS)

Tabel 9: Wijze van vaststellen van de eigen bekwaamheid voor het verrichten van een voorbehouden handeling op eigen indicatie

Wijze van vaststellen van bekwaamheid (n, % ja)	VS			PA		
	T0 n _{tot} = 100	T1 n _{tot} = 121	T2 n _{tot} = 170	T0 n _{tot} = 87	T1 n _{tot} = 54	T2 n _{tot} = 101
Niet van toepassing	3 (3,0)	14 (11,6)	13 (7,7)	1 (1,1)	4 (6,0)	7 (6,9)
Dit laat ik over aan de verantwoordelijkheid van de arts waarmee ik samenwerk	5 (5,0)	5 (5,0)	4 (2,4)	3 (3,4)	9 (13,4)	8 (7,9)
Ik veronderstel de bekwaamheid op grond van de door mij gevolgde opleiding	13 (13,0)	35 (28,9)	49 (28,8)	8 (9,3)	22 (32,8)	36 (35,6)
Ik bepaal periodiek (bijvoorbeeld eens per jaar) voor welke handelingen ik bekwaam ben (is)	7 (7,0)	23 (19,0)	61 (35,9)	3 (3,4)	21 (31,3)	21 (20,8)
Ik beoordeel per patiënt of ik bekwaam ben om de handeling te verrichten	27 (27,0)	67 (55,4)	117 (68,8)	16 (18,4)	41 (61,2)	66 (65,3)
Ik beoordeel per handeling of ik bekwaam ben om de handelingen te verrichten	26 (26,0)	76 (62,8)	46 (27,1)	20 (23,0)	39 (58,2)	45 (44,6)
Ik heb een bekwaamheidsverklaring voor een of meerdere voorbehouden handelingen	11 (11,0)	27 (22,3)	45 (26,5)	2 (2,3)	20 (29,9)	28 (27,7)
Ik bepaal aan de hand van een protocol of ik bekwaam ben	4 (4,0)	20 (16,5)	38 (22,4)	4 (4,6)	7 (10,4)	14 (13,9)
Anders	6 (6,0)	7 (5,8)	11 (6,5)	2 (2,3)	6 (9,0)	7 (7,0)

Artsen (Bijlage 6, Tabel 19) laten in toenemende mate het bepalen van de bekwaamheid over aan de VS/PA zelf (arts VS T0: 18,6%, T2: 33,3%; arts PA T0: 25,7%, T2: 28,8%) en in afnemende mate op grond van de kenmerken van de patiënt (arts VS T0: 23,7%, T2: 23,0%; arts PA T0: 23,0%, T2: 17,3%), handeling (arts VS T0: 47,5%, T2: 23,0%; arts PA T0: 45,9%, T2: 40,4%) en de gevolgde opleiding (arts VS T0: 39,0%, T2: 34,3%; arts PA T0: 40,5%, T2: 26,9%).

Uit verschillende interviews met artsen komt naar voren dat een basis van vertrouwen ontstaat bij artsen dat VSen/PAs hun eigen grenzen goed bewaken en overleggen bij twijfel.

“Wanneer is iemand bekwaam? Daar gaan we hier in het centrum wel heel flexibel mee om. Dat moet ook wel als je 4 VSen hebt rondlopen en dat betekent ook wel dat als ze vragen om te overleggen, dat dit ook redelijk soepel gaat. Als ze inderdaad geneesmiddelen voorschrijven, waarvan ze denken dat ze niet bekwaam zijn, dan wordt dat gewoon overlegd, doorgesproken of er wordt gekeken naar de achtergronden.” (stakeholder)

Bij het voorschrijven van UR-geneesmiddelen op eigen indicatie (gegevens niet in tabel) is een verschuiving in een vereiste toestemming en toetsing van recepten waar te nemen bij de VSen. Tijdens de nulmeting wordt het voorgeschreven recept volgens de helft van de VSen achteraf getoetst door

een arts (47,1%), tijdens de 2^e nameting is dit nog het geval voor 22,5% van de VSen. Daarentegen is het percentage artsen VS, dat aangeeft de recepten van de VS achteraf te toetsen, toegenomen van 40,7% tijdens de nulmeting tot 51,8% tijdens de 2^e nameting. Bij de PAs is geen verschuiving waar te nemen, zowel voor als na de wetswijziging wordt bij ongeveer een vierde van de PAs het voorschrijven achteraf getoetst (T0: 23,5%, T2: 24,7%). Ook bij de artsen PA is geen verschuiving te zien (T0: 35,7%, T2: 30,0%). Ongeveer 70% van de VSen/PAs geeft aan dat achteraf geen toestemming voor het recept wordt gevraagd (VS T2: 70,8%; PA T2: 69,4%). Formele toestemming blijft nog nodig voor 6,6% van de VSen en 5,9% van de PAs.

Draagvlak

Naar aanleiding van de interviews is het draagvlak ten aanzien van VSen en PAs onder te verdelen in draagvlak bij artsen, waarmee nauw wordt samengewerkt en/of de maatschap/afdeling; bij andere specialisten binnen en buiten de instelling; bij andere zorgverleners; bij verschillende managementlagen in de organisatie; bij patiënten; bij apothekers en bij zorgverzekeraars.

- **Artsen waarmee nauw wordt samengewerkt:**

De geïnterviewde VSen en PAs genieten een groot draagvlak bij de artsen, met wie ze nauw samenwerken. Vaak is de introductie van de VS/PA geïnitieerd door een enkele arts, maar na aanvankelijk voorbehoud wordt de functie ook breed gedragen door andere artsen binnen de maatschap/afdeling. Een goede positionering door de arts wordt als bevorderende factor aangehaald. Genoemde voordelen van de inzet van een VS/PA zijn de continuïteit van zorg en kwaliteitsverbetering.

“Iedereen ziet de voordelen steeds duidelijker en daarnaast is het zo dat ze een aantal functies overnemen want ze zijn de meest constante factor op de poli, want wij doen het een dag in de twee weken gemiddeld en zij zitten er iedere dag met als gevolg dat zij veel meer dingen opvangen en ook problemen waar bijvoorbeeld de doktersassistenten tegenaan lopen, zien zij sneller dan dat wij dat zien en dat maakt wel dat je sneller dingen kunt oplossen. En daarnaast is het zo, omdat zij daar altijd zitten, en het meeste er vanaf weten, dat de mensen die op poli zitten af en toe aan hen vragen van wat doen we hier ook alweer standaard? Je merkt toch wel dat dat goed is voor de acceptatie en er is nu geen discussie meer en vroeger was dat er wel. Er was wel draagvlak maar nu is dat gewoon helemaal breed en er is niemand die daar nog aan twijfelt.” (arts)

“Wij hebben ook vanwege de kwaliteit van zorg ook voor de PAs gekozen. Omdat we toen al merkten dat arts-assistenten en ook zeker arts-assistenten die niet in opleiding zijn steeds minder ervaren worden. Met een patiëntengroep die steeds kwetsbaarder wordt, er worden steeds jongere, kleinere kindertjes opgevangen, 24 weken, 500, 600 gram, heb je gewoon mensen nodig die op de afdeling staan die daar gewoon heel veel ervaring in hebben, in optimaal opvangen van deze patiëntengroep. En dat kunnen geen arts-assistenten meer zijn die doen geen ervaring meer op en op het moment dat ze wat kunnen, moeten ze helaas weer weg.” (arts)

- **Andere specialisten:**

Het draagvlak bij andere specialisten is wisselend. Hoe onbekender met de functie, hoe minder draagvlak. VSen en PAs spreken van een langzame opbouw van vertrouwen. Toch zijn er specialisten die

sceptisch blijven. Het draagvlak voor het voorschrijven van geneesmiddelen hangt af van het soort geneesmiddel.

“Dat levert nogal wat strubbelingen op vooral met mensen die, en dat heeft niet zo zeer met een bepaald vak te maken, als wel met hiërarchie die bestaat door langere werkduur van bepaalde collega’s. Mensen die GZ psycholoog zijn bijvoorbeeld. En ja, helemaal moeilijk kunnen verdragen of verkrijgen dat een verpleegkundig specialist d’r op een hele andere manier bepaalde werkzaamheden heeft. Dat dus zit niet zozeer aan een bepaald vakgebied als meer aan een persoon en hoe die daar tegenover staat, denk ik. En de ene psychiater is dol enthousiast en de ander die zegt van wat maak je me nou.” (VS)

“Die andere specialisten die ik moet consulteren dat is toch, ja dat is, ja, dat is gewoon soms moeilijk. Ze zijn onbekend met mijn functie en sommige accepteren het niet dat ik als verpleegkundig specialist bij de patiënten langs loop en hun dan in consult vraag. Dus dat is soms moeilijk.” (VS)

- **Andere zorgverleners:**

Volgens de geïnterviewde VSen/PAs/artsen staan verpleegkundigen positief tegenover VSen/PAs omdat ze een constante factor zijn en vaak een verpleegkundige achtergrond hebben.

“De verpleging is altijd blij als we er zijn, wij snappen, wij komen zelf uit de verpleging, we snappen hoe ‘t daar zit.” (VS)

“Verpleegkundigen vinden het natuurlijk ook fijn met meer vastere mensen te werken, waardoor je met elkaar ervaring kunt opbouwen en expertise.” (PA)

- **Management:**

Geïnterviewde VSen/PAs geven aan dat het draagvlak bij de onderste managementlagen groot is. Het draagvlak bij de hoogste managementlagen is sterk setting afhankelijk, of een instelling “VS of PA” minded is. In de ene instelling worden duidelijke richtlijnen en afspraken gemaakt, terwijl in de andere instelling sprake is van weinig beleid, vaak als gevolg van onbekendheid met de functie. Het initiatief tot het maken van afspraken komt vanuit de VS/PA zelf.

“En als je kijkt naar de raad van bestuur bijvoorbeeld van de hele grootheid van de organisatie. Die staan er heel positief tegenover, maar zitten ook heel erg klem nog tussen de psychiaters die niet goed op de hoogte zijn of dingen afserveren die en ja dat politieke spel dat is heel ingewikkeld.” (VS)

“Dat waar ik nog niet zo tevreden over ben, is hoe de organisatie ermee omgaat. Ik moet wel zeggen dat ik de 2e verpleegkundig specialist ben bij ons in het ziekenhuis. En dat naar gesprekken die wij samen met de organisatie hebben gehad. Zijn ze wel daar nu mee bezig om ons ook meer te horen en om meer in overleg met ons op te stellen. Het is echt een pioniersfunctie op dit moment die ik verricht, zeg maar. Samen met mijn collega. Dus ja, het vergt gewoon bij de organisaties veel bekendheid. Ik moet heel veel daar bekend maken, veel zelf opzetten, zelf regelen. Het initiatief komt meer van ons zelf, zeg maar, dan van de instelling zelf. En dat vind ik wel jammer. Het is een stuk onbekendheid. Met de functie ook en of ze daar onvoldoende in worden voorgelicht of dat ze zichzelf onvoldoende daarin hebben verdiept. Ik denk aan beide kanten, maar goed dat vind ik jammer.” (VS)

“Als het om dit stukje gaat, is het geen probleem. In die zin voel ik, als je het breed bekijkt, geen steun maar ook geen tegenwerking. Maar ook eigenlijk is het naar mijn idee weinig beleid; dat is wat er bij ons ontbreekt. Ook in deze voorbehouden handelingen. Het is dus inderdaad gewoon prima, ik zeg van dat mag ik doen en ik krijg gewoon het fiat en verder is er geen beleid van gaat het goed of gaat het niet goed of in hoeverre doen we dat. Nee, prima.” (PA)

- **Patiënten:**

Volgens geïnterviewde artsen (die samenwerken met een VS/PA) is het draagvlak voor de VS/PA bij patiënten groot, omdat de VS/PA vaak een constante factor in het zorgproces is en heel toegankelijk is. Ook zouden zij het verschil met een arts niet eens meer zien.

“Die verpleegkundig specialisten zijn zeer geloofwaardige zorgverleners voor patiënten. Als ze het vertrouwen hebben dat ze er verstand van hebben, en dat hebben ze, als ze ook uitstralen dat ze hun grenzen kennen. Maar de toegankelijkheid van verpleegkundigen en de manier van communiceren maakt dat verpleegkundigen voor patiënten zeer geloofwaardige zorgverleners zijn. En natuurlijk moet ze af en toe de dokter zien. Maar in heel veel gevallen kruipen ze zo snel mogelijk terug naar de verpleegkundigen. (arts)

“Onder patiënten is er zeker voldoende draagvlak. Die zien het verschil inmiddels denk ik niet meer.” (arts)

- **Apothekers:**

Er wordt aangegeven dat de meeste apothekers meewerken aan de invoering van de zelfstandige voorschrijfbevoegdheid van de VS/PA, mits er duidelijke afspraken zijn en de kwaliteit geborgd is. Het overleggen van een formele goedkeuring van de arts kan hierbij meerwaarde hebben. Apothekers in de 1^e lijn zijn wellicht minder goed op de hoogte van de wetswijziging.

“Daar wordt ook nog wel over gediscussieerd, maar dat lijkt ook nog wel goed te gaan in de zin van dat is een stukje acceptatie van de apothekers en een stukje vernieuwing, ook voor hen. Waar zij vooral mee worstelen is dat ze willen kunnen zien of wij bevoegd zijn, dat we een kwaliteitsregister hebben, dat we staan ingeschreven, dat zij ‘t kunnen nalezen of wij daadwerkelijk mogen zoals dat we zeggen. En met de apothekers in de eerste lijn, daar moeten echt contacten gelegd worden om die wetswijziging aan hen voor te leggen. Veel mensen hebben geen weet van dat wij mogen voorschrijven en dat is vaak het probleem. Dus nee met de apothekers is het nog een beetje lastiger.” (PA)

“Nou, we hebben gelukkig vrij actieve apothekers hier, die vooral de veiligheid hoog in het vaandel hebben staan. Dat was hun voornaamste issue. Zolang het maar veilig gebeurt en ze kwamen er ook achter dat onze PAs juist vrij vaak meer consciëntieus alles checkte dan dat wij dat zelf deden en die zijn dus betrokken geweest bij het opstellen van dat traject voor het voorschrijven van die medicatie door hen. En daar is dus ook uitgekomen dat alle PAs in het ziekenhuis, die medicatie mogen voorschrijven al voordat ze dat mogen doen, moeten ze een eigen code hebben en de protocollen waarin ze dat mogen voorschrijven en dat is, ja, vrij vlot verlopen. Laat ik het zo zeggen dat de raad van bestuur daar eigenlijk nog wel moeilijker over deed dan de apotheek. De apotheek zei zolang we het maar kunnen borgen, vinden we het prima.” (arts)

- **Zorgverzekeraars:**

Een VS GGZ ziet haar functioneren belemmerd door de zorgverzekeraars, omdat deze de VS niet als hoofdbehandelaar erkennen. V&VN en GGZ Nederland kunnen erin bijdragen om het beoogde draagvlak te creëren.

“Nou, wat natuurlijk heel erg lastig is, zijn de verzekeraars op dit moment binnen de psychiatrie, binnen de GGZ. Dus die eigenlijk aangeven: wij zien niet de verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar. En zij belemmeren ons daarin enorm om het behandelaarschap uit te voeren. En ja, maar ja goed, V&VN is daar natuurlijk ook al druk mee. Maar dat mag nog wat mij betreft wel nog wat forser. En daarbij is ook GGZ Nederland, vind ik, laat het erg afweten in dit stuk.” (VS)

Op verschillende fronten kunnen dus interventies nodig zijn om het draagvlak te vergroten. Op lokaal niveau kan het initiatief vanuit de VS/PA zelf komen.

“Je moet laten zien wat je waard bent. Dat zeg ik verkeerd: je moet laten zien waar je voor staat. Dat moet je laten zien. Voor wat je waard bent, dat klinkt als van: dat je altijd maar moet bewijzen. Dat is er soms nog wel. Dat je moet laten zien: ja, ja, kun je dat nog wel goed doen dan? Dat is ook een stukje bewijzen dat je steeds moet doen.” (PA)

Dossiervorming

De geïnterviewde VSen/PAs hebben dezelfde rechten als de arts-assistenten met betrekking tot het papieren dossier, namelijk inzien en toevoegen. Daarnaast kunnen ze digitale uitslagen, zoals bijvoorbeeld MRI's inzien. Niet in elke instelling is een elektronisch patiëntendossier (EPD) doorgevoerd. Daar waar dit wel is, zijn aanpassingen gemaakt zodat ook hier de VSen en PAs dezelfde rechten hebben.

“Medicatie voorschrijven is praktisch gezien goed geregeld in dit ziekenhuis voor PAs. Die hebben allemaal toegang, en ik dus ook, gewoon toegang om binnen het EPD medicatie te kunnen voorschrijven. Waarbij we iedere keer moeten bevestigen als we ons inloggen, dat we ons houden aan gemaakte afspraken met betrekking tot de supervisie en het voorschrijven van medicatie binnen je eigen beroepsgroep dan wel binnen je specialisme. Arts-assistenten krijgen ook zo'n scherm, we krijgen allemaal hetzelfde scherm.” (PA)

“Ik kan overal bij eigenlijk. Ik werk niet onder iemands anders naam. Er staat mijn naam bij, iedereen kan zien dat ik dat geschreven of gedaan heb.” (VS)

3.5 Uitkomsten

3.5.1 Effectiviteit

Adequate uitvoering

Door een zelfstandige bevoegdheid wordt de zorg voor bepaalde patiënten als kwalitatief beter ervaren (VS T0: 81,9%, T2: 88,7%; PA T0: 80,0%, T2: 84,6%; arts VS T0: 66,7%, T2: 66,6%; arts PA T0: 75,0%, T2: 61,2%).

Zo geeft een PA aan dat op de SEH vaak jonge assistenten met een 1^e baan werken met veel minder ervaring dan de PA zelf.

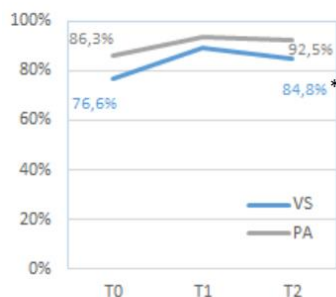
Op de volgende pagina's zijn voor de voorbehouden handelingen profielen opgesteld. Deze profielen bestaan uit: 1) het percentage zorgverleners dat de betreffende voorbehouden handelingen verricht (deze gegevens zijn verkregen uit de quickscan, *Bijlage 6 Tabel 21*); 2) de indicatieprocedure voor de VS/PA (per verpleegkundig specialisme weergegeven in *Bijlage 6, Figuur 16a*) en de delegatieprocedure voor de arts (beide verkregen uit de vragenlijsten); en 3) het gemiddelde (sd) aantal verrichte (gedelegeerde) specifieke voorbehouden handelingen per maand door de VS/PA (arts). In deze grafieken zijn alleen de meetmomenten T0 en T2 opgenomen.

Alle voorbehouden handelingen

In *Figuur 5* is het profiel van alle (onderzochte) voorbehouden handelingen opgenomen. Het percentage VSen dat géén voorbehouden handelingen uitvoert (ongeacht wie de indicatie stelt), is statistisch significant gedaald van 23,4% bij de nulmeting naar 15,2% bij de 2^e nameting ($p \chi^2 (1) < 0,05$). Tijdens de 2^e nameting voert 39,5% van de VSen GGZ en 0% van de VSen acute zorg géén voorbehouden handelingen uit. Bij de VS chronische zorg is dit 9,5%, bij de VS intensieve zorg 11,5% en bij de VS preventieve zorg 20,0%. Als reden voor het niet uitvoeren van voorbehouden handelingen tijdens de 2^e nameting geven VSen aan dat dit niet noodzakelijk is voor hun functie én dat het uitvoeren van voorbehouden handelingen in de organisatie niet goed geregeld is (beide 6,6% van totaal aantal VSen). Meer dan de helft (52,9%) van de VSen GGZ die geen voorbehouden handelingen uitvoeren, geeft aan dat het uitvoeren van de voorbehouden handelingen niet goed geregeld is in de organisatie. Opvallend is dat tijdens de nulmeting 11% van de respondenten bij de vraag welke voorbehouden handelingen ze het afgelopen jaar hadden verricht de optie "anders, namelijk" hadden aangevinkt, terwijl uit de toelichting blijkt dat het veelal voorbehouden handelingen in de categorieën katheterisaties of heelkundige handelingen zijn ofwel risicovolle handelingen, zoals het stellen van een diagnose. Bij de laatste nameting is dit percentage afgenomen tot 5%. Op basis van de toelichtende gegevens zijn deze antwoorden alsnog in de betreffende categorie gerubriceerd.

Figuur 5: Profiel alle voorbehouden handelingen (totaal)

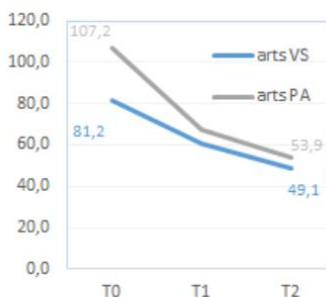
A. Percentage VS/PA dat voorbehouden handelingen uitvoert
(*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



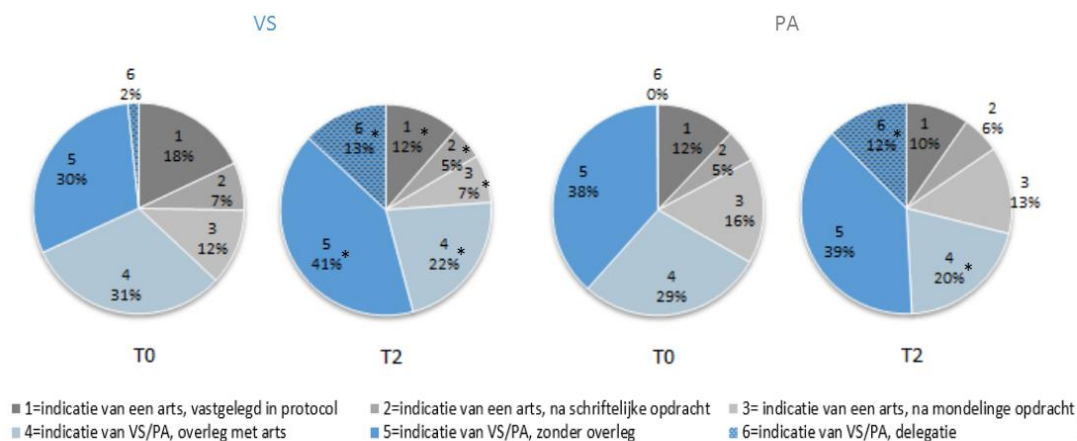
B. Gemiddeld aantal verrichte voorbehouden handelingen per maand door de VS/PA
(*: MW $p < 0,05$)



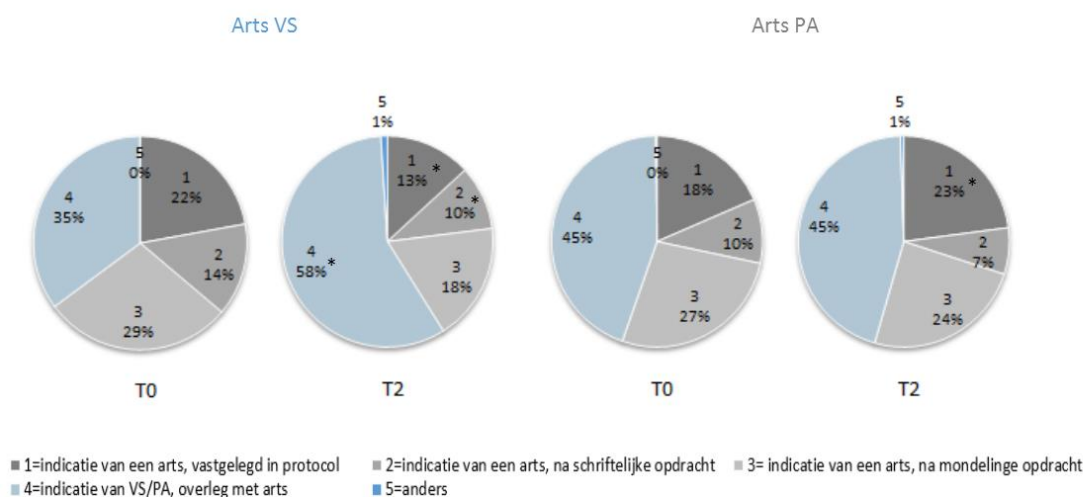
C. Gemiddeld aantal gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand door de arts
(*: MW $p < 0,05$)



D. Indicatieprocedure alle voorbehouden handelingen VS/PA (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



E. Delegatieprocedures alle voorbehouden handelingen arts (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



Ook in de interviews geven zorgverleners op de vraag: Welke voorbehouden handelingen verricht de VS/PA (bij u op de afdeling) andere handelingen op.

*“Ja, dat is wat ze nu wel doen is eigenlijk niet zo veel. Behalve wat doen voor afspraken zoals echo onderzoek, CT onderzoek, lab onderzoek. Dat wordt eigenlijk op eigen initiatief gedaan, maar wel binnen een protocol.”
(arts)*

Het percentage PAs dat géén voorbehouden handelingen uitvoert (ongeacht wie de indicatie stelt), is gedaald van 13,7% naar 7,5% (*Bijlage 6, Tabel 21*). Als reden voor het niet uitvoeren van voorbehouden handelingen tijdens de 2^e nameting geven PAs aan dat dit niet noodzakelijk is voor hun functie (2,4%) én dat het uitvoeren van voorbehouden handelingen in de organisatie niet goed geregeld is (3,5%).

Het gemiddelde (sd) aantal verrichte voorbehouden handelingen per maand is voor de totale groep VSen na de wetswijziging nauwelijks veranderd (T0: 80,5 (72,8), T2: 77,4 (75,7)). Binnen de verpleegkundig specialismen is een toename te zien bij de VS acute zorg (T0: 78,7 (68,2), T2: 148,9 (74,6)) en een afname bij de VS chronische zorg (T0: 78,5 (75,4), T2: 59,5 (42,3)); geen verandering is waarneembaar bij de VS GGZ (T0: 41,8 (81,3), T2: 42,3 (40,5)) en de VS intensieve zorg (T0: 94,00 (71,0), T2: 89,1 (75,0)). Subgroep analyses laten dezelfde trend zien. Bij PAs is een kleine toename te zien in het gemiddelde (sd) aantal verrichte voorbehouden handelingen per maand van 119,8 (100,0) bij T0 naar 133,2 (103,1) bij T2. Subgroep analyse laat dezelfde trend zien.

Het gemiddelde (sd) aantal “gedelegeerde” voorbehouden per maand (i.e. indicatie gesteld door arts waarna opdrachtverstrekking of indicatie gesteld door VS/PA na overleg met arts) is statistisch significant gedaald van 81,2 (80,4) bij T0 naar 49,1 (55,4) bij T2 voor artsen die samenwerken met VSen, en van respectievelijk 107,2 (104,2) naar 53,9 (51,2) voor artsen die samenwerken met PAs.

Tijdens de nulmeting wordt 63% van alle voorbehouden handelingen door de VS op eigen indicatie uitgevoerd, hiervan is ongeveer de helft mét, en de helft zonder overleg met een arts. Tijdens de 2^e nameting is dit percentage verder (statistisch significant) toegenomen tot 76%; over één derde van de voorbehouden handelingen die de VS op eigen indicatie verricht, wordt nog met een arts overlegd. De VS acute zorg (*Bijlage 6, Figuur 16a*) voert vrijwel uitsluitend voorbehouden handelingen op eigen indicatie uit (T0: 86%, T2: 94%). De verschuiving in indicatieprocedures van voorbehouden handelingen verricht door VSen chronische zorg en VSen intensieve zorg is vergelijkbaar met de algemene trend van VSen. De grootste veranderingen zijn opgetreden bij de VS GGZ. Bij PAs is na de wetswijziging geen duidelijke toename te zien in het percentage voorbehouden handelingen dat op eigen indicatie wordt verricht

Na de wetswijziging is het percentage voorbehouden handelingen, waarover overlegd wordt door de VS, gedaald van 19% naar 9%. Tijdens de nulmeting wordt 12% van de voorbehouden handelingen op eigen indicatie zonder overleg uitgevoerd, na de wetswijziging is dit percentage gestegen naar 43% (inclusief delegatie). Ook bij PAs wordt na de wetswijziging minder overleg gepleegd met een arts (T0: 29%, T2: 20%).

Één tiende van alle voorbehouden handelingen wordt tijdens T2 gedelegeerd (VS: 13%; PA: 12%). Voorbehouden handelingen waarvoor verpleegkundigen een functionele zelfstandigheid hebben (subcutane, intramusculaire en intraveneuze injecties; blaaskatheterisaties bij volwassenen; inbrengen van een maagsonde of infuus; venapunctie en hielprik bij pasgeborenen; zie ook 1.4) worden na de wetswijziging het meeste gedelegeerd (*Bijlage 6, Figuur 16b*).

Zowel voor de VS als de PA geldt dat de toename in de percentages van uitvoeren op eigen indicatie (inclusief delegatie) vooral ten koste gaat van het percentage uitvoeren op indicatie van een arts, gevolgd door een mondelinge opdracht.

De contactmomenten over het verrichten van voorbehouden handelingen tussen arts en VS bestaan vanuit artsenperspectief vóór de wetswijziging voor 64% uit opdrachtverstrekking, na de wetswijziging is dit percentage statistisch significant gedaald naar 41% en bestaat het grootste gedeelte van de contacten uit overleg na indicatiestelling door de VS. Bij de PA bestaan de contactmomenten voor en na de wetswijziging voor iets meer dan de helft (55%) uit opdrachtverstrekkingen. Wel is hier een statistische significante verschuiving in de wijze van opdrachtverstrekking, deze bestaat na de wetswijziging in toenemende mate uit een opdracht tot uitvoeren van een protocol (T0: 18%, T2: 23%).

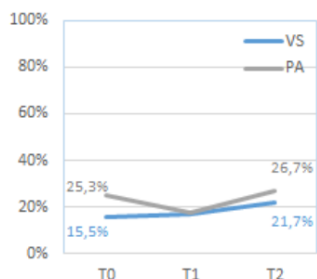
Katheterisaties

Het profiel voor katheterisaties is opgenomen in *Figuur 6*. Het percentage VSen dat katheterisaties uitvoert, is statistisch significant gestegen van 15,5% (T0) naar 21,7% (T2); het percentage PAs dat katheterisaties uitvoert van 25,3% (T0) naar 26,7% (T2) (*Bijlage 6, Tabel 21*). De grootste stijging is te zien bij de VS chronische zorg (T0: 20,6%, T2: 35,7%), een lichte daling is te zien bij de VS acute zorg (T0: 53,1%, T2: 47,8%).

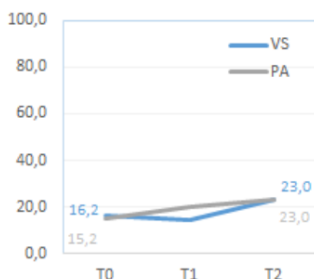
Het gemiddelde (sd) aantal verrichte katheterisaties per maand is voor de VS gestegen van 16,1 (19,1) bij de nulmeting naar 23,0 (29,7) bij de 2^e nameting, voor de PA van 15,2 (16,4) naar 23,0 (27,1). Beide toenames zijn niet statistisch significant. De toename bij de VSen is voornamelijk te zien bij de VS acute zorg (T0: 26,0 (19,7), T2: 37,5 (45,9)) en de VS intensieve zorg (T0: 18,0 (21,4), T2: 23,2 (25,2)). Het gemiddelde (sd) aantal verrichte katheterisaties door de VS chronische zorg blijft constant (T0: 6,1 (5,2), T2: 5,0 (4,5)). Slechts één VS GGZ heeft aangegeven katheterisaties te verrichten (toedienen van sondevoeding bij een reeds ingebrachte katheter).

Figuur 6: Profiel katheterisaties

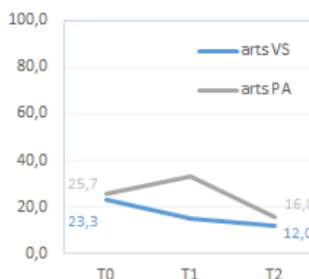
A. Percentage VS/PA dat katheterisaties uitvoert
(*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



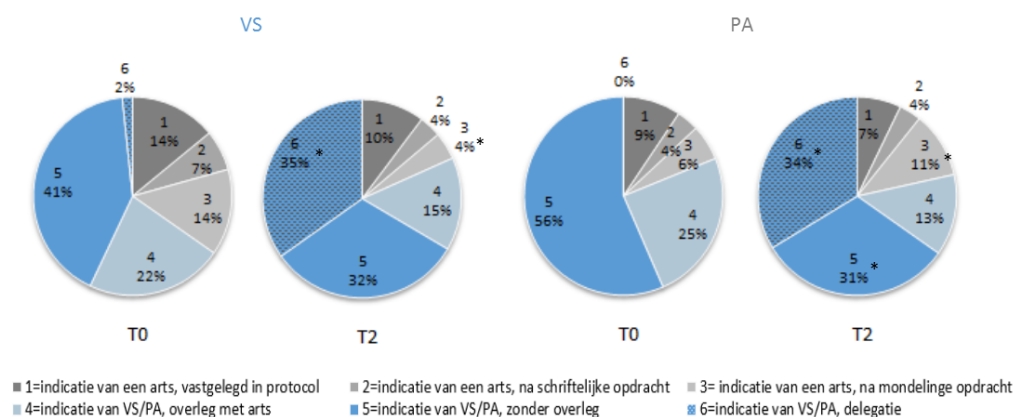
B. Gemiddeld aantal verrichte katheterisaties per maand door de VS/PA
(*: MW $p < 0,05$)



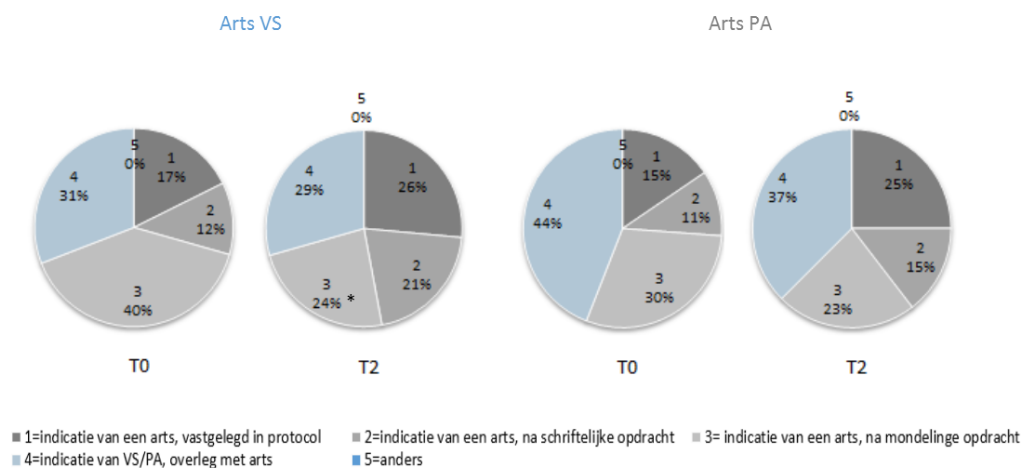
C. Gemiddeld aantal gedelegeerde katheterisaties per maand door de arts
(*: MW $p < 0,05$)



D. Indicatieprocedure katheterisaties VS/PA (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



E. Delegatieprocedures katheterisaties arts (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



Vóór de wetwijziging werden katheterisaties reeds in hoge mate op eigen indicatie verricht door zowel de VS (65%) als de PA (81%). Na de wetwijziging is dit percentage nog verder toegenomen voor de VS (82%) en gelijk gebleven voor de PA (78%). Katheterisaties worden tijdens de 2^e nameting het meest van de onderzochte voorbehouden handelingen gedelegeerd (VS: 35%, PA: 34%).

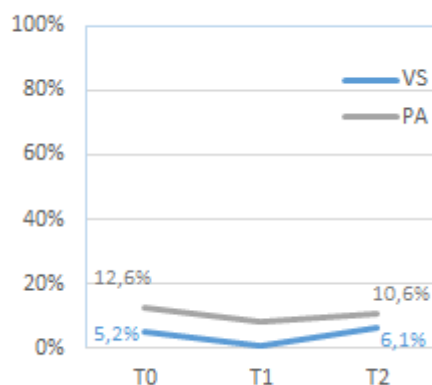
Het gemiddelde (sd) aantal contactmomenten per maand tussen arts en VS/PA over voorbehouden handelingen is gedaald van 23,3 (29,6) bij T0 naar 12,0 (18,1) bij T2 voor artsen samenwerkend met een VS en van 25,7 (30,1) naar 16,0 (23,7) voor artsen samenwerkend met een PA. De contactmomenten blijven ook na de wetwijziging voornamelijk bestaan uit opdrachtverstrekkingen (arts VS T0: 69%, T2: 71%; arts PA T0: 56%, T2: 73%). Binnen de opdrachtverstrekking is een toename te zien in de opdrachtverstrekking tot uitvoeren van een protocol (arts VS T0: 17%, T2: 26%; arts PA T0: 15%, T2: 25%).

Electieve cardioversies/defibrillaties

In *Figuur 7* zijn de resultaten voor de quickscan met betrekking tot electieve cardioversies/ defibrillaties weergegeven. Tijdens de 2^e nameting voert 10,6% van de PAs en 6,1% van de VSen electieve cardioversies of defibrillaties uit. Bij de vragenlijsten waren de aantallen respondenten te klein om aantallen van verrichte/gedelegeerde cardioversies of defibrillaties en de indicatieprocedures/delegatieprocedures te bepalen.

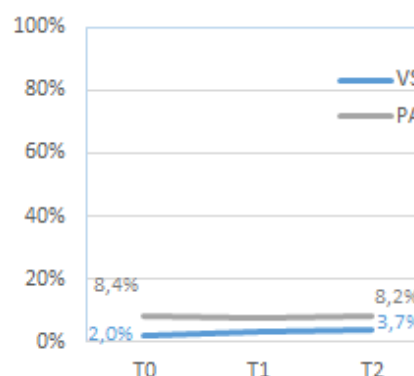
Figuur 7: Profiel electieve cardioversie/defibrillatie

A. Percentage VS/PA dat electieve cardioversies/defibrillaties uitvoert



Figuur 8: Profiel endoscopie

A. Percentage VS/PA dat endoscopieën uitvoert



Endoscopieën

In *Figuur 8* is het profiel voor endoscopieën weergegeven. Ook voor endoscopieën geldt dat het aantal respondenten te klein is om aantallen van verrichte/gedelegeerde endoscopieën en de indicatieprocedures/delegatieprocedures te bepalen. Uit de quickscan blijkt dat tijdens de 2^e nameting 8,2% van de PAs en 3,7% van de VSen endoscopieën uitvoert.

Heelkundige handelingen

Het percentage VSen, dat heelkundige handelingen uitvoert, is statistisch significant gestegen van 22,3% (T0) naar 31,0% (T2); het percentage PAs dat heelkundige handelingen uitvoert, is statistisch significant gestegen van 37,9% naar 52,9% (*Figuur 9 en Bijlage 6, Tabel 21*). Binnen de totale groep VSen voert de VS acute zorg het meest heelkundige handelingen uit (T2: 87,0%), gevolgd door de VS intensieve zorg (T2: 38,2%).

In de vragenlijsten vult geen enkele VS tijdens een van de drie metingen in, dat hij/zij binnen de heelkundige handelingen circumcisies, eenvoudige gewrichtsingrepen, episiotomieën of klieven van peesscheden uitvoert. VSen en PAs voeren na de wetswijziging statistisch significant gemiddeld (sd) meer heelkundige handelingen per maand uit (VS: T0:10,5 (9,7), T2: 15,9 (23,3); PA T0: 15,5(18,4), T2: 30,0 (29,5)). De toename bij VSen is toe te schrijven aan de VS acute zorg (T0: 10,0 (8,6), T2: 30,3 (26,5)) en de VS intensieve zorg (T0: 9,3 (7,4), T2: 11,6 (14,3)). Het gemiddelde (sd) aantal verrichte heelkundige handelingen door de VS chronische zorg blijft gelijk (T0: 12,5 (13,8), T2: 12,4 (34,0)).

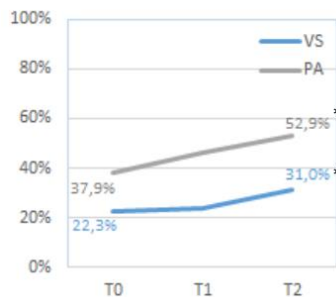
Het gemiddelde (sd) aantal heelkundige handelingen waarover contact is geweest tussen arts en VS, is vanuit artsenperspectief constant gebleven na de wetswijziging (arts VS T0: 20,1 (23,6), T2: 19,3 (25,0)); tussen arts en PA is dit aantal na de wetswijziging afgenomen (arts PA T0: 30,9 (31,3), T2: 14,9 (13,1)).

Na de wetswijziging is het percentage heelkundige handelingen dat door VSen op eigen indicatie wordt verricht, statistisch significant toegenomen van 40% tot 68% (inclusief delegatie). Slechts 12% van de heelkundige handelingen wordt tijdens de 2^e nameting op indicatie van een arts uitgevoerd. Het laatstgenoemde percentage is voor de PA 32%, hetgeen weinig verschilt met de nulmeting (39%). Wel is bij de PA een statistisch significante afname te zien in het percentage heelkundige handelingen dat op indicatie van de PA na overleg met een arts worden uitgevoerd (T0: 29%, T2: 21%).

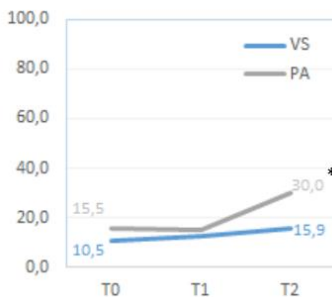
Het percentage contactmomenten over het verrichten van heelkundige handelingen tussen arts en VS bestaat vanuit artsenperspectief vóór de wetswijziging, voor 71% uit opdrachtverstrekking (waarvan twee derde een mondelinge opdracht), na de wetswijziging is dit percentage significant gedaald naar 48% (waarvan ook twee derde een mondelinge opdracht). Het percentage heelkundige handelingen waarover overleg is geweest na indicatiestelling door de VS, is tijdens T2 verdubbeld, vergeleken met T0 (respectievelijk 29% en 53%).

Figuur 9: Profiel heelkundige handelingen

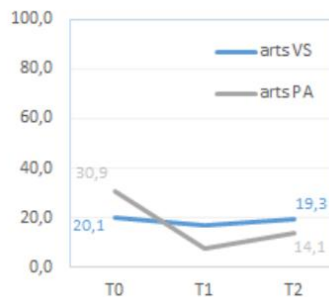
A. Percentage VS/PA dat heelkundige handelingen uitvoert
(*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



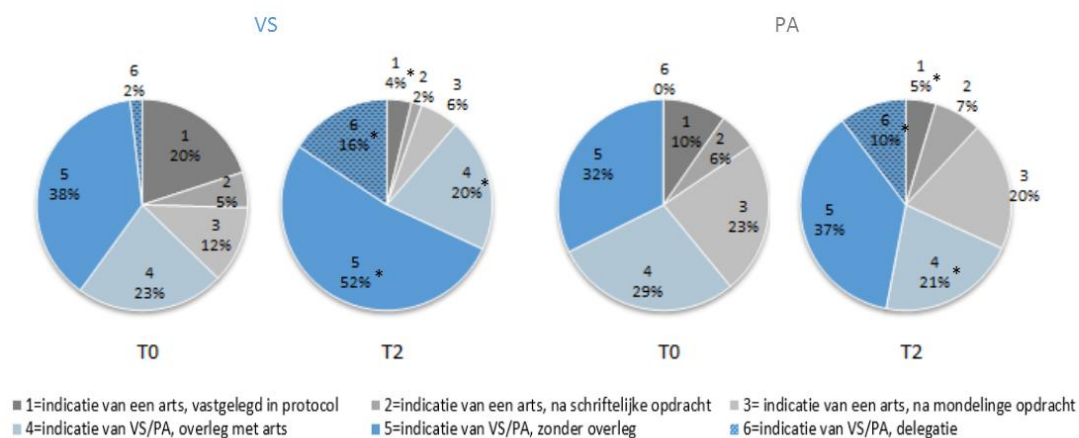
B. Gemiddeld aantal verrichte heelkundige handelingen per maand door de VS/PA
(*: $MW p < 0,05$)



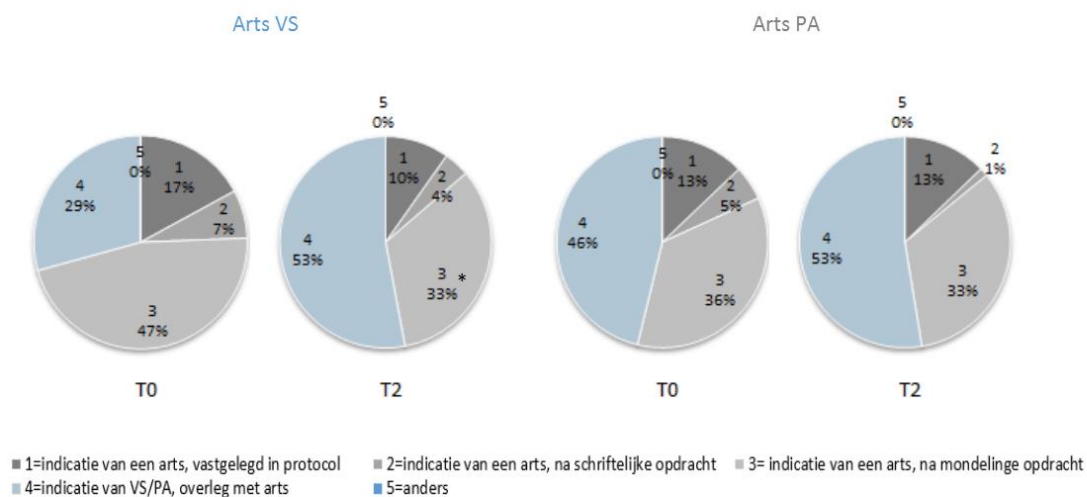
C. Gemiddeld aantal gedelegeerde heelkundige handelingen per maand door de arts
(*: $MW p < 0,05$)



D. Indicatieprocedure heelkundige handelingen VS/PA (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



E. Delegatieprocedures heelkundige handelingen arts (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



De verdeling van de delgatieprocedures zijn tijdens de 2^e nameting nagenoeg gelijk voor artsen die samenwerken met een PA. De verschuivingen die bij de arts VS te zien zijn, zijn ook bij de arts PA te zien, echter in veel mindere mate. Tijdens de nulmeting bestaan de contacten over heelkundige handelingen tussen arts en PA voor de helft (46%) uit overlegmomenten na indicatiestelling door de PA en is dit percentage licht toegenomen ten tijde van de 2^e nameting (52%).

Op de vraag voor welke voorbehouden handeling is het niet verantwoord dat deze door de VS/PA zelfstandig wordt verricht, wordt het bioteren of excideren meerdere malen aangehaald (6x door arts) en wordt door vijf artsen aangegeven dat hierover altijd overleg nodig is als de VS/PA de indicatie stelt. Ook wordt ICD implantatie/pacemaker wissels meerdere malen genoemd als handelingen waarvan het onverantwoord is als deze door de VS/PA zelfstandig wordt verricht (3x arts, 4xPA).

Injecties

Het percentage VSen en PAs dat injecties uitvoert is na de wetswijziging nagenoeg onveranderd gebleven (VS T0: 46,8%, T2: 50,8%; PA T0: 67,4%, T2: 69,8%) (*Figuur 10 en Bijlage 6, Tabel 21*). Injecties zijn, na het voorschrijven van UR-geneesmiddelen, de meest uitgevoerde voorbehouden handeling.

Bijna alle VSen acute zorg (95,7%) en ruim de helft van de VSen preventieve zorg (60,0%) voeren tijdens de 2^e nameting injecties uit.

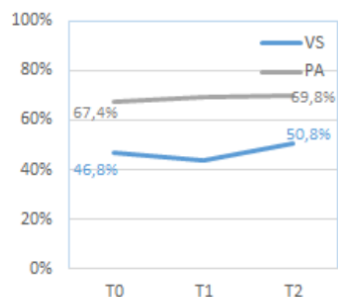
Zowel VSen als PAs zijn gemiddeld (sd) per maand statistisch significant meer injecties gaan uitvoeren (VS T0: 18,3 (27,6), T2: 25,2 (33,4); PA T0: 19,8 (22,0), T2: 37,2 (37,2)). Artsen, die samenwerken met VSen zijn gemiddeld (sd) minder injecties gaan delegeren (arts VS T0: 18,1 (19,1), T2: 15,5 (15,6)). In tegenstelling tot alle overige voorbehouden handelingen, zijn artsen gemiddeld (sd) meer injecties gaan delegeren naar PAs (T0: 19,1 (21,2), T2: 29,5 (32,9)).

De verdeling van de indicatieprocedures voor injecties komt in grote lijnen overeen met de verdeling van het totaal van alle voorbehouden handelingen. Dit geldt voor zowel de VS als de PA.

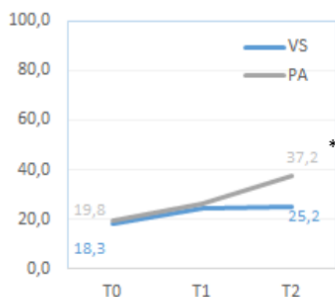
De indicatieprocedures van de verschillende soorten injecties laten tijdens de 2^e nameting geen duidelijke verschillen zien (*Bijlage 6, Figuur 16d*). De respons voor de types: toedienen sclerotherapie en intracardiale injecties is te laag om uitspraken over te doen. Na de wetswijziging is de indicatiestelling door de VS en PA toegenomen, behalve voor het toedienen van lokale anesthesie per injectie door de VS en intramusculaire injecties verricht door de PA. Wel is voor deze beide type injecties minder overleg nodig na de indicatiestelling door de VS/PA. Injecties in gewrichten, peesschedes en keloïd worden het minste gedelegeerd (VS T2: 11%; PA T2: 0%). Het meeste overleg na indicatiestelling door de VS/PA gebeurt bij subcutane injecties (VS T2: 30%; PA T2: 22%) en bij injecties in gewrichten, peesschedes en keloïd (VS T2: 26%; PA T2: 35%).

Figuur 10: Profiel injecties

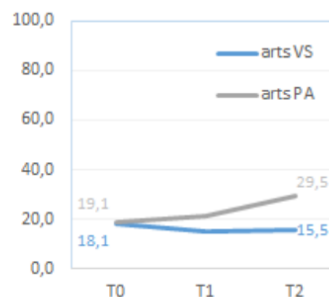
A. Percentage VS/PA dat injecties uitvoert (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



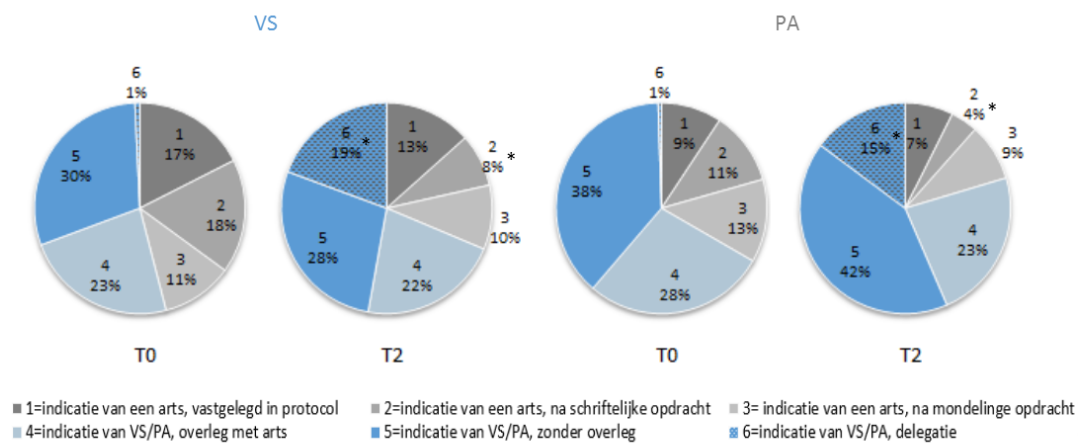
B. Gemiddeld aantal verrichte injecties per maand door de VS/PA (*: MW $p < 0,05$)



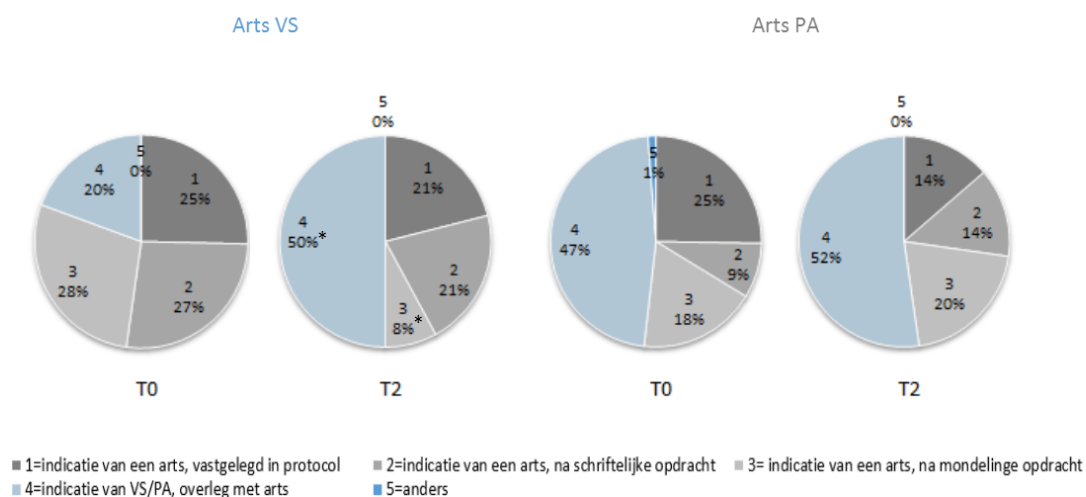
C. Gemiddeld aantal gedelegeerde injecties per maand door de arts (*: MW $p < 0,05$)



D. Indicatieprocedure injecties VS/PA (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



E. Delegatieprocedures injecties arts (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



Tijdens de nulmeting bestaan de contacten over voorbehouden handelingen tussen arts en VS voor 80% uit opdrachtverstrekkingen, na de wetswijziging is dit nog maar 50%. De contacten tussen arts en PA bestaan zowel vóór als na de wetswijziging voor de helft uit opdrachtverstrekking en voor de helft uit overleg na indicatiestelling door de PA.

Puncties

Het profiel voor puncties is opgenomen in *Figuur 11*. Vergeleken met de nulmeting zijn tijdens de nameting meer PAs puncties gaan verrichten (T0: 43,2%, T2: 52,9%); het percentage VSen dat puncties verricht, is gelijk gebleven (T0: 19,8%, T2: 20,9%). Ook binnen de verpleegkundig specialisten is geen verandering waar te nemen. VSen chronische zorg verrichten de meeste puncties (T2: 47,6%).

In de vragenlijsten vult geen enkele VS tijdens één van de drie metingen in, dat hij/zij pleurapuncties of prostaatpuncties uitvoert.

Het gemiddelde (sd) aantal puncties die de PA per maand verricht, is significant gestegen van 9,5 (11,1) tijdens de nulmeting naar 19,6 (23,0) tijdens de 2^e nameting. Het gemiddelde (sd) aantal puncties verricht door de VS is licht gedaald van 14,7 (13,5) naar 11,8 (12,4). Deze daling is te zien bij zowel de VS acute zorg (T0: 22,7 (10,9), T2: 19,25 (12,2)), en de VS intensieve zorg (T0: 14,0 (14,6), T2: 10,9 (13,7)), maar niet bij de VS chronische zorg (T0: 10,9 (8,8), T2: 11,8 (8,9)).

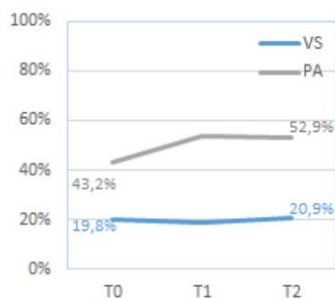
Het gemiddelde (sd) aantal gedelegeerde puncties per maand (i.e. indicatie gesteld door arts waarna opdrachtverstrekking of indicatie gesteld door VS/PA na overleg met arts) is statistisch significant gedaald van 26,9 (20,0) bij T0 naar 6,9 (5,0) bij T2 voor artsen die samenwerken met VSen, en van respectievelijk 13,9 (10,7) naar 6,3 (4,8) voor artsen die samenwerken met PAs.

Tijdens de nulmeting wordt 25% van de puncties door VSen uitgevoerd op indicatie van een arts gevolgd door een mondelinge opdracht, tijdens de 2^e nameting is dit 10%. Net als bij de andere voorbehouden handelingen is ook bij puncties de indicatiestelling door de VS zonder overleg verder toegenomen (T0: 33%, T2: 47%, waarvan één derde gedelegeerd wordt). Bij PAs zijn geen grote verschuivingen waarneembaar. Wel is, zoals bij alle voorbehouden handelingen, sprake van een statistisch significante toename van delegeren van puncties (T0: 0%, T2: 16%) en een kleine toename in de indicatieprocedure 2 “indicatie van een arts, na schriftelijke opdracht” (T0: 4%, T2: 11%).

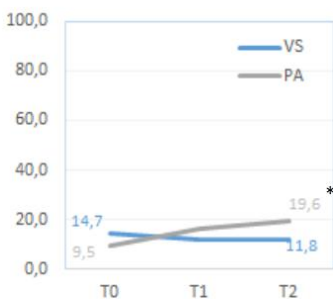
De contacten over puncties tussen arts en VS bestaan vóór de wetswijziging voor 21% uit overleg na indicatiestelling door de VS. Dit percentage is na de wetswijziging toegenomen tot 72%. Bij artsen die samenwerken met PAs is dit percentage vóór en na de wetswijziging vrijwel constant (respectievelijk 36% en 32%). Wel neemt het aantal puncties waarbij de arts een mondelinge opdracht aan de PA geeft (niet significant) toe (T0: 31%, T2: 42%) ten koste van de schriftelijke opdracht (T0: 12%, T2: 7%).

Figuur 11: Profiel puncties

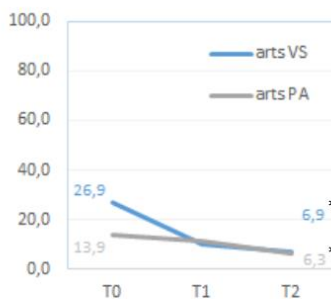
A. Percentage VS/PA dat puncties uitvoert
(*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



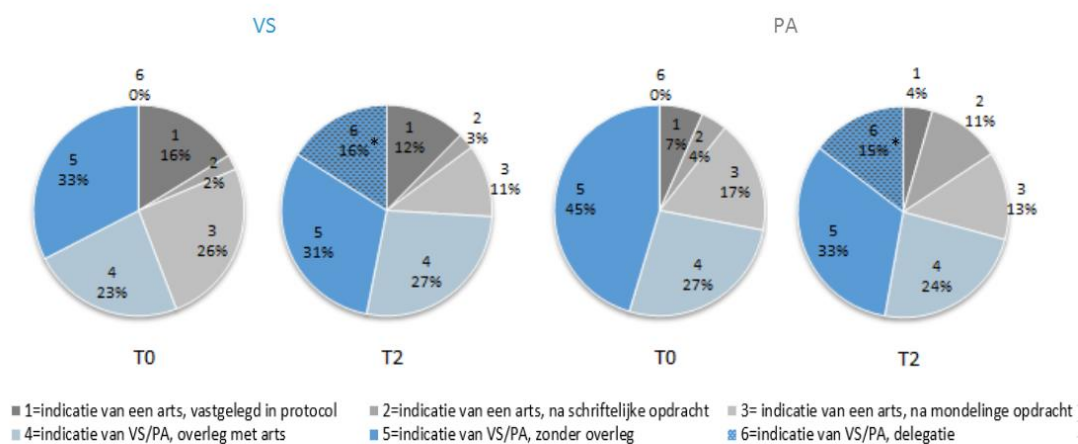
B. Gemiddeld aantal verrichte puncties per maand door de VS/PA
(*: MW $p < 0,05$)



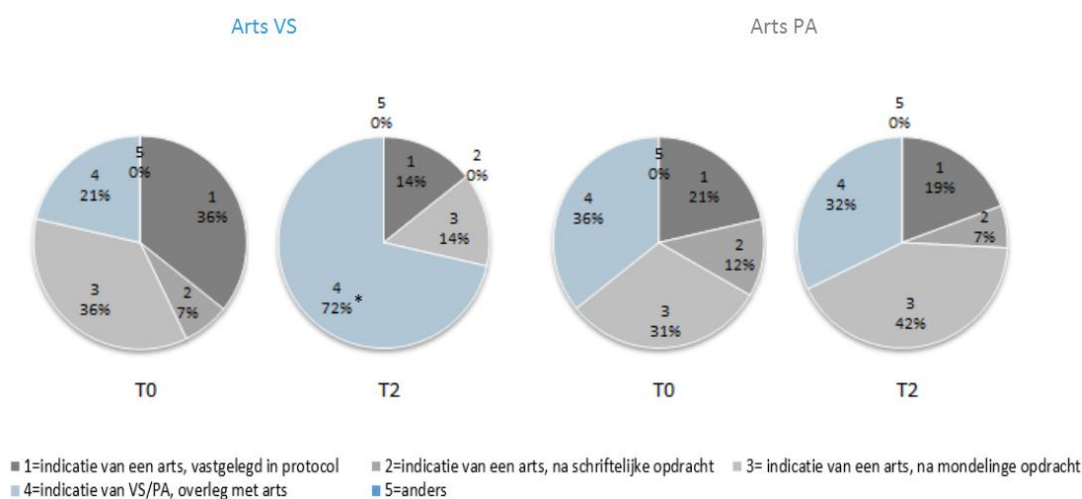
C. Gemiddeld aantal gedelegeerde puncties per maand door de arts
(*: MW $p < 0,05$)



D. Indicatieprocedure puncties VS/PA (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



E. Delegatieprocedures puncties arts (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



Op de vraag voor welke voorbehouden handeling is het niet verantwoord dat deze door de VS/PA zelfstandig wordt verricht, wordt meerdere malen (7x door arts, 3x door VS/PA) lumbaalpunctie/ascitespunctie/externe liquor drainage aangehaald. Ook wordt over deze puncties het vaakst aangegeven dat altijd overleg met een arts nodig is (8x arts, 11 x VS/PA). Daarnaast worden gewrichtspuncties en pleurapuncties enkele malen genoemd. Met betrekking tot IVF puncties wordt door 1 VS aangegeven dat een zelfstandige bevoegdheid wenselijk is.

Voorschrijven van UR-geneesmiddelen

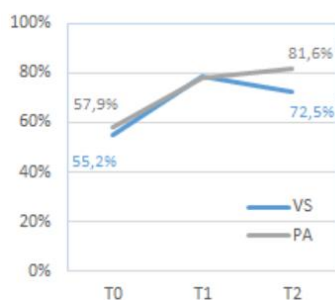
Na de wetswijziging zijn statistisch significant meer VSen en PAs UR-geneesmiddelen gaan voorschrijven (*Figuur 12*); 72,5% van de VSen (T0: 55,2%) en 81,6% van de PAs (T0: 57,9%) schrijven voor tijdens de 2^e nameting. Hoewel slechts de helft van de VSen GGZ bij de 2^e nameting voorschrijft, is de toename in vergelijking met de nulmeting bij deze groep VSen het grootst (VS GGZ T0: 27,3%, T2: 58,1%). Dit in tegenstelling tot de VSen acute zorg: na de wetswijziging zijn niet meer VSen acute zorg gaan voorschrijven. Binnen de totale groep VSen is de VS chronische zorg de grootste groep, die voorschrijft: 83,3% tijdens de 2^e nameting. Het gemiddelde (sd) aantal voorgeschreven geneesmiddelen per maand, is voor de VS en PA nagenoeg constant gebleven na de wetswijziging (VS T0: 52,7 (46,8), T2: 49,5 (43,5); PA T0: 74,7 (60,1), T2: 76,8 (64,0)). De standaarddeviaties zijn groot, wat betekent dat er een grote variatie is in het aantal recepten binnen de groepen VSen en PAs. De variatie bij de VSen is deels toe te schrijven aan de specialismen. Bij de VS chronische zorg is een relatief grote afname in het gemiddelde (sd) aantal recepten per maand te zien van 72,4 (72,2) bij T0 naar 46,7 (40,1) bij T2.

De andere VSen kennen een toename in het aantal recepten (VS acute zorg T0: 35,7 (55,3), T2: 51,2 (42,6); VS GGZ T0: 23,0 (28,8), T2: 40,2 (39,3); VS intensieve zorg T0: 53,7 (57,2), T2: 57,2)). Wegen van de gemiddeldes na stratificatie op specialisme laat geen duidelijke trend zien in het aantal voorgeschreven recepten (T0: gewogen gemiddelde 52,7, T2: gewogen gemiddelde 50,2). Bij VSen die aan zowel T0 (als T1) als T2 hebben deelgenomen, is een toename te zien van 48,8 (31,5) recepten per maand bij T0 naar 55,7 (39,2) recepten bij T2.

Het percentage recepten dat wordt voorgeschreven op indicatie van de VS zonder overleg, is bijna verdubbeld bij de 2^e nameting vergeleken met de nulmeting (T0: 28%, T2: 52%). Bij PAs is het percentage recepten op indicatie van de PA, zonder overleg licht toegenomen (T0: 36%, T2: 46%). Het percentage recepten, waarbij de arts de VS/PA een schriftelijke opdracht geeft om een recept uit te schrijven (VS T2: 5%, PA T2: 5%) en het percentage recepten die de VS/PA zelf delegeert (VS T2: 5%, PA T2: 3%) aan arts assistenten zijn zeer klein.

Figuur 12: Profiel voorschrijven van UR-geneesmiddelen

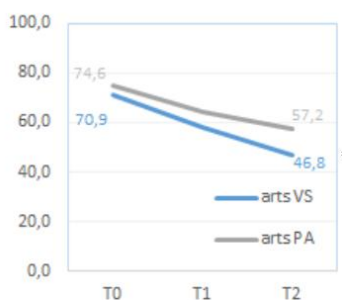
A. Percentage VS/PA dat UR-geneesmiddelen voorschrijft
(*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



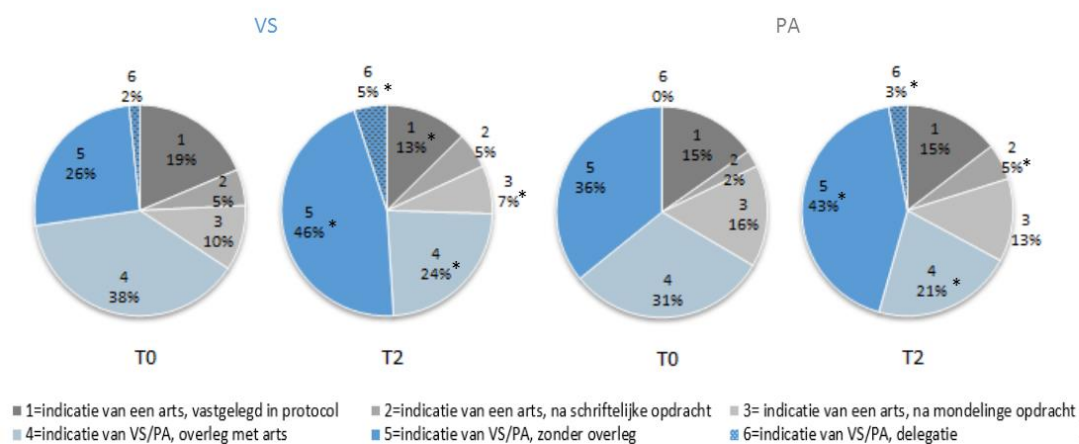
B. Gemiddeld aantal prescripties per maand door de VS/PA
(*: $MW p < 0,05$)



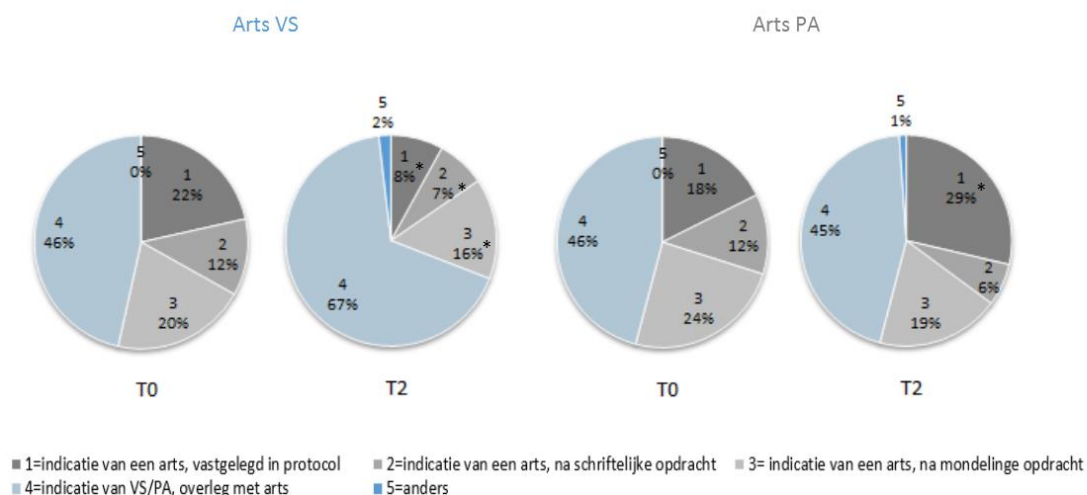
C. Gemiddeld aantal gedelegeerde prescripties per maand door de arts
(*: $MW p < 0,05$)



D. Indicatieprocedure voorschrijven van UR-geneesmiddelen VS/PA (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



E. Delegatieprocedures voorschrijven van UR-geneesmiddelen arts (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)



De indicatieprocedures per type recept zijn weergegeven in *Bijlage 6, Figuur 16c*. Uit deze figuur is af te leiden dat het voorschrijven op eigen indicatie zich niet beperkt tot herhaalrecepten of recepten waarbij de dosering wordt aangepast. In vergelijking met deze twee type recepten wordt het uitschrijven van nieuwe recepten zelfs méér op eigen indicatie zonder overleg met een arts gedaan bij de 2^e nameting (VS dosering aanpassen 38%, nieuw recept 48%, herhaalrecept 37%; PA dosering aanpassen 33%, nieuw recept 44%, herhaal recept 37%).

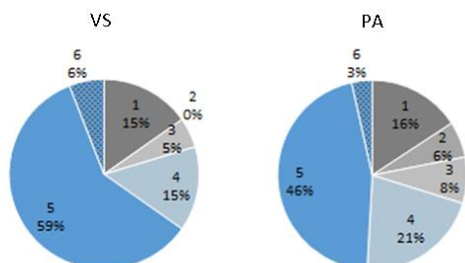
VSen schrijven tijdens de 2^e nameting (*Figuur 13 en Bijlage 6 Figuur 16e*) het meest op eigen indicatie geneesmiddelen voor, die aangrijpen op het skeletspierstelsel en het maagdarmkanaal en metabolisme (respectievelijk 84% en 80%). Binnen de geneesmiddelen die aangrijpen op het maagdarmkanaal en metabolisme is een verdere opsplitsing mogelijk: het meest worden middelen bij obstipatie op eigen indicatie voorgeschreven (95%). Voor diabetesmiddelen is dit percentage ook hoog namelijk 90%, maar hier wordt veel meer overlegd met een arts (38% in vergelijking met 5% bij anti obstipatiemiddelen).

PAs schrijven het meest op eigen indicatie geneesmiddelen voor, die aangrijpen op het zenuwstelsel (74%), het skeletspierstelsel (73%) en antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (73%). Binnen de geneesmiddelen die aangrijpen op het zenuwstelsel schrijven PAs voornamelijk anaesthetica en analgetica voor, VSen voornamelijk psycholeptica en psychoanaleptica. Voor VSen zijn de percentages eigen indicatiestelling bij anaesthetica (83%) en analgetica (81%) ook hoog, maar de percentages eigen indicatiestelling bij psycholeptica (66%, 31% overleg met arts) en psychoanaleptica (77%, 31% overleg) zijn lager. Verdere opsplitsing van antimicrobiële middelen en geneesmiddelen die aangrijpen op het skeletspierstelsel is niet mogelijk gebleken.

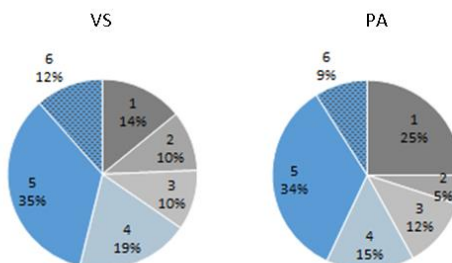
Het minst schrijven VSen op eigen indicatie geneesmiddelen voor, die aangrijpen op het bloed en de bloedvormende organen (68%) en oncolytica en immunomodulantia (54%); voor PAs zijn dit geneesmiddelen, die aangrijpen op het bloed en de bloedvormende organen en het hart vaatstelsel (67%, opsplitsing niet mogelijk). Binnen de geneesmiddelen die aangrijpen op het bloed en de bloedvormende organen schrijven VSen voornamelijk antithrombotica (62% eigen indicatie, 14% eigen indicatie na overleg) en middelen bij anemie (74% eigen indicatie, 30% eigen indicatie na overleg) voor. PAs schrijven binnen deze groep vrijwel uitsluitend antithrombotica voor (57% eigen indicatie, 15% eigen indicatie na overleg). Binnen de oncolytica en immunomodulantia schrijven VSen zeer weinig immunostimulantia voor. De eigen indicatiestelling is het laagst bij immunosuppressiva (45%, na overleg 14%) en het meest overleg is nodig bij het voorschrijven van oncolytica (66%, na overleg 35%). PAs schrijven slechts sporadisch oncolytica en immunomodulantia voor.

Figuur 13: Indicatieprocedures voorschrijven van UR-geneesmiddelen per hoofdgroep volgens ATC co-dering tijdens 2^e nameting

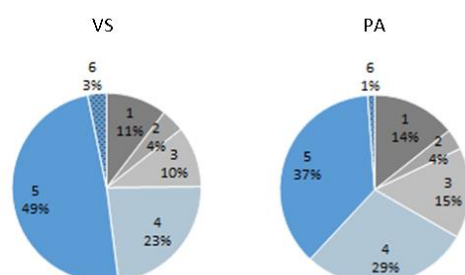
A. Maagdarmkanaal en metabolisme



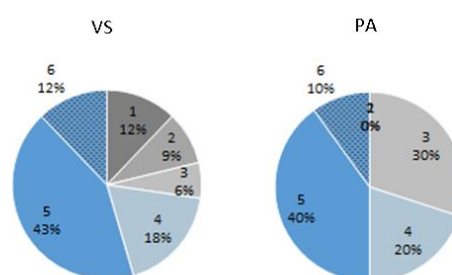
B. Bloed en bloedvormende organen



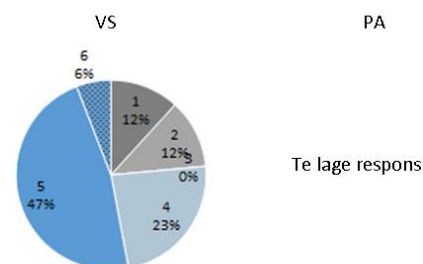
C. Hartvaatstelsel



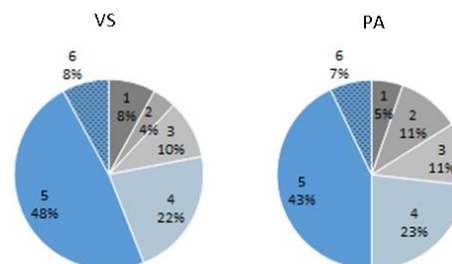
D. Dermatologica



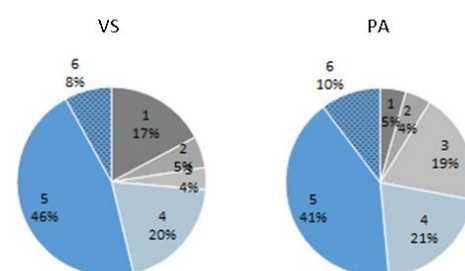
G. Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen



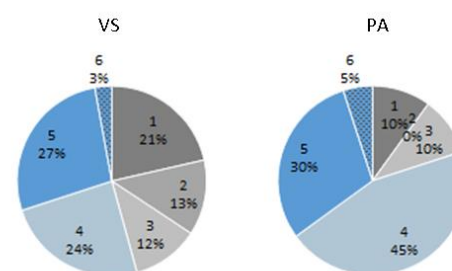
H. Systemische hormoonpreparaten, excl. geslachtshormonen



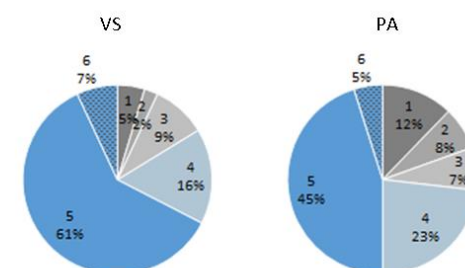
J. Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik



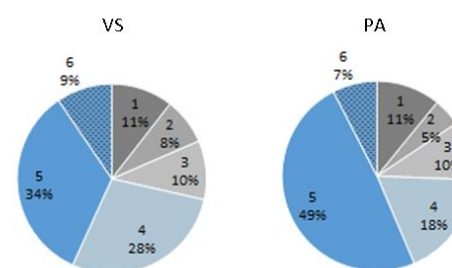
L. Oncolytica en immunomodulantia



M. Skeletspierstelsel



N. Zenuwstelsel



Figuur 13 vervolg

R. Ademhalingssysteem



Na eigen indicatiestelling wordt zowel door de VS als de PA het meest met een arts overlegd over oncolytica en immunomodulantia (VS 24%, PA met lage respons: 45%), door de VS over geneesmiddelen die aangrijpen op het zenuwstelsel (28%) en door de PA over geneesmiddelen die aangrijpen op het hartvaatstelsel (29%). Binnen de hoofdgroepen wordt het meest overlegd over middelen aangrijpend op het renine-angiotensinesysteem (VS 41%, PA 38%). Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van de open vragen tijdens de 2^e nameting, die betrekking hebben op de grenzen van de zelfstandige bevoegdheid: “Voor welke voorbehouden handelingen is het volgens u niet verantwoord, dat de VS/PA deze binnen hun eigen deskundigheidsgebied, op eigen indicatie verricht?” en “Over welke voorbehouden handelingen/welke geneesmiddelen binnen uw deskundigheidsgebied, dient u altijd volgens afspraak te overleggen met een arts?” De meeste reacties op de vraag over de geneesmiddelen waarvoor het onverantwoord wordt geacht, dat de VS/PA deze zelfstandig voorschrijft, hebben betrekking op het zenuwstelsel (VS:4x, PA: 4x, arts: 15x), waarbij bij artsen vooral reageren op psycholeptica. Daarnaast wordt het onverantwoord geacht bij polyfarmacie. Deze groepen komen ook terug in de reacties op de vraag over geneesmiddelen waarover altijd overlegd moet worden (zenuwstelsel VS: 42,x PA: 23x, arts: 30x; psycholeptica VS: 19x, PA: 4x, arts: 8x), daarnaast komen de subgroepen analgetica (VS: 11x, PA: 9x, arts: 12x) en anti-epileptica (VS: 2x, PA: 6x, arts: 3x) veelvuldig in de reacties voor. Andere groepen waarover overleg nodig is betreffen geneesmiddelen die aangrijpen op het hartvaatstelsel (VS:13x en met name antihypertensiva: 5x, PA: 3x, arts: 6x), oncolytica en immunomodulantia (oncolytica VS: 9x, arts: 6x; immunosuppressiva VS: 3x, arts: 4x) en in mindere mate antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (VS: 5x, PA: 1x, arts: 7x). Tevens wordt diverse malen aangegeven dat overlegd moet worden over specifieke reuma medicatie zoals Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs (DMARDs) en “biologicals”.

Opvallend te noemen is dat, ondanks een zelfstandige bevoegdheid voor het voorschrijven van geneesmiddelen, ook geneesmiddelen genoemd worden op de vraag “Voor welke handelingen zou een

zelfstandige bevoegdheid voor u in uw dagelijkse werksituatie ook wenselijk zijn?”. Deze geneesmiddelen hebben ook hier betrekking op het zenuwstelsel en oncolytica en immunomodulantia (*Bijlage 6, Tabel 22*).

Bevoegdheden

Een gedeelte van de geïnterviewde VSen en PAs geeft aan dat voor hen de wetswijziging niet echt een omslagpunt heeft betekend in de manier hoe ze voorbehouden handelingen uitvoeren. Na het opnieuw opsturen van de samenvatting van het interview, is voor het gedeelte van de geïnterviewden, bij wie de wetswijziging wel een verandering in hun werkwijze heeft betekend, de zelfstandigheid verder toegenomen. Dit betreft zowel het aantal voorbehouden handelingen, alsook het minder strak gecontroleerd worden. Een arts geeft aan dat sprake is van een leerproces:

Ja, ik zie dat meer als een proces. Dat naar mate dat het steeds beter gaat en dat ze steeds een voorstel doen waarin ik me kan vinden, laat ik ze ook meer los. Niet eerder dan dat, welke wetswijziging wat dat betreft ook. Die wetswijziging maakt het natuurlijk eenvoudiger maar het moet ook verantwoord zijn.” (arts)

Uit een focusgroep interview blijkt dat cardiologen terughoudend zijn om PAs (zelfstandig) hartkatheterisaties uit te laten voeren.

“in de laatste jaarvergadering zijn wij ook niet toegelaten in de algemene ledenvergadering. En toen is er ook ronduit gesproken over het consensus document waar nu aan gewerkt wordt..... ja daar worden toch standpunten meegenomen om PAs niet toe te laten voor hartkatheterisatie.” (PA)

Uit de interviews met casestudies blijkt verder dat er verschillende opvattingen bestaan over of het stellen van een diagnose, inclusief het aanvragen van aanvullend onderzoek behoort tot het indiceren van voorbehouden handelingen.

Focusgroepslid 1: “Maar voorbehouden handelingen zijn toch gewoon omschreven in artikel 36a?”

Focusgroepslid 2: “Die diagnostiek verrichten dat mag je doen, of dat moet je doen. Indicatie en diagnostiek verrichten en uitvoering, ik denk diagnostiek verrichting zit daar gewoon in.”

Focusgroepslid 1: “Ik vraag het me af of dat zo is.”

Focusgroepslid 2: “Ik heb het zo geïnterpreteerd.”

“Het aanvragen van diagnostiek. Daar zie je vaak in instellingen dat daar bepaalde toegang tot het elektronisch patiëntendossier moet zijn, wil men diagnostiek kunnen aanvragen. En dat kom je in een soort vicieuze cirkel terecht, je mag het wel, je kan het ook, je hebt de ervaring in het aanvragen van diagnostiek. Dat past ook helemaal bij het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen. Maar dan loop je tegen de regels in het ziekenhuis aan, waardoor je de diagnostiek dus niet aan mag vragen.” (PA)

“De VS moet voldoende geëquipeerd zijn om die diagnose te kunnen stellen en daarna komt die behandeling. Dat is niet zo zorgelijk, dat is gewoon een spoorwegboekje en daar staat die routekaart, dat is precies uitgeschreven. Dat gaat geweldig goed, dat hebben we ook al gepubliceerd halen we ook hele goede resultaten bij. Het probleem wat bij mij nog een beetje wringt, hoewel we er nu voor gekozen hebben de VS, de nurse practitioner, helemaal vrij daarin te laten is toch dat stukje diagnostiek. Omdat die niet altijd de medische

achtergrond heeft al die verschillende ziektebeelden die onder bepaalde klachtenpatronen zitten te kunnen herkennen, dat moeten we in de toekomst ook evalueren.” (arts)

Behandelsucces

Vergelijkbaar met de resultaten uit de nulmeting en de 1^e nameting, is bij de 2^e nameting ongeveer 90% van alle patiënten tevreden tot zeer tevreden over het effect die de behandeling heeft gehad op de verbetering van hun gezondheid.

Na het ondergaan van een kleine medische ingreep (patiënt VS n=37, patiënt PA n=58) geeft tijdens de 2^e nameting 32,4% van de patiënten VS en 29,3% van de patiënten PA aan volledig hersteld te zijn en 62,1% in beide groepen geeft aan veel of enigszins verbeterd te zijn. Gegevens zijn vergelijkbaar met de nulmeting en de 1^e nameting.

Tijdens de 2^e nameting hebben, na het voorschrijven van een geneesmiddel door de VS (n=125) of PA (n=54), respectievelijk 9,3% en 6,0% van de patiënten bijwerkingen ervaren, die niet waren vermeld in de bijsluiter of door de VS/PA waren verteld. Dit is een stijging voor de patiënten VS en een daling voor de patiënten PA ten opzichte van de nulmeting, waar deze percentages respectievelijk 7,2% en 9,7% zijn.

Tevredenheid patiënten

Naast ieder patiënten interview zijn schriftelijk kwantitatieve data verzameld over bepaalde aspecten die belangrijk kunnen zijn bij de zorg die de patiënt van de VS/PA ontvangt. Deze aspecten zijn over drie thema's verdeeld: algemeen, zorgverlener en (be)handeling (*Bijlage 5*). Per categorie kiest de patiënt de vijf belangrijkste aspecten en geeft een rapportcijfer voor zijn of haar ervaring met deze aspecten van de zorg. Onderstaand zijn puntsgewijs per thema de bevindingen weergegeven, geïllustreerd met citaten.

Algemeen:

- de meeste patiënten (80,0%) behandeld door de VS vinden het belangrijk om mee te kunnen beslissen over de behandeling en geven dit aspect gemiddeld (sd) het rapportcijfer 7,5 (1,7). Bij de patiënten van de PA is dit percentage 55,6% en het rapportcijfer 7,3 (1,0). Dit onderdeel wordt door de meeste patiënten met een acute aandoening, namelijk 81,8%, benoemd als belangrijk en zij waarderen dit onderdeel met rapportcijfer 7,7 (0,6). Voor de groep patiënten met een chronische aandoening vindt de helft, 50%, dit een belangrijk onderdeel binnen het zorgproces en scoort een gemiddeld rapportcijfer van 7,3 (1,7);

“het gaat nooit over mij, maar het gaat met mij. Daar worden ervaringen gedeeld, ze leggen het goed uit.” (patiënt)

- duidelijkheid over wie precies verantwoordelijk is voor de behandeling vindt 50,0% van de patiënten behandeld door de VS en 66,7% van de patiënten behandeld door de PA een belangrijk

onderdeel van het zorgproces. De patiënten van de VS en de PA waarderen dit onderdeel gemiddeld (sd) met respectievelijk het rapportcijfer 7,2 (2,4) en 7,2 (1,1);

“En dan zie je dat die mensen ook heel veel weten, heel veel praktische dingen weten. En dat ze dan ook zeggen: ik kan dat wel weten, maar ik mag daar geen uitspraak over doen om geen valse verwachtingen te wekken. Dus die verantwoordelijkheid ligt bij de arts, maar ook bij hen om het daar niet met de patiënt over te hebben.” (patiënt)

- de mogelijkheid om regelmatig door een medisch specialist gezien te worden, vindt 62,5% van de patiënten met een chronische aandoening belangrijk. Zij waarderen dit onderdeel in de ervaren zorg gemiddeld (sd) met een rapportcijfer 8,0 (0,0). Bij patiënten met een acute aandoening wordt dit onderdeel van het zorgproces minder vaak benoemd, namelijk in 27,3% van de gevallen, en gewaardeerd met rapportcijfer 7,0 (2,6).

“Wat van belang is, we moeten ook realistisch zijn, iemand met een HBO opleiding en daarna 2 jaar extra opleiding vergeleken met iemand die 6 jaar medicijnen studeert en dan nog specialiseert en met coschap, dan mag je er vanuit gaan dat die meer weet en geleerd heeft. Dat wil niet zeggen dat de dokter intelligenter is dan de ander, maar die heeft gewoon meer ervaring qua opleiding.” (patiënt)

“Wat ik eigenlijk wel prettiger vind van de situatie is dat eigenlijk twee mensen meekijken. Ik vind het wel prettig dat er nu twee mensen het traject volgen, dat dingen niet over het hoofd worden gezien.” (patiënt)

“En dat zal wel een kwestie van wennen zijn, want men wil als patiënt toch wel graag uit de mond van een arts horen hoe het is. Stukje vertrouwen moet er ontstaan en als dat goed uitgelegd wordt, nou dan heb je dat te aanvaarden en ik denk dat ik daar geen moeite mee heb.” (patiënt)

Zorgverlener:

Kennis/Deskundigheid

- het item “de behandelend VS/PA heeft kennis van de aandoening” wordt door patiënten van de VS en de PA als belangrijk aangeduid (resp. 81,7% en 87,8%). De waardering in een rapportcijfer voor kennis van de VS en de PA is gemiddeld (sd) respectievelijk 8,3 (0,5) en 8,8 (1,0); zowel patiënten met acute- alsook chronische klachten/aandoeningen vinden kennis van de aandoening van VS of PA een belangrijk item, namelijk 87,5% en 81,8%, en waarderen dit onderdeel met respectievelijk een rapportcijfer 8,8 (1,0) en 8,3 (0,5);

De patiënten zijn zeer tevreden over de deskundigheid van de VS/PA en hebben vertrouwen dat de handeling veilig en juist wordt uitgevoerd. Het vertrouwen is gebaseerd op de individuele ervaring dat de VS/PA deskundigheid uitstraalt en dat de behandeling goed verlopen is. Daarnaast heeft de patiënt vertrouwen dat de deskundigheid geborgd is door de instelling waar de VS/PA werkzaam is.

“Hij had deskundigheid. Hij heeft het rechtgetrokken, want het was namelijk gebroken. Dit zou pijn doen, maar daarvoor heb ik een injectie gehad en dat was allemaal prima. We hebben speciaal naar hem gevraagd.” (patiënt)

“Of nou diegene die mij geprikt heeft arts was of iets anders, ik had het verschil niet zo in de gaten, omdat hij heel professioneel handelde. En het was meteen duidelijk dat hij er veel verstand van had en ik dacht: op het moment dat het niet goed gaat dan zal er vast wel een arts op de achtergrond aanwezig zijn.” (patiënt)

“Daar heb ik toch eens over na proberen te denken. Ik ga ervan uit dat als het wordt toegestaan en het ziekenhuis erachter staat, dat je er vertrouwen in moet hebben. Ik heb wel, omdat ik pijn had, twijfel: is er iets fout gegaan. En dan wil ik niet zeggen dat het bij een arts niet kan gebeuren, maar ik twijfelde wel aan het verschil tussen het specialisme arts en VS. Maar ik besef nu dat het ook een arts kon gebeuren.” (patiënt)

- het geven van duidelijke adviezen en informatie over de ziekte, aandoening vindt 81,8% van de patiënten van de VS een belangrijk onderdeel in het zorgproces. Zij waarderen gemiddeld (sd) dit met rapportcijfer 8,4 (1,0). Bij patiënten van de PA is dit 37,5% en rapportcijfer 9,0 (1,0) gegeven. Met name patiënten met een chronische aandoening vinden dit een belangrijk aspect binnen het zorgproces, namelijk 81,8% en waarderen dit item met rapportcijfer 8,7 (1,5). Voor de patiënten met een acute klacht/aandoening wordt dit zorgaspect als minder belangrijk aangeduid, namelijk bij 37,5% van de gevallen en gewaardeerd met een rapportcijfer 8,7 (0,9);

De patiënten ervaren kennis en deskundigheid van de VS en PA in de adviezen en informatie die gegeven wordt over de ziekte en aandoening.

“Ja, ook als ik vragen had kon hij daar duidelijk een goed antwoord op geven, dus daar had ik ook geen twijfels over zo van hij weet niet waar hij het over heeft. Hij wist duidelijk waar hij het over had.” (patiënt)

- in (bijna) de helft van de gevallen vindt de patiënt het belangrijk dat bij twijfel van de VS/PA altijd overlegd kan worden met een arts (resp. 45,5% en 50,0%) en wordt dit onderdeel voor beide patiëntengroepen gemiddeld (sd) gewaardeerd met respectievelijk rapportcijfer 8,0 (0,8) en 8,0 (1,4).

Indien er sprake is van twijfel over de kennis en deskundigheid vindt de patiënt het belangrijk dat de VS/PA kan terugvallen op een arts en dat er overleg plaatsvindt tussen arts en VS/PA.

“Ik hoef maar even een belletje te plegen of een mailtje te sturen met de vraag: wat moet ik doen? En meestal is het dan even bloedprikken en als het nodig is word ik doorverwezen naar de internist. Maar indien dat niet nodig is, is dat niet nodig.” (patiënt)

“Daarnaast is ze zo deskundig, ze is meer dan een verpleegkundige. Ik vind dat een verlengstuk van de specialist. Ik merk ook dat de specialist ook met haar overlegt, dat gaat twee kanten op.” (patiënt)

“Zij (PA) heeft ontzettend veel ervaring met deze ziekte, omdat ze die heel erg veel behandelt. In het verleden is het een aantal keren voorgekomen dat ik dacht: ik wil een dokter spreken”. Dat is niet zozeer twijfelen aan de PA, maar ze heeft wel vaker tegen mij gezegd, nadat ik bijvoorbeeld een vraag stel waarvan zij zegt: dit is de eerste keer dat ik die vraag krijg. Dus meer op kennisniveau. Voor mij is het belangrijk dat ze het na gaat vragen in plaats van sorry te zeggen, dat weet ik niet.” (patiënt)

Resultaat behandeling (kwaliteit)

- dat het resultaat van de behandeling goed is en de diagnose juist gesteld is, vindt ruim driekwart van de patiënten van de VS en alle patiënten van de PA belangrijk (resp. 77,8% en 100%), zij geven

dit onderdeel gemiddeld (sd) het rapportcijfer 8,6 (0,5) en 8,5 (1,4). Dit onderdeel wordt door vrijwel alle patiënten met chronische en acute aandoeningen/klachten als belangrijk genoemd, namelijk 85,7% van patiënten met een chronische aandoening en 88,9% van patiënten met een acute aandoening met de waardering in een rapportcijfer respectievelijk 9,0 (1,2) en 8,3 (0,7);

“Haar uitvoering is zeer adequaat, zowel menselijk als technisch. Ze had oog voor beiden, zeer goed.” (patiënt)

- bijna alle patiënten van de VS vinden belangrijk dat tijdens de (be)handeling het welzijn wordt gecontroleerd (88,9%). Bij patiënten van de PA is dit percentage 71,4%. De patiënten van de VS waarderen dit onderdeel gemiddeld (sd) met een rapportcijfer 8,1 (0,6) en de patiënten PA met een 7,6 (2,2);

“..... dus ik was heel slecht geweest en toen was ze ook heel alert geweest. Zij is zo goed geweest met alles wat mij betreft, zo alert op geweest. Nou ik vond haar heel goed.” (patiënt)

- een goede informatie over de gang van zaken van de (be)handeling wordt door de meerderheid van de patiënten als belangrijk aangeduid, namelijk 88,9% patiënten van de VS en 85,7% patiënten van de PA. Ze waarderen dit onderdeel gemiddeld (sd) respectievelijk met een rapportcijfer 8,4 (0,5) en 8,7 (1,2).

Patiënten hebben veelal positieve ervaringen met de behandeling(en) door de VS/PA. Deze positieve ervaringen zijn met name gebaseerd op de toegankelijkheid van deze professionals, de kennis die ze hebben op het (deel)gebied van de ziekte/aandoening en het vertrouwen dat de patiënt heeft ten aanzien van de VS/PA. De patiënten geven aan dat de VS/PA gemakkelijk toegankelijk is en dat ze, indien nodig, snel terecht kunnen bij deze professionals.

“ Wat mij opvalt is dat, ik weet niet of dat met arts of PA te maken heeft, de PA is toegankelijker dan een arts. Maar over het algemeen heb ik het gevoel dat de artsen moeilijk bereikbaar zijn, dat je meer voelt dat je een nummer bent.” (patiënt)

“Kijk, ik ga niet voor elk wissel, maar op het moment dat het puur met de klachten van mijn gewrichten/spieren te maken heeft, dan bel ik gewoon op. Je wordt heel goed gehoord en begrepen.” (patiënt)

“Ik ben blij met de ondersteuning die ik heb. En hoe ze het dan ook noemen, verpleegkundig specialist, of wat dan ook, als ze maar hun best doen, ogen en oren voor de patiënt en zijn klachten hebben.” (patiënt)

“Uitstekend van begin tot einde. Kan er niet meer over zeggen, goed uitgelegd, goed ontvangen. Allemaal prima.” (patiënt)

“ Want ik denk dat heel veel samengaat met vertrouwen. Een arts kan nog zo goed zijn, maar als je die niet vertrouwd, dan heeft dat ook uitwerking op de fysieke en geestelijke toestand. En de VS is heel open en transparant. Ze is een heel aardige vrouw die ook sociaal uitstekend met iedereen om kan gaan.....dus vertrouwen is belangrijk en ook het vertrouwen dat wordt waargemaakt door middel van openheid en transparantie en zich kwetsbaar opstellen.” (patiënt)

“Meteen de dag erna was ik heel ongerust en ik kon meteen komen. Dat vind ik heel prettig, je belt en je kunt komen.” (patiënt)

Een enkele patiënt geeft tijdens het interview aan dat een arts tijdens een consult gemakkelijker verbanden legt in vergelijking met een VS en deze patiënt ervaart dit onderdeel als een gemis tijdens het consult met de VS.

“Op zich is onze ervaring heel erg goed. Het hele team direct vooral. Wat we wel merken is toch dat de internist, die schakelt makkelijker. Die leggen sneller verbanden met dingen dan de VS. Als je dan iets vertelt dan haken zij meer in van: hee, heb je dat of heb je dat? Dat mis ik wel.” (patiënt)

- de meerderheid van de patiënten met een acute c.q. kortdurende aandoening vinden het belangrijk om juist geïnformeerd te worden over wat te doen bij complicaties, namelijk 88,9%, en geven dit onderdeel gemiddeld (sd) een rapportcijfer 7,3 (1,1). Voor de patiënten met een chronische aandoening is de respons op dit onderdeel gering (n=2), waardoor er geen representatieve weergave gegeven kan worden van de waardering voor dit onderdeel.

“Ik was zo slecht dat ik de verkeerde kant op ging. Ze heeft mij eigenlijk gered, als ik dat zo mag zeggen.” (patiënt)

Therapietrouw

De patiënten zijn (zeer) tevreden over de duidelijkheid van de uitleg van de VS en PA (resp. 99,1% en 99,2%). Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de nulmeting en de 1^e nameting (*Bijlage 6, Tabel 18*).

De beoordeling van de informatieverstrekking met betrekking tot de voorgeschreven geneesmiddelen is weergegeven in *Tabel 10*. Vergelijkbaar met de nulmeting en de 1^e nameting komen in de 2^e nameting niet alle items aan bod tijdens het informeren van de patiënt. Nagenoeg altijd wordt verteld hoe het geneesmiddel gebruikt moet worden. Het minst vaak wordt volgens de patiënt door VSen (67,0%) verteld of alcohol gedronken kan worden bij gebruik van het geneesmiddel en door PAs (beiden 41,3%) de kans op bijwerkingen en wat te doen als patiënt vergeten is medicatie te nemen. Over alle bevraagde items ten aanzien van het gebruik van medicijnen geeft de PA minder informatie in vergelijking met de nulmeting en 1^e nameting.

Tabel 10: Beoordeling van informatieverstrekking over voorgeschreven geneesmiddelen aan de patiënt door de VS/PA

	Patiënt van					
	VS			PA		
Heeft de verpleegkundig specialist of physician assistant u verteld: (n ja, % ja)	T0 n _{tot} =139	T1 n _{tot} =153	T2 n _{tot} =125	T0 n _{tot} =152	T1 n _{tot} =62	T2 n _{tot} =54
Hoe het geneesmiddel moet worden gebruikt?	76 (92,7)	95 (96,0)	100 (86,2)	57 (91,9)	31 (93,9)	38 (77,6)
Of het geneesmiddel bijwerkingen heeft?	60 (77,9)	71 (74,7)	92 (80,0)	37 (63,8)	23 (71,9)	26 (54,2)
Wat u moet doen als u bijwerkingen krijgt?	55 (73,3)	68 (73,9)	83 (76,1)	33 (56,9)	23 (74,2)	24 (52,2)
Wat de kansen zijn dat u bijwerkingen krijgt?	57 (75,0)	66 (70,2)	84 (75,7)	32 (56,1)	22 (68,8)	19 (41,3)
Of u alcohol kunt drinken als u het geneesmiddel gebruikt?	44 (62,0)	58 (65,2)	73 (67,0)	24 (42,1)	18 (60,0)	22 (48,9)
Wat u moet doen als u vergeten bent het geneesmiddel te nemen?	49 (66,2)	63 (68,5)	78 (70,3)	27 (48,2)	18 (58,1)	19 (41,3)
Hoe u een herhaalrecept kunt krijgen?	57 (74,0)	72 (75,8)	78 (72,9)	33 (57,9)	25 (80,6)	24 (52,2)

Veiligheid

Vergeleken met de nulmeting is tijdens de nametingen een lichte toename in het percentage VSen, dat het (helemaal) eens is met de stelling (*Bijlage 6, Tabel 23*): “Ik ben uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten” (VS T0: 66,7%, T2: 76,8%) Het percentage bij de PAs is nagenoeg gelijk gebleven (PA T0: 81,4%, T2: 78,8%). Bij artsen, samenwerkend met een VS is het percentage toegenomen (arts VS T0: 54,6, T2: 63,9), bij artsen, samenwerkend met een PA is het percentage afgenomen (arts PA T0: 72,2%, T2: 61,2%). Minder VSen en PAs, maar nog steeds het grootste gedeelte, geven aan dat ze voor bepaalde voorbehouden handelingen willen terugvallen op een arts (VS T0: 75,8%, T1: 78,6%, T2: 66,9%; PA T0: 86,5%, T1: 81,0%, T2: 76,1%).

In de toelichting op de vraag blijkt dat dit vooral wenselijk is bij twijfel, complexe patiënten en gebrek aan ervaring. Sommigen geven aan dat het overleg niet perse met een arts moet zijn en ook gezien moet worden als intercollegiaal overleg.

Zowel VSen en PAs als artsen verwachten niet dat de zorg voor bepaalde patiënten door de zelfstandige bevoegdheid minder veilig wordt (VS T0: 86,9%, T2: 94,1%; PA T0: 96,7%, T2: 95,9%; arts VS T0: 73,6%, T2: 69,0%; arts PA T0: 75,2%, T2: 83,6%)

Vergeleken met de nulmeting is volgens patiënten tijdens de 2^e nameting het aantal contacten van VSen/PAs met een arts tijdens de behandeling nagenoeg gelijk gebleven (patiënt VS T0: 53,7%, T2: 49,4%; patiënt PA T0: 40,4%, T2: 41,7%). Ongeveer één kwart van beide patiëntengroepen geeft aan niet te weten of contact met een arts heeft plaatsgevonden.

Tijdens de 2^e nameting zijn door de VS en PA aan respectievelijk 125 (80,1%) en 54 (43,9%) patiënten geneesmiddelen voorgeschreven. Volgens de patiënten is in de helft van de gevallen contact geweest met een arts over de medicatie. Voor patiënten behandeld door een VS is sprake van een afname van de overlegmomenten in vergelijking met de nulmeting (T0: 60,0%, T2: 50,4%). Voor de groep patiënten behandeld door een PA is het percentage overlegmomenten met een arts over de medicatie nagenoeg gelijk gebleven (T0: 46,8%, T2: 48,1%).

Kennis

Na de wetswijziging vinden meer VSen hun kennis om zelfstandig UR-recept-plichtige geneesmiddelen voor te schrijven voldoende (VS T0: 69,7%, T2: 79,9%), bij de PAs zijn de percentages ongeveer gelijk gebleven (PA T0: 77,5%, T2: 76,1%). *Met name VSen geven aan dat door een beperkt formularium de kennis juist groot is en dat de kennis door scholing en ervaring is opgebouwd.* Vóór de wetswijziging geeft 15,8% van de artsen, samenwerkend met een VS, aan de farmacotherapeutische kennis van de VS onvoldoende te vinden. Na de wetswijziging is dit percentage gedaald naar 9,1%, iets meer dan de helft (59,3%) vindt de kennis wel voldoende. Bij artsen samenwerkend met een PA, is dit percentage hoger (71,4%), maar ook hier vindt 14,5% (T2) de kennis onvoldoende.

“Farmacotherapie is een vak op zich. Eindverantwoordelijkheid bestrijkt soms ook kennis van andere medische vakken waar geen kennis over is.” (arts)

De vaardigheden om voorbehouden handelingen binnen het eigen vakgebied te verrichten, worden door het overgrote gedeelte van de VSen en PAs onveranderd als uitstekend beoordeeld (VS T2: 83,6%; PA T2: 90,7%). Bij de artsen is een lichte daling waarneembaar in de percentages die de vaardigheden van de VS/PA als uitstekend beoordelen (arts VS T0: 91,3%, T2: 78,5%; arts PA: 94,4%, T2: 87,8%).

De geïnterviewde VSen, PAs en artsen vinden kennis een van de belangrijkste randvoorwaarden voor een zelfstandige bevoegdheid:

“Kennis en bekwaamheid liggen wel een beetje in elkaars verlengde. Zonder kennis geen bekwaamheid, zal ik maar zeggen. Ja, je moet wel kennis hebben om de indicatie te kunnen stellen en kennis om de handeling te verrichten.” (PA)

“Kennis is een voorwaarde. Ja, kennis over medicatie, bijwerkingen, op de hoogte zijn van verschillende medicaties, de richtlijnen daarin, welke stappen je normaal gesproken noemt, neemt, kunt nemen, welke medicatie daarbij hoort, welke controles daarbij horen. Het is gewoon kennis. Daar hebben we zelf als psychiater natuurlijk ook jaren voor geleerd, dat geldt hier niet minder.” (arts)

De kennis voor het uitvoeren van de voorbehouden handeling wordt door de geïnterviewden in het algemeen als goed ervaren:

“Als ik kijk naar de theoretische grondslag van zowel de VS als de PA vind ik de opleiding alleszins goed, je merkt alleen het verschil dat, maar dat heeft volgens mij ook te maken met de richting die onze VS heeft gekozen, dat die wat meer op logistiek/management dat soort zaken geschoold was en is, maar zeker onze

PAs hebben op het gebied van farmacologie en dat soort zaken in mijn ogen voldoende basiskennis. Het is alleen zo dat wij er voor moeten zorgen dat al onze specifieke kennis wordt gebruikt, maar ik hoor het ook terug in de beoordeling van de diverse stagebegeleiders, want die krijg ik natuurlijk ook te zien, merk ik dat zij allemaal zonder meer tevreden zijn over de kwaliteit van hun kennis en ik heb dat op dagelijkse basis ook.” (arts)

Een VS GGZ geeft aan dat ze een bepaalde breedte in haar medicatiekennis mist.

“Ik mis een enorme basiskennis. Ik kan wel heel goed snappen hoe één medicijn werkt en wat dat doet. Maar wat ik merk is dat een psychiater veel beter weet waar het dan op aangrijpt. Die weet niet zoveel van één medicijn, maar die weet veel meer over hersengebieden, over receptoren of vanuit een grotere lijn. Dus ik overtreft vaak in kennis in de medicatiekennis. Ik weet alles van Ritalin bijvoorbeeld. Wat de meeste psychiateren niet weten. Maar zij overtreffen mij verre in dat bredere stuk. En wat ik lastig vind: ik had vorige week een iemand met een serotoninesyndroom. Dat is vrij zeldzaam, heb ik ook verpleegkundige nog nooit zien in twintig jaar. Dus dan zie ik me voor het eerst voorschrijven en dan merk ik ook dat ik somatische kennis mis.” (VS)

Kennis ten aanzien van medicatie wordt door alle geïnterviewde VSen en PAs op peil gehouden door bij- en nascholingen. De behoefte aan nascholing is in enkele gevallen aanwezig, direct na het afronden van de opleiding tot VS/PA.

“Ik heb in 2008 de verpleegkundige specialisatie afgerond. Daar zat toen inderdaad de scholing rondom de farmacotherapie in. Ik vond dat nog minimaal eigenlijk wel. Het grote voordeel is dus, dat ik alleen inhalatie medicijnen voorschrijf. Dat is een redelijke makkelijke medicatie groep met redelijk weinig interacties. Dus ja, relatief kun je dat veilig voorschrijven maar als ik zou zeggen van, ik zou hele andere medicijnen gaan voorschrijven dan zou ik echt zeggen daar heb ik te weinig kennis van.” (VS)

“Wat ik wel hoor is dat sommige mensen die net afgestudeerd zijn, toevallig in hun stage track, dat ze tijdens een opleiding bij een huisarts zaten die geen ingreepjes deed bijvoorbeeld. Dat was bij mij het geval ook. Toen ik hier voor het eerst kwam had ik hier in mijn opleiding weinig tot geen kans gehad om zelfstandig ingreepjes te verrichten. Ja dat is wel iets dat je met een superviserende huisarts gaat doen en leert in de praktijk. Dat soort specifieke hiaten kunnen er zijn vanuit je opleiding.” (PA)

Bijscholing vindt op vier manieren plaats: interne scholing, congresbezoeken, het volgen van cursussen of modules en het bijwonen van een farmacotherapeutisch overleg.

- **Interne scholing:**

Interne scholing is sterk setting afhankelijk.

“Ik praat er met de artsen over en die leggen ook nog wel eens wat uit en dan ze sturen mij ook wel eens op literatuur of gisteren hele discussie gehad eigenlijk over de schildklier zeg maar en ‘t subklinische beeld. Hoe dat in elkaar steekt. Ik had erover gelezen hoor, maar ja, dat is natuurlijk een hele tijd geleden en dan zakt dat toch weer weg dus.” (VS)

“Wij hebben iedere ochtend een half uur onderwijs voor de assistent in opleiding en daar zitten zij dus ook bij. En daarbij hebben ze een keer in de twee maanden dat ze elkaar onderwijs geven of er wordt iemand gevraagd om een uur onderwijs te geven, dus in principe doen zij dus gewoon met de cyclus mee voor de onderwijs van de arts assistent.” (PA)

- **Congresbezoeken:**

Zowel VSen als PAs bezoeken regelmatig (internationale) vakinhoudelijke congressen.

“Voor het weekend met drie PAs naar Londen geweest naar een congres over hartkleppen en dat zijn dan ook 3 PAs omdat die daar ook bij zijn betrokken.” (arts)

“Dus congressen voor medici, maar ook voor verpleegkundig specialisten. Of alleen medici maar waar zij eigenlijk ook een hoop aan hebben. Dus in Nederland gaan ze minimaal 1 keer per jaar naar een congres, maar eigenlijk 2 keer per jaar. Niet echt een cursus die ze volgen, maar meer congressen die gevolgd worden en ook eens een keer naar het buitenland geweest. Waar zelf verricht onderzoek gepresenteerd is. Maar goed dat is meer een uitzondering. Maar over het algemeen in Nederland naar congressen. Als je met een deelgebied al een tijdje zit, je weet wel wat is er aan de hand, wat die aandoening betreft. Dan is een cursus op laag niveau, best niet meer zo aanvullend en heeft een congres, denk ik, meer zin. Sterker nog, soms heb je zelfs verpleegkundig specialisten die beter weten hoe en wat, dan een arts assistent die tijdelijk met die problematiek te maken heeft.” (arts)

- **Cursussen, modules:**

De geïnterviewde VSen en PAs volgen daarnaast ook cursussen, zowel inhoudelijk als specialisme overstijgend.

“Vooral cursussen, symposia waarbij ik zeg dat is interessant. En gelukkig is dat aanbod er nu, gelukkig is dat wat breder. En ja, waar ik nu nog wel tegen aanloop, althans ik ben natuurlijk 5 jaar nu geheregistreerd, maar als ik kijk naar de cursus dat er aangeboden wordt en op organisatorisch niveau dat is nog een beetje mager. Daar moet ik nog punten voor hebben en ook met leiderschap geloof ik, naja en communicatie. Nou maar gewoon m’n exacte kennis, daar is gewoon heel veel dat kan nog gewoon keuzes over maken en er is genoeg aanbod.” (VS)

“Ja, op zich is dat best goed te doen als je gewoon de scholing die medische specialisten en arts-assistenten ook kan volgen. Maar wat betreft voorbehouden handelingen zelf met name op heelkundig gebied, zou denk ik wel een verbeterslag gemaakt kunnen worden dat PAs en ook de scholing van de specialisten in opleiding zoals arts-assistenten. Met name binnen de heelkunde is dat, dat je ook basistechnieken voor op de operatiekamer en zo leert, dat leer je niet echt op je opleiding. (...) We nog mee bezig om te regelen dat we toegang krijgen tot dezelfde scholing, omdat dat natuurlijk allemaal vers, allemaal heel nieuw is. Omdat PAs sinds kort, sinds de wet erdoor is, echt officieel dat zelfstandig mogen doen. Dus de vraag begint nu pas te komen, dus vandaar nu pas daarmee bezig zijn dat te bewerkstelligen. Er is dan wel al contact met de Nederlandse vereniging van heelkunde.” (PA)

- **Farmacotherapeutisch overleg.**

Het niet beschikken over een budget voor bijscholing wordt door verschillende geïnterviewde VSen en PAs als een duidelijk knelpunt ervaren. Vaak is hiervoor nog geen regeling getroffen. VSen en PAs in dienst van het ziekenhuis worden regelmatig door de artsen uit de maatschap financieel gesteund voor bijscholing.

“Wat bij ons nog niet goed geregeld is, is dat wij nog geen echt budget hebben voor nascholing. Ook voor hen is het van extreem belang dat wij naar nascholing kunnen gaan. Net als bij de specialist die via de cao een budget vormt en dat is helaas voor de PAs nog niet. De interessante congressen en symposia zijn natuurlijk altijd in het buitenland, dat betekent dat ze naar het buitenland moeten wat veel geld kost en dat geld hebben ze gewoon niet.” (PA)

“We hebben wel als persoon, krijgen wij allemaal een persoonlijk ontwikkelingsbudget. Dat is niet voldoende om bijscholing van te volgen. Verpleegkundige bijscholingen zijn niet zo duur, maar medische bijscholingen, waar je dan toch geacht wordt daarheen te gaan, die zijn in verhouding een stuk duurder. Daar wordt nog over onderhandeld.” (VS)

Het ontbreken van een scholingsbudget kan tot gevolg hebben dat voor herregistratie onvoldoende accreditatiepunten overlegd kunnen worden. Daarnaast zijn nog bijscholingen niet, of uitsluitend voor artsen geaccrediteerd. De registers voor de VS en PA zijn nog niet lang volledig operationeel. Voor PAs geldt daarnaast ook dat door het ontbreken van een BIG nummer, registratie van accreditatiepunten moeizaam is.

“Inderdaad kom ik daar ook het probleem tegen dat de accreditatie alleen maar voor de arts, medisch specialist is, dat men zegt van ja u heeft geen BIG nummer, dus we kunnen dat niet voor u registreren in het GAIA. Het enige wat ik dan wel vaak doe is, dat ik me het formulier wat wij van de beroepsgroep hebben, waar je onderwijs op kan laten invullen, door zo'n organisatie. Dat vindt men dan ook heel ingewikkeld. En dan krijg je al discussie of wij hetzelfde aantal punten krijgen, die er dan voor geaccrediteerd is voor de medisch specialist, dat stagneert. Dat kost heel veel energie om daar iedere keer maar weer achteraan te zitten. Dat is het probleem dat die als zogenaamde B uren worden geregistreerd, die zijn veel minder waard voor de accreditatie, dan de A uren die de medisch specialist krijgt.” (PA)

“Nou is het ook wel zo dat het ziekenhuis bij ons, de kinderartsen, die organiseren ook vaak een mini-symposium en dat zou ook gewoon geaccrediteerd moeten gaan worden. Voor de artsen is het dan wel geaccrediteerd maar voor de verpleegkundig specialisten dan weer niet. (...) Wat mij dan een beetje tegenvalt van dat portfolio is dat je er toch weer niet al te veel aan toe kan voegen. Ik denk dat er ook wel rekening mee gehouden wordt dat het sinds een jaar pas goed loopt.” (VS)

“Vanaf dit jaar begin ik pas met het verzamelen van accreditatie punten, voor de accreditatie van de PA. Dat is nog maar net rond, dat we onszelf kunnen accrediteren.” (PA)

Tijdens de laatste nameting geeft een ruime meerderheid van de VSen/PAs aan voldoende accreditatiepunten voor bij- en nascholing te kunnen overleggen aan het kwaliteitsregister van de beroepsgroep (T0: niet in vragenlijst; VS T1: 79,3%, T2: 85,7%; PA T1: 71,6%, T2: 78,6%). Van de VSen geeft 5,3% en van de PAs 7,1% aan, dat het scholingsaanbod onvoldoende is. *Dit betreft voornamelijk vakinhoudelijke scholing. Vermeld worden: acute zorg, kinder- en jeugdpsychiatrie, kindergeneeskunde, neurologie, psychofarmaca in combinatie met verstandelijke beperking en opiaatbehandeling in verslavingszorg.* Voor 7,1% van de VSen en 9,2% van de PAs is tijdens de 2^e nameting nog geen regeling getroffen over het scholingsbudget.

Werkbelasting

Bij PAs is een toename waar te nemen in het percentage dat verwacht dat de werkdruk zal toenemen door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen (PA T0: 10,0%, T2: 16,5%), bij VSen is geen duidelijke trend waarneembaar (VS T0: 16,1%, T1: 22,0%, T2: 14,9%). *Een VS geeft als aanvulling:*

“Een zelfstandigheid betekent meer verantwoordelijkheid, hetgeen leidt tot een grotere werkdruk.” (VS)

Het grootste gedeelte van de artsen, die samenwerken met VSen verwachten vóór de wetswijziging dat de werkdruk voor hen zal afnemen, na de wetswijziging is dit nog maar de helft (arts VS T0: 73,6%, T2: 47,7%). Artsen samenwerkend met een PA zijn onveranderd van mening dat de werkdruk afneemt (arts PA T0: 77,8%, T2: 75,0%).

Wel wordt meerdere keren door artsen aangegeven dat het aantal complexere patiënten per polibezoek voor hen toeneemt.

Daarnaast is sprake van een minieme toename in de zeer hoge percentages VSen/PAs, die het eens zijn met de stelling: “Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen zal het werk voor mij interessanter worden” (VS T0:89,9%, T2: 91,6%; PA T0: 87,8%, T2:92,8%). *Een VS nuanceert de hoge percentages:*

“Een handeling is slechts een handeling, een "kunstje" dat je deskundig moet uitvoeren. Mijn werk is interessant wanneer ik de angst, onzekerheid van de patiënt de ruimte geef. Effectieve coping stimuleren en de zelfregie helpen behouden.” (VS)

Artsen daarentegen denken steeds meer dat hun werk minder interessant wordt: meer respondenten zijn het (helemaal) eens met de stelling “Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen zal het werk voor mij minder interessant worden” (arts VS T0: 1,8%, T2: 6,8%; arts PA T0: 8,4%, T2:12,6%) en minder respondenten zijn het (helemaal) oneens met de stelling (arts VS T0:84,2%, T2: 77,3%; arts PA T0: 86,1%, T2: 75,0%).

Subjectieve werkbelasting

Het meest (zeer) tevreden zijn VSen en PAs over: de mate waarover ze zorg op maat aan patiënten geven (VS T0: 92,0%, T2: 94,8%; PA T0: 97,8%, T2: 93,9%); de mate van samenwerking tussen VS/PA en de overige medewerkers binnen hun afdeling/instelling (VS T0: 92,0%, T2: 91,7%; PA T0: 92,0%, T2: 92,8%); de mate van respect die ze van patiënten krijgen (VS T0: 97,0%, T2: 88,2%; PA T0: 96,7%, T2: 95,9%) en de mate van samenwerking tussen VS/PA en de artsen binnen de afdeling/instelling (VS T0: 78,0%, T2: 82,9%; PA T0: 87,6%, T2: 89,8%).

Het minst tevreden zijn VSen en PAs over: de hoogte van hun salaris (VS T0: 43,5%, T2: 47,4%; PA T0: 41,4%, T1: 50,0%) (*in ruim de helft van de toelichtingen wordt aangegeven dat het salaris niet meer past bij de verantwoordelijkheden*); en de organisatie en het management van de afdeling/instelling (VS T0: 72,0%, T2: 53,2%; PA T0: 51,7%, T2: 55,1%). *Als reden voor hun ontevredenheid worden de slechte positionering van de beroepsgroep, geen duidelijke visie over de beroepsgroep, slecht op de hoogte zijn van taken en bevoegdheden, zich niet duidelijk uitspreken over bevoegdheden en reorganisaties binnen de instellingen genoemd.*

Zowel VSen als PAs zijn in de nametingen, vergeleken met de nulmeting minder tevreden over de hoeveelheid tijd die ze per patiënt beschikbaar hebben (VS T0: 86,0%, T2: 76,6%); PA T0: 84,3%, T2: 76,3%). *Sommige VSen/PAs geven aan dat dit door de werkdruk veroorzaakt wordt.*

Over de volgende items is het ruime merendeel van de VSen en PAs (zeer) tevreden en zijn geen duidelijke trends, of trends verschillend voor VSen/PAs te zien: de uitrusting en de faciliteiten waarover ze beschikken (afname bij VS T0: 75,0%, T2: 66,6%; toename bij PA T0: 79,8%, T2: 83,5%); de hoeveelheid tijd die ze aan hun privéleven kunnen besteden (geen trends, VS T0: 69,0%, T2: 66,9%; PA T0: 74,2%, T2: 72,4%); de mate waarin het werk ze uitdaagt te laten zien wat ze kunnen (afname bij VS T0: 89,0%, T2: 82,8%; toename bij PA T0: 76,4%, T2: 79,6%); de mate waarin duidelijk is wat collegae van hen verwachten (geen trend bij VS T0: 74,0%, T2: 74,9%; afname bij PA T0: 80,6%, T2: 76,5%); de hoeveelheid tijd die het werk kost (geen trend bij VS T0: 67,0%, T2: 63,2%; toename bij PA T0: 68,5%, T2: 74,5%), en de hoeveelheid supervisie die ze van hun supervisor krijgen (toename bij VS T0: 67,7%, T2: 70,9%; afname bij PA T0: 91,0%, T2: 85,7%). *Bij dit laatste item geven sommige VSen aan dat ze geen supervisie ontvangen.*

Artsen zijn het meest tevreden over de mate van respect die ze van patiënten krijgen (arts VS T0: 88,5%, T2: 94,0%; arts PA T0: 87,1%, T2: 95,7%) en de mate van samenwerking met VSen/PAs binnen de afdeling/instelling (arts VS T0: 92,3%, T2: 91,6%; arts PA T0: 94,6%, T2: 93,5%).

Het minst tevreden zijn artsen over de hoeveelheid tijd die ze voor een patiënt ter beschikking hebben (arts VS T0: 28,8%, T2: 36,5%; arts PA T0: 50,7%, T2: 49,0%). Artsen die samenwerken met VSen zijn daarnaast het minst tevreden over de hoeveelheid tijd die hun werk hen kost (arts VS T0: 36,5%, T2: 42,4%), artsen die samenwerken met PAs over de hoeveelheid tijd die ze aan hun privéleven kunnen besteden (arts PA T0: 43,3%, T2: 42,6%).

De tevredenheid over alle items is voor de artsen, samenwerkend met een VS, gelijk gebleven of toegenomen. De grootste toename is te zien bij de tevredenheid over de mate waarin ze zorg op maat aan patiënten geven (arts VS T0: 65,4%, T2: 84,7%). Bij artsen samenwerkend met een PA is geen duidelijke trend waarneembaar. Het rapportcijfer (mediaan, IQR) waarmee artsen hun tevredenheid over hun werk in zijn algemeenheid uitdrukken blijft onverminderd een 8,0 (arts VS T0: 8,0 (7,0-8,0), T2: 8,0 (7,5-8,0); arts PA T0: 8,0 (7,6-8,5), T2: 8,0 (8,0-9,0)).

Objectieve werkbelasting

De resultaten van de objectieve werkbelasting zijn weergegeven in *Bijlage 6 (Tabellen 24 en 25)*. De omvang van de dienstverbanden (in uren per week) van VSen en de artsen met wie ze samenwerken, is vergeleken met de nulmeting bij de 2^e nameting kleiner geworden (mediaan (IQR) T0: 35,0 (32,0-36,0), T2: 32,0 (32,0-36,0) respectievelijk T0: 40,0 (32,4-48,0), T2: 36,0 (32,0-41,0)), de omvang van de dienstverbanden van PAs en de artsen met wie ze samenwerken, is ongewijzigd gebleven (mediaan (IQR) T0 en T2: 36,0 (32,0-36,0) respectievelijk T0: 40,0 (39,5-50,0), T2: 40,0 (32,0-47,5)). De gewerkte

uren zijn zowel bij VSen als bij PAs (onveranderd) over 4 dagen (mediaan) per week verdeeld evenals bij de artsen (daling t.o.v nulmeting, arts VS T0: 4,5; arts PA T0: 4,0). VSen en PAs zijn meer gaan overwerken. Het percentage dat aangeeft nooit over te werken, is gedaald (VS T0: 11,1% T2: 5,2%; PA; T0: 15,6%, T2: 8,9%). PAs zijn meer structureel gaan overwerken (T0: 37,8%, T2: 48,5%), VSen zijn meer incidenteel gaan overwerken (T0: 48,5%, T2: 56,9%). Het aantal overuren van de VSen (mediaan (IQR)) is toegenomen van 2,5 (1,5-4,3) naar 3,0 (2,0-5,0) en van de PAs van 2,8 (1,0-4,0) naar 4,0 (2,0-6,0). Artsen zijn minder structureel gaan overwerken (arts VS T0: 67,3%, T2: 59,0%; arts PA T0: 67,7%, T2: 62,5%) en meer incidenteel (arts VS T0: 24,5%, T2: 30,0%; arts PA T0: 21,0%, T2: 30,0%). Het percentage artsen samenwerkend met een VS, dat aangeeft nooit over te werken, is nagenoeg onveranderd gebleven (arts VS T0: 8,2%, T2: 9,6%); bij artsen samenwerkend met een PA, is dit percentage gedaald (arts PA T0: 11,3%, T2: 7,5%).

Het aantal patiëntencontacten per week (mediaan (IQR)) van VSen en PAs (VS T0: 28,0 (20,0-40,0), T2: 30,0 (21,0-45,0); PA T0: 50,0 (28,8-02.5), T2: 45,0 (25,0-70,0)) en de duur (mediaan (IQR)) van een patiëntencontact in minuten (VS T0: 23,8 (15,0-43,8), T2: 25,9 (15,0-35,0); PA T0: 15,0 (10,0-20,0), T2: 15,0 (12,0-30,0)) zijn nagenoeg onveranderd gebleven na de wetswijziging. PAs hebben meer patiëntencontacten dan VSen en deze patiëntencontacten duren korter. Gekeken naar de verpleegkundig specialismen is de duur van de patiëntencontacten bij de VS chronische zorg toegenomen in tegenstelling tot de andere specialismen. Patiëntencontacten (mediaan (IQR)) duren nog steeds het langst bij de VS GGZ 45,0 (30,0-45,0) minuten.

Artsen hebben tijdens de 2^e nameting minder patiëntencontacten (mediaan (IQR)) vergeleken met de nulmeting (arts VS T0: 60,0 (30,0-100,0), T2: 45,0 (25,0-100,0)); arts PA T0: 80,0 (40,0-100,0), T2: 70,0 (30,0-100,0)); deze contacten duren langer (arts VS T0: 11,0 (10,0-20,0) T2: 15,0 (10,0-28,8); arts PA T0: 12,0 (10,0-15,0), T2: 15,0 (10,0-20,0)).

In een werkweek wordt in toenemende mate de meeste tijd besteed aan consulten door zowel VSen ((T0: 23,8% (15,0-43,8%), T2: 25,9% (15,0-35,0%)) als door PAs ((T0: 29,3% (5,7-52,0%), T2: 32,9% (9,3-53,5%)), gevolgd door “overige patiënt gebonden activiteiten”, zoals het uitschrijven van recepten, bijwerken medische dossiers, aanvragen en interpreteren van onderzoeken, regelen overplaatsen en opstellen zorg- en behandelplan (VS T2: 12,5% (6,5-20,0%); PA T2: 16,2% (8,0-26,0%)). Er is geen duidelijke verandering in het percentage overleg binnen een werkweek na de wetswijziging waarneembaar. Dit geldt voor zowel niet-patiënt gebonden overleg als overleg over individuele patiënten. Medisch handelen (bijvoorbeeld endoscopieën, puncties, injecties) is slechts een klein onderdeel van de werkweek tijdens de 2^e nameting, namelijk 2,8% (0,0%-7,4%) bij VSen en 5,4% (1,6-17,7%) bij PAs.

Ook artsen besteden de meeste tijd van hun werkweek aan consulten (arts VS T2: 37,5% (19,1-57,1%); arts PA T2: 25,5% (8,7-42,5%)) en overige patiënt gebonden activiteiten (arts VS T2: 8,2% (4,9-14,9%); arts PA T2: 9,7 (4,8-16,9%)). Het percentage overleg over individuele patiënten is na de wetswijziging licht toegenomen (arts VS T0: 5,4% (2,2-9,6%), T2: 5,8% (3,5-12,8%); arts PA T0: 5,3% (2,8-8,6%), T2:

8,0% (4,3-14,3%) evenals het percentage niet patiëntgebonden overleg bij artsen samenwerkend met een PA (arts PA T0: 4,0% (2,1-7,8%), T2: 6,5% (2,6-13,0%). Grootste verandering bij T2 vergeleken met T0 is de daling in het percentage medisch handelen door artsen samenwerkend met een PA, namelijk van 19,2% (2,9-34,8%) naar 4,0% (0,2-18,5%).

Geïnterviewde artsen geven aan dat hun werkdruk door de komst van de VS/PA is afgenomen. De zelfstandige bevoegdheid heeft ook aan dit proces bijgedragen. Daarnaast wordt de zorg anders ingedeeld. De meeste geïnterviewde VSen/PAs ervaren geen hogere werkdruk. Sommigen geven wel aan dat de hoeveelheid werk is toegenomen, maar ervaren dat niet als verhoogde werkdruk. Deze toename wordt niet toegeschreven aan de zelfstandige bevoegdheid. Twee VSen ervaren een emotionele druk, door het dragen van meer verantwoordelijkheid.

“De verantwoordelijkheid is vele male groter en daarmee verhoogt ook de werkdruk. Dus, ja, met iedere stap dat je meer eigen verantwoordelijkheid krijgt, voel je de druk op je schouders toenemen.” (VS)

“Je gaat meer dingen doen, want je hebt nu meer zorgverlening in je praktijk en een nieuw type zorg, dus ook projecten die draaien mede dankzij de verpleegkundig specialist. Als je naar spreekuren gaat kijken, is het karakter van de spreekuren ingrijpend gewijzigd, want ja, ten opzichte van 10 jaar geleden. De hele chronische zorg is eruit en de kleine kwalen zijn er uit. Wat overblijft bij een spreekuur voor mij, zijn complexe zaken. Dat merk je ook, dat dit erg veel vraagt om ieder consult binnen 10 minuten afgerond te krijgen. Dat gaat bijna niet meer lukken en dat is dus waar je rekening meer moet houden dat je nu een selectie krijg. En aan de andere kant geeft het ook niet, want je kunt je ook de vraag stellen: waar wordt je als huisarts voor opgeleid? Je moet ook differentiatie binnen je praktijk hebben, zodat je als huisarts gewoon meer complexe zaken overhoudt.” (arts)

“Het is iets gedoseerder. We kunnen nu van te voren op een rustig moment de poli even doornemen, dus dat is tijd die ik kwijt ben, maar tijdens die poli neemt hij 1, 2, patiënten van mij over, dus dan win ik weer die tijd. Dus eigenlijk is de werkdruk... is afgenomen en ik denk dat ik die kwaliteit kan leveren. Tijd is kwaliteit, he, vaak in de zorg.” (arts)

Op de vraag of artsen een verandering in hun patiëntencontacten zien door de introductie van de VS/PA (uitsluitend tijdens T2 gemeten, *Tabel 11*) antwoordt een minderheid ontkennend (arts VS: 23,9%, arts PA: 23,5%).

De helft van de artsen die samenwerken met een VS (56,8%) en één kwart van de artsen die samenwerken met een PA (28,8%), ziet meer complexe patiënten. Daarnaast geeft één kwart van de artsen aan dat ze overall minder patiënten zien (arts VS: 26,1%; arts PA: 26,9%). Één kwart van de artsen, die samenwerken met een PA, geeft aan dat ze minder medische handelingen verrichten (25,0%).

Ongeveer 1 op de 6 artsen geeft aan dat hun patiëntencontacten langer duren. Slechts een klein aantal van de artsen geeft aan dat ze meer complexe medische handelingen verrichten (arts VS: 12,5%, arts PA: 9,6%). *Als aanvulling geeft 3,4% van de artsen samenwerkend met een VS en 1,9% van de artsen samenwerkend met een PA aan dat ze een deel van de totale patiëntengroep, geselecteerd op basis*

van problematiek, minder zien omdat deze nu gezien wordt door de VS/PA; 2% van de artsen geeft aan dat de VS/PA al in dienst was voor aanvang van hun eigen dienstverband.

Tabel 11: Veranderingen in patiëntencontacten van artsen door de introductie van de VS/PA

	Arts	
	VS	PA
Ziet u een verandering in uw patiëntencontacten door de introductie van de VS/PA? (meerdere antwoorden mogelijk) n (% ja)	T2	T2
Nee	21 (23,9)	7 (13,5)
Ja,		
ik zie meer patiënten	4 (4,5%)	6 (11,5)
ik zie minder patiënten	23 (26,1)	14 (26,9)
ik zie meer complexe patiënten	50 (56,8)	15 (28,8)
ik verricht meer medische handelingen	3 (3,4)	0 (0,0)
ik verricht minder medische handelingen	10 (11,4)	13 (25,0)
ik verricht meer complexe medische handelingen	11 (12,5)	5 (9,6)
mijn patiëntencontacten duren langer	13 (14,8)	7 (13,5)

Autonomie

In de items gerelateerd aan autonomie (*Bijlage 6, Tabel 23*) zijn fluctuaties in de tijd te zien. De volgende trends treden op: het percentage VSen dat het (helemaal) eens is met de stelling: “Ik heb invloed op de omstandigheden (tempo, hoeveelheid) is afgenomen van 47,0% (T0) naar 35,5% (T2); het percentage arts VS dat het (helemaal) eens is met de stelling: “Ik kan begin en eindtijd van mijn werkdag zelf bepalen” is afgenomen van 37,9% (T0) naar 16,3% (T2) en het percentage arts PA dat het (helemaal) eens is met de stelling “Ik kan zelf de volgorde van mijn werk bepalen”, is toegenomen van 34,3% (T0) naar 48,9% (T2).

Aspecten waar VSen, PAs en artsen het meeste autonomie bij voelen, zijn de ruimte in hun werk om zelf beslissingen te kunnen nemen, het zelf bedenken van oplossingen om bepaalde dingen te doen, de vrijheid om te beslissen hoe ze hun werk doen en het niet voortdurend hoeven uit te voeren wat anderen hen opdragen.

AGB-code

Tijdens de nulmeting heeft 2,4% van de VSen en 4,0% van de PAs een eigen AGB-code. Deze percentages zijn toegenomen tot respectievelijk 74,1% en 38,4% tijdens de 2^e nameting. Binnen de verpleegkundig specialismen geven VSen GGZ het meest aan dat ze een eigen AGB-code hebben (95,7%), VSen acute zorg het minst (50,0%).

Tijdens de interviews hebben nog maar enkele geïnterviewde VSen/PAs een eigen AGB-code. De meesten schrijven voor onder een algemene afdelings/instellingscode of gebruiken de code van een arts.

Sommigen zijn niet op de hoogte van het bestaan van een AGB-code. Verschillende verzekeringsmaatschappijen accepteren de AGB-code van een consultatiebureau niet.

“Ik heb geen eigen AGB-code, maar ik gebruik voor mijn recepten de AGB-code, die mijn instelling mij stuurde. Dat is ook een belemmering, inderdaad. Ik heb dat vaker aangevraagd. Maandelijks ongeveer, totdat ik dacht: straks worden ze me zat, dan geven ze me eentje.” (VS)

“Ik heb geen AGB code, dus dat is dan de code van ofwel de praktijk of, en dat verschilt per locatie, ik werk op twee plekken, ofwel van de praktijk ofwel van de huisarts bij wie die patiënt is ingeschreven. Eigenlijk vind ik dat ik een eigen AGB code zou moeten hebben, maar goed.” (VS)

“Dan hebben we een algemene AGB code van de afdeling zelf die door iedereen kan worden gebruikt, die gebruiken ook de arts-assistenten. Die doen het niet op hun eigen code.” (PA)

“Ja, we hebben een AGB-code, maar voor grote maatschappijen op dit moment, Menzis en Achmea, die accepteren niet een AGB-code vanuit het consultatiebureau. Die willen echt een verwijzing van de huisarts. Dus dan krijg je dat de logopedist met een hele stapel verwijzingen langs de huisarts gaat en die zet blind stempels erop. Een andere huisarts zegt, dat ga ik niet doen ik wil elk kind zelf beoordelen. Patiënten van die huisarts moeten wel een afspraak maken, dus je maakt onderling allerlei constructies en afspraken over, zodat ouders daar niet de dupe van zijn, maar het is wel degelijk een grote hobbel waar we tegenaan lopen.” (VS)

Ervaren deskundigheid

De patiënten zijn (zeer) tevreden over de ervaren deskundigheid van de VS en PA (resp. 99,4% en 99,1%). Deze percentages zijn vergelijkbaar met de resultaten uit de nulmeting.

Toegankelijkheid

Uitgedrukt in een rapportcijfer (0-10) waarden de patiënten tijdens de 2^e nameting de ontvangen (be)handeling van de VS met een 9,0 (mediaan, IQR 8,0-10,0) en de behandeling van de PA met een 8,0 (mediaan, IQR 8,0-9,0). Ze gaan een volgende keer waarschijnlijk wel (VS:18,5%, PA: 19,5%) of bescijst wel (VS: 79,0%, PA: 75,0%) naar dezelfde VS/PA. Deze cijfers zijn niet wezenlijk veranderd ten opzichte van de nulmeting en de 1^e nameting. Het aantal patiënten dat liever door een arts dan door de VS/PA geholpen wil worden voor een soortgelijke (be)handeling is nagenoeg gelijk gebleven voor de VS (patiënt VS, T0: 12,3%, T2: 10,8%), en is gedaald voor de PA (patiënt PA, T0: 19,4%, T2: 8,6%) ten opzichte van de nulmeting.

Bekendheid situatie

De patiënten zijn (zeer) tevreden over de manier waarop de VSen en PAs met hen omgingen (resp. 99,4% en 99,2%). Bij de patiënten waar pijnbestrijding is toegepast door de VS en PA wordt dit onderdeel als (zeer) tevreden ervaren (resp. 98,4% en 92,5%). Deze resultaten zijn niet wezenlijk veranderd ten opzichte van de nulmeting (*Bijlage 6, Tabellen 20 a en b*).

Informatie

De patiënten zijn (zeer) tevreden over de duidelijkheid van de uitleg van de VS en PA (resp. 98,7% en 99,2%). De patiënten zijn (zeer) tevreden over de mate waarin de effecten van de behandeling besproken zijn door de VS en PA (resp. 98,6% en 97,4%). Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de nulmeting (*Bijlage 6, Tabellen 20 a en b*).

Gemak

De tevredenheid over de tijd tot een vervolgspraak en de tijd die de VS/PA voor de patiënt heeft is hoog, slechts een enkeling heeft tijdens de 2^{de} nameting aangegeven (zeer) ontevreden te zijn. Dit is vergelijkbaar met de gegevens uit de nulmeting (*Bijlage 6, Tabel 20*).

AHP

Ten aanzien van de AHP data, kan van alle ingevulde vragenlijsten uiteindelijk 82% van de vragenlijsten ingevuld door VSen, 89% van de vragenlijsten ingevuld door PAs en 79% van de vragenlijsten ingevuld door artsen in de analyses worden meegenomen (valide). Van patiënten kan 57% van de vragenlijsten worden meegenomen. Binnen de (hoofd)criteria is verschil waarneembaar in de validiteit van data; voor het bepalen van de prioriteiten van de hoofdcriteria (niveau 1) is 54% valide en van het subcriterium samenwerking (niveau 2) 85%.

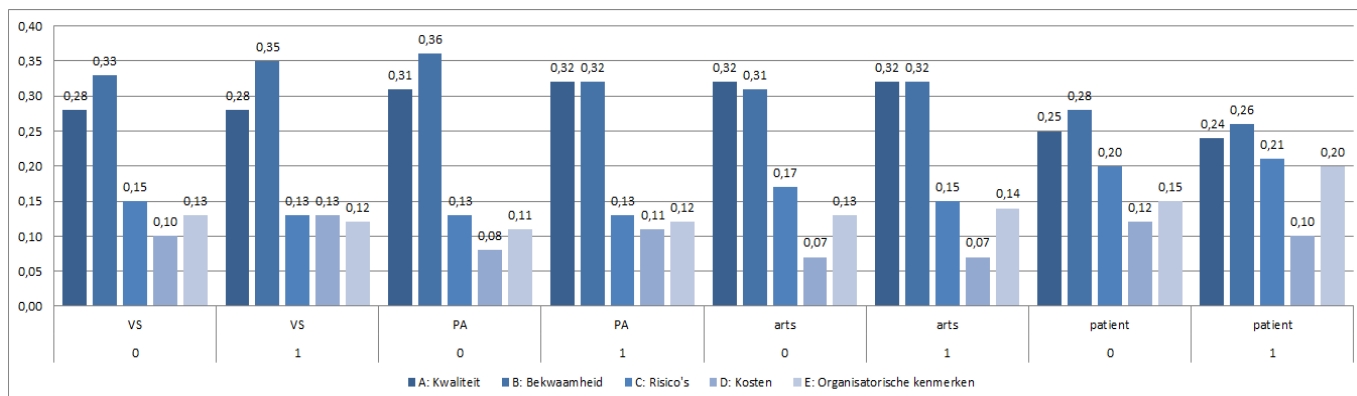
In *Figuur 14* zijn de resultaten van de AHP methode per respondent (VS, PA, arts en patiënt) en per meting (0 en 1) weergegeven. De Y-as geeft de wegingsfactoren weer; opgeteld zijn deze wegingsfactoren 1.

Voor alle resultaten per type respondent geldt dat de rangorde in prioriteiten van de (hoofd)criteria in de verschillende niveaus voor beiden metingen gelijk zijn. Patiënten vullen vaker “geen voorkeur” in, zijn vaker minder uitgesproken in hun voorkeuren (9= zeer veel belangrijker) en verschillen tussen de criteria zijn minder groot dan bij zorgverleners.

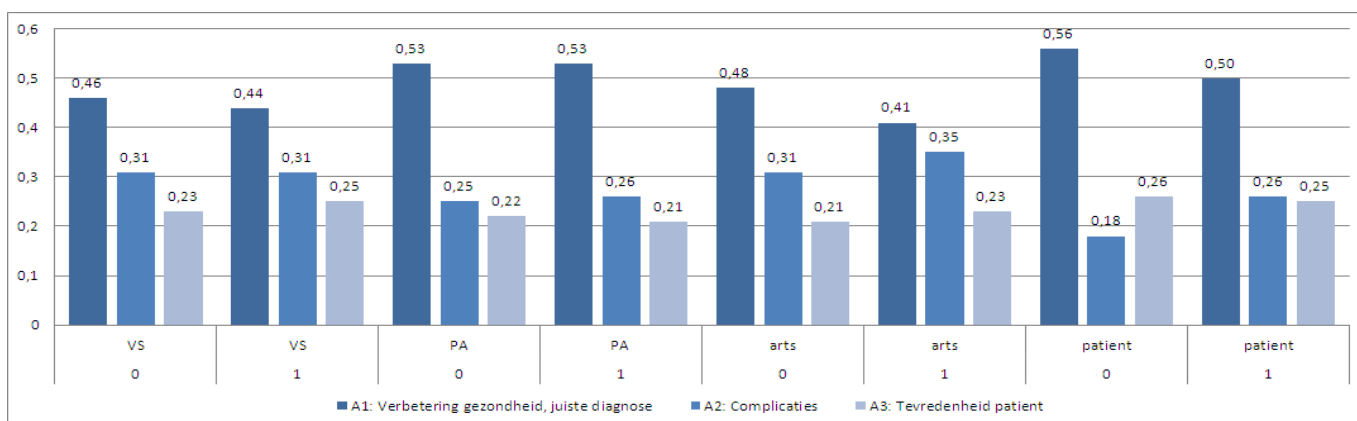
Zowel zorgverleners als patiënten vinden dat bij de beslissing om een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen dan wel te continueren, *Bekwaamheid* en *Kwaliteit* het zwaarst moet meewegen. *Kosten* en *Organisatorische kenmerken* worden als het minst belangrijk gezien. Alle respondenten vinden *Verbetering van de gezondheid, stellen van de juiste diagnose* het belangrijkste onderdeel van *Kwaliteit*. Artsen vinden daarnaast de afwezigheid van *Complicaties* een belangrijk onderdeel van *Kwaliteit*, patiënten vinden dit minder belangrijk. Binnen het criterium *Bekwaamheid* wordt aan *Ervaring* meer belang gehecht dan aan *Opleiding*. Zorgverleners vinden de *Soort handeling* het belangrijkste criterium binnen *Risico's*, bij patiënten is dit de *Soort patiënten*. Bij *Organisatorische kenmerken* is te zien dat er geen

Figuur 14 a t/m h: Resultaten AHP methode

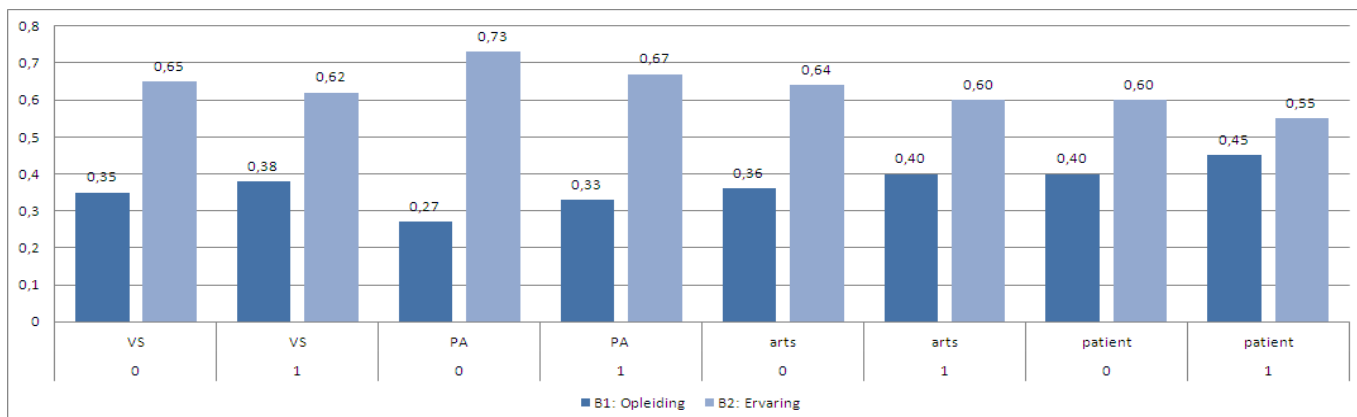
a: Niveau 1



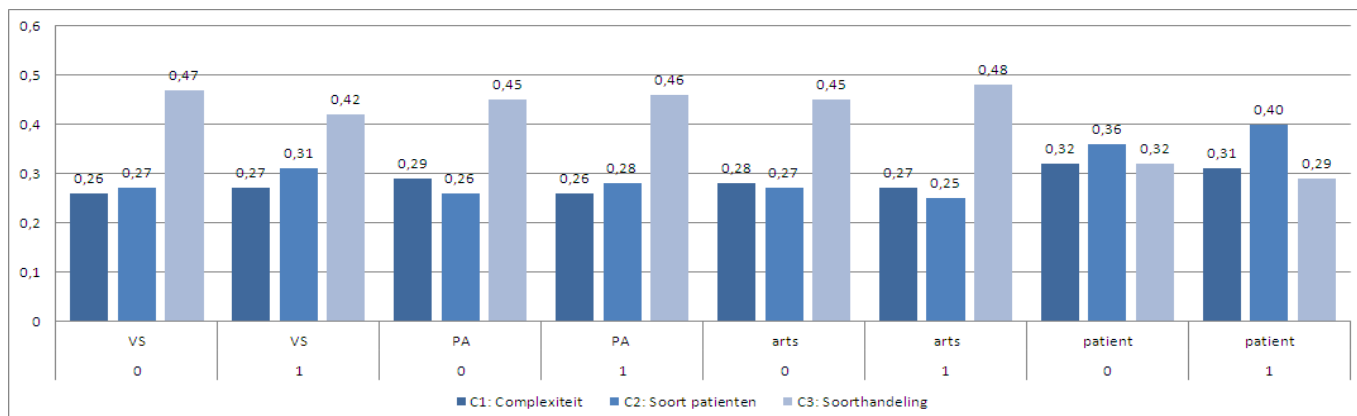
b: Niveau 2 Kwaliteit



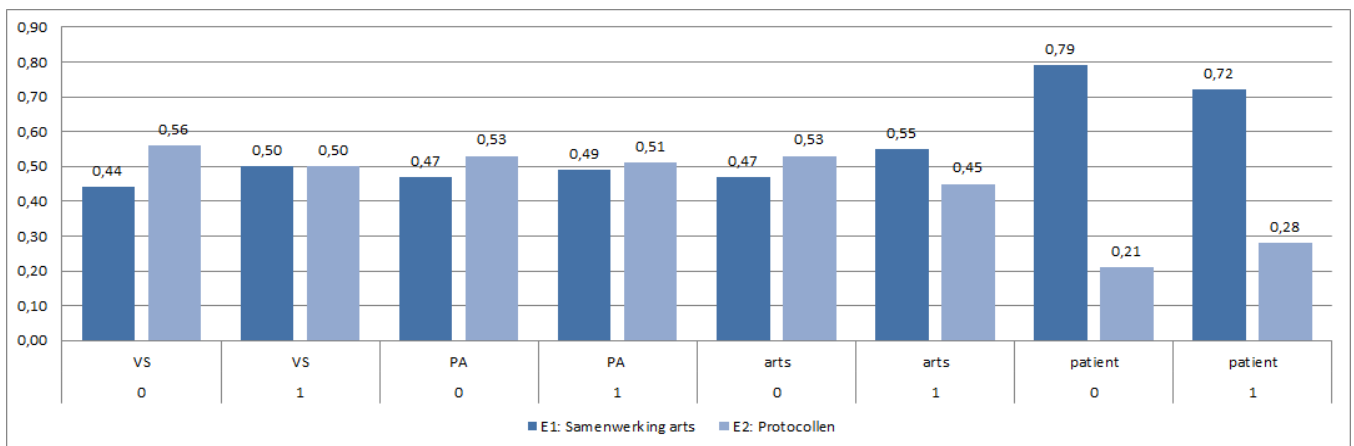
c: Niveau 2 Bekwaamheid



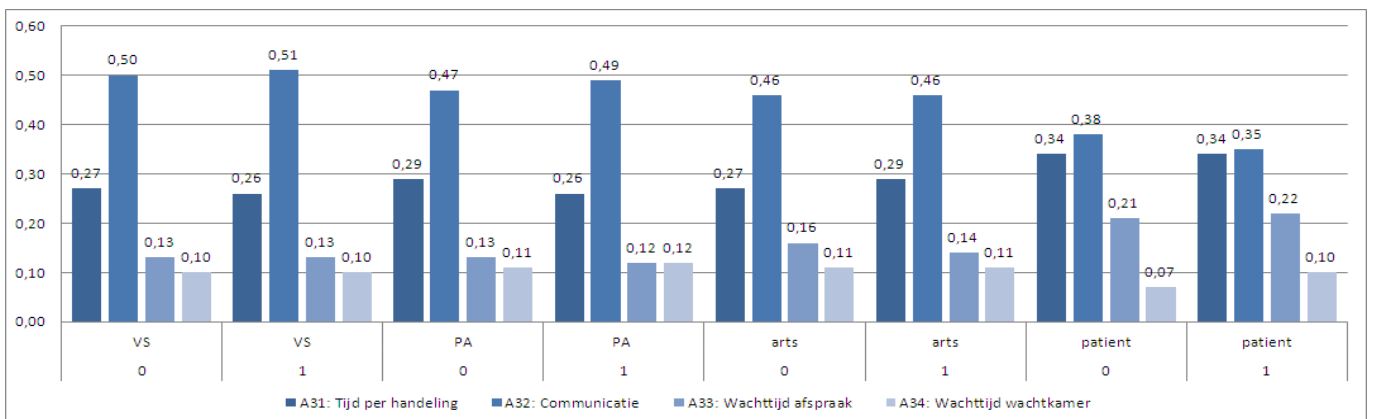
d: Niveau 2 Risico's



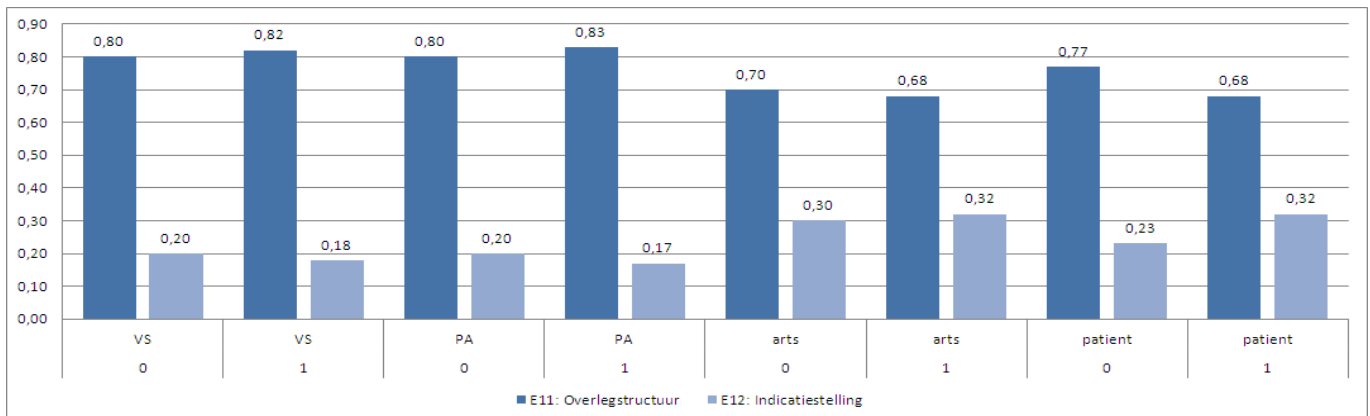
e: Niveau 2 Organisatorische kenmerken



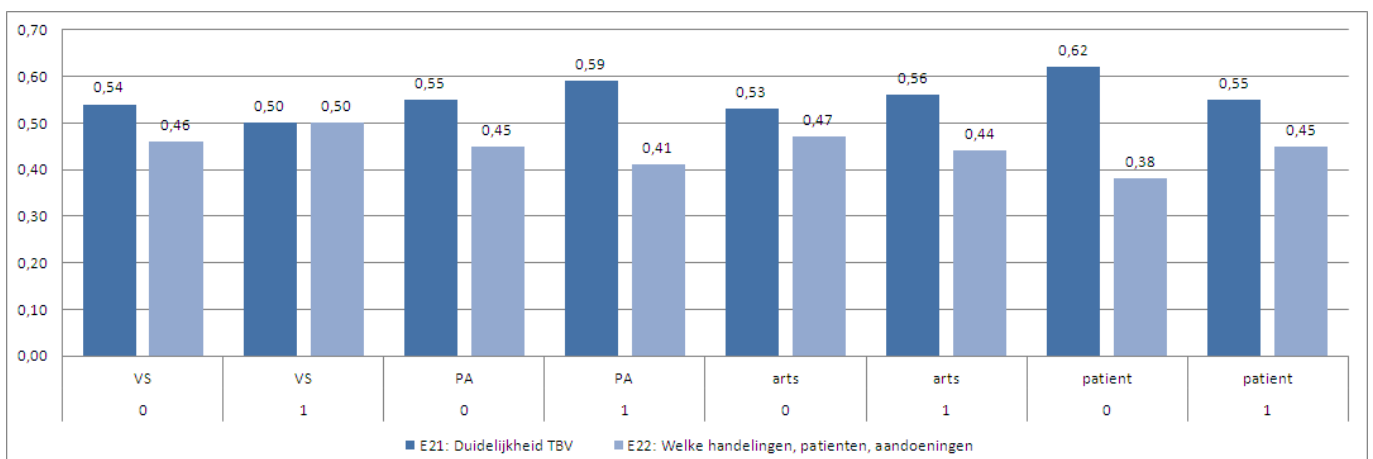
f: Niveau 3 Tevredenheid



g: Niveau 3 Samenwerking



h: Niveau 3 protocollen



duidelijke voorkeur van *Samenwerking met een arts* boven de aanwezigheid van *Protocollen* is. Bij patiënten is dit wel het geval. Als gekeken wordt naar *Tevredenheid* vinden alle respondenten de tevredenheid over de *Communicatie* het belangrijkste criterium. Binnen de *Samenwerking met een arts* is voor alle respondenten niet belangrijk dat de arts de *Indicatie stelt*, maar dat er een *Overlegstructuur* aanwezig is. Patiënten vinden het belangrijk dat in *Protocollen* is vastgelegd *Wie verantwoordelijk voor de behandeling is*.

Juridische consequenties

In de periode januari 2010 tot januari 2015 zijn door de tuchtcolleges 4.369 uitspraken gedaan, die betrekking hebben op de gezondheidszorg. Zoeken binnen deze uitspraken op de termen “verpleegkundig specialist” en/of “nurse practitioner” levert respectievelijk 14 en 38 resultaten op. Van 14 resultaten met betrekking tot de verpleegkundig specialist blijken 9 niet relevant, omdat in de uitspraak sprake is van de combinatie van verpleegkundig en (medisch) specialist. Zoeken op de term “physician assistant” levert 7 resultaten op.

Van de in totaal 50 relevante uitspraken hebben 3 betrekking op klachten direct tegen een VS/NP en geen enkele tegen een PA. In de overige uitspraken zijn de VSen/PAs betrokken in het zorgproces, maar is een andere zorgverlener aangeklaagd. Bij slechts één uitspraak is sprake van een klacht tegen een VS met betrekking tot een voorbehouden handeling, zie onderstaande beschrijving van de case (YG0961) uit 2011:

Een patiënte met slikproblemen wordt gevoed via een neusmaagsonde, die periodiek verwisseld wordt. De nurse practitioner verwisselt de neusmaagsonde, een arts stelt na enkele uren vast dat de sonde verkeerd geplaatst is en verwijdt deze. De nurse practitioner brengt een nieuwe neusmaagsonde in. De gezondheidstoestand van patiënte verslechtert en de patiënte overlijdt. Bij obductie blijkt dat ook de tweede maagneussonde verkeerd is geplaatst. De Inspectie van de Gezondheidszorg klaagt zowel de arts als de nurse practitioner aan. De nurse practitioner wordt o.a. onzorgvuldig handelen verweten, door niet volgens protocol de ligging van de sonde te controleren en geen contact op te nemen met de arts, ondanks de slechte gezondheidstoestand. Deze onderdelen van de klacht worden gegrond verklaard en een waarschuwing wordt opgelegd. De arts wordt o.a. verweten dat hij zich persoonlijk op de hoogte had moeten stellen van de situatie na de verslechtering en patiënte had moeten doorsturen naar het ziekenhuis. Voor deze onderdelen is de klacht gegrond verklaard en is ook hier een waarschuwing opgelegd.

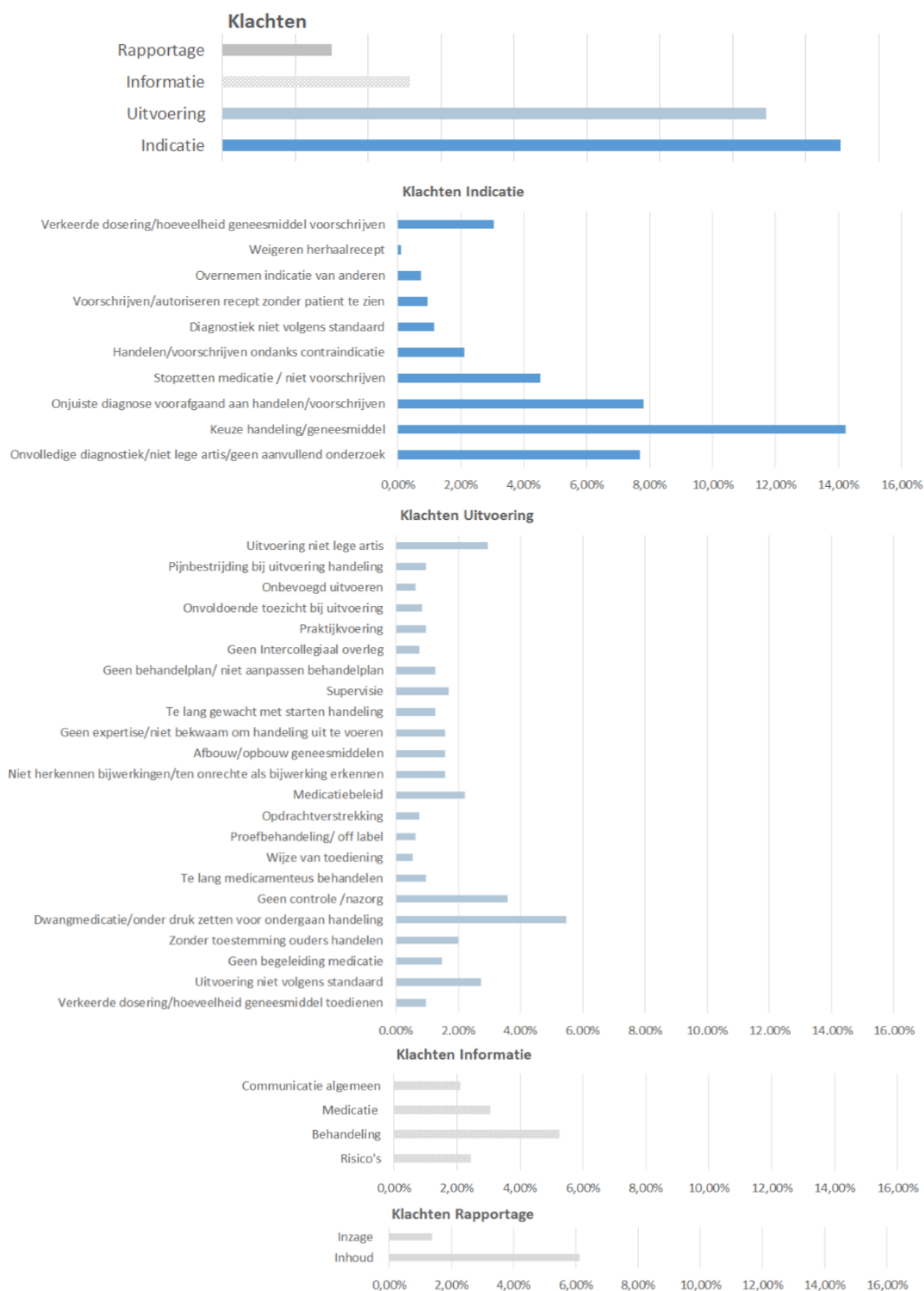
Het aantal uitspraken in de gezondheidszorg (4369) in de periode 2010-2015 is geleidelijk toegenomen van 803 in 2010 tot 970 in 2014. Screening van de samenvattingen van deze uitspraken op de aanwezigheid van voorbehouden handelingen (katheterisatie, cardioversie/defibrillatie, endoscopie, heilkundige handeling, injectie, punctie en voorschrijven) levert 460 uitspraken op. Het percentage uitspraken met voorbehouden handelingen neemt over de periode ook toe, van 6,6% in 2010 tot 14,5% in 2014. Per uitspraak kan over meerdere handelingen geklaagd worden. Drie kwart van alle uitspraken (76%) heeft betrekking op klachten over het voorschrijven van geneesmiddelen, 9% over injecties, 9% over heilkundige handelingen, 6% over katheterisaties, 2% over endoscopieën, 1% over puncties en 1

klacht over cardioversie/defibrillatie. Eén kwart van alle (460) klachten heeft betrekking op de geestelijke gezondheidszorg; 7% van alle klachten zijn gericht tegen verpleegkundigen, de resterende 93% tegen artsen.

Aspecten waarover geklaagd wordt, zijn in te delen in vier overkoepelende groepen: indicatie, uitvoering, informatie en rapportage. Elke groep is vervolgens in te delen in meerdere subgroepen (*Figuur 15*). De hoofdgroep indicatie (het indiceren van de voorbehouden handeling) kent verschillende subgroepen die gerelateerd zijn aan diagnostiek, zoals diagnostiek niet volgens standaard, het stellen van een onjuiste diagnose voorafgaand aan de handeling, onvolledige diagnostiek (met inbegrip van géén aanvullend onderzoek) of diagnostiek die niet lege artis is verricht. Deze aspecten hebben alle betrekking op het voorschrijven van geneesmiddelen, maar ook op de technische voorbehouden handelingen. Dit geldt ook voor de subgroepen: overnemen van een indicatie van anderen, handelen/voorschrijven ondanks contra-indicatie en de (verkeerde) keuze voor een bepaalde handeling of geneesmiddel dan wel het niet kiezen voor een alternatief. Daarnaast zijn subgroepen te onderscheiden die alleen betrekking hebben op het voorschrijven van geneesmiddelen: het voorschrijven van een verkeerde dosering/hoeveelheid, weigeren van een herhaalrecept, voorschrijven/autoriseren recept zonder patiënt te zien, het wel of niet stopzetten/starten van medicatie. De hoofdgroep uitvoering kent een brede opsplitsing: uitvoering niet lege artis, de mate van pijnbestrijding, het onbevoegd uitvoeren van een handeling, onvoldoende toezicht bieden bij de uitvoering, onvoldoende praktijkvoering, wet niet uitvoeren van een intercollegiaal overleg, geen behandelplan opstellen/aanpassen, uitvoering onder supervisie, te lang wachten met het starten van de handeling, geen expertise hebben/ niet bekwaam zijn om de handeling uit te voeren. Afbouw/opbouw medicatie, niet herkennen van/het onterecht toeschrijven aan bijwerkingen, medicatiebeleid, opdrachtverstrekking, proefbehandeling/off label, de wijze van toediening van een geneesmiddel, te lang medicamenteus behandelen, geen controle tijdens de zorg/geen nazorg, dwangmedicatie, onder druk zetten een bepaalde handeling te ondergaan, zonder toestemming van ouders (minderjarige kinderen) overgaan tot een handeling, geen begeleiding bij het gebruik van medicatie, uitvoering niet volgens standaard en de verkeerde dosering/hoeveelheid toedienen van een geneesmiddel.

Klachten in de hoofdgroep informatie hebben betrekking op medicatie (zoals bijwerkingen), de behandeling en de risico's van een behandeling. Daarnaast is ook de subgroep communicatie opgenomen waarin ongespecificeerde klachten over de communicatie zijn opgenomen. De hoofdgroep rapportage is tweeledig: de inhoud en het weigeren/ ten onrechte toestaan van inzage aan patiënt of derden.

Figuur 15: Verdeling klachten met betrekking tot voorbehouden handelingen



Per uitspraak is nagegaan in welke subgroepen de klacht is in te delen, waarbij meerdere groepen mogelijk zijn. De verdeling van de klachten in (hoofd)groepen is weergegeven in *Figuur 15*. Bijna de helft van alle klachten (42%) heeft betrekking op de indicatiestelling, 37% op de uitvoering, 13% op de informatie en 7% op de rapportage. Binnen de indicatie gaan de meeste klachten (17%) over de diagnostiek (8% onvolledige diagnostiek, 8% onjuiste diagnose voorafgaand aan handelen, diagnostiek niet volgens standaard 1%). Daarnaast wordt geklaagd over de keuze voor een bepaalde handeling/geneesmiddel, namelijk 14%. Bij de uitvoering zijn de klachten gelijkelijk verdeeld over de verschillende groepen, met de hoogste percentages voor dwangmedicatie/onder druk zetten voor ondergaan behandeling (5%) en geen controle/nazorg (4%). Binnen de groep informatie wordt met name geklaagd over de informatie over de behandeling (5%); binnen de groep rapportage over de inhoud van het rapport (5%).

3.5.2. Doelmatigheid

Tijdsbesteding per handeling

In *Tabel 12* is de duur van een verrichte handeling inclusief overlegtijd en/of verwerkingstijd van een opdracht door een VS/PA en de duur van een gedelegeerde handeling (arts delegeert handeling na indicatiestelling arts, of VS/PA overlegt met arts na indicatiestelling VS/PA) in minuten weergegeven. Tevens is voor de VS/PA de gewogen gemiddelde duur in cursief lettertype weergegeven.

De tijd om een katheterisatie te verrichten (inclusief overlegtijd en verwerkingstijd van een opdracht) is na de wetswijziging, voor zowel de PA als de VS, statistisch significant afgenomen, net als de tijd voor PAs om een injectie te verrichten. Daarnaast zijn (niet significante) afnames in gemiddelde duur te zien van heelkundige handelingen en puncties verricht door een VS en van heelkundige handelingen en voorschrijven van UR-geneesmiddelen door een PA. Samengenomen resulteert dit in een statistisch significante afname van de duur over alle voorbehouden handelingen verricht door de VS of PA. Bij artsen is juist een statistisch significante toename te zien in de contactduur (tijd om opdracht te verstrekken aan de VS/PA, of overlegtijd als VS/PA zelf de indicatie heeft gesteld) over alle voorbehouden handelingen. Voor de arts PA is de toename statistisch significant voor alle onderzochte voorbehouden handelingen, voor de VS ook, behalve voor heelkundige handelingen (wel een toename) en voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

Tijdens alle metingen wordt volgens nagenoeg alle VSen en PAs de zorg voor bepaalde patiënten efficiënter door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen (VS T2: 96,4%; PA T2: 94,8%) (*Bijlage 6, Tabel 23*). *Citaat VS:*

“Ik hoef niet steeds een arts te zoeken!” (VS)

Dit wordt evenzo door de artsen onveranderd ervaren (arts VS T2: 80,4%, arts PA T2: 89,9%).

Tabel 12: Gemiddelde (sd) duur (gewogen gemiddelde duur) in minuten voor het verrichten/delegeren van een voorbehouden handeling, inclusief overlegtijd, tijd voor opdrachtverstrekking/verwerking (*: $MW < 0,05$)

Voorbehouden handeling	VS		PA		Arts VS		Arts PA	
	T0	T2	T0	T2	T0	T2	T0	T2
Duur (min)								
Alle voorbehouden handelingen	9,9 (8,2) 9,9	8,6 (7,4)* 8,6	8,8 (9,1) 8,8	7,4 (7,9)* 7,4	3,8 (4,3)	5,9 (5,7)*	3,5 (10,0)	6,6 (8,7)*
Katheterisaties	13,4 (8,0) 13,4	9,2 (7,0)* 8,9	10,3 (7,6) 10,3	7,2 (7,2)* 7,3	3,3 (3,8)	8,2 (8,1)*	3,2 (9,2)	7,9 (10,1)*
Heelkundige handelingen	16,0 (10,7) 15,9	13,6 (8,9) 12,3	16,0 (14,1) 16,0	13,9 (9,9) 13,8	4,6 (5,8)	6,9 (6,5)	6,4 (17,7)	10,5 (10,7)*
Injecties	7,8 (6,2)	7,4 (6,1)	7,3 (5,6)	5,6 (5,3)*	2,6 (3,2)	7,1 (6,0)*	2,6 (3,9)	7,3 (7,0)*
Puncties	13,5 (7,8) 13,5	13,0 (10,3) 12,6	11,1 (7,0) 11,1	11,0 (11,0) 11,2	3,9 (4,4)	10,5 (5,0)*	2,5 (4,1)	9,2 (7,5)*
Voorschrijven	7,2 (6,1)	7,2 (5,6)	4,3 (3,9)	3,5 (2,5)	4,1 (3,7)	4,1 (3,7)	2,2 (3,5)	3,6 (2,7)*

3.6 Wetswijziging

Na de wetswijziging wordt een functionele zelfstandigheid door minder VSen en PAs voldoende geacht dan vóór de wetswijziging (VS T0: 54,5%, T2: 43,9%; PA: T0: 73,1%, T2: 65,6%). *Citaat van een VS uit de vragenlijst:*

“Functionele zelfstandigheid maakt nog niet bekwaam, dus indien niet bekwaam geen voorbehouden handelingen.” (VS)

Deze trends zijn ook te zien bij de artsen, die samenwerken met VSen/PAs (arts VS T0: 63,1, T2: 54,5%) en (arts PA T0: 80,3%, T2: 59,2%). *Citaat uit de vragenlijst:*

“Niet iedere handeling op zich hoeft onder toezicht te gebeuren” (arts)

De aanpassing van de Wet BIG ten aanzien van de voorbehouden handelingen wordt in alle metingen onveranderd als een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving gezien (VS T2: 94,0%; PA T2: 95,7%) en sluit volgens VSen (T2: 79,9%), PAs (T2: 72,2%) en de artsen (arts VS T2: 73,8%, arts PA: 70,8%) goed aan bij de praktijk. *Een VS plaatst de volgende kanttekening:*

“Artsen kunnen nog veel te vaak bevoegdheden voor hun beroepsgroep reserveren. Competenties van de VS worden niet ten volle benut. Dat is erg jammer, omdat na de opleiding bepaalde competenties daardoor weer verloren gaan.” (VS)

Ondanks een afname, blijft het merendeel van de artsen die samenwerken met PAs de wetswijziging als een verbetering zien ten opzichte van eerdere regelgeving (arts VS T0: 72,1, T2: 78,85; arts PA T0: 85,7%, T2:70,9%).

Vergeleken met de nulmeting is een daling waar te nemen in het percentage PAs dat de lijst van beschreven voorbehouden handelingen in de aanpassing van de Wet BIG niet toereikend vindt voor de werksituatie. Toch vindt tijdens de laatste meting nog steeds ongeveer 20% van de PAs de lijst niet toereikend (PA T0: 31,8 %, T1: 19,0%, T2: 21,6%). Bij de VSen is dit percentage lager, namelijk ongeveer 10% (VS T0:17,7%, T1: 16,5%. T2: 9,5%). Bij artsen zijn deze verhoudingen: arts VS T0: 29,7%, T2:7,2%; arts PA T0: 37,3%; T2:15,2%. *In de vragenlijsten wordt het gemis van ascitesdrainage, het schouwen, radiotherapeutisch handelen en het toedienen van anesthesie aangehaald. Daarnaast geeft een arts aan dat het complexiteitscriterium van werken in de thorax kan vervallen. Ook in de interviews komen deze handelingen terug:*

“Volgens de letteren der wet mag ik geen thorax foto’s aanvragen, mag je geen ICT-scans aanvragen, mag ik niks met straling aanvragen. Dat is niet te vatten in die voorbehouden handelingen. Want dat heeft weer te maken met de straling. Daar is een aparte wetgeving voor.... Het dagelijkse werk van een PA wordt dus belemmerd, omdat er op dit moment geen voorbehouden handeling is geformuleerd rondom het aanvragen van stralingsbehoefte onderzoeken.” (PA)

De beschreven lijst van voorbehouden handelingen zal regelmatig opnieuw geëvalueerd moeten worden of deze nog correspondeert met de dagelijkse praktijk.

“Nee, hij is nog niet volledig. Het is ook heel lastig: wanneer ben je nu volledig? Het kan best zijn dat er nu handelingen opstaan waarvan je denkt, die hadden er eigenlijk niet bij moeten staan, omdat het toch blijkt in de praktijk dat het weinig voorkomt. Ik kan me ook voorstellen dat er nog veel handelingen gaan bijkomen, omdat men toch in de praktijk steeds vaker die handeling toebedeeld krijgt dan wat nog niet landelijk bekend was. Dus het is lastig om te zeggen dat je een volledige lijst hebt, ik denk dat je dat nooit hebt. Maar ik denk dat je nu nog in een stadium zit waarbij er nog wel wat behoorlijke fluctuaties in kunnen gaan ontstaan. En dat zou zich door de tijd heen meer uitbreiden en dan heeft men op een gegeven moment het profiel te pakken.....En dit is een voorbeeld, maar zo kunnen er natuurlijk nog heel veel voorbeelden naar voren komen, dat toch iemand zegt in mijn regio komt het wel vaak voor dat ik deze handelingen uitvoer en als je dan verder gaat doorvragen, dan blijkt het in meer regio’s te zijn. Dan is het zaak dat die voorbehouden handeling, als die nog niet in de AMvB is opgenomen dat die wel aangemeld moet worden voor de volgende keer als er een wijziging gaat optreden dat die wel wordt toegevoegd. Dus het is gewoon lastig om een goed overzicht te krijgen en ook de goeie mensen te vinden die overstijgend beeld hebben van wat hun vakgenoten binnen dat specialisme doen. Het gevaar bestaat dat men dat vanuit hun eigen persoon denkt of vanuit hun eigen lokale situatie. In mijn instelling doen we het altijd zo dus dat is gangbaar. Terwijl het maar de vraag is of dat zo is. Dat heeft gewoon tijd nodig om de goeie mensen bij elkaar te halen en ervoor te zorgen dat al die signalen centraal verzameld worden. Dat we dan een beeld gaan krijgen van dit is wel duidelijk een trend, dat deze vraag veel voorkomt, dan is dat zeker een punt van aandacht.” (stakeholder)

3.7 Samenvatting resultaten

In *Tabel 13* wordt een samenvatting van alle resultaten gegeven door de richtingen van verandering in een hiermee overeenkomend symbool uit te drukken.

Tabel 13: Samenvatting van de resultaten (*significante verschil tussen T0 en T2)

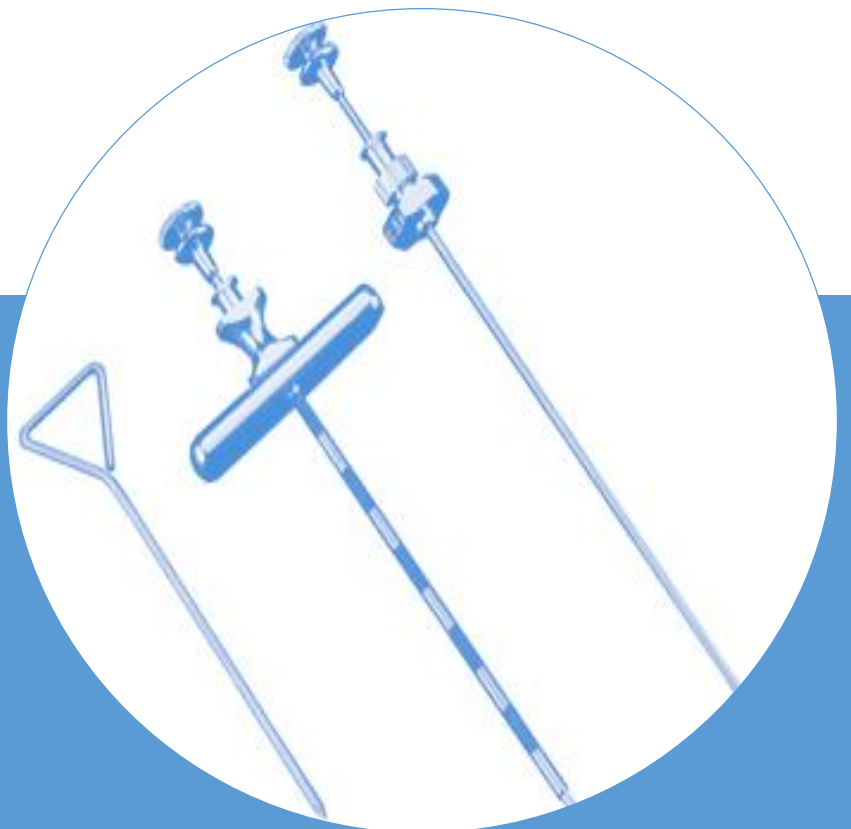
Effectiviteit en doelmatigheid							
		Alle v.h.	Katheterisaties	Heelkundige handelingen	Injecties	Puncties	Voorschrijven
VS	Percentage VSen dat v.h. uitvoert	↑*	↑*	↑*	=	=	↑*
	Gemiddeld aantal verrichte v.h./maand	=	↑	↑	↑	=/↓	=
	Percentage uitgevoerde v.h. op indicatie VS	↑*	↑	↑*	↑	↑	↑*
	Percentage uitgevoerde v.h., op indicatie VS, zonder overleg met arts	↑*	↑	↑*	↑	↑	↑*
	Percentage door VS gedelegeerde v.h., op indicatie VS, zonder overleg met arts	↑*	↑*	↑*	↑*	↑*	↑*
	Duur van v.h. inclusief overleg/opdrachtverwerking in minuten	↓*	↓*	↓	=/↓	↓	=
	Gemiddeld aantal contactmomenten VS-arts over v.h./maand	↓*	↓	=	=	↓*	↓*
	Percentage opdracht verstrekkingen door arts binnen contactmomenten over v.h.	↓*	=	↓*	↓*	↓*	↓
	Percentage overleg VS-arts binnen contactmomenten over v.h.	↑	=	↑	↑	↑	↑
	Duur van contactmoment VS-arts	↑*	↑*	↑	↑*	↑*	=
PA	Percentage PAs dat v.h. uitvoert	↑*	=	↑*	=	↑	↑*
	Gemiddeld aantal verrichte v.h./maand	↑	↑	↑*	↑*	↑*	=
	Percentage uitgevoerde v.h. op indicatie PA	=	=	=	↑	=	=
	Percentage uitgevoerde v.h., op indicatie PA, zonder overleg met arts	↑*	↑*	↑*	↑	=	↑*
	Percentage door PA gedelegeerde v.h., op indicatie PA, zonder overleg met arts	↑*	↑*	↑*	↑*	↑*	↑*
	Duur van v.h. inclusief overleg/opdrachtverwerking in minuten	↓*	↓*	↓	↓*	=	↓
	Gemiddeld aantal contactmomenten PA-arts over v.h./maand	↓*	↓	↓	↑	↓*	↓
	Percentage opdracht verstrekkingen door arts binnen contactmomenten over v.h.	=	=/↑	=/↓	=/↓	=/↓	=
	Percentage overleg PA-arts binnen contactmomenten over v.h.	=	=/↓	=/↑	=/↑	=/↑	=
	Duur van contactmoment PA-arts	↑*	↑*	↑*	↑*	↑*	↑*

Tabel 13 vervolg

Contextuele aspecten			
		VS	PA
	Implementatie zelfstandige bevoegdheid	+	+
	VS GGZ	-/+	nvt
	VS preventieve zorg JGZ	-	nvt
← Belang volgens AHP → + .	Bekwaamheid	+	+
	Vaststellen bekwaamheid	+	+
	Kennis	+	+
	Scholingsbudget	-/+	-/+
	Accreditatie punten	-/+	-/+
	Kwaliteit		
	Behandelsucces	+	+
	Therapietrouw	+	+
	Informatieverstrekking over voorgeschreven geneesmiddelen	-/+	-
	Veiligheid	+	+
	Werkbelasting VS/PA	+	+
	Salaris VS/PA	-/+	-/+
	Autonomie	+	+
	Ervaren deskundigheid	+	+
	Toegankelijkheid	+	+
	Bekendheid situatie	+	+
	Informatie	+	+
	Gemak	+	+
	Patiënt tevredenheid	+	+
	Risico's		
	Patiëntenpopulatie	+	+
	Specifieke geneesmiddelen	-/+	-/+
	Specifieke voorbehouden handelingen	-/+	-/+
	Juridische consequenties	+	+
	Stellen van diagnose (door alle zorgverleners)	-/+	-/+
	Organisatorische kenmerken		
	Overleg	+	+
	Handelen volgens richtlijnen		
	Werkinstructies	+	+
	Vastlegging samenwerkingsafspraken	-/+	-/+
	Persoonlijke regels m.b.t. voorbehouden handelingen	-	-
	Samenwerking	+	+
	Draagvlak	+	+
	Hogere managementlagen, artsen die niet direct met VSen/PAs samenwerken, externe stakeholders	-/+	-/+
	Positionering	-/+	-/+
	Dossiervorming	+	+
	Bekostiging		
	Inzicht registratie en declaratieverkeer	-	-
	Wetswijziging	+	+
	Reikwijdte	-/+	-/+

↑	toename
↓	afname
=	geen verandering
+	voldoende tot goed
-/+	aandachtspunt
-	onvoldoende
nvt	niet van toepassing

Conclusies en discussie



4 Conclusies en discussie

In dit rapport is verslag gedaan van de impact van de wetswijziging in de Wet BIG, waardoor VSen en PAs een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid hebben gekregen voor het uitvoeren van katheterisaties, electieve cardioversies/defibrillaties, endoscopieën, heelkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

Het evaluatieonderzoek heeft in twee fases plaatsgevonden: de eerste fase, de nulmeting van het onderzoek, is gestart in maart 2011 en is geëindigd met het in werking treden van de AMvBs per 1 januari 2012. Aan de nulmeting hebben in totaal 1.144 respondenten deelgenomen. De tweede fase heeft plaatsgevonden van januari 2012 tot juli 2015. In deze fase hebben de 1^e nameting (medio 2013, 890 respondenten), de 2^e en tevens laatste nameting (eind 2014, 1.200 respondenten), vijf focusgroep interviews en 102 interviews met casestudies, stakeholders en patiënten plaatsgevonden.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen, die centraal staan, luiden: in hoeverre is het effectief en/of doelmatig om een wettelijke zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan VSen en PAs met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen en, indien er sprake is van effectiviteit en doelmatigheid, voor welke voorbehouden handelingen geldt dit? De onderzoeksvragen van dit evaluatieonderzoek richten zich dus nadrukkelijk op het bepalen van effectiviteit en doelmatigheid van de *wetswijziging* en *niet* op *taakherschikking* in zijn algemeenheid. Ook is het niet de insteek van dit onderzoek om een directe vergelijking te maken tussen de beroepsgroepen van VSen en PAs.

Hoofdconclusies

Het onderzoek maakt duidelijk dat de ingevoerde wetswijziging voor een deel van de VSen en PAs een legalisering is van werkwijzen in de dagelijkse praktijk en voor anderen perspectief heeft geboden hun functie verder te ontwikkelen. De mogelijkheden die de wetswijziging heeft geschapen om katheterisaties, heelkundige handelingen, injecties en puncties te kunnen indiceren, uitvoeren en delegeren en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen te kunnen indiceren en uitvoeren, zijn door VSen en PAs in hoge mate benut, waardoor de maatregel effectief is gebleken. Endoscopieën en electieve cardioversies/defibrillaties worden reeds in de praktijk uitgevoerd, maar nog niet in dezelfde omvang als bovengenoemde voorbehouden handelingen om op basis van dit onderzoek hieraan conclusies te verbinden. Zorgprocessen met voorbehouden handelingen zijn efficiënter ingericht en de zorg wordt door de hier toe geschikte professional uitgevoerd, hetgeen indicatoren zijn voor doelmatige zorg. Kostenbepaling in het kader van doelmatigheid is niet mogelijk, omdat ten tijde van het onderzoek de kostenregistratie

en het declaratieverkeer voor VSen en PAs niet inzichtelijk waren. Uit het onderzoek is verder gebleken dat aan alle in de wet vastgelegde randvoorwaarden is voldaan en geen negatieve bijeffecten zijn opgetreden als gevolg van de wetswijziging.

Effectiviteit van de wetswijziging

Vóór de wetswijziging worden voorbehouden handelingen door de meerderheid van de VSen en PAs verricht, met grote frequentie alsook veelal op eigen indicatie. Na de wetswijziging zijn de percentages VSen en PAs die voorbehouden handelingen uitvoeren en de zelfstandigheid hierbij nog verder toegenomen voor de meeste voorbehouden handelingen. Drie kwart van de onderzochte voorbehouden handelingen wordt nu door de VS/PA zelfstandig uitgevoerd. Over één kwart van de zelfstandig uitgevoerde handelingen is nog overleg nodig met een arts. Ten aanzien van electieve cardioversies/defibrillaties en endoscopieën zijn door de geringe respons bij deze voorbehouden handelingen, geen betrouwbare resultaten verkregen. Vóór de wetswijziging wordt slechts een klein percentage van de voorbehouden handelingen door de VS/PA gedelegeerd naar andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen, arts-assistenten of doktersassistenten. Na de wetswijziging wordt ruim één tiende van alle voorbehouden handelingen gedelegeerd. Het voorschrijven van geneesmiddelen wordt slechts sporadisch (aan arts assistenten) gedelegeerd. Tijdens de nulmeting is geen sprake is van een nulstand, waardoor de effecten in werkelijkheid groter zullen zijn.

Het overgrote deel van de VSen en PAs voert na de wetswijziging voorbehouden handelingen zelfstandig uit. Toch is de zelfstandige bevoegdheid nog niet overal volledig doorgevoerd. Als belangrijkste reden hiervoor wordt terughoudendheid van artsen of de medische raad binnen de organisatie gegeven. Bij de VSen blijft de implementatie vooral achter bij de VS GGZ en VS preventieve zorg binnen de jeugdgezondheidszorg. Voor bepaalde groepen geneesmiddelen is ook een terughoudendheid in de zelfstandige bevoegdheid van de VSen/PAs waar te nemen, zoals voor geneesmiddelen die aangrijpen op het bloed en bloedvormende organen, op het hartvaatstelsel (met name antithrombotica en middelen bij anemie), oncolytica en immunomodulantia, immunosuppressiva en psycholeptica. Deze terughoudendheid geldt ook voor lumbaalpuncties en in mindere mate voor pleurapuncties, bipteren/excideren en handelingen met betrekking tot pacemakers/ICD's.

Een zelfstandige bevoegdheid zou naast de beschreven voorbehouden handelingen in sommige gevallen ook wenselijk zijn voor schouwen, radiotherapeutisch handelen en het toedienen van anesthesie. Het lijkt niet aannemelijk dat de waargenomen effecten uitsluitend aan de wetswijziging zijn toe te schrijven. Zo wijst de toename van het aantal VSen/PAs dat voorbehouden handelingen uitvoert in de richting van een verdere groei van taakherschikking in zijn algemeenheid.

Doelmatigheid van de wetswijziging

De tijd die VSen en PAs voor het uitvoeren van een handeling nodig hebben, inclusief overlegtijd of tijd om een opdracht van een arts te verwerken, is voor bijna alle voorbehouden handelingen afgenomen na de wetswijziging. Dit zou het gevolg kunnen zijn van een leerproces, maar het aantal jaren ervaring in de functie is in de groepen in voor- en nametingen nagenoeg onveranderd. Deze tijdswinst lijkt meer het gevolg van het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten, hetgeen bevestigd wordt door een afname van het aantal contactmomenten per maand over voorbehouden handelingen tussen artsen en VSen/PAs en de eerder benoemde toename van de zelfstandige bevoegdheid. Vóór de wetswijziging bestaan de contactmomenten voornamelijk uit opdrachtverstrekkingen tot het uitvoeren van een voorbehouden handeling door de arts, na de wetswijziging voornamelijk uit overlegmomenten na indicatiestelling door de VS/PA. De gemiddelde duur van deze contacten is toegenomen voor bijna alle voorbehouden handelingen. Dit kan het gevolg zijn van groeiende taakherschikking in zijn algemeenheid, één kwart van de artsen ziet namelijk een kleiner aantal patiënten, alsook relatief meer patiënten met complexe problematiek. Opdrachtverstrekking aan een VS/PA om een voorbehouden handeling uit te voeren, vereist dan meer uitleg. Daarnaast behandelt de VS/PA de meeste patiënten zelfstandig en overlegt alleen bij twijfel, vanuit VS/PA perspectief over complexe situaties, hetgeen ook resulteert in een langere overlegtijd. Een andere indicator voor een doelmatige zorg is de toename van het aantal delegaties van laagcomplexe handelingen van VSen/PAs naar vaak goedkopere andere zorgverleners. Vanwege de groeiende taakherschikking is voor het bepalen van kosten in het kader van doelmatigheid, het koppelen van tijdsbestedingen aan salariskosten niet afdoende en is inzicht in patiëntenstromen en verrichtingen op macro niveau noodzakelijk. In dit onderzoek is gebleken dat (nog) niet adequaat wordt geregistreerd welke professional welke verrichtingen daadwerkelijk uitvoert. Deze constatering is bevestigd in een onderzoek naar Taakherschikking & kostprijzen. [62].

Contextanalyse

Het door patiënten en zorgverleners toegekende relatieve belang van de randvoorwaarden waarin de zorg wordt geleverd (i.e. effectiviteit van het zorgproces, inzet van beroepsbeoefenaren, patiëntgerichtheid van zorg), is bepalend geweest voor de volgorde waarin de resultaten uit de contextanalyse zijn gepresenteerd.

Belangrijkste randvoorwaarde voor het zelfstandig kunnen uitvoeren van voorbehouden handelingen is dat de VS/PA hiertoe bekwaam is. VSen/PAs zijn zich bewust van de grenzen van hun bekwaamheid. Bekwaamheid wordt door VSen en PAs voornamelijk bepaald op grond van de concrete situatie, de combinatie van de individuele patiënt en de specifieke handeling. Artsen laten na de wetswijziging het bepalen van de bekwaamheid steeds meer over aan de VSen/PAs. Daarnaast is een lichte tendens waar

te nemen naar het opstellen van bekwaamheidsverklaringen en het periodiek toetsen van de bekwaamheid. Het niet hebben van een eigen toereikend scholingsbudget is soms een knelpunt voor het op peil houden van kennis en dus bekwaamheid, waardoor onvoldoende accreditatiepunten aan het kwaliteitsregister overlegd kunnen worden. Daarnaast zijn nog te veel bijscholingen niet, of uitsluitend voor artsen geaccrediteerd en bestaat er nog behoefte aan meer vakinhoudelijke scholing.

Patiënten zijn gemiddeld uiterst tevreden over de door de VS/PA ontvangen (be)handeling, de informatieverstrekking hierover, de deskundigheid van de VS/PA, wachttijden en de manier van bejegening. Bij de informatieverstrekking aan de patiënt met betrekking tot een voorgeschreven geneesmiddel blijken niet alle items voor een juiste voorlichting over medicatiegebruik voldoende aan bod te komen. Na het ondergaan van een voorbehouden handeling door de VS/PA worden sporadisch complicaties gemeld en na het ondergaan van een kleine medische ingreep ervaart het merendeel van patiënten een verbetering van hun klachten. Bij het voorschrijven van UR-geneesmiddelen door de VS/PA hebben patiënten slechts incidenteel bijwerkingen gekregen die niet beschreven of verteld waren. Patiënten vinden het in hun ontvangen zorg belangrijk om goed geïnformeerd te worden over hun ziekte/aandoening en de (be)handeling en willen meebeslissen over de behandeling. Daarnaast willen ze graag duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de behandeling en dat de mogelijkheid bestaat om (bij twijfel) gezien te worden door een arts.

VSen en PAs zijn zeer tevreden over de overlegstructuur rond het verrichten van voorbehouden handelingen en de beschikbaarheid van artsen voor overleg. Ten aanzien van de werkbelasting geldt dat artsen een hogere werkdruk ervaren dan VSen/PAs. De werkbelasting voor artsen lijkt na de wetswijziging enigszins te zijn afgenomen en voor de VSen/PAs licht te zijn toegenomen.

Jurisprudentie van tuchtrechtspraken over de laatste 5 jaren met betrekking tot voorbehouden handelingen verricht door VSen en PAs bestaat nauwelijks. Slechts één VS is aangeklaagd voor het foutief uitvoeren van een voorbehouden handeling. Door de zelfstandige bevoegdheid van VSen/PAs is sprake van uitbreiding van verantwoordelijkheden waarvoor VSen/PAs aangeklaagd kunnen worden. Een risicoanalyse van alle uitspraken met een voorbehouden handeling (ongeacht welke categorie zorgverlener) laat zien dat klachten zijn in te delen in vier categorieën: indicatie, uitvoering, informatie en rapportage. De meeste klachten hebben betrekking op de indicatiestelling, met name over de diagnostiek.

VSen en PAs geven aan voorbehouden handelingen uit te voeren volgens (landelijke) richtlijnen. Het vastleggen van lokale (samenwerkings)afspraken, als onderdeel van protocollair werken, is een aan-

dachtspunt. In bestaande protocollen zijn er lacunes in de verantwoordelijkheidsverdeling en taakverdeling. Voor het verrichten van voorbehouden handelingen zijn voor een gedeelte van de VSen en PAs persoonlijke schriftelijke regels vastgelegd, maar vaak blijkt ook sprake te zijn van ongeschreven regels en gewoontevorming. In de persoonlijke regels zijn opgenomen welke voorbehouden handelingen op eigen indicatie mogen worden verricht, welke specifieke patiëntengroepen mogen worden behandeld en welke specifieke UR-geneesmiddelen mogen worden voorgeschreven, maar worden de verantwoordelijkheidsverdeling en de manier waarop bekwaamheid wordt vastgesteld nauwelijks beschreven.

Het draagvlak voor (de zelfstandige bevoegdheid van) VSen en PAs is groot bij artsen waarmee nauw wordt samengewerkt, bij verpleegkundigen en patiënten, maar is wisselend bij andere specialisten. Hierbij geldt: hoe onbekender met de functie, hoe minder het draagvlak. Dit geldt ook voor de hogere managementlagen in de organisaties, wat tot uiting komt in het al dan niet aanwezig zijn van een specifiek beleid ten aanzien van VSen/PAs. VSen GGZ geven aan dat het draagvlak onder zorgverzekeraars minimaal is, omdat ze de VS GGZ niet als hoofdbehandelaar erkennen. In het verlengde van draagvlak staat de positionering en zichtbaarheid van de VS en PA binnen de organisatie. Positionering en de invoering van de zelfstandige bevoegdheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Aan de ene kant is te zien dat zonder goede positionering van de VS/PA, de invoering van de zelfstandige bevoegdheid moeizaam tot stand komt. Aan de andere kant wordt de zelfstandige bevoegdheid gebruikt om een betere positionering te bereiken. Hogere managementlagen en externe stakeholders zijn zich vaak nog niet bewust van de mogelijkheden van VSen en PAs.

Beschouwing

Het is belangrijk om te benadrukken dat de implementatie van de zelfstandige bevoegdheid voor de grootste groep VSen en PAs een feit is. In dit onderzoek zijn vele voorbeelden beschreven waar de zelfstandige bevoegdheid naar ieders tevredenheid is ingevoerd.

Waar voor velen de wetwijziging veelal een legalisering van dagelijkse werkwijzen is, hebben anderen een langere weg moeten afleggen om zelfstandig voorbehouden handelingen te kunnen verrichten. De grootste belemmering voor het zelfstandig uitvoeren van voorbehouden handelingen is met de wetwijziging weggenomen. Echter, nu werpen zich lokale belemmeringen op, zoals de welwillendheid bij de organisatie, met name bij artsen, maar ook de positionering en zichtbaarheid van de VS/PA binnen de organisatie. Dit komt overeen met de bevindingen van Wallenburg et al. in haar rapport “De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg”. [63] De wet- en regelgeving is niet strak geformuleerd. Enerzijds biedt het VSen en PAs meer bewegingsruimte om op lokaal niveau

alles gezamenlijk met artsen uit te werken en verder vorm te geven, anderzijds kunnen andere belangen dan effectiviteit en doelmatigheid van de zorg meespelen, die op termijn een verdere taakherschikking in de weg kunnen staan. Daarnaast zijn enkele bevindingen terug te voeren naar hoe partijen op bestuurlijk niveau de wet interpreteren om het belang van hun achterban te behartigen, zoals bij het uitvoeren van hartkatheterisaties [64] en het voorschrijven van oncolytica. [65]

Een positieve ontwikkeling bij de implementatie is de “Handreiking implementatie taakherschikking, Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken” [66], geweest. In deze handreiking worden drie stappen besproken, die de betrokken beroepsbeoefenaren samen met de instelling of het samenwerkingsverband kunnen doorlopen, bij de implementatie van taakherschikking. De handreiking is een gezamenlijke regeling van de (federatiepartners van de) KNMG, V&VN en NAPA en vindt navolging in een aanvulling voor ziekenhuisapothekers [67], een uitwerking voor de huisartsenpraktijk [68] en een beroepskader taakherschikking anesthesiologie.[69]

Vooraf voor de VS GGZ verloopt de implementatie van de zelfstandige (voorschrijf)bevoegdheid moeizaam en stagneert deze lokaal. De GGZ heeft de laatste jaren verschillende ontwikkelingen doorgemaakt. In 2012 is een start gemaakt met de ambulatisering, waarbij zorg voor psychiatrische patiënten in toenemende mate thuis wordt verricht. In 2014 is de tweedelijns GGZ overgegaan naar de generalistische basis GGZ en specialistische GGZ en meer recent heeft de GGZ te maken gekregen met de transitie van begeleiding vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de overheveling van jeugdgezondheidszorg naar gemeentes. Verdelingen van taken en bevoegdheden binnen dit spanningsveld is complex, mede door het grote aantal verschillende betrokken GGZ-zorgverleners. [70] Binnen de totale capaciteit van GGZ zorgverleners is de groep VSen GGZ relatief klein (2,7%). [71] De positionering van de VS GGZ is onduidelijk, hetgeen mogelijk van invloed is geweest op de moeizame implementatie van de zelfstandige bevoegdheid. Daarnaast speelt ook het niet erkennen van de VS GGZ als hoofdbehandelaar een rol. De regels zijn echter per 1 januari 2015 zo aangepast dat de groep van zorgverleners die een DBC mogen openen is uitgebreid met o.a. VSen en PAs. [72] Geschetste problemen zijn ook van toepassing op de zeer kleine groep van PAs binnen de GGZ setting. Of dit van invloed was op de zelfstandige bevoegdheid was niet na te gaan, omdat de respons van PAs in de GGZ te klein was.

Implementatieproblemen kent ook de VS preventieve zorg in de jeugdgezondheidszorg. Zij maken (net als de jeugdgezondheidsartsen) momenteel geen gebruik van hun wettelijke voorschrijfbevoegdheid. Het voorschrijven gebeurt door de huisarts, in zijn functie als poortwachter. Toch bestaat er behoefte om met een beperkt formulier voor te schrijven. VSen preventieve zorg zijn een relatief kleine groep (n=40) binnen de totale groep VSen [14] en de functie moet nog verder vormgegeven worden. Voor

een goede positionering kan een voorschrijfbevoegdheid bevorderend werken en het verdient dan ook de voorkeur om de zelfstandige voorschrijfbevoegdheid te handhaven.

Het niet beschikken over een toereikend scholingsbudget wordt door zowel VSen en PAs, alsook door artsen, als een belemmering gezien om de kennis, nodig voor een goede kwaliteit van zorg, op peil te houden. Echter, de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zorginstellingen verantwoorde zorg te verlenen, door zorgprofessionals regelmatig te laten bijscholen, hetgeen professionals ondersteunt in hun streven naar onderhoud van bekwaamheid.

Over het verruimen van bevoegdheden voor het verrichten van voorbehouden handelingen zijn voor de Nederlandse situatie slechts summier vergelijkende resultaten beschikbaar. Vanuit het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar het voorschrijven door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Hieruit blijkt dat het draagvlak bij artsenorganisaties voor een verpleegkundige voorschrijfbevoegdheid minder groot is dan bij verpleegkundige organisaties en zien artsenorganisaties liever een verplicht samenwerkingsverband tussen artsen en verpleegkundigen. Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en artsen zelf blijken over het algemeen neutraal tot positief tegenover de voorschrijfbevoegdheid voor verpleegkundigen te staan en zien de voordelen van het zelfstandig voorschrijven in het dagelijkse werk. De gevolgen op de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid zijn voor artsen een aandachtspunt. [73] Onderzoek naar het voorschrijven door verpleegkundig specialisten laat zien dat de mate waarin en de manier waarop de voorschrijfbevoegdheid is geïmplementeerd, sterk setting afhankelijk is. [74] In het onderzoek naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van de VS en PA [75] is ook naar het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen gekeken. Percentages zorgverleners die voorbehouden handelingen uitvoeren zijn vergelijkbaar met de in dit rapport beschreven percentages ten tijde van de 1e nameting, behalve voor injecties en het voorschrijven van geneesmiddelen. Verdere vergelijking is moeizaam, omdat voor de totale groep VSen/PAs een opsplitsing is gemaakt naar zelfstandig, onder supervisie en nooit indiceren of uitvoeren van de handeling. In dit evaluatieonderzoek wordt de zelfstandigheid alleen bepaald bij de zorgverleners die de handelingen ook daadwerkelijk indiceren/uitvoeren/delegeren. Daarnaast is een andere indeling voor zelfstandigheid gebruikt: uitvoering op indicatie van VS/PA met overleg of zonder overleg (eventueel gevolgd door delegatie naar derden) en uitvoering op indicatie van arts. Zo kan bijvoorbeeld indiceren onder supervisie ook inhouden dat geen overleg heeft plaatsgevonden en dat de indicatie toch geheel zelfstandig is gebeurd. Daarnaast is in het evaluatieonderzoek ingezoomd op specifiek benoemde voorbehouden handelingen, omdat binnen de groepen verschil in zelfstandigheid mogelijk is.

In de internationale literatuur gaat de meeste aandacht ten aanzien van de impact van het verruimen van bevoegdheden uit naar het voorschrijven van UR geneesmiddelen. In Australië, Canada, Finland, Ierland, Nieuw Zeeland, Noorwegen, Zuid-Afrika, Zweden, Engeland, en de Verenigde Staten zijn verpleegkundigen wettelijk bevoegd medicijnen voor te schrijven. [76-78] De voorschrijfbevoegdheid verschilt echter sterk tussen de genoemde landen, variërend van geheel zelfstandig voorschrijven met een uitgebreid formularium tot voorschrijven onder strikte voorwaarden en supervisie van een arts met een beperkt formularium. [77] Een systematisch literatuuronderzoek hieromtrent, weliswaar met methodologische tekortkomingen, toont aan dat verpleegkundigen wat betreft soort geneesmiddel, dosering en patiënten vergelijkbaar met artsen voorschrijven. [76] De kwaliteit van zorg hierbij is volgens patiënten vergelijkbaar of beter bij verpleegkundigen (in vergelijking met artsen). Voor PAs zijn geen methodologisch hoogwaardige (systematische) reviews op het gebied van (zelfstandig) voorschrijven van geneesmiddelen voorhanden, maar volgens Hooker et al. schrijven NPs, PAs en artsen in de 1e lijn in de Verenigde Staten vergelijkbaar voor wat betreft de soort geneesmiddelen bij een bepaald beleid. In plattelandsgebieden daarentegen zijn verschillen in voorschrijven tussen de zorgverleners waargenomen, die verder opgehelderd moeten worden. [79] Een cross-sectional studie laat zien dat in de Verenigde Staten, de bakermat van de PAs, de voorschrijfbevoegdheid van de PA verschillend is voor de afzonderlijke staten wat betreft zelfstandigheid en de aard van de geneesmiddelen. [80]

Hoogwaardige wetenschappelijke literatuur omtrent andere voorbehouden handelingen is dun gezaaid. Ondanks dat de PA nadrukkelijk op het medisch domein opereert, is het aantal kwalitatief hoogwaardige studies over PAs met betrekking tot medische handelingen schaars. Twee systematische reviews met betrekking tot endoscopieën verricht door niet-artsen [81, 82] laten zien dat het merendeel van de geïnccludeerde studies verpleegkundigen betreft. Verpleegkundigen/VSen en PAs worden voornamelijk ingezet bij flexibele sigmoïdoscopieën ten behoeve van kankerscreening, en werken onder supervisie van een arts. Er zijn geen verschillen waargenomen in klinische uitkomsten in vergelijking met artsen. Het merendeel van de geïnccludeerde studies is in de Verenigde Staten of Groot Brittannië uitgevoerd. Met betrekking tot cardioversies laat een review [83] zien dat in Groot Brittannië diverse “nurse-led” electieve cardioversie services bestaan. De studies over deze services zijn echter beschrijvend en niet vergelijkend van aard. Verpleegkundigen werken onder supervisie van een arts behalve bij één studie beschreven door Boodhoo et al. [84] Een dergelijke “nurse-led” service bestaat in Engeland ook voor knie injecties en injecties ten behoeve van het carpaal tunnel syndroom (CTS). In een niet gerandomiseerde, prospectieve clinical audit [85] wordt de knie injectie service, waar de nurse practitioner zelfstandig de injecties uitvoert, vergeleken met de behandeling door artsen. Klinische uitkomsten zijn vergelijkbaar en 90% van de patiënten is zeer tevreden over de service. In de beschreven CTS service [86] zijn de nurse practitioners opgeleid om zelfstandig de diagnose te stellen en de injecties uit te voeren. Indien nodig kan advies bij een specialist worden ingewonnen. Wachttijden

blijken afgenomen bij een goede kwaliteit van zorg. In Nederland heeft in 2010 een studie [87] plaatsgevonden naar ventrikel reservoir puncties bij neonaten verricht door artsen, verpleegkundigen, PAs of verpleegkundigen onder supervisie van een arts. Overdag is geen verschil waarneembaar tussen de groepen wat betreft het stipt werken volgens schema, terwijl 's nachts verpleegkundigen significant meer volgens schema werken.

De groepen heelkundige handelingen en katheterisaties zijn heel divers en literatuuronderzoek laat geen algemeen beeld zien.

Het verruimen van bevoegdheden tot zelfstandig voorschrijven is in vele studies beschreven. Het zelfstandig uitvoeren van andere voorbehouden handelingen wordt in weinig hoogwaardige studies beschreven, hetgeen niet impliceert dat het niet gebeurt.

De zelfstandige bevoegdheid geldt niet alleen voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen, maar vooral voor het indiceren hiervan. Wat indiceren precies inhoudt, laten de Wet BIG en de beide AMvBs echter in het midden. Duidelijk geformuleerde definities zijn niet voorhanden. De definitie van indicatiestelling gebruikt door de minister van VWS in een beleidsbrief in 1996 (24608, 12 februari 1996) is, gezien de ontwikkelingen in de indicatiestelling AWBZ/WMO zorg, weer actueel en in dit kader ook bruikbaar: "Indicatiestelling is het resultaat van een geformaliseerd proces van het op objectieve wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang". [88] Indicatiestelling is dus het bepalen van de aangewezen zorg. In de praktijk varieert het begrip "indiceren" van het vaststellen van welke (be)handeling het best past *bij een reeds gestelde* diagnose tot het vaststellen van welke (be)handeling het best past *na het zelfstandig stellen* van een diagnose. Hier zit dan ook meteen de kern van de controversie. Het vaststellen van welke (be)handeling het meest geëigend is, is grotendeels protocolair vastgelegd, terwijl het stellen van en het komen tot een diagnose (inclusief het aanvragen van aanvullende onderzoeken) meer competenties vereist. In de competentieprofielen van de opleiding tot VS en PA [89, 90] behoort de diagnosestelling tot één van de kerncompetenties. Echter, ook over het begrip diagnose bestaat onduidelijkheid, zoals de RVZ stelt in de achtergrondstudies Medische Diagnose [91]: "de" diagnose bestaat niet. Door het ontbreken van een duidelijke definitie is het stellen van een diagnose niet als voorbehouden handeling benoemd. [10] Gezien de vele tuchtrechtelijke klachten van patiënten over de diagnosestelling, is het de vraag of dit houdbaar is. In verdere AMvBs dient het begrip indicatiestelling verder uitgewerkt te worden, waardoor meer duidelijkheid gecreëerd wordt.

AMvBs zijn van tijdelijk aard. Uiterlijk in 2016 zal besloten worden of de tijdelijke zelfstandige bevoegdheid van VSen en PAs een vervolg krijgt. Indien besloten wordt om de tijdelijke bevoegdheid om te

zetten in een definitieve is het noodzakelijk om periodiek te evalueren of de bevoegdheid nog voldoet aan veranderende behoeften. Immers, de huidige aanwijzing van voorbehouden handelingen moet geen status quo zijn. Nieuwe technologieën ontwikkelen zich in een snel tempo en nieuwe handelingen kunnen zich als voorbehouden handeling aandienen. Handelingen die voorheen incidenteel werden uitgevoerd, kunnen routinematig worden en de complexiteit ervan kan afnemen.

De kracht van dit evaluatieonderzoek ligt in de zeer brede scope. Niet alleen is naar effectiviteit en doelmatigheid van de wetswijziging gekeken, maar ook naar de context van de wetswijziging. Daartoe zijn op verschillende manieren data verzameld, die gezamenlijk tot de conclusies hebben geleid (triangulatie van kwalitatieve en kwantitatieve data). Op vier domeinen (effectiviteit, doelmatigheid, inzet van de beroepsbeoefenaren en patiëntgerichtheid van de zorgverlener) en op drie niveaus (VS/PA, arts/supervisor en patiënt) zijn kwantitatieve gegevens verzameld. Op 22 thema's zijn kwalitatieve gegevens bij casestudies, stakeholders en patiënten verzameld. De gekozen meetinstrumenten zijn ingebed in beproefde theoretische kaders. Daarnaast is niet alleen op hoofdgroep gekeken naar de voorbehouden handelingen, maar is ook ingezoomd op specifiek benoemde voorbehouden handelingen. De Wet BIG dient de veiligheid van de patiënt te borgen, daarom is het patiënten perspectief uitdrukkelijk meegenomen, hetgeen niet altijd in elk onderzoek een vanzelfsprekendheid is.

De onderzoekspopulatie is door de triangulatie voldoende omvangrijk om op groepsniveau een betrouwbaar en representatief beeld te schetsen van de situatie ten aanzien van het verrichten van voorbehouden handelingen door VSen en PAs in Nederland. Voor electieve cardioversie/defibrillatie en endoscopieën verschaft dit onderzoek vanwege de lage respons hierbij geen duidelijkheid. Vergelijking van de verdeling van de VS specialismen in de vragenlijsten met de verdeling in het BIG-register en vergelijking van de zorginstellingen, waar de zorgverleners werkzaam zijn, tussen de verschillende meetinstrumenten leveren een consistent beeld. Dit versterkt het vertrouwen in de betrouwbaarheid en de representativiteit van de resultaten.

Desondanks zijn een aantal methodologische kanttekeningen te maken. Omdat slechts een klein deel van de VSen/PAs en dus ook de artsen, met wie ze samenwerken, aan alle metingen (vragenlijsten) heeft deelgenomen, is het onmogelijk gebleken met behulp van longitudinale analyses uitspraken te kunnen doen op individueel niveau. Alle resultaten zijn gebaseerd op groepsniveau. Waargenomen veranderingen tussen nul- en nametingen kunnen daarom ook het gevolg zijn van een veranderde samenstelling van de groepen. De resultaten van de sub-analyses in de kleine groep VSen/PAs die aan alle metingen hebben deelgenomen, wijzen echter, op incidentele gevallen na, steeds in dezelfde richting als die van de totale groep. Daarnaast bevestigen de gegevens verkregen uit de interviews de

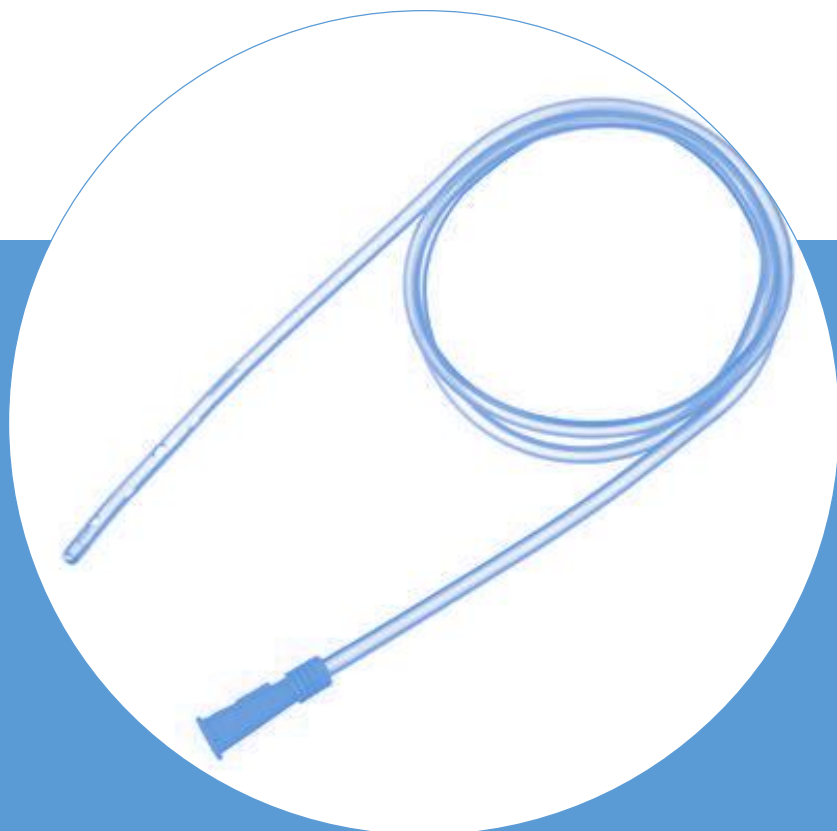
resultaten van de vragenlijsten. Bij patiënten is de samenstelling van de groepen in de nul- en name-tingen a priori niet gelijk, aangezien de gezondheidsklachten van patiënten kunnen zijn verholpen of andere klachten kunnen zijn ontstaan. Ook hier zijn resultaten gevalideerd met de resultaten uit de interviews. Daarnaast lijkt bij het selecteren van patiënten voor deelname aan het onderzoek door de VS/PA sprake van selectiebias. De onderzochte populatie bestaat uit meer autochtone en hoger opgeleide patiënten dan de totale Nederlandse bevolking [40], waardoor generalisatie van bevindingen wordt beperkt. Verder is de groep artsen niet representatief voor de totale populatie artsen, omdat zij direct samenwerken met VSen/PAs. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs een nadeel te zijn, zij zijn uiteindelijk ervaringsdeskundigen. Tenslotte, niet alle specifiek benoemde voorbehouden handelingen zijn in het onderzoek in voldoende mate vertegenwoordigd.

Resumerend en in het licht van het dynamische krachtenveld van taakherschikking, wetgeving en verschillende belangen levert het hier gepresenteerde evaluatieonderzoek een betekenisvolle bijdrage en kan het de besluitvorming voor een continuering van de zelfstandige bevoegdheid ondersteunen.

Op basis van het bovenstaande luidt de **eindconclusie**:

Gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek is de wetswijziging effectief gebleken voor katheterisaties, heelkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Ten aanzien van electieve cardioversies/defibrillaties en endoscopieën is geen uitspraak mogelijk. Omdat de wetswijziging bijdraagt aan het efficiënter inrichten van zorgprocessen en de juiste inzet van professionals lijkt de wetswijziging doelmatig. Om bij te dragen aan kostenbepaling is meer inzicht in registratie-en declaratieverkeer noodzakelijk. Uit het onderzoek blijkt dat aan alle in de wet vastgelegde randvoorwaarden is voldaan en geen negatieve bijeffecten zijn opgetreden als gevolg van de wetswijziging.

Aanbevelingen



5 Aanbevelingen

Op basis van de in dit rapport gepresenteerde resultaten en conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Creëer voor de VS een specialisme afhankelijke definitieve wettelijke zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen: katheterisaties, heerkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.
2. Creëer voor de PA een definitieve wettelijke zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen: katheterisaties, heerkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.
3. De Wet BIG dient primair ter bescherming van de patiënt. Het vastleggen van handelingen die onaanvaardbare risico's met zich mee brengen bij ondeskundige uitvoering en daardoor voorbehouden zijn aan bepaalde zorgverleners is een onderdeel. De zelfstandige bevoegdheid dient toegekend te zijn aan een in de Wet BIG verankerd beroep, waardoor handhaving van veiligheid via verplichte BIG registratie en het vallen onder het complete tuchtrecht mogelijk is. Het beroep van physician assistant dient als artikel 3 beroep in de wet BIG in aanmerking te worden genomen.
4. Indien de tijdelijke zelfstandige bevoegdheid omgezet wordt in een definitieve bevoegdheid, dient periodiek getoetst te worden of de aangewezen voorbehouden handelingen nog steeds voldoen aan de behoefte in de dagelijkse praktijk.
5. Door de wetswijziging is de grootste belemmering om zelfstandig voorbehouden handelingen uit te voeren, weggenomen. Op lokaal niveau werpen zich nog belemmeringen op, die op termijn verdere taakherschikking in de weg kunnen staan. Deze kunnen worden aangepakt indien betrokken partijen gezamenlijk besluiten om afspraken een landelijk karakter te geven, waarbij de wetgeving leidend dient te zijn.
6. In wet- en regelgeving dient meer aandacht te worden besteed aan het begrip "indiceren" met inbegrip van een duidelijke definitie en reikwijdte.
7. Aanwezigheid van protocollen is een cruciaal onderdeel in de begrenzing van de zelfstandige bevoegdheid van de VS/PA voor het verrichten van voorbehouden handelingen. De AMvB stelt dat landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen dienen te worden gevolgd. Daarbij moet een protocol niet alleen als een werkinstructie gezien worden, maar ook als een weerslag van de samenwerking tussen VS/PA en andere disciplines. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen hierbij opgetekend te worden. De samenwerkingsafspraken in de huidige protocollen zijn onderbelicht en laten te veel ruimte voor onduidelijkheden. Het

vastleggen van samenwerkingsafspraken dient als aandachtspunt gezien te worden, waarbij invulling wordt gegeven aan de Handreiking Taakherschikking.

8. In de loop der jaren is de lijst van voorbehouden handelingen meermaals onderwerp van discussie geweest. De huidige lijst is alleen op hoofdgroep gedefinieerd. Binnen een hoofdgroep kan een variëteit van handelingen schuilgaan. Onder sommige VSen en PAs heerst onbekendheid met de precieze invulling van de lijst. Het verdient daarom aanbeveling om reeds tijdens de opleiding hier aandacht aan te besteden.
9. Niet in alle gevallen is een toereikend scholingsbudget aanwezig om kennis en dus bekwaamheid van VSen/PAs op peil te houden. De Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zorginstellingen verantwoorde zorg te verlenen, door zorgprofessionals regelmatig te laten bijscholen. Werkgevers dienen op grond van deze wet hun verantwoording te nemen en een toereikend scholingsbudget vast te stellen.
10. Positionering en zichtbaarheid is van belang voor de inbedding van de beroepsgroepen. Dit is niet alleen een taak van de VS en PA, maar dient als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers en beroepsverenigingen, maar ook van zorgverzekeraars gezien te worden.
11. Patiënten hebben behoefte aan duidelijkheid in de verantwoordelijkheidsverdeling binnen de door hen ontvangen zorg. Voor patiënten is niet in alle situaties duidelijk welke zorgprofessional bepaalde onderdelen van de zorg heeft geleverd. Voor "nieuwe" beroepen, zoals die van VS en PA, is het noodzakelijk om hun functie en positie aan patiënten duidelijk te maken.
12. Patiënten willen graag goed geïnformeerd worden over hun aandoening, de (medicamenteuze) behandeling en de consequenties van de behandeling. Het verdient aanbeveling dat de behandelaar voldoende informatie verstrekt, waardoor de patiënt in staat is mee te beslissen over de behandeling, met als gevolg een grotere patiënttevredenheid en therapietrouw.
13. De in dit onderzoek bepaalde indicatoren voor doelmatigheid van de wetswijziging dienen gekoppeld te worden aan monetaire eenheden op het niveau van de behandeling, zodra het veranderde beleid inzake registratie- en declaratieverkeer verder geïmplementeerd is.
14. Het is niet mogelijke gebleken effectiviteit en doelmatigheid van de zelfstandige bevoegdheid voor endoscopieën en electieve cardioversies/defibrillaties te evalueren. Vervolgonderzoek dient hierover uitsluitsel te geven.

Referenties



Referenties

1. Ministerie van VWS, *Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals* MEVA/ABA-3081655, 2011.
2. Cooper, R.A., *New directions for nurse practitioners and physician assistants in the era of physician shortages*. Acad Med, 2007. 82(9): p. 827-8.
3. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Taakherschikking in de gezondheidszorg 2002*: Zoetermeer.
4. Moote, M., et al., *Physician assistant and nurse practitioner utilization in academic medical centers*. Am J Med Qual, 2011. Nov-Dec;26(6): p. 452-60.
5. Dierick-van Daele, A.T., et al., *Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions*. Br J Gen Pract, 2010. Jan;60(570):e28-35.
6. Hooker, R.S., *A cost analysis of physician assistants in primary care*. JAAPA, 2002. Nov;15(11):39-42, 45, 48 passim.
7. *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (2011)*, in *Arbeid in Zorg en Welzijn 2010 en CBS statline*.
8. Raas, G.P.M. and M.W. de Lint, *Belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking in de gezondheidszorg* in *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg 2002*, RvZ: Zoetermeer.
9. Sectie Gezondheidsrecht Universiteit Maastricht, *Geschied en geschoven, een jurisprudentieonderzoek over taakherschikking in de gezondheidszorg*, in *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg 2002*, RvZ: Zoetermeer.
10. Dute, J.C.J., et al., *Voorbehouden handelingen tegen het licht 2009*: AMC/Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde
11. *Staatsblad 658*, 2011.
12. *Staatsblad 659*, 2011.
13. *Staatsblad 572*, 2011.
14. <http://vsregister.venvn.nl/Registratie/Verpleegkundig-specialist/Aantal-Verpleegkundig-Specialisten>. Geraadpleegd op 16 mei 2015.
15. van den Driesschen, Q. and F. de Roo, *Physician assistants in the Netherlands*. JAAPA, 2014. 27(9): p. 2.
16. MEVA/U-3104547, *Kamerbrief over de capaciteit en selectie opleidingen in de gezondheidszorg*, 2012.

17. Laurant, M., et al., *Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten*, 2014, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc: Nijmegen.
18. van der Burgt, M.R., et al., *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn*, 2015, Stichting KOH: Eindhoven.
19. van der Burgt, M.R., et al., *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De physican assistant in de eerste lijn*, 2015, Stichting KOH: Eindhoven.
20. <http://www.napa.nl/kennisbank/kwaliteitsregister/>.
21. van der Velde, F. and W. van der Windt, *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*, 2013: Utrecht.
22. Johnson, R.B. and A.J. Onwuegbuzie, *Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come*. Educational Researcher, 2004. 33(7): p. 12.
23. http://www.corwin.com/upm-data/19291_Chapter_7.pdf.
24. Morse, J.M., *Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation*. Nurs Res., 1991. 40(2): p. 120-3.
25. Baarda, D.B., M.P.M. de Goede, and J. Teunissen, *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, ed. S. Kroese. 1995, Groningen.
26. Onwuegbuzie, A.J. and R.B. Johnson, *The Validity Issue in Mixed Research*. Research in the Schools, 2006. 13(1): p. 48-63.
27. Creswell, J.W. and V.L. Plan Clark, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, ed. S. Publications. 2006, Thousand Oaks, California: Sage Publications.
28. Dimitrov, D.M. and P.D. Rumrill, Jr., *Pretest-posttest designs and measurement of change*. Work, 2003. 20(2): p. 159-65.
29. Martin, J.S., et al., *Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders*. J Nurs Manag, 2012. 20(1): p. 72-80.
30. Van Achterberg, T., et al., *Using a multidisciplinary classification in nursing: the International Classification of Functioning Disability and Health*. J Adv Nurs, 2005. 49(4): p. 432-41.
31. van Offenbeek, M.A. and M. Knip, *The organizational and performance effects of nurse practitioner roles*. J Adv Nurs, 2004. 47(6): p. 672-81.
32. de Leeuw, J.R.J., et al., *Eindrapport Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant*, 2008, UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde: Utrecht.
33. Dierick-van Daele, A., *The Introduction of the Nurse Practitioner in General Practice*, 2010: Maastricht University Maastricht.
34. Sidani, S. and D. Irvine, *A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings*. J Adv Nurs, 1999. 30(1): p. 58-66.

35. Irvine, D., S. Sidani, and L.M. Hall, *Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation*. Nurs Econ, 1998. 16(3): p. 110-6, 131.
36. Donabedian, A., *The quality of medical care: a concept in search of a definition*. J Fam Pract, 1979. 9(2): p. 277-84.
37. Grol, R. and M. Wensing, *Effective implementation: A model*. In: *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*, ed. R. Grol, M. Wensing, and M. Eccles. 2005, London: Elsevier.
38. Peters, M., et al., *Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg*, 2003, Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud: Nijmegen.
39. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Met het oog op gepaste zorg. Achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg*, 2004: Zoetermeer.
40. <http://www.statline.cbs.nl>.
41. Drummond, M., et al., *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. second edition ed. 2003, Oxford: Oxford University Press.
42. Scholten, C., M.J. Ijzerman, and A. M., *Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige*. 1999, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV.
43. Swinkels, J.A., J.S. Burgers, W.J.J. Assendelft, J.J.E. van Everdingen, T.A. van Barneveld en J.L.M. van de Klundert, *Evidence Based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*, ed. S.v. Loghum. 2004, Houten.
44. Bie de, J., *Reserved procedures in Dutch health care practice, policies and perspectives of physicians, nurses and management*, in *faculteit der Geneeskunde* 2006, Vrije Universiteit Amsterdam: Amsterdam.
45. McCranie, E.W., J.L. Hornsby, and J.C. Calvert, *Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey*. J Fam Pract, 1982. 14(6): p. 1107-14.
46. Tummers, G.E., J.A. Landeweerd, and G.G. van Merode, *Organization, work and work reactions: a study of the relationship between organizational aspects of nursing and nurses' work characteristics and work reactions*. Scand J Caring Sci, 2002. 16(1): p. 52-8.
47. Diekstra, R., et al., *Werken onder druk. Een onderzoek naar omvang en factoren van werkstress in Nederland*. 1994, Den Haag: VUGA.
48. Kemler, M.A., et al., *Spinal cord stimulation in patients with chronic reflex sympathetic dystrophy*. N Engl J Med, 2000. 343(9): p. 618-24.
49. Horne, R., M. Hankins, and R. Jenkins, *The Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research*. Qual Health Care, 2001. 10(3): p. 135-40.
50. Kinnersley, P., et al., *Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care*. Bmj, 2000. 320(7241): p. 1043-8.

51. Wensing, M., et al., *Hoe oordelen chronische ziekten over de huisartsenzorg?* Huisarts en Wetenschap, 1996. 39(9): p. 402-407.
52. Saaty, T.L., *The analytic hierarchy process*, ed. M. Graw-Hill. 1980, New York.
53. Liberatore, M.J. and R.L. Nydick, *The analytic hierarchy process in medical and health care decision making: A literature review*. European Journal of Operational Research, 2008. 189: p. 194-207.
54. <http://www.thesistools.com>.
55. <http://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken>.
56. <http://www.platformzorgmasters.nl>.
57. <http://onderzoek-wet-biq.mumc.nl>.
58. <http://www.cbo.nl>.
59. <http://www.venvnvs.nl>.
60. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/beschrijving>.
61. Newhouse, R.P., et al., *Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review*. Nurs Econ, 2011. 29(5): p. 230-50; quiz 251.
62. Kouwen, A.J. and G.T.W.J. van den Brink, *Taakherschikking & kostprijzen. Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie*, 2014.
63. Wallenburg, I., M. Janssen, and A. de Bont, *De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de Zorg*, 2015, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg: Rotterdam.
64. http://www.nvvc.nl/media/richtlijn/141/2012_Taakherschikking_in_het_hart_van_de_zorg.pdf
65. NVZA, NVMO en V&VN, *Veldnorm voorschrijven, klaarmaken, ter hand stellen en toedienen van cytostatica*, 2014.
66. KNMG, V&VN en NAPA, *Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken*, Utrecht: 2012.
67. NVZA en KNMP, *Handreiking voorschrijfbevoegdheid Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants. Aanvulling voor ziekenhuisapothekers op Handreiking implementatie taakherschikking.*, 2012.
68. Vakgroep PA-huisartsgeneeskunde, *Uitwerking Handreiking Implementatie Taakherschikking Huisarts en Physician Assistant*, 2013.
69. NVA en NAPA, *Beroepskader Taakherschikking*. 2015.
70. Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, *Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep*, 2015.
71. Capaciteitsorgaan, *Capaciteitsplan 2013, Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid*, 2013: Utrecht.
72. CZ-3152101 brief 220413.

73. Kroezen, M., et al., *Neutral to positive views on the consequences of nurse prescribing: Results of a national survey among registered nurses, nurse specialists and physicians*. Int J Nurs Stud., 2014. 51(4): p. 539-48. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.08.002. Epub 2013 Aug 29.
74. Kroezen, M., et al., *Negotiating jurisdiction in the workplace: a multiple-case study of nurse prescribing in hospital settings*. Soc Sci Med., 2014. 117:107-15.(doi): p. 10.1016/j.socscimed.2014.07.042. Epub 2014 Jul 18.
75. Laurant, M., et al., *Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten* 2014, IQ Healthcare: Nijmegen.
76. Gielen, S.C., et al., *The effects of nurse prescribing: a systematic review*. Int J Nurs Stud., 2014. 51(7): p. 1048-61. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003. Epub 2013 Dec 16.
77. Kroezen, M., et al., *Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a survey on forces, conditions and jurisdictional control*. Int J Nurs Stud., 2012. 49(8): p. 1002-12. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.002. Epub 2012 Feb 25.
78. Kroezen, M., et al., *Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature*. BMC Health Serv Res., 2011. 11:127.(doi): p. 10.1186/1472-6963-11-127.
79. Hooker, R.S. and D.J. CIPHER, *Physician assistant and nurse practitioner prescribing: 1997-2002*. J Rural Health, 2005. 21(4): p. 355-60.
80. Wiler, J.L. and A.A. Ginde, *State laws governing physician assistant practice in the United States and the impact on emergency medicine*. J Emerg Med., 2015. 48(2): p. e49-58. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.09.033. Epub 2014 Nov 11.
81. Day, L.W., et al., *Non-Physicians Performing Lower and Upper Endoscopy: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Endoscopy, 2014. 46(5): p. 9.
82. Stephens, M., et al., *Non-physician endoscopists: A systematic review*. World J Gastroenterol, 2015. 21(16): p. 5.
83. Smallwood, A., *Nurse-led elective cardioversion: an evidence-based practice review*. Nurs Crit Care., 2005. 10(5): p. 231-41.
84. Boodhoo, L., et al., *The safety and effectiveness of a nurse led cardioversion service under sedation*. Heart., 2004. 90(12): p. 1443-6.
85. Bhattacharyya, M., et al., *Nurse practitioner's knee injection clinics in the UK: the patient's perception*. Journal of Orthopaedic Nursing, 2005. 9(3): p. 134-139.
86. Newey, M., et al., *Nurse-led management of carpal tunnel syndrome: an audit of outcomes and impact on waiting times*. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 2006. 88(4): p. 399-401.
87. Brouwer, A.J., et al., *Ventricular reservoir punctures performed by nurses: an improvement in quality of care*. Neonatal Netw., 2010. 29(4): p. 243-8.
88. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Indicatiestelling en zorg op maat*, 1994.

89. <http://www.vereniginghogescholen.nl/images/stories/competenties/verpleegkundig%20specialist.cp.pdf>.
90. http://www.vereniginghogescholen.nl/images/stories/competenties/physician_assistant.lop.2012.pdf.
91. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Medische diagnose, Achtergrondstudies*, 2005: Zoetermeer.

Bijlagen



Bijlagen

Bijlage 1: [Wet en Regelgeving](#)

Bijlage 1a: Artikel 36 van de Wet BIG

(Tekst geldend op: 31-10-2011)

Wet van 11 november 1993, houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg

Hoofdstuk IV. Voorbehouden handelingen

Artikel 36

1. Tot het verrichten van heelkundige handelingen - waaronder worden verstaan handelingen, liggende op het gebied van de geneeskunst, waarbij de samenhang der lichaamsweefsels wordt verstoord en deze zich niet direct herstelt - zijn bevoegd:

- a. de artsen,
- b. de tandartsen,
- c. de verloskundigen,

doch de onder *b* en *c* genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

2. Tot het verrichten van verloskundige handelingen zijn bevoegd:

- a. de artsen,
- b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

3. Tot het verrichten van endoscopieën zijn bevoegd:
de artsen.

4. Tot het verrichten van katheterisaties zijn bevoegd:

- a. de artsen,
- b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

5. Tot het geven van injecties zijn bevoegd:

- a. de artsen,
- b. de tandartsen,

c. de verloskundigen,

doch de onder *b* en *c* genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

6. Tot het verrichten van puncties zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

7. Tot het brengen onder narcose zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de tandartsen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

8. Tot het verrichten van handelingen, op het gebied van de individuele gezondheidszorg, met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de tandartsen,

doch uitsluitend voor zover zij voldoen aan de krachtens de Kernenergiewet (*Stb.* 1963, 82) ter zake van het gebruiken van zodanige stoffen en toestellen gestelde eisen, alsmede, voor zover het betreft tandartsen, uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

9. Tot het verrichten van electieve cardioversie zijn bevoegd:

de artsen.

10. Tot het toepassen van defibrillatie zijn bevoegd:

de artsen.

11. Tot het toepassen van electroconvulsieve therapie zijn bevoegd:

de artsen.

12. Tot steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden zijn bevoegd:

de artsen.

13. Tot het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap, zijn bevoegd:

de artsen.

14. Tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder *s*, van de Geneesmiddelenwet zijn bevoegd:

a. de artsen;

- b. de tandartsen;
 - c. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid;
 - d. verpleegkundigen, die behoren tot een ter bevordering van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg bij ministeriële regeling aan te wijzen categorie, doch dezen uitsluitend:
 - 1°. voor zover een onder a, b of c bedoelde beroepsbeoefenaar de diagnose heeft gesteld met betrekking tot de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd,
 - 2°. voor zover medische protocollen en standaarden ter zake van het voorschrijven van UR-geneesmiddelen worden gevolgd, en
 - 3°. binnen de bij de regeling te stellen beperkingen ten aanzien van de reikwijdte van de in de aanhef bedoelde bevoegdheid.
- 15.** De personen, genoemd in het eerste tot en met het veertiende lid, zijn tot het verrichten van de desbetreffende handelingen uitsluitend bevoegd voor zover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen. De personen, genoemd in het eerste tot en met het veertiende lid, die niet voldoen aan het bepaalde in de eerste volzin, worden voor de toepassing van de artikelen 35, eerste lid, onder a, 38 en 39 aangemerkt als personen die hun bevoegdheid ontleen aan het in dit artikel bepaalde.
- 16.** Het ontwerp van de ministeriële regeling, bedoeld in het veertiende lid, onder d, treedt niet eerder in werking dan vier weken nadat het ontwerp is overgelegd aan beide kamers der Staten-Generaal.

Artikel 36a

- 1.** Bij algemene maatregel van bestuur kan in afwijking van artikel 36 van deze wet en van artikel 1, eerste lid, onderdeel pp, van de Geneesmiddelenwet bij wijze van experiment worden bepaald, dat voor een termijn van maximaal vijf jaar een bij de maatregel omschreven categorie van beroepsbeoefenaren, die werkzaam is op het gebied van de individuele gezondheidszorg en die met goed gevolg een bij de maatregel aangewezen opleiding met betrekking tot de aan te wijzen voorbehouden handeling heeft afgerond, wordt aangewezen als zijnde bevoegd tot het verrichten van in die maatregel aangewezen handelingen.
- 2.** Op de in de maatregel omschreven categorie van beroepsbeoefenaren is artikel 36, vijftiende lid, van overeenkomstige toepassing.
- 3.** Bij de maatregel kan aan de in het eerste lid omschreven categorie van beroepsbeoefenaren gedurende de in dat lid bedoelde periode het recht verleend worden een in de maatregel aan te geven titel te voeren. Gedurende deze periode is het aan anderen verboden deze titel of een daarop gelijkende benaming te voeren.

4. Met een recept als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel pp, van de Geneesmiddelenwet wordt voor de toepassing van dit artikel gelijkgesteld een document dat is opgesteld door een met naam en werkadres aangeduide beroepsbeoefenaar, die behoort tot de bij de maatregel omschreven categorie van beroepsbeoefenaren die op grond van de maatregel bevoegd is tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet, en waarin aan een persoon als bedoeld in artikel 61, eerste lid, onderdeel a of b, van de Geneesmiddelenwet, een voorschrift wordt gegeven om een met zijn stofnaam of merknaam aangeduid geneesmiddel in de aangegeven hoeveelheid, sterkte en wijze van gebruik ter hand te stellen aan een te identificeren patiënt en dat is ondertekend door de desbetreffende beroepsbeoefenaar dan wel, zonder te zijn ondertekend met een zodanige code is beveiligd dat een daartoe bevoegde persoon of instantie de authenticiteit ervan kan vaststellen.

5. Artikel 47 is van overeenkomstige toepassing op de bij de maatregel omschreven categorie van beroepsbeoefenaren voor wat betreft het verrichten van de in het eerste lid bedoelde aangewezen handelingen, met dien verstande dat op deze beroepsbeoefenaren slechts de maatregelen bedoeld in artikel 48, eerste lid, onderdelen a tot en met c, van toepassing zijn.

6. De voordracht voor een krachtens het eerste lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

7. Indien voor het verstrijken van de in het eerste lid bedoelde termijn een voorstel van wet tot wijziging van artikel 36 in de zin van de in het eerste lid bedoelde algemene maatregel van bestuur wordt ingediend bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal, wordt de in het eerste lid bedoelde termijn verlengd, met een maximum van vijf jaren en vervalt op

- a. het moment van inwerkingtreding van de bedoelde wijzigingswet, danwel
- b. het moment dat de bedoelde wijzigingswet wordt ingetrokken of verworpen door een der Kamers der Staten-Generaal.

Staatsblad 2011, 659

29 december 2011

Besluit van 21 december 2011, houdende tijdelijke regels inzake de zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van verpleegkundig specialisten (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 november 2011, kenmerk DWJZ-3090776;

Gelet op artikel 36a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 14 december 2011, no. W.13.11.0494/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 december 2011, kenmerk DWJZ-3098028;

Hebben goedgevonden en verstaan:

1. Artikel 1

1. Als bevoegd tot het verrichten van handelingen als bedoeld in artikel 3 worden aangewezen:

- a. de verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen;
- b. de verpleegkundig specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen;
- c. de verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen;
- d. de verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen;
- e. de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.

2. De aanwijzing, bedoeld in het eerste lid geldt voor een termijn van vijf jaar.

2. Artikel 2

De verpleegkundig specialist, bedoeld in artikel 1, heeft met goed gevolg de opleiding advanced nursing practice afgerond.

3. Artikel 3

De verpleegkundig specialist, bedoeld in artikel 1, is bevoegd tot de voorbehouden handelingen genoemd in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor zover:

- a. die handelingen plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied van het beroep waarvoor zij een erkende specialistentitel, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, mogen voeren;
- b. het handelingen betreft van een beperkte complexiteit;
- c. het routinematige handelingen betreft;
- d. het handelingen betreft waarvan de risico's te overzien zijn;
- e. die handelingen worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen;
- f. het betreft:

- 1° voor de verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen:
- het verrichten van heerkundige handelingen;
 - het verrichten van endoscopieën;
 - het verrichten van katheterisaties;
 - het geven van injecties;
 - het verrichten van puncties;
 - het verrichten van electieve cardioversie;
 - het toepassen van defibrillatie;
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet.
- 2° voor de verpleegkundig specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen:
- het verrichten van heerkundige handelingen;
 - het verrichten van endoscopieën;
 - het verrichten van katheterisaties;
 - het geven van injecties;
 - het verrichten van puncties;
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet.
- 3° voor de verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen:
- het geven van injecties;
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.
- 4° voor de verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen:
- het verrichten van heerkundige handelingen;
 - het verrichten van endoscopieën;
 - het verrichten van katheterisaties;
 - het geven van injecties;
 - het verrichten van puncties;
 - het verrichten van electieve cardioversie;
 - het toepassen van defibrillatie;
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet.
- 5° voor de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg:
- het geven van injecties;
 - het verrichten van puncties;
 - het toepassen van defibrillatie;
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet.

4. Artikel 4

Onze Minister zendt binnen vijf jaar na inwerkingtreding van dit besluit aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van dit besluit in de praktijk.

5. Artikel 5

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2012.

6. Artikel 6

Dit besluit wordt aangehaald als: Tijdelijk besluit regels zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 21 december 2011

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. I. Schippers

Uitgegeven de negenentwintigste december 2011

De Minister van Veiligheid en Justitie,

I. W. Opstelten

1. NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen

Met deze algemene maatregel van bestuur wordt uitvoering gegeven aan artikel 36a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) om voor een periode van maximaal vijf jaar, een bepaalde categorie van beroepsbeoefenaren zelfstandig bevoegd te verklaren tot het verrichten van in dit besluit aangewezen handelingen. Artikel 36a biedt tevens de mogelijkheid bij algemene maatregel van bestuur een opleiding aan te wijzen die betrekking heeft op de aangewezen voorbehouden handelingen.

Het onderhavige besluit wijst de beroepsgroep van verpleegkundig specialisten aan.

Naast de aanwijzing van de beroepsgroep worden in dit besluit ook de voorbehouden handelingen aangewezen waarvoor een zelfstandige bevoegdheid aan de verpleegkundig specialist wordt verleend. Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen welke te rekenen zijn tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundig specialist en om het stellen van beperkingen die de verpleegkundig specialist bij het verrichten van die handelingen in acht dient te nemen.

De verpleegkundig specialist verleent op basis van een geaccrediteerde hbo-masteropleiding verpleegkundige zorg en geprotocolleerde geneeskundige zorg binnen een wettelijk erkend specialisme van de verpleegkunde. De verpleegkundig specialist is een duidelijk omschreven categorie van beroepsbeoefenaren en mag, met uitsluiting van anderen, de titel van verpleegkundig specialist voeren. Binnen het

beroep van de verpleegkundig specialist zijn vijf specialismen ontwikkeld met bijbehorende specialistentitels. De vijf specialismen zijn preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg, chronische zorg en geestelijke gezondheidszorg.

De verpleegkundig specialist beschikt over het getuigschrift Master Advanced Nursing Practice (ANP) van een door de Nederlandse Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) erkende masteropleiding. Om tot de masteropleiding ANP te worden toegelaten dient de aspirant verpleegkundig specialist als verpleegkundige in het BIG-register te zijn ingeschreven en minstens twee jaar werkervaring te hebben in het gekozen specialisme. De verpleegkundig specialist die aan de opleidings- en andere registratie-eisen heeft voldaan, wordt geregistreerd als verpleegkundig specialist volgens artikel 14 Wet BIG.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft ingestemd met de specialistenregelingen van de vijf specialismen, zoals vastgelegd in verschillende besluiten van het College Specialismen Verpleegkunde (hierna: CSV). De wettelijke erkenning van de specialistentitels heeft plaatsgevonden bij:

- Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 januari 2009, houdende de wettelijke erkenning van vier verpleegkundige specialistentitels op grond van artikel 14 van de Wet BIG (Stcrt. 1877), onderscheidenlijk
- Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 mei 2009, houdende de wettelijke erkenning van de specialistentitel verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (Stcrt. 101).

In de regelingen voor de verpleegkundig specialisten (een algemeen besluit en vijf specifieke besluiten van de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN) zijn de opleidingseisen opgenomen waarin de algemene en specifieke competenties zijn beschreven. Deze competenties zijn ontleend aan het algemeen competentieprofiel en de specifieke deelprofielen zoals die in het kader van het VBOC-project (Verpleegkundig Beroepsstructuur en Opleidingscontinuüm) en in samenspraak met het veld zijn opgesteld. Deze competenties zijn vastgesteld volgens de CanMEDS-systematiek (Canadian Medical Education Directives for Specialists). De competenties bevatten een beschrijving van de kennis, vaardigheden en houding die de aspirant verpleegkundig specialist gedurende de opleiding dient te verwerven en die de betrokkene in staat stellen het beroep op een zelfstandige, bekwame manier uit te oefenen.

Positionering van de verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist is werkzaam binnen de directe somatische of geestelijke gezondheidszorg beschikt over competenties op zowel verpleegkundig als geneeskundig gebied en werkt in de eerste en tweede lijn. Voor zover de verpleegkundig specialist werkzaam is in een instelling is onverkort de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing. Ook zijn de in het Burgerlijk Wetboek, Titel 7, afdeling 5, opgenomen regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst) van toepassing. Dat betekent onder meer dat een patiënt alleen met zijn of haar toestemming door hulpverleners behandeld mag worden.

Deskundigheidsgebied

Het deskundigheidsgebied van elk verpleegkundig specialisme is omschreven in het algemeen besluit en nader omschreven in de specifieke besluiten van het CSV, waarmee de minister van VWS heeft ingestemd. In de dagelijkse praktijk baseert de verpleegkundig specialist het handelen op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende verpleegkundig specialisme. Er vindt afstemming met andere disciplines, zoals arts-specialisten, plaats. Binnen deze kaders neemt de verpleegkundig specialist zelfstandig beslissingen omtrent de indicatie en de verrichting van de aangewezen voorbehouden handelingen.

Voorbehouden handelingen

Kern van dit besluit vormt de toekenning aan de verpleegkundig specialist van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van de in artikel 3 opgesomde voorbehouden handelingen. Het betreft voorbehouden handelingen als bedoeld in artikel 36 van de Wet BIG die gerekend worden tot het deskundigheidsgebied van het betreffende specialisme. De omschrijving van het deskundigheidsgebied is vastgesteld door het college specialismen verpleegkunde van de beroepsorganisatie V&VN. Deze zelfstandige bevoegdheid omvat zowel de indicatiestelling voor de betreffende voorbehouden handeling als de uitvoering ervan. De verpleegkundig specialist kan de voorbehouden handelingen zelf uitvoeren of een opdracht daartoe verlenen aan een ander (mits deze bekwaam is de handeling uit te voeren).

De zelfstandige bevoegdheid die wordt toegekend is in omvang beperkt. De bevoegdheidsgrenzen van de verpleegkundig specialist worden bepaald door de opleiding, de eigen bekwaamheid, het deskundigheidsgebied en de bij dit besluit gestelde beperkingen met betrekking tot de voorbehouden handelingen. Tot slot geldt ook ten aanzien van de verpleegkundig specialist de algemene eis, dat uitsluitend bevoegdheid bestaat voor een voorbehouden handeling, als sprake is van bekwaamheid om deze uit te voeren (gezien het bepaalde in artikel 36, vijftiende lid van de Wet BIG). Aangezien bekwaamheid individueel bepaald is, zal de zelfstandige verrichting van die handeling in het concrete geval ook daarvan afhangen. De vereiste bekwaamheid voor die handelingen wordt tijdens de opleiding door de superviserend arts vastgesteld.

Opdrachtverlening

Artikel 38 van de Wet BIG, dat gaat over de opdrachtverlening tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen, is van overeenkomstige toepassing. Omdat het gaat om een nieuwe bevoegdheid voor een specifieke categorie beroepsbeoefenaren die het beroep in de volle breedte moet kunnen gaan uitoefenen, is het opdrachtgeverschap onder de reikwijdte van artikel 36a gebracht. Dit betekent dat de in dit besluit aangewezen beroepsbeoefenaren ook opdracht kunnen geven tot het verrichten van voorbehouden handelingen aan anderen die daartoe niet zelfstandig bevoegd zijn indien aan de in artikel 38 genoemde voorwaarden is voldaan.

De voorhang

Het ontwerp van dit besluit heeft voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer. Naar aanleiding van die voorhang zijn geen vragen of opmerkingen naar voren gekomen die hebben geleid tot aanpassing

van dit besluit¹. Los van enkele aanpassingen van redactionele aard is wel naar aanleiding van een bericht van de V&VN aan de lijst van voorbehouden handelingen «het verrichten van endoscopieën» en het verrichten van electieve cardioversie toegevoegd. Verder is een evaluatiebepaling opgenomen en is in de nota van toelichting aan de lijst van variabelen die geëvalueerd gaan worden «continuïteit van zorg» toegevoegd.

Artikelsgewijs

Artikel 1

De aangewezen beroepsbeoefenaren zijn allen aangeduid met hun wettelijk erkende specialistentitel. Daardoor is sprake van een situatie waarbij alle aangewezen beroepsbeoefenaren conform artikel 14 van de Wet BIG zijn ingeschreven in het specialistenregister waaraan door Onze Minister de door hun gevoerde, wettelijke erkende specialistentitels zijn verbonden.

In deze algemene maatregel van bestuur is niet gekozen voor een horizonbepaling, doch voor de vaststelling van een termijn van vijf jaar waarvoor de verpleegkundig specialisten als categorie wordt aangewezen. Dat brengt artikel 36a met zich mee. Mocht echter voor het verstrijken van die termijn een voorstel van wet in voorbedoelde zin bij de Tweede Kamer worden ingediend, dan wordt de termijn verlengd. De verlengde termijn zal vervolgens vervallen in de gevallen aangegeven in artikel 36a, zevende lid, van de Wet BIG. De verlenging kan niet langer duren dan vijf jaar.

In het geval er geen wetsvoorstel bij de Tweede Kamer wordt ingediend, zal de aanwijzing na vijf jaar vervallen. Deze algemene maatregel van bestuur zal dan worden ingetrokken.

Artikel 2

Een verpleegkundig specialist is een ervaren verpleegkundige die staat ingeschreven in het specialistenregister als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG. Inschrijving in het register vindt uitsluitend plaats indien de verpleegkundig specialist in het bezit is van een getuigschrift van een door de NVAO geaccrediteerde opleiding Master Advanced Nursing Practice. Om deze opleiding te kunnen volgen is een hbo-bacheloropleiding en minstens twee jaar werkervaring vereist.

De competenties betreffen de voorbehouden handelingen die in artikel 3 genoemd worden. Zij maken integraal onderdeel uit van het algemeen competentieprofiel van de verpleegkundig specialist. Dit is een onderdeel van de opleidingseisen die in het Algemeen Besluit Specialismen Verpleegkunde is opgenomen.

De huidige hbo-masteropleidingen Advanced Nursing Practice zijn erkend voor de opleiding tot verpleegkundig specialist en voldoen daarmee aan alle opleidingseisen. De alumni van de hbo-masteropleidingen die zich drie jaar na afstuderen willen inschrijven, kunnen zich laten registreren nadat ze hebben aangetoond over de vereiste competenties te beschikken. Hiervoor worden bijscholingen aangeboden, altijd gevolgd door een toets.

Artikel 3

¹Kamerstukken I, 32 261, B, C en D; Kamerstukken II, 32 261, nr. 23.

Zoals in het algemene deel van deze toelichting al even aan de orde kwam, volgt hier een uitwerking van enkele specifieke beperkingen die de verpleegkundig specialist in acht neemt bij het verrichten van voorbehouden handelingen binnen het specialisme van de verpleegkunde. Deze zijn ingegeven door het feit dat het hier gaat om risicovolle handelingen, welke onnodige schade kunnen toebrengen aan de gezondheid van de patiënt indien ondeskundig uitgevoerd.

De grenzen aan de zelfstandige bevoegdheid zijn gesteld door beperktere complexiteit van de handeling, de routinematigheid ervan, door de eis dat de risico's goed te overzien moeten zijn en dat de landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen worden gevolgd. De afgeleide protocollen zijn in feite een weerslag van de samenwerking tussen de verpleegkundig specialist en andere disciplines.

Omdat binnen een categorie voorbehouden handelingen een soms grote variëteit aan handelingen kan schuilgaan (zoals bij de heelkundige handelingen) is het noodzakelijk om een begrenzing aan te geven. Gezien de deskundigheid van de verpleegkundig specialist komen van de voorbehouden handelingen, aangewezen in artikel 3, alleen die met een beperktere complexiteit in aanmerking voor zelfstandige verrichting. Ten aanzien van de complexere voorbehouden handelingen is de arts-specialist zelfstandig bevoegd. Ook handelingen die de verpleegkundig specialist niet regelmatig verricht vallen buiten de zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialist. Hiermee wordt voorkomen dat bepaalde handelingen, die weliswaar binnen het specialisme van de verpleegkunde vallen waar de verpleegkundig specialist werkzaam is maar niet veel voorkomend zijn, toch door een verpleegkundig specialist zelfstandig uitgevoerd worden. Daarmee samenhangend zal de verpleegkundig specialist de handelingen waarvan de risico's niet goed te overzien zijn door de verpleegkundig specialist, evenmin tot diens zelfstandige bevoegdheid kunnen rekenen. Hierbij kan het niet alleen gaan om complexere handelingen, maar ook om handelingen die weliswaar uitvoeringstechnisch niet ingewikkeld zijn maar waarvan de gevolgen van die handeling – gegeven de deskundigheid van de verpleegkundig specialist – vooraf niet goed in te schatten zijn.

Een en ander houdt in dat de verpleegkundig specialist geen grote risicovolle operaties zelfstandig uitvoert, en dat alleen Uitsluitend Recept-geneesmiddelen (UR-geneesmiddelen) worden voorgeschreven die binnen het beroepsdeel van het specialisme van de verpleegkundig gebruikelijk zijn.

Artikel 4

Door de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen in artikel 36 Wet BIG uit te breiden met een specifieke categorie beroepsbeoefenaren en dit vast te leggen in een op artikel 36a Wet BIG gebaseerde algemene maatregel van bestuur, wordt duidelijk dat het voorsnog om een tijdelijke regeling gaat, zodat – als gevolg van de uitkomst van een evaluatie – nog wijziging kan plaatsvinden in de toegekende bevoegdheden. Tevens kan blijken in hoeverre de dagelijkse praktijk inderdaad vereist dat de beroepsbeoefenaar met de bijzondere of nieuwe deskundigheid over de mogelijkheid beschikt zelfstandig de indicatie voor de voorbehouden handeling te stellen en deze vervolgens zelfstandig bevoegd te verrichten. Dit vormt een van de aspecten die zullen worden meegewogen in de evaluatie

van de tijdelijke toekenning van bevoegdheden. Meer in het algemeen zal het bij de evaluatie gaan over de vraag of de toedeling van de zelfstandige bevoegdheid doelmatig en doeltreffend is; dus in hoeverre het bijdraagt aan efficiëntere en effectievere zorg.

De variabelen waarop wordt geëvalueerd zijn:

- kwaliteit (veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid);
- effectiviteit;
- doelmatigheid;
- continuïteit van zorg.

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door een onafhankelijk onderzoeksinstituut.

Artikel 5

De betrokken beroepsorganisatie (V&VN) en die van artsen, de KNMG zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van deze algemene maatregel van bestuur. Derhalve is de eerste uitzonderingsgrond van het beleid inzake de vaste verandermomenten van toepassing (TK, 2009–2010, 29 515, nr. 309, p. 4).

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers*

Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten

VERBETERING

Op blz. 2, artikel 3, onderdeel f, onder 3°, wordt na «UR-geneesmiddelen» toegevoegd: als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet.

Op blz. 3, artikel 6, vervalt: regels.

's-Gravenhage, 3 februari 2012

De Minister van Veiligheid en Justitie, I. W. Opstelten

Staatsblad 2011, 658

29 december 2011

Besluit van 21 december 2011, houdende tijdelijke regels inzake de opleiding, deskundigheid en tijdelijke zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van de physician assistant (Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 november 2011, kenmerk DWJZ-3090777;

Gelet op artikel 36a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 14 december 2011, nr. W13.11.0495/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 december 2011, nr. DWJZ-3098020;

Hebben goedgevonden en verstaan:

§ 1. Begripsbepaling

Artikel 1

In dit besluit wordt verstaan onder:

a. wet:

de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

b. Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs:

het register, genoemd in artikel 6.13 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

c. commissie:

de commissie, bedoeld in artikel 1, onderdeel c, van het Besluitbuitenslands gediplomeerden volksgezondheid.

§ 2. Aanwijzing en titel

Artikel 2

1. Als bevoegd tot het verrichten van handelingen als bedoeld in artikel 7 wordt de physician assistant aangewezen.
2. De aanwijzing, bedoeld in het eerste lid, geldt voor een termijn van vijf jaar.

Artikel 3

1. Het recht tot het voeren van de titel physician assistant is voorbehouden aan degene:
 - a. aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene het afsluitende examen van een opleiding voor physician assistant met goed gevolg heeft afgelegd, welke opleiding is opgenomen in het Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs en die voldoet aan de artikelen 4 en 5, of

- b. die in het bezit is van een door Onze Minister afgegeven verklaring van vakbekwaamheid:
 - waaruit blijkt dat betrokkene een examen heeft afgelegd van een opleiding, die is gericht op de uitoefening van het beroep van physician assistant en aan de betrokkene daarvan een getuigschrift is uitgereikt dat niet is afgegeven binnen een staat aangesloten bij de overeenkomst van Oporto van 2 mei 1992 betreffende de Europese Economische Ruimte (Trb. 1992, 132) of Zwitserland, en
 - waarin Onze Minister verklaart dat de door de betrokkene verworven vakbekwaamheid voor de toepassing van deze wet geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit de artikelen 4 en 5 kan worden afgeleid, of
 - c. die in het bezit is van een door Onze Minister afgegeven erkenning van beroepskwalificaties als physician assistant in de zin van de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties.
2. De verklaring bedoeld in het eerste lid, onder b, en de erkenning, bedoeld in het eerste lid, onder c, geven aan voor welk deelgebied van de geneeskunst zij van toepassing zijn.

§ 3. Opleiding

Artikel 4

De opleiding, bedoeld in artikel 3, onderdeel a, heeft een studielast van 4200 studiebelastingsuren, omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs, en is er op gericht dat de betrokkene competenties verwerft, die betrekking hebben op het gebied van deskundigheid als bedoeld in artikel 6, ter zake van:

- a. medische deskundigheid;
- b. communicatie;
- c. organisatie;
- d. samenwerking;
- e. kennis en wetenschap;
- f. maatschappelijk handelen;
- g. professionaliteit.

Artikel 5

1. De competentie medische deskundigheid omvat de bekwaamheid om:
- a. met betrekking tot veelvoorkomende aandoeningen, doeltreffende, ethisch verantwoorde diagnostische, therapeutische, prognostische en op het individu gerichte preventieve vaardigheden toe te passen in de praktijk;
 - b. relevante informatie aangaande diagnostische, therapeutische, prognostische en op het individu gerichte preventieve opties op te zoeken en te integreren in de klinische praktijk;

- c. doeltreffend in woord en geschrift te communiceren met andere zorgverleners over de aan hem toevertrouwde patiëntenzorg;
 - d. medische deskundigheid te tonen in situaties die niet te maken hebben met directe patiëntenzorg.
2. De competentie communicatie omvat de bekwaamheid om:
- a. met patiënten een therapeutische relatie aan te gaan dan wel te onderhouden op basis van wederzijds begrip, empathie en vertrouwen;
 - b. informatie te verzamelen over de aandoening van de patiënt, van familie of van relevante derden uit de omgeving van de patiënt en de verzamelde informatie te integreren;
 - c. relevante informatie te bespreken met de patiënt, de familie of andere zorgverleners om zo optimale zorg aan de patiënt te leveren;
 - d. de patiënt en de bij de patiënt betrokkenen te begeleiden;
 - e. met diverse patiëntengroepen zoals kinderen, ouderen, mannen en vrouwen en patiënten met verschillende culturele achtergronden om te gaan.
3. De competentie organisatie omvat de bekwaamheid om:
- a. doeltreffend gebruik te maken van informatietechnologie;
 - b. een visie en doelstelling te formuleren, een strategie te ontwikkelen en adequate actie te ondernemen en daarbij adequaat taken en verantwoordelijkheden te delegeren;
 - c. middelen effectief in te zetten voor gezondheidszorg, onderzoek en onderwijs.
 - d. goed geïnformeerd te zijn over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, de invloed hierop van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen, en deze kennis doeltreffend en efficiënt te benutten voor de eigen functie en organisatie;
 - e. de uitgangspunten van kwaliteitszorg, zijnde bewaking, bevordering en waarborging, in de praktijk toe te passen.
4. De competentie samenwerking omvat de bekwaamheid om:
- a. in samenspraak met de patiënt op doeltreffende wijze te komen tot samenwerking met andere zorgverleners binnen de gezondheidszorgorganisatie;
 - b. een doeltreffende bijdrage aan interdisciplinaire teams op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek te leveren.
5. De competentie kennis en wetenschap omvat de bekwaamheid om:
- a. toegepast empirisch wetenschappelijk onderzoek op te zetten en uit te voeren;
 - b. de principes van kritisch denken toe te passen op bronnen van medische informatie en in interactie met anderen;
 - c. bij concrete beslissingen in de klinische praktijk het beschikbare wetenschappelijke bewijs te betrekken;
 - d. een persoonlijke leerstrategie te ontwikkelen, implementeren en documenteren.

6. De competentie maatschappelijk handelen omvat de bekwaamheid om:
 - a. kennis over de determinanten van gezondheid en ziekte toe te passen in de praktijk en mee te werken aan maatregelen die de gezondheid van individuen en groepen bevorderen;
 - b. risicovolle determinanten van gezondheid op het niveau van het individu, patiëntengroepen en maatschappij te herkennen;
 - c. adequaat te reageren op risicovolle determinanten van gezondheid op het niveau van het individu, patiëntengroepen en de maatschappij.
7. De competentie professionaliteit omvat de bekwaamheid om:
 - a. op een eerlijke, betrokken wijze hoog-gekwalficeerde zorg te leveren, met aandacht voor de integriteit van de patiënt;
 - b. adequaat professioneel gedrag te demonstreren in gezondheidszorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs;
 - c. geneeskunde te beoefenen op een ethisch verantwoorde manier, die de medische, juridische en professionele verplichtingen van het lidmaatschap van een zelfregulerende groep respecteert;
 - d. op sterke en zwakke kanten in het eigen functioneren te reflecteren en daardoor sturing te geven aan het eigen leerproces en verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen professionele groei, met als doel levenslange ontwikkeling als professional;
 - e. te reflecteren op het eigen handelen in de medische praktijk, in relatie tot de eigen gevoelens en cognities;
 - f. te reflecteren op de invloed van eigen attitude, normen en waarden op het eigen medisch handelen.

§ 4. Deskundigheid

Artikel 6

1. Tot het gebied van deskundigheid van de physician assistant wordt gerekend het verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de physician assistant is opgeleid. Deze handelingen omvatten het onderzoeken, behandelen en begeleiden van patiënten met veel voorkomende aandoeningen binnen dat deelgebied van de geneeskunst.
2. Tot de handelingen, bedoeld in het eerste lid, behoren het:
 - a. onderzoeken en beoordelen van een patiënt en het op basis van de verkregen gegevens stellen van een diagnose en het opstellen van een behandelplan;
 - b. uitvoeren van het behandelplan en het daartoe verrichten van gangbare medische handelingen;
 - c. stellen van indicaties en het herkennen van complicaties van medische handelingen en verrichtingen en het daarop anticiperen;

- d. verlenen van spoedeisende hulp, het bewaken van vitale lichaamsfuncties en waar nodig het treffen van maatregelen ter herstel daarvan;
- e. verwijzen naar, consulteren van en samenwerken met artsen en met andere gezondheidszorgmedewerkers;
- f. geven van advies, voorlichting en het verlenen van preventieve zorg.

§ 5. Voorbehouden handelingen

Artikel 7

1. De physician assistant is bevoegd tot:
 - a. het verrichten van heelkundige handelingen;
 - b. het verrichten van endoscopieën;
 - c. het verrichten van katheterisaties;
 - d. het geven van injecties;
 - e. het verrichten van puncties;
 - f. het verrichten van electieve cardioversie;
 - g. het toepassen van defibrillatie;
 - h. het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet.
2. De bevoegdheid, genoemd in het eerste lid, geldt uitsluitend voor zover het betreft:
 - a. handelingen die vallen binnen het deskundigheidsgebied, bedoeld in artikel 6;
 - b. handelingen van een beperkte complexiteit;
 - c. routinematige handelingen;
 - d. handelingen waarvan de risico's te overzien zijn;
 - e. handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

§ 6. Overige bepalingen

Artikel 8

1. Alvorens een verklaring af te geven als bedoeld in artikel 3, eerste lid, onderdeel b, wint Onze Minister advies in van de commissie.
2. De commissie onderzoekt en laat Onze Minister weten of naar haar oordeel voldaan is aan de vereisten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, onderdeel b.
3. De artikelen 3a, eerste lid, 5, 6 en 7, van het Besluit buitenslands gediplomeerden volksgezondheid zijn van overeenkomstige toepassing op aanvragen voor een verklaring van vakbekwaamheid als bedoeld in artikel 3, eerste lid, onderdeel b. De leden-deskundigen die deel uitmaken van de commissie, zijn deskundig ter zake van de opleiding of van het beroep van physician assistant.

Artikel 9

Onze Minister zendt binnen vijf jaar na inwerkingtreding van dit besluit aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van dit besluit in de praktijk.

Artikel 10

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2012.

Artikel 11

Dit besluit wordt aangehaald als: Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant. Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 21 december 2011

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. I. Schippers

Uitgegeven de negenentwintigste december 2011

De Minister van Veiligheid en Justitie,

I. W. Opstelten

NOTA VAN TOELICHTING

Met de onderhavige maatregel van bestuur wordt uitvoering gegeven aan artikel 36a van de Wet op de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) om voor een periode van maximaal 5 jaar, een bepaalde categorie van beroepsbeoefenaren tot het verrichten van in de maatregel aangewezen handelingen zelfstandig bevoegd te verklaren. Artikel 36a voorziet voorts in een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen opleiding die betrekking heeft op de aangewezen voorbehouden handelingen.

De onderhavige maatregel wijst de beroepsgroep van physician assistants aan. De physician assistant verleent op basis van een geaccrediteerde hbo-masteropleiding medische zorg binnen een deelgebied van de geneeskunde. De physician assistant is in Nederland geïntroduceerd om een bijdrage te leveren aan de opvang van de sterk toenemende vraag naar medische zorg. Het gaat hierbij voornamelijk om het overnemen van (geprotocolleerde) medische standaardtaken van artsen (taakherschikking). Daarnaast levert de physician assistant een bijdrage aan de kwaliteit van zorg, met name waar het de continuïteit van die zorg betreft.

Naast de aanwijzing van de beroepsgroep en de vereiste opleiding worden in deze maatregel ook de voorbehouden handelingen aangewezen waarvoor een zelfstandige bevoegdheid aan de physician assistant wordt verleend. Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen welke te rekenen zijn tot het gebied van deskundigheid van de physician assistant en om het stellen van beperkingen die de physician assistant bij het verrichten van die handelingen in acht dient te nemen.

De physician assistant beschikt over het diploma Master Physician Assistant van een door de Nederlandse Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) geaccrediteerde hbo-masteropleiding. Om tot de masteropleiding physician assistant te worden toegelaten dient de aspirant-physician assistant te beschikken over een bewezen hbo-opleidingsniveau in de gezondheidszorg (onder andere verpleegkunde of fysiotherapie) en ten minste twee jaar relevante werkervaring. Bovendien dient men te beschikken

over een physician assistant-opleidingsplaats binnen een deelgebied van de geneeskunst, dit vanwege het duale karakter van de opleiding. Gedurende de masteropleiding verwerft de physician assistant een brede geneeskundige basiskennis. Daarnaast ontwikkelt de physician assistant specifieke medische bekwaamheden binnen het deelgebied waar deze werkzaam is. De brede geneeskundige basis biedt de physician assistant de mogelijkheid om zich na de opleiding ook op andere deelgebieden van de geneeskunst te ontwikkelen en werkzaam te zijn.

Het opleidingsprofiel is gebaseerd op het beroepsprofiel zoals dat in 2007 is vastgesteld door de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA). In het beroepsprofiel staan de vereisten (beroepskwalificaties) beschreven waarover een beginnend physician assistant beschikt. In het opleidingsprofiel worden de eindtermen, geformuleerd in competenties, uiteengezet. Dit zijn vaardigheden die de student gedurende de opleiding dient te verwerven en die hem in staat stellen het beroep op een zelfstandige, bekwame manier uit te oefenen.

Positionering van de physician assistant

De physician assistant verricht werkzaamheden binnen een deelgebied van de geneeskunst in de eerste en tweede lijn. De physician assistant ondersteunt de arts door zelfstandig medische taken uit te voeren. Gezien het deskundigheidsgebied van de physician assistant is hij werkzaam binnen een samenwerkingsverband waarvan tenminste één arts-specialist deel uitmaakt. Voor zover de physician assistant werkzaam is in een instelling is onverkort de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing. Ook zijn de in het Burgerlijk Wetboek, Titel 7, afdeling 5, opgenomen regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst) van toepassing. Dat betekent onder meer dat een patiënt alleen met zijn of haar toestemming door hulpverleners behandeld mag worden.

Deskundigheidsgebied

Het deskundigheidsgebied van de physician assistant is omschreven in artikel 6 van dit besluit. De omschrijving van het deskundigheidsgebied sluit aan bij de kennis, het inzicht en de vaardigheden die op grond van de opleiding tot physician assistant zijn opgedaan. Omschreven wordt met betrekking tot het verrichten van welke voorbehouden en andere handelingen op het deelgebied van de geneeskunst de physician assistant deskundig is.

De basis van de uiteenlopende takenpakketten van de physician assistants, afgeleid van het beroepsprofiel en het opleidingsprofiel physician assistant, bestaat uit het verrichten van anamnese, lichamelijk onderzoek, diagnosticeren van (potentiële) gezondheidsrisico's, initiëren en uitvoeren van behandelplannen. De voorbehouden handelingen die daarbij door de meeste physician assistants worden verricht en waarvan de bevoegdheid voor een adequate en doelmatige beroepsuitoefening een onmisbare voorwaarde is, staan opgesomd in artikel 7.

In de uitwerking van het gebied van deskundigheid liggen ook besloten de beperkingen die de physician assistant bij het verrichten van deze voorbehouden en andere medische handelingen in acht

neemt. Als de physician assistant constateert dat er handelingen zijn aangewezen die buiten het betreffende deelgebied van de geneeskunst liggen of geen betrekking hebben op de veelvoorkomende aandoeningen die de physician assistant behandelt, dan handelt de physician assistant als ter zake kundig door een arts te consulteren of diens hulp in te roepen dan wel de patiënt door te verwijzen naar een arts-specialist. Aldus is de deskundigheid van de physician assistant afgegrensd van die van de arts-specialist.

Voorbehouden handelingen

Kern van dit besluit vormt de toekenning aan de physician assistant van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van de in artikel 7 opgesomde voorbehouden handelingen. Deze zelfstandige bevoegdheid omvat zowel de indicatiestelling voor de betreffende voorbehouden handeling als de uitvoering ervan. De physician assistant kan de voorbehouden handeling zelf uitvoeren of een opdracht daartoe verlenen aan een ander (mits deze bekwaam is de handeling uit te voeren).

De zelfstandige bevoegdheid die wordt toegekend is in omvang beperkt. De bevoegdheidsgrenzen van de physician assistant worden bepaald door de opleiding, de eigen bekwaamheid, de omschrijving van het deskundigheidsgebied en de bij dit besluit gestelde beperkingen met betrekking tot de voorbehouden handelingen. Tot slot geldt ook ten aanzien van de physician assistant de algemene eis, dat uitsluitend bevoegdheid bestaat voor een voorbehouden handeling, als sprake is van bekwaamheid om deze uit te voeren (gezien het bepaalde in artikel 36, vijftiende lid van de wet). Aangezien bekwaamheid individueel bepaald is, zal de zelfstandige verrichting van die handeling in het concrete geval ook daarvan afhangen. De vereiste bekwaamheid voor die handelingen wordt tijdens de opleiding door de superviserend arts-specialist vastgesteld.

De voorbehouden handelingen die door de physician assistants worden verricht zijn in principe beperkt tot de voor het betreffende deelgebied van de geneeskunst gangbare handelingen van een beperktere complexiteit. In de dagelijkse praktijk is de physician assistant daarbij gebonden aan de richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen van het betreffende geneeskundig specialisme en vindt afstemming met de arts-specialist plaats. Binnen deze kaders neemt de physician assistant zelfstandig beslissingen omtrent de indicatie en de verrichting van de aangewezen voorbehouden handelingen.

In concreto betekent dit onder meer dat de physician assistant geen grote risicovolle operaties zelfstandig uitvoert, en dat alleen medicijnen worden voorgeschreven die voor het deelgebied van de geneeskunst gebruikelijk zijn.

Opdrachtverlening

Artikel 38 van de Wet BIG, dat gaat over de opdrachtverlening tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen, is van overeenkomstige toepassing. Omdat het gaat om een nieuwe bevoegdheid voor een specifieke categorie beroepsbeoefenaren die het beroep in de volle breedte moet kunnen gaan uitoefenen, is het opdrachtgeverschap onder de reikwijdte van artikel 36a gebracht. Dit betekent dat de in dit besluit aangewezen beroepsbeoefenaren ook opdracht kunnen geven tot het verrichten van

voorbehouden handelingen aan anderen die daartoe niet zelfstandig bevoegd zijn indien aan de in artikel 38 genoemde voorwaarden is voldaan.

Kwaliteitsregister

Met het tijdelijk toekennen van bevoegdheden verhoudt het zich echter niet om voor de beroepsbeoefenaren waaraan de bevoegdheid is toegekend een publiekrechtelijk register en een daaraan gekoppelde beroepstitel in het leven te roepen. Een dergelijk register en een beroepstitel staan namelijk de noodzakelijke omkeerbaarheid van het experiment in de weg.¹ Om die reden is afgezien van toekenning van een beroepstitel en van registratie in een register als bedoeld in artikel 3 van de wet (het BIG-register).

Niettemin is een zekere kenbaarheid van de physician assistants die tot de aangewezen categorie behoren van belang. Dit is mogelijk doordat de beroepsvereniging van physician assistants, de Nederlandse Associatie voor physician assistants, een register voert van physician assistants. In dit zgn. Kwaliteitsregister staan de physician assistants vermeld die hun opleiding hebben voltooid. Aan de registratie is geen verplicht lidmaatschap van de beroepsvereniging verbonden. Bij de registratie is tevens het deelgebied vermeld waarbinnen de physician assistant is opgeleid. Het register is openbaar toegankelijk, zodat deze ook raadpleegbaar is door apothekers. Op deze wijze kan een apotheker de voorschrijfbevoegdheid van een physician assistant eenvoudig verifiëren.

Handhaving

Zoals hiervoor aangegeven staan de physician assistants niet geregistreerd in een register als bedoeld in artikel 3 van de wet (het BIG-register).

Dit betekent dat de physician assistants weliswaar onder de werking van het tuchtrecht van de wet zijn gebracht, maar dat de tuchtmaatregelen die betrekking hebben op inschrijving in het BIG-register niet kunnen worden opgelegd. Andere handhavingsinstrumenten kunnen echter onverkort worden ingezet. Onder de Kwaliteitswet zorginstellingen beschikt de minister over de mogelijkheid om een aanwijzing te geven aan de betreffende zorgaanbieder; voor spoedeisende gevallen beschikt de inspectie over een bevelsmogelijkheid.

De voorhang

Het ontwerp van dit besluit heeft voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer. Naar aanleiding van die voorhang zijn geen vragen of opmerkingen naar voren gekomen die hebben geleid tot aanpassing van dit besluit². Los van enkele aanpassingen van redactionele aard is ten opzichte van het voorgehangen ontwerp een wijziging opgenomen om de gelijkstelling mogelijk te maken van buitenslands gediplomeerden. De relevante bepalingen van Wet BIG (artikel 41 en 45) zijn namelijk niet van toepassing op de physician assistant.

¹Nader rapport, Kamerstukken II, 32 261, nr. 4.

²Kamerstukken I, 32 261, B, C en D; Kamerstukken II, 32 261, nr. 23.

Artikelsgewijs

Artikel 2, tweede lid

In deze algemene maatregel van bestuur is niet gekozen voor een horizonbepaling, doch voor de vaststelling van een termijn van vijf jaar waarvoor de physician assistants als categorie wordt aangewezen. Dat brengt artikel 36a mee. Mocht echter voor het verstrijken van die termijn een voorstel van wet in voorbedoelde zin bij de Tweede Kamer worden ingediend, dan wordt de termijn verlengd. De verlengde termijn zal vervolgens vervallen in de gevallen aangegeven in artikel 36a, zevende lid, van Wet BIG. De verlenging kan niet langer duren dan vijf jaar.

In het geval er geen wetsvoorstel bij de Tweede Kamer wordt ingediend, zal de aanwijzing na vijf jaar vervallen. Deze algemene maatregel van bestuur zal dan worden ingetrokken.

Artikel 3

Het recht om de titel van physician assistant te voeren komt toe aan degene die de desbetreffende opleiding, opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs, met goed gevolg heeft doorlopen en waarvoor in het onderhavige besluit eisen zijn gesteld, alsmede aan buitenslands gediplomeerden die daaraan zijn gelijkgesteld. Deze systematiek van de opleidingstitelbescherming is vergelijkbaar met de beroepen die in artikel 34 van de Wet BIG zijn opgenomen. Voor een toelichting over de opleidingstitel voor de physician assistant wordt verwezen naar de kamerstukken behorende bij artikel 36a van de Wet BIG.³

Voor de beroepen, bedoeld in artikelen 3 en de beroepen die zijn aangewezen op grond van artikel 34, eerste lid van Wet BIG, zijn in artikel 41, onderscheidenlijk 45, regels gesteld over de gelijkstelling van buitenslands gediplomeerden met Nederlands gediplomeerden.

Voor een deel vallen de buitenslands gediplomeerde onder de werking van de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties. Voor dat deel kan volstaan worden met een aanpassing van de Regeling erkenning EG-beroepskwalificaties in de individuele gezondheidszorg. Voor het resterende deel van de buitenslands gediplomeerden voorziet dit artikel in een regeling om gelijkstelling mogelijk te maken.

Artikelen 4 en 5

Voor de opleiding tot physician assistant, bedoeld in artikel 4 zijn landelijke eindkwalificaties ontwikkeld die zijn vastgesteld door de HBO-raad (Competentieprofiel van de Masteropleiding Physician Assistant, zomer 2003). Deze landelijke eindkwalificaties zijn gebaseerd op het Beroepsprofiel Physician Assistant, dat in nauw overleg met artsen en physician assistants tot stand is gekomen (Beroepsprofiel Physician Assistant, 1 november 2007, NAPA). Alle geaccrediteerde opleidingsinstituten die de opleiding tot physician assistant mogen geven, zijn gehouden deze landelijke eindkwalificaties te hanteren. De opleiding omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs dat gericht is op het verwerven van de navolgende competenties die de basis vormen voor de beroepsuitoefening binnen het deskundigheidsgebied van de physician assistant.

³Kamerstukken II 2009-2010, 32 261, nr. 3.

Deze competenties zijn conform het model CanMEDS-2008. De CanMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists) beschrijven het profiel van de physician assistant in zeven rollen/competentiedomeinen namelijk: medisch deskundige, communicator, samenwerker, organisator, samenwerker, academicus, gezondheidsbevorderaar en beroepsbeoefenaar. Hierna worden de verschillende competenties toegelicht.

Competentie medische deskundigheid:

De physician assistant beschikt op een welomschreven terrein over de kennis en vaardigheden om gegevens te verzamelen en te interpreteren, een probleemanalyse te maken, de juiste klinische beslissingen te nemen, en uit te voeren, met inachtneming van de grenzen van eigen discipline en expertise. De geleverde zorg door de physician assistant is zoveel mogelijk evidence based, actueel, ethisch onderbouwd, kosteneffectief.

Competentie communicatie:

De physician assistant kan een doeltreffende relatie aangaan/onderhouden met patiënten, collegae en andere zorgverleners. Medische communicatieve vaardigheden zijn daarbij essentieel van belang om hoog gekwalificeerde zorg te kunnen bieden. De geleverde zorg wordt door de physician assistant doeltreffend mondeling/schriftelijk gecommuniceerd aan patiënt(-en), familie en andere medewerkers in de zorg.

Competentie organisatie:

Als organisator neemt de physician assistant dagelijks besluiten over beleid en de toewijzing van beperkte financiële, materiële en personele middelen. Tevens is de physician assistant in staat op verantwoorde wijze taken in het werk (op strategisch, tactisch en operationeel niveau) als daarbuiten af te stemmen en in staat taken te prioriteren, uit te voeren in een team en te evalueren.

Competentie samenwerking:

De physician assistant kan een collegiale samenwerking opbouwen en kan doeltreffend samenwerken in een multidisciplinair samenwerkingverband om besluitvorming rond optimale patiëntenzorg, onderwijs en/of onderzoek te realiseren. De physician assistant kan doeltreffend samenwerken met patiënten en patiëntengroepen, collega's en andere zorgverleners. De physician assistant is tevens in staat vaardigheden te hanteren om informatie over te brengen, te onderhandelen, leiding te geven, consultaties uit te voeren en intercollegiaal te toetsen.

Competentie kennis en wetenschap:

De physician assistant levert een wetenschappelijke bijdrage aan de beoordeling, opbouw en begrip van kennis en kunde van de gezondheidszorg en neemt op een omschreven terrein klinische beslissingen op wetenschappelijk verantwoorde wijze. Hij erkent het belang van levenslang leren en fungeert hierin als rolmodel.

Competentie maatschappelijk handelen:

De physician assistant erkent en bepleit actief het belang van preventieve gezondheidszorg voor de individuele patiënt, patiëntengroepen en de maatschappij. De physician assistant draagt dit belang individueel dan wel in teamverband uit aan beleidsmakers op het terrein van de volksgezondheid.

Competentie professionaliteit:

De physician assistant vervult als professional, met adequate kennis, kunde en gedrag, een maatschappelijk rol om de gezondheid en het welbevinden van de samenleving naar een zo goed mogelijk niveau te brengen. Hij beoefent de patiëntenzorg volgens de geldende medische en ethische standaarden, beheerst en houdt de standaarden van zijn vakgebied bij. De physician assistant exploreert weloverwogen en doelbewust ervaringen ter bevordering van het leren, de persoonlijke en professionele ontwikkeling en het verbeteren van het eigen functioneren als physician assistant in de beroepspraktijk.

Artikel 6, eerste lid

De werkzaamheden van de physician assistant reiken van geneeskundige basistaken tot specialistische taken binnen het geneeskundig proces van onderzoek, diagnostiek en behandeling. De physician assistant neemt de standaardwerkzaamheden van de arts-specialist over. Deze werkzaamheden betreffen handelingen van een beperkte complexiteit.

Zoals in het algemene deel van deze toelichting al aan de orde kwam, wordt hier een uitwerking gegeven aan de beperkingen die de physician assistant in acht neemt bij het verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunst en andere handelingen. Door het stellen van deze beperkingen wordt het gebied van deskundigheid van de physician assistant afgegrensd van de deskundigheid van de arts-specialist op het gebied van de geneeskunst.

Een eerste afbakening van de deskundigheid is gelegen in de omvang van de geneeskunst. De deskundigheid van de physician assistant is in die zin algemeen, dat de physician assistant wordt opgeleid om patiënten te kunnen onderzoeken, diagnoses te kunnen stellen en behandelplannen op te stellen en uit te voeren. Deze deskundigheid richt zich echter specifiek op een deelgebied van de geneeskunst. Binnen dat deelgebied handelt de physician assistant zelfstandig en draagt hij verantwoordelijkheid voor de behandeling van patiënten met veelvoorkomende aandoeningen.

Een tweede afbakening betreft de aandoeningen die de physician assistant behandelt binnen zijn deelgebied. De deskundigheid van de physician assistant richt zich op veel voorkomende aandoeningen en de behandelingen van deze aandoeningen kenmerken zich door een beperktere complexiteit. Zeldzame aandoeningen en complexe behandelingen vallen buiten de deskundigheid van de physician assistant, ook al behoren dergelijke aandoeningen en behandelingen wel tot het desbetreffende deelgebied.

Artikel 6, tweede lid

De handelingen, genoemd in het tweede lid vormen een invulling van het deskundigheidsgebied van de physician assistant. De handelingen zijn algemeen omschreven. Dit is ingegeven door het feit dat de physician assistant beschikt over algemene basiskennis van de geneeskunst, welke hem in staat stelt om te onderzoeken, te diagnosticeren, een behandelplan op te stellen en uit te voeren. Daarnaast

is een algemene omschrijving noodzakelijk, omdat de physician assistant op allerlei verschillende deelgebieden van de geneeskunst opgeleid en werkzaam kan zijn. De handelingen die in de onderdelen a, c, d, e en f zijn omschreven, zijn daarom ook algemeen te noemen.

De beperking in de handelingen is vooral gelegen in de koppeling met de beperkingen in het eerste lid: het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de physician assistant zijn specifieke deskundigheid heeft en de aard van de aandoeningen welke de physician assistant behandelt.

Onderdeel b kent nog een specifieke beperking. In onderdeel b is bepaald dat de medische handelingen die de physician assistant verricht gangbaar dienen te zijn. Dit sluit aan bij de patiëntenpopulatie die de physician assistant behandelt, namelijk die met veel voorkomende aandoeningen. De handelingen die niet gebruikelijk zijn bij de behandeling van deze patiënten vallen buiten de deskundigheid van de physician assistant. Het gaat dan om zeer bijzondere of complexere handelingen, bijvoorbeeld experimentele behandelingen in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Artikel 7

De beperkingen van de deskundigheid werken in omvang door in de zelfstandige bevoegdheid van artikel 7. Een algemene beperking is dat niet ten aanzien van alle voorbehouden handelingen van artikel 36 van de Wet BIG een zelfstandige bevoegdheid wordt toegekend. De zelfstandige bevoegdheid wordt toegekend ten aanzien van acht van de in totaal 14 voorbehouden handelingen van artikel 36 van de Wet BIG. Ten aanzien van de overige zes voorbehouden handelingen geldt dat deze een specifieke deskundigheid vergen welke niet tot het deskundigheidsgebied van de physician assistant valt te rekenen. De toedeling van de betreffende acht voorbehouden handelingen is in overeenstemming met de beroepsorganisaties van physician assistants en artsen geschied. Daarnaast vloeien uit het deskundigheidsgebied van de physician assistant ook andere beperkingen voort: alleen voor die voorbehouden handelingen wordt een zelfstandige bevoegdheid toegekend welke vallen binnen het deelgebied van de geneeskunst.

Ten slotte gelden met betrekking tot de zelfstandige bevoegdheid nog enkele specifieke beperkingen. Deze zijn ingegeven door het feit dat het hier gaat om risicovolle handelingen, welke onnodige schade kunnen toebrengen aan de gezondheid van de patiënt indien deze ondeskundig worden uitgevoerd. Ook hier zijn de beperkingen algemeen van aard, gegeven de variëteit in de deelterreinen van de geneeskunst. De grenzen aan de zelfstandige bevoegdheid zijn cumulatief. Zij worden gevormd door de beperktere complexiteit van de handelingen, de routinematigheid ervan, alsmede door de eisen dat de risico's goed te overzien moeten zijn en dat de landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen worden gevolgd.

Omdat binnen een categorie voorbehouden handelingen een soms grote variëteit aan handelingen kan schuilgaan (zoals bij de heelkundige handelingen) is het noodzakelijk om een begrenzing aan te geven. Gezien de deskundigheid van de physician assistant komen van de voorbehouden handelingen, aangewezen in artikel 7, alleen die met een beperktere complexiteit in aanmerking voor zelfstandige verrichting. Ten aanzien van de complexere voorbehouden handelingen is de arts-specialist zelfstandig

bevoegd. Ook handelingen die de physician assistant niet regelmatig verricht, vallen buiten de zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant. Hiermee wordt voorkomen dat bepaalde handelingen, die weliswaar binnen het deelgebied van de geneeskunst vallen waar de physician assistant werkzaam is maar niet veel voorkomend zijn, toch door een physician assistant zelfstandig uitgevoerd gaan worden. Daarmee samenhangend zal de physician assistant de handelingen waarvan de risico's door hem niet goed te overzien zijn, evenmin tot diens zelfstandige bevoegdheid kunnen rekenen. Hierbij kan het gaan om complexere handelingen, maar ook om handelingen die weliswaar uitvoeringstechnisch niet ingewikkeld zijn maar waarvan de gevolgen van die handeling – gegeven de deskundigheid van de physician assistant – vooraf niet goed in te schatten zijn.

Een en ander houdt in dat de physician assistant bijvoorbeeld ten aanzien van de heelkundige handelingen niet bevoegd is complexe heelkundige handelingen zoals intracraniële, intrathoracale, intra-abdominale ingrepen en grote gewrichtsingrepen te verrichten. Ten aanzien van katheterisaties, puncties en endoscopieën valt op te merken dat technieken waarbij het risico van een perforatie van een orgaan groot is (hart, hersenen, nieren, lever, pancreas) eveneens buiten de bevoegdheid van de physician assistant liggen. Het indiceren en voorschrijven van UR-geneesmiddelen is beperkt tot alle gangbare UR-geneesmiddelen binnen het deelgebied van de geneeskunst waarin de physician assistant werkzaam is.

Tot slot geldt ook ten aanzien van de physician assistant de algemene eis, dat uitsluitend bevoegdheid bestaat voor een voorbehouden handeling, als sprake is van bekwaamheid om deze uit te voeren (gezien het bepaalde in artikel 36, vijftiende lid). Aangezien bekwaamheid individueel bepaald is, zal de zelfstandige verrichting in het concrete geval ook daarvan afhangen.

De eerder genoemde protocollen zijn afgeleides van de richtlijnen en vormen in feite een weerslag van de samenwerking tussen de physician assistant en de arts specialist. De specifieke deskundigheid welke de physician assistant gedurende de opleiding verkrijgt, wordt vastgelegd door de supervisor in het portfolio dat deel uitmaakt van de opleiding. Na afronding van de opleiding leggen de supervisor en de physician assistant samenwerkingsafspraken omtrent het medisch handelen van de physician assistant en de door hem te behandelen patiëntengroepen schriftelijk vast.

Artikel 8

Dit artikel regelt dat, alvorens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een verklaring van vakbekwaamheid afgeeft, de commissie, bedoeld in artikel 1, onderdeel c, van het Besluit buitenslands gediplomeerden volksgezondheid, een onderzoek instelt waaruit blijkt of die afgifte gerechtvaardigd is.

Artikel 9

Door de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen in artikel 36 Wet BIG uit te breiden met een specifieke categorie beroepsbeoefenaren en dit vast te leggen in een op artikel 36a Wet BIG gebaseerde algemene maatregel van bestuur wordt duidelijk dat het vooralsnog om een tijdelijke regeling gaat, zodat – als gevolg van de uitkomst van een evaluatie – nog wijziging kan plaatsvinden in de

toegekende bevoegdheden. Tevens kan in de periode van vijf jaar blijken in hoeverre de dagelijkse praktijk inderdaad vereist dat de beroepsbeoefenaar met de bijzondere of nieuwe deskundigheid over de mogelijkheid beschikt zelfstandig de indicatie voor de handeling te stellen en vervolgens de handeling zelfstandig bevoegd te verrichten. Dit vormt een van de aspecten die zullen worden meegewogen in de evaluatie van de tijdelijke toekenning van bevoegdheden. Meer in het algemeen zal het bij de evaluatie daarvan gaan over de vraag of de toedeling van de zelfstandige bevoegdheid doelmatig en doeltreffend is; dus in hoeverre het bijdraagt aan efficiëntere en effectievere zorg.

De variabelen waarop wordt geëvalueerd zijn:

- kwaliteit (veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid);
- effectiviteit;
- doelmatigheid;
- continuïteit van zorg.

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door een onafhankelijk onderzoeksinstituut.

Artikel 10

De betrokken beroepsorganisatie (NAPA) en die van artsen, de KNMG zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van deze algemene maatregel van bestuur. Derhalve is de eerste uitzonderingsgrond van het beleid inzake de vaste verandermomenten van toepassing (TK, 2009–2010, 29 515, nr. 309, p. 4).

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers*

Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant

VERBETERING

Op blz. 1, wordt de citeertitel «Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant» gewijzigd in: Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant.

Op blz. 6, nota van toelichting, vervallen in onderdeel «Positionering van de physician assistant» de tweede en derde zin.

Op blz. 12, nota van toelichting, toelichting op Artikel 6, tweede lid, wordt in de derde alinea, eerste regel de zinsnede «In onderdeel b is» gewijzigd in: In dat onderdeel is.

's-Gravenhage, 3 februari 2012

De Minister van Veiligheid en Justitie, I. W. Opstelten

Bijlage 2: Vragen uit de vragenlijsten per domein

Bijlage 2a: Effectiviteit (en doelmatigheid)

Zorgverlener

Implementatie:

VS/PA Welke van onderstaande uitspraken is voor u van toepassing? (meerdere antwoorden mogelijk)

De zelfstandige bevoegdheid voor de VS/PA t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:

Is voor alle VSen/PAs in de instelling waar ik werk, nog niet ingevoerd, omdat..., Is voor mij persoonlijk in de instelling waar ik werk, nog niet ingevoerd, omdat ..., Heeft in de dagelijkse praktijk niets veranderd, ik voerde al voorbehouden handelingen zelfstandig uit vóór de wetswijziging, Heeft er voor gezorgd dat protocollen zijn geschreven, Heeft er voor gezorgd dat afspraken met ...zijn gemaakt, Heeft er voor gezorgd dat protocollen en/of afspraken zijn goedgekeurd door het management, Heeft er voor gezorgd dat ik extra bijscholing heb gevolgd, Anders, namelijk:...

Adequate uitvoering:

VS/PA Welke voorbehouden handelingen verricht u wel eens? (meerdere antwoorden mogelijk) Geef aan indien van toepassing, hoe vaak u deze handelingen gemiddeld per maand verricht en wat doorgaans de indicatieprocedure is geweest (1-6). Geef tevens aan hoelang een enkele handeling gemiddeld per keer duurt in minuten, inclusief de tijd voor het verwerken van de opdracht en overlegtijd

(Deze vraag wordt ook gebruikt om de doelmatigheid te bepalen)

Antwoordcategorieën indicatieprocedure:						
1	2	3	4	5	6	7
Indicatie van een arts, vastgelegd in protocol	Indicatie van een arts, na schriftelijke opdracht	Indicatie van een arts, na mondelinge opdracht	Indicatie van VS/PA, na overleg arts	Indicatie van VS/PA, zonder overleg	Indicatie van VS/PA, delegatie naar:	Anders, namelijk:

Katheterisaties

- ☐ Blaaskatheterisatie bij de man/vrouw
- ☐ Blaasspoelen bij reeds ingebracht katheter
- ☐ Inbrengen van een katheter ten behoeve van intratracheaal uitzuigen
- ☐ Inbrengen van een duodenaal katheter
- ☐ Inbrengen van een infuus
- ☐ Inbrengen van een maagkatheter via mond-, keelholte of maagfistel
- ☐ Inbrengen van een suprapubis katheter

Aantal handelingen per maand	Indicatie procedure (1-7)	Duur van enkele handeling (minuten)

- ☐ Toedienen van geneesmiddelen in opgeloste vorm via infuus/toedieningssysteem
- ☐ Tracheaal extuberen van orale of nasale tube
- ☐ Uitzuigen van mond- en keelholte
- ☐ Verwisselen van suprapubis katheter
- ☐ Anders, namelijk:

Puncties

- ☐ Ascitespuncties
- ☐ Arteriepunctie
- ☐ Crista-, sternum- of beenmergpunctie
- ☐ Cytologische punctie
- ☐ Hielprik bij neonaten
- ☐ Lumbaalpunctie
- ☐ Mammapunctie
- ☐ Pleurapunctie
- ☐ Prostaatpunctie
- ☐ Seroompunctie
- ☐ Venapunctie
- ☐ Anders, namelijk:

Aantal handelingen per maand	Indicatie procedure (1-7)	Duur van enkele handeling (minuten)

☐ Boezemfibrilleren

☐ Ventrikelfibrilleren

☐ Anders, namelijk:

- ☐ Cysto-, hystero-, arthro-, laryngoscopie
- ☐ Gastroscoopie
- ☐ Recto-, sigmoïdeo- en colonscopie
- ☐ Anders, namelijk:

- ☐ Biopsten
- ☐ Circumcisie
- ☐ Defecten bedekken met transplantaat
- ☐ Eenvoudige gewrichtsingrepen
- ☐ Episiotomie
- ☐ Excisie huidafwijkingen
- ☐ Hechten van traumatische en operatiewonden
- ☐ Inbrengen van (wond)drains, thoraxdrains
- ☐ Incisies
- ☐ Klieven peesscheden
- ☐ Necrotomie
- ☐ Niet bloedige repositie van enkelvoudige fracturen
- ☐ Pacemaker polen verwijderen uit het lichaam
- ☐ Prostaattechnieken
- ☐ Tampons verwijderen uit een van nature niet bestaande holte
- ☐ Vasectomieën
- ☐ Venasectie
- ☐ Venectomie

[illegible]

176

Heelkundige handelingen (vervolg)

- ☐ Verwijderen van drains
- ☐ Verwijderen van epiduraalkatheter
- ☐ Verwijderen van subclaviakatheter
- ☐ Verwijderen van trachea-canule
- ☐ Verwijderen van venasectiekatheter
- ☐ Wondtoilet
- ☐ Anders, namelijk:

Aantal handelingen per maand	Indicatie procedure (1-7)	Duur van enkele handeling (minuten)

Injecties

Naam medicament (5 meest voorkomende)	Dosering	Type injectie (A-H)	Aantal handelingen per maand	Indicatie procedure (1-7)	Duur van enkele handeling (minuten)
☐					
☐					
☐					
☐					
☐					

Antwoordcategorieën type injectie:

- A Injectie in gewrichten, peesschedes en keloïd
- B Toedienen sclerotherapie
- C Toedienen van lokaal anesthesie per injectie
- D Intramusculaire injecties

- E Intraveneuze injecties
- F Subcutane injecties
- G Intracardiale injecties
- H Anders, namelijk:

Voorschrijven van receptplichtige geneesmiddelen

Naam medicament (5 meest voorkomende)	Dosering	Type recept (A-C)	Aantal handelingen per maand	Indicatie procedure (1-7)	Duur van enkele handeling (minuten)
☐					
☐					
☐					
☐					
☐					

Antwoordcategorieën type recept:

- A Dosering van een receptplichtig geneesmiddel veranderen
- B Een nieuw receptplichtig geneesmiddel voorschrijven (geen herhaalrecept)
- C Een herhaalrecept (zonder verandering) van een receptplichtig geneesmiddel voorschrijven

Arts Welke voorbehouden handelingen delegeert u wel eens naar een verpleegkundig specialist (VS) of physician assistant (PA)? (*meerdere antwoorden mogelijk*) Geef aan indien van toepassing, hoe vaak u deze handelingen gemiddeld per maand delegeert en wat de delegatieprocedure is geweest (1-5).

Geef tevens aan hoeveel delegatietijd (in minuten) u gemiddeld per voorbehouden handeling nodig heeft voor het verstrekken van de opdracht tot het verrichten van de voorbehouden handeling, of voor overleg nadat de VS/PA de indicatie heeft gesteld.

(Deze vraag wordt ook gebruikt om de doelmatigheid te bepalen)

Antwoordcategorieën delegatieprocedure:				
1	2	3	4	5
Indicatie van een arts, vastgelegd in protocol	Indicatie van een arts, na schriftelijke opdracht	Indicatie van een arts, na mondelinge opdracht	Indicatie van VS/PA, overleg met arts	Anders, namelijk:

Katheterisaties

- ☐ Blaaskatheterisatie bij de man/vrouw
- ☐ Blaasspoelen bij reeds ingebrachte katheter

Enzovoort, zie lijsten VS/PA

Aantal handelingen per maand	Delegatie procedure (1-5)	Delegatietijd (minuten)

Adequate uitvoering (vervolg):

VS/PA Heeft u een eigen agb-code?

Ja; Nee

VS/PA Arts In welke mate bent u het eens/oneens met de volgende stellingen?

Helemaal mee oneens; Mee oneens; Deels mee oneens, deels mee eens; Mee eens; Helemaal mee eens

Voor het verrichten van voorbehouden handelingen is een functionele zelfstandigheid^c voldoende

De aanpassing van de wet BIG ten aanzien van de voorbehouden handelingen is een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving

De aanpassing van de wet BIG ten aanzien van de voorbehouden handelingen sluit goed aan op de praktijk

De lijst van beschreven voorbehouden handelingen in de aanpassing van de wet BIG is **niet** toereikend voor mijn werksituatie

Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen wordt de zorg voor bepaalde patiënten efficiënter

VS/PA Kunt u voldoende geaccrediteerde punten voor bij- en nascholing overleggen aan het kwaliteitsregister van uw beroepsgroep?

^c Het mogen uitvoeren van een *opgedragen* voorbehouden handeling *zonder* toezicht en tussenkomst van een arts

Ja, Nee, het scholingsaanbod is onvoldoende, met name op het gebied van: ..., Nee, scholing is regelmatig niet geaccrediteerd, met name de scholing:..., Nee, er is geen budget voor mijn scholing, Nee, anders: ...

VS/PA Arts Voor welke voorbehouden handelingen is het volgens u niet verantwoord, dat de VS/PA deze binnen hun eigen deskundigheidsgebied, op eigen indicatie verricht? (*alleen in 1^e en 2^e nameting*)

VS/PA Arts Over welke voorbehouden handelingen/welke geneesmiddelen binnen uw deskundigheidsgebied, dient u (de VS/PA) altijd volgens afspraak te overleggen met een arts (u)? (*alleen in 1^e en 2^e nameting*)

VS/PA Arts Voor welke handelingen zou een zelfstandige bevoegdheid (naast de in vraag xx vermelde handelingen) voor u in uw dagelijks werksituatie ook wenselijk zijn?

Handelen volgens richtlijnen:

VS/PA Bestaan er binnen uw afdeling/instelling schriftelijke protocollen ten aanzien van het verrichten van voorbehouden handelingen (in opdracht van een arts)?

Ja; Nee

VS/PA Vindt u dat deze protocollen voldoen?

Ja, volledig; Ja, ten dele; Nee

VS/PA Bestaan er in deze protocollen onduidelijkheden over:

De wijze van handelen (werkinstructies)?; De taakverdeling tussen arts en VS/PA(wie doet wat)?; De verantwoordelijkheidsverdeling (wie is waarop aan te spreken)?; Anders, namelijk: ...; Er zijn geen onduidelijkheden

VS/PA Zijn er voor het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie voor u persoonlijk schriftelijke regels vastgelegd, betreft het ongeschreven regels en gewoonten of zijn er helemaal geen regels voor?

Schriftelijk vastgelegde regels; Ongeschreven regels en gewoontevorming; Helemaal geen regels; Ik verricht geen voorbehouden handelingen op eigen indicatie

VS/PA Wat is in deze schriftelijk vastgelegde regels beschreven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Welke specifieke voorbehouden handelingen u zelfstandig op eigen indicatie mag verrichten; Welke specifieke patiëntengroep u op eigen indicatie mag behandelen (bijvoorbeeld uitsluitend stabiele patiënten of patiënten zonder comorbiditeit); Welke specifieke receptplichtige geneesmiddelen u op eigen indicatie mag voorschrijven; De manier waarop bekwaamheid wordt bepaald; De verdeling van de verantwoordelijkheid; Anders, namelijk: ...

VS/PA Worden deze regels voor het verrichten van voorbehouden handelingen doorgaans door u nageleefd?

Ja, altijd; Ja, meestal want: ...; Ja, soms want: ...; Nee, want: ...

VS/PA Wordt getoetst of u de schriftelijk vastgelegde regels voor het verrichten van voorbehouden handelingen naleeft?

Ja; Nee

Veiligheid:

VS/PA Hoe vaak is de arts met wie u samenwerkt, beschikbaar voor u als u (in opdracht) een voorbehouden handeling verricht?

Zelden; Soms; Vaak; Als nodig

VS/PA Hoe tevreden bent u met de beschikbaarheid van de arts met wie u samenwerkt, als u (in opdracht) een voorbehouden handeling verricht?

Zeer tevreden; Tevreden; Matig tevreden; Ontevreden; Zeer ontevreden

VS/PA Hoe vaak heeft u overleg met de arts met wie u samenwerkt, over individuele patiënten?

1x per dag; Meer dan 1x per dag; 1x per week; Een aantal keren per week; 1x per maand

VS/PA Hoe vindt dit overleg doorgaans plaats? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

Face to face; Telefonisch; Via e-mail

VS/PA Hoe lang duurt dit overleg gemiddeld?

... minuten

VS/PA Vindt u dit voldoende?

Ja; Nee, want: ...

VS/PA Op welke wijze bepaalt u uw eigen bekwaamheid als u op eigen indicatie een voorbehouden handeling verricht? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

Niet van toepassing; Dit laat ik aan de verantwoordelijkheid van de arts waarmee u samenwerkt over; Ik veronderstel mijn bekwaamheid op grond van de door mij gevolgde opleiding; Ik bepaal periodiek (bi voorbeeld eens per jaar) voor welke handelingen ik bekwaam ben, eventueel in overleg met mijn leidinggevende; Ik beoordeel per patiënt of ik bekwaam ben om de handeling te verrichten; Ik beoordeel per handeling of ik bekwaam ben om de handelingen te verrichten; Ik heb een bekwaamheidsverklaring voor een of meerdere voorbehouden handelingen; Ik bepaal aan de hand van een protocol of ik bekwaam ben; Anders, namelijk:

Arts Op welke wijze bepaalt u de bekwaamheid van de VS/PA als deze op eigen indicatie (dus zonder eerdere mondelinge of schriftelijke opdrachten van u) een voorbehouden handeling verricht? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

Niet van toepassing; Dit laat ik aan de verantwoordelijkheid van de VS/PA over; Ik veronderstel de bekwaamheid van de VS/PA op grond van de gevolgde opleiding; Ik bepaal periodiek (bijvoorbeeld eens per jaar) voor welke handelingen de VS/PA bekwaam is; Ik beoordeel per patiënt of de VS/PA bekwaam is om de handeling te verrichten; Ik beoordeel per handeling of de VS/PA bekwaam is om de handelingen te verrichten; Ik ga ervan uit dat de instelling waar ik werk heeft gewaarborgd dat de VS/PA bekwaam is; Anders, namelijk: ...

VS/PA Indien u receptplichtige geneesmiddelen op eigen indicatie voorschrijft:

Wordt dit achteraf inhoudelijk getoetst door een arts; Is formele toestemming nodig van een arts; Wordt daar achteraf geen toestemming voor gevraagd; Niet van toepassing

Arts Indien de VS/PA receptplichtige geneesmiddelen op eigen indicatie voorschrijft:

Toets ik dit achteraf inhoudelijk; Is mijn formele toestemming nodig; Wordt daar achteraf geen toestemming voor gevraagd door de VS/PA; Niet van toepassing

VS/PA **Arts** In welke mate bent u het eens/oneens met de volgende stellingen?

Helemaal mee oneens; Mee oneens; Deels mee oneens, deels mee eens; Mee eens; Helemaal mee eens

VS/PA Ik ben uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten

Arts de VS/PA is uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten

VS/PA Ik wil voor bepaalde voorbehouden handelingen kunnen terugvallen op een arts

VS/PA Mijn kennis om zelfstandig receptplichtige geneesmiddelen voor te kunnen schrijven is onvoldoende

Arts De kennis van de VS/PA is om zelfstandig receptplichtige geneesmiddelen voor te kunnen schrijven is onvoldoende

VS/PA Mijn vaardigheden om de voorbehouden handelingen binnen mijn vakgebied te verrichten zijn uitstekend

Arts de vaardigheden van de VS/PA vaardigheden om de voorbehouden handelingen binnen zijn/haar vakgebied te verrichten zijn uitstekend

VS/PA De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten zijn niet goed vastgelegd

Arts De formele verantwoordelijkheden voor de VS/PA om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten zijn niet goed vastgelegd

VS/PA De taakverdeling tussen artsen en VS/PA met betrekking tot voorbehouden handelingen is niet goed vastgelegd

Arts De taakverdeling tussen de VS/PA en mij met betrekking tot voorbehouden handelingen is niet goed vastgelegd

VS/PA **Arts** Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen wordt de zorg voor bepaalde patiënten minder veilig

VS/PA Draagt u zelf voorbehouden handelingen over aan derden? *(alleen in nulmeting, vervallen in 1^e nameting)*

Nee; Ja, namelijk, Welke:... Aan wie:...

Arts Nu is er nog geen wettelijke basis voor het zelfstandig indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen door de VS/PA. Op welke wijze heeft u geborgd dat aan de wettelijke eisen wordt voldaan? *(alleen in nulmeting, vervallen in 1^e nameting)*

VS/PA **Arts** In hoeverre is het volgens u verantwoord dat de VS/PA voorbehouden handelingen op eigen indicatie verricht? *(alleen in nulmeting, vervallen in 1^e nameting)*

Nee, ja

Niet verantwoord, alleen door de arts te verrichten

Niet verantwoord, alleen door de arts te verrichten, voor de volgende voorbehouden handeling(en): ...

Verantwoord mits in opdracht van een arts, maar bieden van toezicht en tussenkomst is wel een vereiste, voor de volgende voorbehouden handeling(en): ...

Verantwoord mits in opdracht van een arts, maar bieden van toezicht en tussenkomst is wel een vereiste, voor de volgende voorbehouden handeling(en) ...

Verantwoord mits in opdracht van een arts, maar bieden van toezicht en tussenkomst is geen vereiste voor de volgende voorbehouden handeling(en) ...

Verantwoord, opdracht van een arts is niet nodig voor de volgende voorbehouden handeling(en): ...

Subjectieve werkbelasting:

VS/PA **Arts** Hoe tevreden bent u over de volgende aspecten in uw werk?

Zeer ontevreden; Ontevreden; Deels ontevreden, deels tevreden; Tevreden; Zeer tevreden

VS/PA **Arts** De mate waarover ik zorg op maat aan patiënten geef

VS/PA **Arts** De hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb

☐ VS/PA ☐ Arts De hoeveelheid overlegtijd die ik krijg van de arts waarmee ik samenwerk

☐ Arts De hoeveelheid overlegtijd die ik aan de VS/PA geef

☐ VS/PA De mate van samenwerking tussen mij en de artsen binnen mijn afdeling/instelling

☐ Arts De mate van samenwerking tussen mij en de VSen/PAs binnen mijn afdeling/instelling

☐ VS/PA ☐ Arts De mate van samenwerking tussen mij en de overige medewerkers binnen mijn afdeling/instelling

☐ VS/PA ☐ Arts De organisatie en het management van de afdeling/instelling

☐ VS/PA ☐ Arts De uitrusting en de faciliteiten waarover ik beschik

☐ VS/PA ☐ Arts De mate van respect die ik van de patiënten krijg

☐ VS/PA De hoogte van mijn salaris als verpleegkundig specialist/ physician assistant

☐ Arts De hoogte van mijn salaris als Arts

☐ VS/PA ☐ Arts De hoeveelheid tijd die ik aan mijn privéleven kan besteden

☐ VS/PA ☐ Arts De mate waarin het werk mij uitdaagt te laten zien wat ik kan

☐ VS/PA ☐ Arts De mate waarin mij duidelijk is wat collegae van mij verwachten

☐ VS/PA ☐ Arts De hoeveelheid tijd die mijn werk mij kost

☐ VS/PA ☐ Arts Hoe tevreden bent u over uw werk in zijn algemeenheid? *(Geef een score tussen de 0 en 10. Het cijfer 0 staat voor zeer ontevreden, het cijfer 10 staat voor zeer tevreden.)*

Cijfer: ...

☐ VS/PA ☐ Arts In welke mate bent u het eens/oneens met de volgende stellingen?

Helemaal mee oneens; Mee oneens; Deels mee oneens, deels mee eens; Mee eens; Helemaal mee eens

Ik moet in een hoog tempo werken

Mijn werk is hectisch

Ik kan verlof opnemen wanneer ik dat wil

Mijn werk- en rusttijden zijn goed geregeld

De vervanging bij ziekte is goed geregeld

Mijn werk vereist dat ik erg hard werk

Ik hoef niet overdreven veel werk te doen

Ik heb voldoende tijd om mijn werk af te krijgen

Ik moet wel eens op onverwachte tijden aan het werk

De werkbelasting kan ik aan

Ik zou het in mijn werk kalmer aan willen doen

Ik werk onder tijdsdruk

Objectieve werkbelasting:

VS/PA Arts Wat is de omvang van uw dienstverband?

... uren per week (volgens contract)

VS/PA Arts Op hoeveel dagen per week werkt u doorgaans? (Dus over hoeveel dagen worden de gewerkte uren per week verspreid?)

... dagen per week

VS/PA Arts Werkt u over, dat wil zeggen meer uren dan contractueel is vastgelegd?

Ja, structureel; Ja, incidenteel; Nee, nooit

VS/PA Arts Hoeveel overuren maakt u gemiddeld per week? (Het gaat zowel om betaald als onbetaald overwerk. Reistijd niet meetellen, overwerk thuis wel meetellen)

... uren per week

VS/PA Arts Hoeveel patiëntcontacten heeft u gemiddeld per week?

... patiëntcontacten per week

VS/PA Arts Naar schatting hoelang duurt een patiëntcontact gemiddeld in minuten?

... minuten per patiëntcontact

VS/PA Arts Naar schatting hoeveel uren van uw gemiddelde werkweek besteedt u aan de volgende activiteiten?

...uren

Patiëntencontacten

Consulten (*inclusief telefonisch*)

Medische handelingen (*bijvoorbeeld endoscopieën, puncties, injecties*)

Visites (*bijvoorbeeld zaalbezoek, thuissituatie (inclusief reistijd)*)

Overleg

Over individuele patiënten

Niet patiëntgebonden (*mono- of multidisciplinair*)

Overige patiëntgebonden activiteiten (*uitschrijven recepten, bijwerken medische dossiers, aanvragen en interpreteren van diagnostische onderzoeken, regelen overplaatsing, opstellen zorg- en behandelplan*)

Overige niet patiëntgebonden activiteiten:

Kennisbevordering (*bij- en nascholing, congresbezoek, lezen vakliteratuur, deelname aan wetenschappelijk onderzoek*)

Kwaliteitsbeleid (*preventieprojecten, protocol ontwikkelingen*)

Kennisoverdracht (voorlichting aan patiëntengroepen, cursus geven aan andere zorgverleners)

Anders, namelijk: ...

Autonomie:

VS/PA Arts In welke mate bent u het eens/oneens met de volgende stellingen?

Helemaal mee oneens; Mee oneens; Deels mee oneens, deels mee eens; Mee eens; Helemaal mee eens

Ik moet voortdurend uitvoeren wat anderen mij opdragen

Mijn werk biedt me de ruimte veel beslissingen zelf te nemen

Ik heb in mijn baan heel weinig vrijheid om te beslissen hoe ik mijn werk doe

Ik kan zelf het tempo bepalen waarin ik werk

Ik kan zelf de volgorde van mijn werk bepalen

Ik kan begin en eindtijd van mijn werkdag zelf bepalen

Ik heb invloed op de omstandigheden (tempo, hoeveelheid)

Ik kan zelf bepalen wanneer ik pauzeer

Ik kan mij werk zelf indelen

Ik moet in mijn werk zelf oplossingen bedenken om bepaalde dingen te doen

Doelmatigheid:

VS/PA Welke van de volgende werktijden of diensten maken deel uit van uw rooster? (meerdere antwoorden mogelijk) *(alleen in 1^e nameting)*

Werktijden overdag, Avonddiensten, Nachtdiensten, Werkdagen doordeweeks, Zaterdagdiensten, Zondagdiensten, Gebroken diensten, Slaapdiensten, Bereikbaarheidsdiensten, Anders, namelijk: ...

VS/PA Wat is uw netto maandinkomen dat u overgemaakt krijgt op uw bank- of girorekening excl. vakantiegeld, bonussen, overwerk of toeslagen? *(alleen in 1^e nameting)*

Minder dan €1250 netto per maand, van € 1250 tot € 1500, van € 1500 tot € 2000, van € 2000 tot € 2500, van € 2500 tot € 3000, van € 3000 tot € 3500, €3500 of meer netto per maand, Weet ik niet, Vertel ik liever niet

Toegankelijkheid:

Met welk cijfer tussen 1 en 10 drukt u uw tevredenheid over de behandeling uit? *(Hierbij is 1 uiterst ontevreden en 10 uiterst tevreden)*

Cijfer

Zou u een volgende keer weer naar deze verpleegkundig specialist of physician assistant gaan voor een soortgelijke behandeling?

Beslist niet; Waarschijnlijk niet; Waarschijnlijk wel; Beslist wel

Zou u liever geholpen willen worden door een arts dan door de verpleegkundig specialist of physician assistant voor een soortgelijke behandeling?

Ja, want ...; Nee

Behandelsucces:

Indien u een kleine medische ingreep tijdens het contact met de verpleegkundig specialist of physician assistant heeft ondergaan, in welke mate bent u sinds het begin van de behandeling hersteld van uw klachten?

Niet van toepassing, geen kleine medische ingreep ondergaan; Volledig hersteld; Veel verbeterd; Enigszins verbeterd; Geen verandering; Enigszins verslechterd; Veel verslechterd; Slechter dan ooit

Heeft u nog bijwerkingen van het geneesmiddel gehad, anders dan die mogelijk konden optreden volgens de verpleegkundig specialist/physician assistant of de bijsluiter?

Ja; Nee

Is naar aanleiding van deze bijwerkingen de dosis van het geneesmiddel aangepast of is een ander geneesmiddel voorgeschreven door de verpleegkundig specialist of physician assistant?

Ja, de dosis werd aangepast; Ja, een ander geneesmiddel werd voorgeschreven, namelijk: ...; Nee

Kunt u aangeven hoe tevreden u bent over de bijdrage die de behandeling heeft gegeven aan de verbetering van uw gezondheid?

Zeer ontevreden; Ontevreden; Deels ontevreden, deels tevreden; Tevreden; Zeer tevreden; Niet van toepassing

Therapietrouw:

Heeft de verpleegkundig specialist of physician assistant u verteld

Ja; Nee

hoe het geneesmiddel moet worden gebruikt?

of het geneesmiddel bijwerkingen heeft?

wat u moet doen als u bijwerkingen krijgt?

wat de kansen zijn dat u bijwerkingen krijgt?

of u alcohol kunt drinken als u het geneesmiddel gebruikt?

wat u moet doen als u vergeten bent het geneesmiddel te nemen?

hoe u een herhaalrecept kunt krijgen?

Kunt u aangeven hoe tevreden u bent over:

Zeer ontevreden; Ontevreden; Deels ontevreden, deels tevreden; Tevreden; Zeer tevreden; Niet van toepassing

hoe duidelijk de verpleegkundig specialist of physician assistant uitlegde wat hij/zij ging doen?

de mate waarin de effecten van de behandeling besproken zijn door de verpleegkundig specialist of physician assistant?

de manier waarop uw vragen beantwoord werden?

Veiligheid:

Heeft de verpleegkundig specialist of physician assistant u geneesmiddelen voorgeschreven?

Ja; Nee

Heeft de verpleegkundig specialist of physician assistant over dit geneesmiddel contact gehad met een arts?

Ja; Nee; Weet ik niet

Heeft de verpleegkundig specialist of physician assistant nog overleg gehad met een arts/specialist tijdens de behandeling?

Nee; Ja, over ...; Weet ik niet

Zijn er nog complicaties (problemen) opgetreden tijdens of vlak na de behandeling?

Nee; Ja, namelijk: ...

Bijlage 2b: Vragen met betrekking tot de inzet van beroepsbeoefenaars

Patiënt

Continuïteit van zorg:

Kunt u aangeven hoe tevreden u bent over:

Zeer ontevreden; Ontevreden; Deels ontevreden, deels tevreden; Tevreden; Zeer tevreden; Niet van toepassing

de deskundigheid van de verpleegkundig specialist of physician assistant?

de tijd tot een vervolgspraak?

de tijd die de verpleegkundig specialist of physician assistant voor u had?

Met welke zorgverleners heeft u met deze klachten/aandoening de afgelopen 12 maanden (ook telefonisch) contact gehad? *(meerdere antwoorden mogelijk)*.

Hoe vaak heeft u met deze zorgverleners met deze klachten de afgelopen 12 maanden contact (ook telefonisch) gehad?

Aantal contacten de afgelopen 12 maanden

Huisartsenpraktijk:

Huisarts

Praktijkondersteuner

Verpleegkundig specialist of physician assistant

Verpleegkundige

Anders, namelijk:...

Ik weet de functie niet

Niet van toepassing

Ziekenhuis:

Arts assistent

Specialist

Verpleegkundig specialist of physician assistant

Verpleegkundige

Anders, namelijk:...

Ik weet de functie niet

Niet van toepassing

Thuiszorg

Verpleegkundig specialist of physician assistant

Verpleegkundige

Anders, namelijk:...

Ik weet de functie niet

Niet van toepassing

Zorginstelling waar ik verblijf:

Arts

Verpleegkundig specialist of physician assistant

Verpleegkundige

Anders, namelijk:...

Ik weet de functie niet

Niet van toepassing

Geestelijke gezondheidszorg/RIAGG:

Psychiater

Psycholoog

Psychotherapeut

Verpleegkundig specialist of physician assistant

Anders, namelijk...
Ik weet de functie niet
Niet van toepassing
GGD:

Arts
Verpleegkundig specialist of physician assistant
Anders, namelijk...
Ik weet de functie niet

Bent u nog voor controle voor dezelfde klachten bij de verpleegkundig specialist of physician assistant terugge-
weest?

Ja; Nee, nog niet; Nee, hoeft niet

Bijlage 2c: Vragen met betrekking tot patiëntgerichtheid

Patiënt

Bekendheid van de situatie:

Kunt u aangeven hoe tevreden u bent over:

Zeer ontevreden; Ontevreden; Deels ontevreden, deels tevreden; Tevreden; Zeer tevreden; Niet van toepassing

de tijd tussen het maken van een afspraak en het bezoek bij de verpleegkundig specialist of physician assistant?

de lengte van de wachttijd in de wachtkamer?

de manier hoe de verpleegkundig specialist of physician assistant met mij omging?

de mate van pijnbestrijding gedurende de behandeling?

Bijlage 2d: Vragen met betrekking tot achtergrondkenmerken

Zorgverlener

VS/PA Arts/supervisor Wat is de datum van vandaag?

.../.../...

VS/PA Arts/supervisor Wat is uw geboortedatum?

.../.../...

VS/PA Arts/supervisor Wat is uw geslacht?

Man; Vrouw

VS/PA Arts/supervisor Wat is uw functie?

...

VS/PA Arts/supervisor Hoeveel jaren vervult u uw functie al?

... jaren

VS/PA Welke opleiding heeft u hiervoor afgerond

Verpleegkundig Specialist; Physician Assistant

VS/PA In welk specialisme bent u geregistreerd? (na verwijzing bij VS)

Acute zorg bij somatische aandoeningen; Chronische zorg bij somatische aandoeningen; Geestelijke gezondheidszorg; Intensieve zorg bij somatische aandoeningen; Preventieve zorg bij somatische aandoeningen

VS/PA Wat is uw vooropleiding? (meerdere antwoorden mogelijk)

Anesthesiemedewerker; Ergotherapie; Fysiotherapie; Inservice A, B of Z; HBO-V; Huidtherapie; Laborant Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken (MBRT); Logopedie; MBO met assessment; Oefentherapie Caesar; Podotherapie; Verplegingswetenschappen; Voeding en diëtiëk; Anders, namelijk: ...

Zorginstelling

VS/PA Arts/supervisor In welke zorgsector/-instelling bent u werkzaam?

Academisch ziekenhuis; Algemeen psychiatrisch ziekenhuis; Algemeen ziekenhuis; GGD; Huisartsenpraktijk; Overige GGZ instellingen; Thuiszorg; Verpleeghuis; Verstandelijk gehandicaptenzorg; Verzorgingshuis; Anders, namelijk: ...

VS/PA Arts/supervisor Indien u in een ziekenhuis werkzaam bent, binnen welk medisch specialisme is dit?

Niet van toepassing, ik werk niet in een ziekenhuis; Anesthesiologie; Cardiologie; Cardio-thoracale chirurgie; Dermatologie en venerologie; Heelkunde (chirurgie); Interne geneeskunde; Keel- neus- oorheelkunde; Kinderge-

neeskunde; Klinische geriatrie; Longziekten en tuberculose; Maag-darm-leverziekten; Neurochirurgie; Neurologie; Obstetrie en gynaecologie; Oogheekunde; Orthopedie; Plastische chirurgie; Psychiatrie; Radiologie; Reumatologie; Revalidatiegeneeskunde; Urologie; Anders, namelijk: ...

VS/PA De zorginstelling waar u werkzaam bent, is gesitueerd:

Op het platteland (dorpskern < 5000 inwoners); Op het verstedelijkt platteland of in een forensengemeente (5.000 - 30.000 inwoners); In een kleine of middelgrote stad (30.000 - 100.000 inwoners); In een grote stad (> 100.000 inwoners)

VS/PA Met ongeveer hoeveel specialisten en andere artsen werkt u samen t.a.v. begeleiding, behandeling, ingrijpen binnen uw afdeling/instelling? (Met artsen worden in dit kader ook arts-assistenten en HIDHA's bedoeld)

Geen specialisten of andere artsen; Eén of twee specialisten of andere artsen; Drie tot zes specialisten of andere artsen; Meer dan zes specialisten of andere artsen

Patiënt

Wat is de datum van vandaag?

.../.../...

Wat is uw geboortedatum?

.../.../...

Wat is uw geslacht?

Man; Vrouw

Wat is de hoogste opleiding die u met een diploma heeft afgerond? (één antwoord aankruisen)

Geen; Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs); Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO); Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-tl); Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS); Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, NMS); Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs); Wetenschappelijk onderwijs (universiteit); Anders, namelijk: ...

Hoe is uw huishouden samengesteld?

Samenwonend/gehuwd zonder thuiswonende kind(eren); Samenwonend/gehuwd met thuiswonende kind(eren);thuiswonend/inwonend; Eenouder-huishouden; Zorginstelling/zorggroep; Alleenstaand; Anders, namelijk: ...

In welk land bent u geboren?

Nederland; Suriname; Nederlandse Antillen; Indonesië; Turkije; Marokko; Ander land, namelijk:...

In welk land is uw vader geboren?

Nederland; Suriname; Nederlandse Antillen; Indonesië; Turkije; Marokko; Ander land, namelijk: ...

In welk land is uw moeder geboren?

Nederland; Suriname; Nederlandse Antillen; Indonesië; Turkije; Marokko; Ander land, namelijk:...

Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid?

Zeer goed; Goed; Matig; Slecht; Zeer slecht

Hoe zou u over het algemeen genomen uw geestelijke/psychische gezondheid omschrijven?

Zeer goed; Goed; Matig; Slecht; Zeer slecht

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje voor de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand.

Mobiliteit

Ik heb geen problemen met lopen; Ik heb enige problemen met lopen; Ik ben bedlegerig

Zelfzorg

Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden; Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden; Ik ben niet in staat om mijzelf te wassen

Dagelijkse activiteiten (bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten; Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten; Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

Pijn/ klachten

Ik heb geen pijn of andere klachten; Ik heb matige pijn of andere klachten; Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

Stemming

Ik ben niet angstig of somber; Ik ben matig angstig of somber; Ik ben erg angstig of somber

Met welke klachten/aandoening heeft u contact gehad met de verpleegkundig specialist of physician assistant?

...

Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

Ja; Nee

Hoe heeft die persoon u geholpen? (meerdere antwoorden mogelijk)

Heeft de vragen voorgelezen; Heeft mijn antwoorden opgeschreven; Heeft de vragen in mijn taal vertaald; Heeft de vragen voor mij beantwoord omdat ik een kind ben; Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord; Heeft op een andere manier geholpen, namelijk: ...

Let op! Dit kader is bedoeld voor de verpleegkundig specialist of physician assistant.

Zie voor uitleg vragenlijst “Verpleegkundig Specialist/Physician Assistant”

Datum behandeling:/...../.....

Welke voorbehouden handeling heeft u bij deze patiënt verricht?
(meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Katheterisatie, namelijk:..... ☐ Endoscopie, namelijk ☐ Punctie van: ☐ Heelkundige handeling, namelijk: ☐ Injectie van: in: ☐ Cardioversie/defibrilleren bij Boezemfibrilleren/ ventrikelfibrilleren * <i>*Doorhalen wat niet van toepassing is</i> ☐ Voorschrijven van receptplichtig geneesmiddel, nieuw recept/ verandering dosering/ herhaalrecept * namelijk:..... <i>*Doorhalen wat niet van toepassing is</i>	Indicatieprocedure (1-6) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> </table>						

Antwoordcategorieën indicatieprocedure:

1: Indicatie van een arts, vastgelegd in protocol	4: Indicatie van VS/PA, na overleg arts
2: Indicatie van een arts, na schriftelijke opdracht	5: Indicatie van VS/PA, zonder overleg
3: Indicatie van een arts, na mondelinge opdracht	6: Anders, namelijk:.....
	
	

Bijlage 3: Operationalisatie AHP raamwerk naar vragen

	Zorgverleners	Patiënt
A Resultaat:	De voorbehouden handeling wordt op de juiste manier uitgevoerd	Dat de behandeling op de juiste manier verloopt
A1 verbetering gezondheid, juiste diagnose ^d	De voorbehouden handeling draagt bij aan een juiste diagnose of een verbetering van de gezondheid van de patiënt	Dat mijn gezondheid verbetert door de behandeling, of dat duidelijk wordt wat er met mij aan de hand is
A2 Complicaties	Er treden geen tot minimale complicaties op tijdens of vlak na de voorbehouden handeling	Dat er niets misgaat bij een behandeling, of vlak daarna
A3 Tevredenheid patiënt	De patiënt is tevreden over de voorbehouden handeling	Dat ik tevreden ben over de behandeling
A31 Tijd per handeling	De patiënt is tevreden over de tijd die voor hem/haar is vrijgemaakt	Dat mijn behandelaar tijd voor mij heeft
A32 Communicatie	De patiënt is tevreden over de duidelijkheid van de uitleg en de manier waarop zijn/haar vragen zijn beantwoord	Dat ik snap wat er gaat gebeuren en dat mijn vragen beantwoord worden
A33 Wachtijd afspraak	De patiënt is tevreden over de tijd tussen het maken van de afspraak en de datum van de afspraak	Dat ik snel terecht kan bij mijn behandelaar
A34 Wachtijd wachtkamer	De patiënt is tevreden over de wachttijd in de wachtkamer	Dat ik in de wachtkamer niet lang hoef te wachten
B Bekwaamheid:	De VS/PA is bekwaam om de voorbehouden handeling goed uit te voeren	Dat een deskundig persoon mij behandelt
B1 Opleiding	Tijdens de opleiding tot VS/PA is de voorbehouden handeling goed aangeleerd	Dat een behandelaar goed opgeleid is
B2 Ervaring	De VS/PA heeft voldoende ervaring om de voorbehouden handeling uit te voeren	Dat een behandelaar ervaring heeft
C Risico's:	De risico's van de voorbehouden handeling zijn klein	Dat ik weinig risico loop bij een voorbehouden handeling
C1 Complexiteit	De voorbehouden handelingen worden alleen verricht bij eenvoudige aandoeningen	Dat verpleegkundig specialisten en physician assistants alleen patiënten met een eenvoudige aandoening helpen. Bijvoorbeeld: zij mogen wel medicijnen voorschrijven bij een verkoudheid, maar niet bij een longontsteking
C2 Soort patiënten	De voorbehouden handelingen worden alleen bij patiënten zonder relevante comorbiditeit verricht	Dat verpleegkundig specialisten en physician assistants alleen patiënten met een eenvoudige ziekte helpen. Wel patiënten met diabetes type 2 bijvoorbeeld. Maar niet de patiënten die behalve diabetes type 2 ook hartklachten hebben.

^d Verbetering gezondheid: heelkundige handeling, voorschrijven UR recepten, katheterisaties, injecties. Juiste diagnose: puncties, endoscopie

C3 Soort handeling	De voorbehouden handelingen zijn eenvoudige, routinematige handelingen	Dat de voorbehouden handeling altijd eenvoudig is. Het is routinewerk
D Kosten	Door een doelmatigere inzet van de VS/pa zijn de kosten van de zorg lager	Dat de behandeling doeltreffend is en minder geld kost
E Organisatorische kenmerken	Er is een goede organisatiestructuur t.a.v. voorbehouden handelingen	Dat het uitvoeren van voorbehouden handelingen goed geregeld is
E1 Samenwerking arts	De VS/pa werkt samen met een arts	Dat mijn behandelaar samenwerkt met een arts
E11 overlegstructuur	De VS/pa heeft overleg met een arts over individuele patiënten	Dat de behandelaar met de arts overlegt over wat er moet gebeuren
E12 indicatiestelling	De arts stelt de indicatie	Dat de arts beslist wat er moet gebeuren
E2 protocollen	Er zijn protocollen aanwezig voor het verrichten van voorbehouden handelingen door de VS/pa	Dat mijn behandelaar zich aan strenge schriftelijke regels (protocollen) houdt
E21 Duidelijkheid TBV	Het is voor patiënt en zorgverleners altijd duidelijk wie formeel verantwoordelijk is	Dat ik precies weet wie verantwoordelijk is voor mijn behandeling
E22 Welke handelingen, patiënten, aandoeningen	In protocollen staat beschreven welke voorbehouden handeling, bij welke patiënt en bij welke aandoening de VS/pa mag verrichten	Dat er strenge regels zijn voor verpleegkundig specialisten en physician assistants. Daarin staat welke voorbehouden handelingen zij mogen doen, bij welke patiënten en bij welke aandoeningen.

Bijlage 4: Quickscan

1. Welke opleiding heeft u afgerond?

- ☐ Physician assistant
- ☐ Verpleegkundig specialist Acute zorg bij somatische aandoeningen
- ☐ Verpleegkundig specialist Chronische zorg bij somatische aandoeningen
- ☐ Verpleegkundig specialist Geestelijke gezondheidszorg
- ☐ Verpleegkundig specialist Intensieve zorg bij somatische aandoeningen
- ☐ Verpleegkundig specialist Preventieve zorg bij somatische aandoeningen

2. In welke zorgsector/-instelling bent u werkzaam?

- | | |
|--|--|
| ☐ Academisch ziekenhuis | ☐ Verpleeghuis |
| ☐ Algemeen psychiatrisch ziekenhuis | ☐ Verstandelijk gehandicaptenzorg |
| ☐ Algemeen ziekenhuis | ☐ Verzorgingshuis |
| ☐ GGD | ☐ Anders, namelijk: |
| ☐ Huisartsenpraktijk | |
| ☐ Overige GGZ instellingen | |
| ☐ Thuiszorg | |

3. Indien u in een ziekenhuis werkzaam bent, binnen welk medisch specialisme is dit?

- | | |
|--|--|
| ☐ Anesthesiologie | ☐ Neurologie |
| ☐ Cardiologie | ☐ Obstetrie en gynaecologie |
| ☐ Cardio-thoracale chirurgie | ☐ Oogheelkunde |
| ☐ Dermatologie en venerologie | ☐ Orthopedie |
| ☐ Heelkunde (chirurgie) | ☐ Plastische chirurgie |
| ☐ Interne geneeskunde | ☐ Psychiatrie |
| ☐ Keel- neus- oorheelkunde | ☐ Radiologie |
| ☐ Kindergeneeskunde | ☐ Reumatologie |
| ☐ Klinische geriatrie | ☐ Revalidatiegeneeskunde |
| ☐ Longziekten en tuberculose | ☐ Urologie |
| ☐ Maag-darm-leverziekten | ☐ Anders, namelijk: |
| ☐ Neurochirurgie | |

4. Welke voorbehouden handelingen heeft u het afgelopen jaar verricht, zowel in opdracht van een arts/medisch specialist, als op eigen indicatie (met of zonder overleg)?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Geen*
- ☐ Geen, wel van plan te verrichten na wetswijziging*
- ☐ Katheterisaties
- ☐ Endoscopieën
- ☐ Electieve cardioversie of defibrillatie
- ☐ Heelkundige handelingen
- ☐ Injecties
- ☐ Puncties
- ☐ Voorschrijven van UR geneesmiddelen
- ☐ Anders, namelijk:

.....

* Bij nametingen:

- ☐ Geen, omdat
 - ☐ Het niet noodzakelijk is voor mijn functie
 - ☐ Het in mijn organisatie het uitvoeren van voorbehouden handelingen door VSen nog niet (goed) geregeld is
 - ☐ Anders, namelijk:

Bijlage 5: Thema's in de aanvullende vragenlijst bij patiënten interviews

Kiest u per thema de 5 belangrijkste aspecten gerangschikt van 1 t/m 5 (1 = meest belangrijk en 5 = minst belangrijk).

Geef aan deze aspecten een rapportcijfer (1 = laagst haalbare cijfer en 10 = hoogst haalbare cijfer).

<i>Algemeen</i>	<i>Zorgverlener</i>	<i>(Be)handeling</i>
De verleende zorg is doeltreffend en kost zo min mogelijk geld	Mijn behandelend VS/PA heeft kennis van mijn aandoening en behandeling	Het resultaat van de (be)handeling is goed of de diagnose van mijn ziekte/aandoening is juist gesteld
Het is duidelijk wie precies verantwoordelijk is voor mijn behandeling	Mijn behandelend VS/PA is goed opgeleid	Ik krijg goede informatie over gang van zaken van de (be)handeling
Bij meerdere zorgverleners wordt de zorg onderling goed op elkaar afgestemd	Mijn behandelend VS/PA heeft veel ervaring	Ik krijg goede informatie over de voordelen en/of risico's van de (be)handeling
Ik wordt steeds door dezelfde zorgverlener(s) behandeld	Mijn behandelend VS/PA is respectvol tegenover mij	Ik krijg goede informatie over juist medicijngebruik
Ik heb een keuzevrijheid in zorgverlener	Mijn behandelend VS/PA is goed te begrijpen	Ik krijg goede informatie over bijwerkingen van medicijnen
Ik heb de mogelijkheid regelmatig gezien te worden door de medisch specialist	Mijn behandelend VS/PA is geruststellend	Ik word juist geïnformeerd over wat te doen bij complicaties na de (be)handeling
Ik heb de mogelijkheid voor een second opinion	Mijn behandelend VS/PA is meevoelend	Er wordt gecontroleerd of ik mijn medicijn juist gebruik
Mijn behandelaar heeft inzicht in welke behandelingen worden vergoed door mijn zorgverzekeraar	Mijn behandelend VS/PA staat open voor mijn wensen en mening	Tijdens de (be)handeling wordt mijn welzijn goed gecontroleerd
Ik heb inzagerecht in mijn dossier	Mijn behandelend VS/PA neemt mij serieus	Ik loop zo weinig mogelijk risico's tijdens de (be)handeling
De zorginstelling kent een goede klachtenafhandeling	Mijn behandelend VS/PA geeft mij duidelijke adviezen/informatie over mijn ziekte/aandoening	De (be)handeling duurt zo kort mogelijk
Ik wil mee kunnen beslissen over mijn behandeling	Mijn behandelend VS/PA kan goed luisteren	Tijdens de (be)handeling vindt indien nodig pijnbestrijding plaats
De wachttijd tot een volgende afspraak is kort	Mijn behandelend VS/PA geeft mij voldoende tijd en aandacht	Tijdens de (be)handeling vindt geen onderbreking plaats
De wachttijd in de wachtkamer is kort	Ik heb een vertrouwensband met mijn behandelend VS/PA	Anders, namelijk:
De zorginstelling is goed bereikbaar	Mijn behandelend VS/PA werkt samen met een arts	
Ik kan altijd een voor mij passende afspraak maken	Mijn behandelend VS/PA kan bij twijfel altijd overleggen met een arts	
Alle gemaakte afspraken worden nagekomen	Er zijn duidelijke afspraken welke (be)handelingen, patiëntengroepen, aandoeningen een VS/PA mag behandelen	
Anders, namelijk:	De arts beslist altijd wat er moet gebeuren	
	Anders, namelijk:	

Tabel 14: Achtergrond variabelen VS/PA

Kenmerk	VS			PA		
	T0 n _{tot} =100	T1 n _{tot} =121	T2 n _{tot} =174	T0 n _{tot} =91	T1 n _{tot} =54	T2 n _{tot} =102
Leeftijd (gemiddelde, sd)*	45,8 (7,7)	46,3 (8,4)	46,6 (8,4)	42,7 (8,1)	43,5 (9,4)	41,6 (9,8)
Geslacht (n man, % man)	31 (31,0)	30 (24,8)	48 (27,4)	34 (37,4)	24 (35,8)	36 (35,3)
Jaren ervaring in functie (mediaan, IQR)	3,0 (2,0-5,0)	5,0 (3,0-8,0)	5,0 (3,0-8,0)	4,0 (2,5-6,0)	5,0 (3,0-6,0)	4,0 (2,0-6,5)
Vooropleiding (n,%)						
Anesthesiemedewerker	3 (3,0)	0 (0,0)	2 (1,1)	10 (11,2)	3 (4,5)	6 (5,9)
ergotherapie	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	3 (4,5)	3 (2,9)
Fysiotherapie	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	20 (22,5)	13 (19,4)	19 (18,6)
HBO-V	38 (39,2)	50 (41,7)	83 (47,7)	21 (23,6)	23 (34,3)	24 (23,5)
Huidtherapie	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	1 (1,5)	2 (2,0)
Inservice A,B,Z	53 (54,6)	66 (55,0)	81 (46,6)	21 (23,6)	11 (16,4)	14 (13,7)
Laborant MBRT	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (6,7)	3 (4,5)	12 (11,8)
Logopedie	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)
MBO met assessment	3 (3,1)	3 (2,5)	3 (1,7)	4 (4,5)	2 (3,0)	1 (1,0)
Operatieassistent	0 (0,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	7 (7,7)	4 (6,0)	11 (10,8)
Podotherapie	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Voeding en Diëtetiek	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,1)	2 (2,2)	0 (0,0)	4 (3,9)
WO verplegingswetenschappen	4 (4,1)	2 (1,7)	5 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)
Specialisme van VS (n, %)						
Acute zorg bij somatische aandoeningen	7 (7,1)	10 (8,4)	15 (8,8)	-	-	-
Chronische zorg bij somatische aandoeningen	17 (17,3)	28 (23,5)	36 (21,1)	-	-	-
Geestelijke gezondheidszorg	25 (25,5)	27 (22,7)	47 (27,5)	-	-	-
Intensieve zorg bij somatische aandoeningen	49 (50,0)	53 (44,5)	72 (42,1)	-	-	-
Preventieve zorg bij somatische aandoeningen	1 (1,0)	2 (1,7)	2 (1,2)	-	-	-

Tabel 15: Achtergrond variabelen arts, met wie VSen/PAs samenwerken

	Arts					
	VS			PA		
Kenmerk	T0 <i>n</i> _{tot} =58	T1 <i>n</i> _{tot} =75	T2 <i>n</i> _{tot} =83	T0 <i>n</i> _{tot} =73	T1 <i>n</i> _{tot} =50	T2 <i>n</i> _{tot} =51
Leeftijd (<i>gemiddelde, sd</i>)	47,2 (8,9)	46,5 (9,2)	46,9 (9,2)	47,9 (7,9)	46,7 (9,6)	45,5 (7,9)
Geslacht (<i>n man, % man</i>)	33 (55,9)	44 (55,7)	41 (47,1)	52 (70,3)	35 (68,6)	24 (47,1)
Jaren ervaring in functie (<i>gemiddelde, sd</i>)	11,8 (8,6)	12,3 (9,0)	12,3 (8,4)	12,3 (7,8)	12,0 (8,6)	11,5 (7,8)

Tabel 16: Achtergrond variabelen organisatie

Kenmerk	VS			PA		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Zorgorganisatie (n, ja%)⁵	n _{tot} =100	n _{tot} =121	n _{tot} =175	n _{tot} =90	n _{tot} =66	n _{tot} =102
Academisch ziekenhuis	16 (16,0)	19 (15,7)	23 (13,1)	23 (25,6)	12 (18,2)	23 (22,5)
Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	7 (7,0)	11 (9,1)	18 (10,2)	1 (1,1)	2 (3,0)	0 (0,0)
Algemeen ziekenhuis	35 (35,0)	42 (34,7)	57 (32,4)	46 (51,1)	32 (48,5)	50 (49,0)
Ambulancezorg	4 (4,0)	3 (2,5)	5 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Categoriaal ziekenhuis	1 (1,0)	1 (0,8)	2 (1,1)	1 (1,1)	1 (1,5)	1 (1,0)
Huisartsenpraktijk	9 (9,0)	13 (10,7)	22 (12,5)	1 (1,1)	6 (9,1)	12 (11,8)
GGD	2 (2,0)	1 (0,8)	1 (0,6)	3 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Overige GGZ instellingen	14 (14,0)	16 (13,2)	29 (16,6)	2 (2,2)	3 (4,5)	2 (2,0)
Thuiszorg	1 (1,0)	1 (0,8)	3 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Revalidatiecentrum	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,2)	2 (3,0)	5 (5,0)
Verpleeghuis	6 (6,0)	12 (9,9)	13 (7,4)	2 (2,2)	6 (9,1)	6 (5,9)
Verstandelijk gehandicaptenzorg	6 (6,0)	4 (3,3)	3 (1,7)	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Verzorgingshuis	0 (0,0)	2 (1,7)	3 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Anders, namelijk: diverse	7 (7,0)	3 (2,5)	7 (4,0)	2 (2,2)	6 (9,1)	3 (2,9)
Urbanisatiegraad (n, %)	n _{tot} =96	n _{tot} =114	n _{tot} =171	n _{tot} =91	n _{tot} =65	n _{tot} =101
Op het platteland (dorpskern < 5.000 inwoners)	3 (3,1)	4 (3,5)	4 (2,3)	5 (5,5)	1 (1,5)	1 (1,0)
Op het verstedelijkt platteland of in een forensengemeente (5.000-30.000 inwoners)	15 (15,6)	8 (7,0)	28 (16,3)	13 (14,3)	8 (12,3)	10 (9,9)
In een kleine of middelgrote stad (30.000-100.000 inwoners)	27 (28,1)	43 (37,7)	52 (30,2)	20 (22,0)	18 (27,7)	29 (28,7)
In een grote stad (>100.000 inwoners)	51 (53,1)	59 (51,8)	87 (50,6)	53 (58,2)	38 (58,5)	61 (60,4)
Samenwerking met specialisten (n, %)	n _{tot} =98	n _{tot} =121	n _{tot} =173	n _{tot} =88	n _{tot} =66	n _{tot} =102
Geen specialisten of andere artsen	1 (1,0)	1 (0,8)	3 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)
Een of twee specialisten of andere artsen	22 (22,4)	34 (28,1)	40 (23,0)	12 (13,2)	9 (13,6)	12 (11,8)
Drie tot zes specialisten of andere artsen	43 (43,9)	44 (36,4)	65 (37,4)	28 (30,8)	21 (31,8)	33 (32,4)
Meer dan zes specialisten of andere artsen	32 (32,7)	42 (34,7)	65 (37,4)	51 (56,0)	35 (53,0)	57 (55,9)
Medisch specialisme binnen ziekenhuis (n, % ja)	n _{tot} =59	n _{tot} =71	n _{tot} =87	n _{tot} =75	n _{tot} =51	n _{tot} =74
Oncologie	3 (5,1)	4 (5,6)	11 (12,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Anesthesiologie	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (1,1)	5 (6,7)	4 (8,0)	6 (8,1)
Cardiologie	8 (13,6)	3 (4,3)	9 (10,3)	9 (12,0)	6 (12,0)	7 (9,5)
Cardio-thoracale chirurgie	0 (0,0)	3 (4,3)	3 (3,4)	6 (8,0)	4 (8,0)	3 (4,1)
Dermatologie en venerologie	3 (5,1)	3 (4,3)	3 (3,4)	3 (4,0)	0 (0,0)	3 (4,1)
Heelkunde (chirurgie)	5 (8,5)	8 (11,4)	14 (16,1)	10 (13,3)	6 (12,0)	14 (18,9)
Interne geneeskunde	12 (20,3)	17 (24,3)	18 (20,9)	3 (4,0)	1 (2,0)	2 (2,7)
Keel- neus - oorheelkunde	1 (1,7)	1 (1,4)	3 (3,5)	2 (2,7)	1 (2,0)	0 (0,0)
Kindergeneeskunde	10 (16,9)	9 (12,9)	7 (8,1)	2 (2,7)	2 (4,0)	1 (1,4)

⁵ Meerdere antwoorden mogelijk

Klinische geriatrie	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,0)	1 (2,0)	1 (1,4)
Longziekten en tuberculose	1 (1,7)	2 (2,9)	2 (2,3)	2 (2,7)	3 (6,0)	1 (1,4)
Maag- darm- leverziekten	2 (3,4)	3 (4,3)	2 (2,3)	2 (2,7)	1 (2,0)	3 (4,1)
Neurochirurgie	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,3)	3 (4,0)	2 (4,0)	5 (6,8)
Neurologie	2 (3,4)	2 (2,8)	5 (5,8)	2 (2,7)	4 (8,0)	7 (9,5)
Obstetrie en gynaecologie	1 (1,7)	1 (1,4)	1 (1,2)	2 (2,7)	1 (2,0)	3 (4,1)
Oogheelkunde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Orthopedie	1 (1,7)	1 (1,4)	6 (7,0)	6 (8,0)	5 (10,0)	7 (9,5)
Plastische chirurgie	1 (1,7)	0 (0,0)	3 (3,5)	1 (1,3)	0 (0,0)	2 (2,7)
Psychiatrie	7 (11,9)	11 (15,5)	7 (8,1)	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,4)
Radiologie	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (1,2)	5 (6,7)	4 (8,0)	7 (9,5)
Reumatologie	0 (0,0)	1 (1,4)	4 (4,7)	3 (4,0)	2 (4,0)	3 (4,1)
Revalidatiegeneeskunde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	3 (4,0)	4 (8,0)	3 (4,1)
Urologie	2 (3,4)	1 (1,4)	1 (1,2)	2 (2,7)	1 (2,0)	2 (2,7)
Haematologie	2 (3,4)	2 (2,8)	4 (4,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neonatologie	3 (5,1)	2 (2,8)	1 (1,2)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nefrologie	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)

Tabel 17: Achtergrond variabelen patiënten vragenlijstonderzoek

Kenmerk	Patiënt van VS/PA		
	T0 n _{tot} =276	T1 n _{tot} =213	T2 n _{tot} =285
Leeftijd (gemiddelde, sd)	57,4 (17,6)	54,8(18,2)	54,4 (19,3)
Geslacht (n man, % man)	120 (44,0)	98(46,0)	121 (42,5)
Opleiding (n, %)	n _{tot} =273	n _{tot} =211	n _{tot} =278
Geen	19 (7,0)	18 (8,5)	15 (5,4)
Lager onderwijs	19 (7,0)	12 (5,7)	18(6,5)
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	52 (19,0)	38 (18,0)	36 (12,9)
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	42 (15,4)	31 (14,7)	41 (14,7)
Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend	59 (21,6)	45 (21,3)	69 (24,8)
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	20 (7,3)	18 (8,5)	19 (6,8)
Hoger beroepsonderwijs	46 (16,8)	31 (14,7)	50 (18,0)
Wetenschappelijk onderwijs	15 (5,5)	17 (8,1)	18 (6,5)
Anders, namelijk:	1 (0,4)	1 (0,5)	12(4,3)
Geboorteland (n, %)	n _{tot} =276	n _{tot} =213	n _{tot} =285
Nederland	258 (93,5)	204 (95,8)	269 (94,4)
Suriname	5 (1,8)	0 (0,0)	4 (1,4)
Nederlandse Antillen	2 (0,7)	1 (0,5)	0 (0,0)
Indonesië	3 (1,1)	1 (0,5)	3 (1,1)
Turkije	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)
Marokko	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ander land, namelijk:	8 (2,9)	7 (3,3)	8 (2,8)
Geboorteland vader (n, %)	n _{tot} =270	n _{tot} =210	n _{tot} =272
Nederland	252 (93,3)	200 (95,2)	253 (93,0)
Suriname	6 (2,2)	0 (0,0)	5 (1,8)
Nederlandse Antillen	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Indonesië	3 (1,1)	2 (1,0)	3 (1,1)
Turkije	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,7)
Marokko	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ander land, namelijk:	7 (2,5)	8 (3,8)	9 (3,3)
Samenstelling huishouden (n, %)	n _{tot} =273	n _{tot} =213	n _{tot} =285
Samenwonend/gehuwd <u>zonder</u> thuiswonende kind(eren)	126 (46,2)	104 (48,8)	115 (40,4)
Samenwonend/gehuwd <u>met</u> thuiswonende kind(eren)	68 (24,9)	44 (20,7)	62 (21,8)
Eenouder-huishouden	14 (5,1)	8 (3,8)	10 (3,5)
Alleenstaand	47 (17,2)	38 (17,8)	66 (23,2)
Thuiswonend/inwonend	9 (3,3)	11 (5,2)	15 (5,3)
Zorginstelling/zorggroep	9 (3,3)	8 (3,8)	8 (2,8)
Anders	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (3,2)
Geboorteland moeder (n, %)	n _{tot} =270	n _{tot} =208	n _{tot} =272
Nederland	253 (93,7)	200 (96,2)	247(90,8)
Suriname	5 (1,9)	0 (0,0)	5 (1,8)
Nederlandse Antillen	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Indonesië	3 (1,1)	1 (0,5)	4 (1,5)
Turkije	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,4)
Marokko	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ander land, namelijk: diverse	8 (3,0)	7 (3,3)	12 (4,5)
Etniciteit (n, %)	n _{tot} =247	n _{tot} =208	n _{tot} =285
Niet westerse allochtoon	11 (4,1)	2 (1,0)	6 (2,1)
Westerse allochtoon	12 (4,4)	11 (5,3)	10 (3,5)
Autochtoon	247 (91,5)	195 (93,8)	269 (94,4)
Ervaren algemene gezondheid (n, %)	n _{tot} =275	n _{tot} =211	n _{tot} =284
Zeer goed	20 (7,3)	20 (9,5)	26 (9,2)
Goed	172 (62,5)	119 (56,4)	162(57,0)
Matig	67(24,4)	55 (26,1)	79 (27,8)

Slecht	15 (5,5)	13 (6,2)	12 (4,3)
Zeer slecht	1 (0,4)	4 (1,9)	5 (1,8)
Mobiliteit (n, %)	<i>n</i> _{tot} =275	<i>n</i> _{tot} =211	<i>n</i> _{tot} =283
Ik heb geen problemen met lopen	176 (64,0)	129 (61,1)	179 (63,3)
Ik heb enige problemen met lopen	96 (34,9)	73 (34,6)	99 (35,0)
Ik ben bedlegerig	3 (1,1)	9 (4,3)	5 (1,8)
Zelfzorg (n, %)	<i>n</i> _{tot} =276	<i>n</i> _{tot} =211	<i>n</i> _{tot} =283
Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden	239 (86,6)	176 (83,4)	240 (84,8)
Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden	27 (9,8)	21 (10,0)	33 (11,7)
Ik ben niet in staat om mijzelf te wassen	10 (3,6)	14 (6,6)	10 (3,5)
Dagelijkse activiteiten (n, %)	<i>n</i> _{tot} =276	<i>n</i> _{tot} =211	<i>n</i> _{tot} =285
Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten	181 (65,6)	113 (53,6)	153 (53,7)
Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten	78 (28,3)	83 (39,3)	108 (37,9)
Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren	17 (6,2)	15 (7,1)	24 (8,4)
Ervaren geestelijke gezondheid (n, %)	<i>n</i> _{tot} =276	<i>n</i> _{tot} =210	<i>n</i> _{tot} =284
Zeer goed	49 (17,8)	42 (20,0)	65 (22,9)
Goed	182 (65,9)	132 (62,9)	152 (53,5)
Matig	36 (13,0)	25 (11,9)	52 (18,3)
Slecht	7 (2,5)	8 (3,8)	13 (4,6)
Zeer slecht	2 (0,7)	3 (1,4)	2 (0,7)
Pijn/klachten (n, %)	<i>n</i> _{tot} =275	<i>n</i> _{tot} =209	<i>n</i> _{tot} =285
Ik heb geen pijn of andere klachten	116 (42,2)	94 (45,0)	123 (43,2)
Ik heb matige pijn of andere klachten	149 (54,2)	106 (50,7)	143 (50,2)
Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten	10 (3,6)	9 (4,3)	19 (6,7)
Stemming (n, %)	<i>n</i> _{tot} =275	<i>n</i> _{tot} =210	<i>n</i> _{tot} =285
Ik ben niet angstig of somber	211 (76,7)	160 (76,2)	209 (73,3)
Ik ben matig angstig of somber	57 (20,7)	43 (20,5)	68 (23,9)
Ik ben erg angstig of somber	7 (2,5)	7 (3,3)	8 (2,8)

Tabel 18a: Aantal patiënten (%) per contact met een zorgverlener in een organisatie en aantal contacten (mediaan, IQR) van patiënten met deze zorgverlener: patiënt VS

Type organisatie en zorgverlener	Patiënt VS					
	T0		T1		T2	
	Patiënten n (%) ja	Contacten mediaan (IQR)	Patiënten n (%) ja	Contacten mediaan (IQR)	Patiënten n (%) ja	Contacten mediaan (IQR)
Huisartsenpraktijk:						
Huisarts	72 (52,2)	2,0 (1,0-4,8)	97 (63,4)	2,5 (1,0-5,3)	85 (54,1)	2,0 (1,0-4,0)
Praktijkondersteuner	11 (8,0)	2,0 (1,3-3,0)	10 (6,5)	3,0 (1,5-4,0)	19 (12,1)	2,0 (1,0-4,0)
VS of PA	33 (23,9)	4,0 (1,0-5,5)	32 (21,1)	3,0 (1,5-4,0)	39 (24,8)	2,5 (1,8-6,0)
Verpleegkundige	6 (4,3)	-	4 (2,6)	-	7 (4,5)	1,0 (1,0-15,3)
Anders, namelijk: diverse	7 (5,1)	-	7 (4,6)	6,0 (1,0-6,0)	2 (1,3)	-
Ik weet de functie niet	1 (0,7)	-	1 (0,7)	-	2 (1,3)	-
Ziekenhuis						
Arts assistent	24 (17,4)	5,0 (1,0-8,3)	22 (14,4)	2,0 (1,0-5,0)	15 (9,6)	1,0 (1,0-1,0)
Specialist	62 (44,9)	4,0 (2,0-10,0)	64 (41,8)	3,0 (2,0-6,8)	61 (38,9)	3,0 (2,0- 6,0)
VS of PA	61 (44,2)	3,0 (2,0-10,0)	69 (45,1)	4,0 (2,0-7,0)	75 (47,8)	4,0 (2,0-8,0)
Verpleegkundige	21 (15,2)	10,0 (2,0-41,0)	18 (11,8)	6,5 (2,0-10,0)	25 (15,9)	5,0 (1,5-24,0)
Anders, namelijk: diverse	10 (7,2)	2 (1,0-10,5)	13 (8,5)	2,5 (1,3-6,8)	17 (10,8)	2,0 (1,0-5,5)
Ik weet de functie niet	6 (4,3)	1,0 (1,0-3,0)	2 (1,3)	-	8 (5,1)	4,0 (1,0-4,0)
Thuiszorg						
VS of PA	1 (0,7)	-	4 (2,6)	-	1 (0,6)	-
Verpleegkundige	3 (2,2)	-	8 (5,2)	25,0 (16,0-60,0)	5 (3,2)	15,0 (2,0-220,0)
Anders, namelijk: diverse	2 (1,5)	-	0 (0,0)	-	6 (3,8)	36,0 (7,3-86,5)
Ik weet de functie niet	2 (1,4)	-	0 (0,0)	-	3 (1,9)	6,0 (6,0-6,0)
Zorginstelling waar ik verblijf						
Arts	5 (3,6)	-	6 (3,9)	3,0 (1,0-3,0)	5 (3,2)	3,0 (2,0-0,0)
VS of PA	15 (10,9)	3,0 (1,0-15,0)	17 (11,1)	4,0 (2,3-39,0)	9 (5,7)	11,0 (6,0-15,8)
Verpleegkundige	6 (4,4)	-	5 (3,3)	-	2 (1,3)	-
Anders, namelijk: diverse	3 (2,2)	-	4 (2,6)	-	1 (0,6)	-
Ik weet de functie niet	1 (0,7)	-	0 (0,0)	-	1 (0,6)	-
Geestelijke gezondheids- zorg/RIAGG						
Psychiater	12 (8,7)	1,5 (1,0-4,0)	10 (6,5)	1,5 (1,0-4,3)	14 (8,9)	1,0 (1,0-3,3)
Psycholoog	11 (8,0)	4,0 (2,0-9,5)	9 (5,9)	6,0 (4,3-14,8)	5 (3,2)	1,0 (1,0-4,0)
Psychotherapeut	2 (1,4)	-	1 (0,7)	-	2 (1,3)	-
VS of PA	13 (9,4)	9,0 (2,5-15,8)	17 (11,1)	6,0 (5,0-17,5)	27 (17,2)	8,0 (5,8-16,3)
Anders, namelijk: diverse	2 (1,4)	-	2 (1,3)	-	4 (2,5)	-
Ik weet de functie niet	2 (1,4)	-	1 (0,7)	-	0 (0,0)	-
GGD						
Arts	1 (0,7)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
VS of PA	2 (1,4)	-	1 (0,7)	-	0 (0,0)	-
Anders, namelijk: diverse	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
Ik weet de functie niet	3 (2,2)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-

Tabel 18b: Aantal patiënten (%) per contact met een zorgverlener in een organisatie en aantal contacten (mediaan, IQR) van patiënten met deze zorgverlener: patiënt PA

Type organisatie en zorgverlener	Patiënt PA					
	T0		T1		T2	
	Patiënten n (%) ja	Contacten mediaan (IQR)	Patiënten n (%) ja	Contacten mediaan (IQR)	Patiënten n (%) ja	Contacten mediaan (IQR)
Huisartsenpraktijk:						
Huisarts	95 (68,8)	2,0 (1,0-3,0)	44 (72,1)	2,0 (1,0-3,0)	88 (68,8)	2,0 (1,0-5,0)
Praktijkondersteuner	11 (8,0)	4,0 (2,0-4,5)	10 (16,4)	2,0 (1,0-3,0)	14 (10,9)	2,0 (1,0-4,0)
VS of PA	35 (25,4)	2,0 (2,0-4,0)	8 (13,1)	1,0 (1,0-2,0)	21 (16,4)	2,0 (1,0-4,3)
Verpleegkundige	5 (3,6)	-	0 (0,0)	-	4 (3,1)	-
Anders, namelijk: diverse	4 (2,9)	-	1 (1,6)	-	8 (6,3)	2,0 (1,5-3,0)
Ik weet de functie niet	3 (2,2)	-	0 (0,0)	-	2 (1,6)	-
Ziekenhuis						
Arts assistent	26 (18,8)	1,5 (1,0-3,0)	15 (24,6)	3,0 (2,0-6,8)	24 (18,8)	1,0 (1,0-1,0)
Specialist	74 (53,6)	3,0 (2,0-4,0)	27 (44,3)	3,0 (2,0-7,5)	62 (48,4)	2,0 (2,0 – 4,0)
VS of PA	61 (44,2)	2,0 (1,0-3,0)	29 (47,5)	2,0 (1,0-4,0)	67 (52,3)	2,0 (1,0-4,0)
Verpleegkundige	19 (13,8)	2,5 (1,0-5,5)	12 (19,7)	3,0 (2,0-10,0)	22 (17,2)	5,0 (1,5-11,0)
Anders, namelijk: diverse	10 (7,2)	2,0 (1,0-2,0)	3 (4,9)	-	10 (7,8)	1,5 (1,0-3,3)
Ik weet de functie niet	3 (2,2)	-	1 (1,6)	-	6 (4,7)	3,0 (1,5-4,0)
Thuiszorg						
VS of PA	2 (1,4)	-	1 (1,6)	-	1 (0,8)	-
Verpleegkundige	8 (5,8)	-	2 (3,3)	-	7 (5,5)	8,0 (3,0 -10,0)
Anders, namelijk: diverse	3 (2,2)	-	2 (3,3)	-	6 (4,7)	7,0 (3,5-33,5)
Ik weet de functie niet	1 (0,7)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
Zorginstelling waar ik verblijf						
Arts	4 (2,9)	-	2 (3,3)	-	12 (9,4)	6,0 (4,0-10,0)
VS of PA	3 (2,2)	-	0 (0,0)	-	7 (5,5)	3,0 (1,0-7,0)
Verpleegkundige	1 (0,7)	-	2 (3,3)	-	6 (4,7)	-
Anders, namelijk: diverse	1 (0,7)	-	0 (0,0)	-	4 (3,1)	-
Ik weet de functie niet	1 (0,7)	-	1 (1,6)	-	1 (0,8)	-
Geestelijke gezondheids- zorg/RIAGG						
Psychiater	6 (4,3)	8,0 (3,3-60,0)	1 (1,6)	-	4 (3,1)	-
Psycholoog	7 (5,1)	7,0 (3,0-25,0)	2 (3,3)	-	2 (1,6)	-
Psychotherapeut	1 (0,7)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
VS of PA	3 (2,2)	-	2 (3,3)	-	2 (1,6)	-
Anders, namelijk: diverse	5 (3,6)	-	0 (0,0)	-	3 (2,3)	-
Ik weet de functie niet	1 (0,7)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
GGD						
Arts	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
VS of PA	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
Anders, namelijk: diverse	3 (2,2)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
Ik weet de functie niet	2 (1,4)	-	0 (0,0)	-	1 (0,8)	-

Tabel 19: Wijze van vaststellen van de bekwaamheid van de VS/PA door de arts, voor het verrichten van een voorbehouden handeling op indicatie van de VS/PA

	Arts					
	VS			PA		
Op welke wijze bepaalt u de bekwaamheid van de VS/PA als deze op eigen indicatie (dus zonder eerdere mondelinge of schriftelijke opdrachten van u) een voorbehouden handeling verricht? (meerdere antwoorden mogelijk) (n, % ja)	T0 n _{tot} = 59	T1 n _{tot} = 79	T2 n _{tot} =87	T0 n _{tot} = 74	T1 n _{tot} = 52	T2 n _{tot} =52
Niet van toepassing	5 (8,5)	5 (8,5)	6 (6,9)	7 (9,5)	3 (7,9)	6 (11,5)
Dit laat ik aan de verantwoordelijkheid van de VS/PA over	11 (18,6)	21 (26,6)	29 (33,3)	19 (25,7)	14 (26,9)	15 (28,8)
Ik veronderstel de bekwaamheid van de VS/PA op grond van de gevolgde opleiding	23 (39,0)	24 (30,4)	30 (34,3)	30 (40,5)	20 (38,5)	14 (26,9)
Ik bepaal periodiek (bijvoorbeeld eens per jaar) voor welke handelingen de VS/PA bekwaam is	11 (18,6)	13 (16,5)	17 (19,5)	16 (21,9)	8 (15,4)	15 (28,8)
Ik beoordeel per patiënt of de VS/PA bekwaam is om de handeling te verrichten	14 (23,7)	19 (24,1)	20 (23,0)	17 (23,0)	9 (17,3)	9 (17,3)
Ik beoordeel per handeling of de VS/PA bekwaam is om de handelingen te verrichten	28 (47,5)	28 (35,4)	20 (23,0)	34 (45,9)	19 (36,5)	21 (40,4)
Ik ga ervan uit dat de instelling waar ik werk heeft gewaarborgd dat de VS/PA bekwaam is	8 (13,6)	13 (16,5)	14 (16,1)	5 (6,8)	7 (13,5)	2 (3,8)
Anders, namelijk: (zeer frequent overleg, achteraf toetsen, periode supervisie,...)	10 (16,9)	11 (13,9)	18 (20,7)	9 (12,3)	10 (19,2)	8 (15,4)

Tabel 20a: Resultaten Effectiviteit, inzet van beroepsbeoefenaars, patiëntgerichtheid vanuit perspectief van een patiënt van een VS

	Patiënt van VS														
Hoe tevreden bent u over:	T0 n _{tot} =134					T1 n _{tot} =151					T2 n _{tot} =153				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
de tijd tussen het maken van een afspraak en het bezoek bij de verpleegkundig specialist of physician assistant?	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (3,3)	35 (28,7)	83 (68,0)	1 (0,7)	2 (1,4)	6 (4,3)	44 (31,7)	86 (61,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (4,0)	53 (35,6)	90 (60,4)
de lengte van de wachttijd in de wachtkamer?	1 (0,9)	1 (0,9)	10 (8,7)	48 (41,7)	55 (47,8)	2 (1,6)	5 (3,9)	10 (7,8)	48 (37,5)	63 (49,2)	1 (0,7)	1 (0,7)	12 (8,7)	59 (42,8)	65 (47,1)
de manier hoe de verpleegkundig specialist of physician assistant met mij omging?	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	24 (18,0)	108 (81,2)	2 (1,3)	0 (0,0)	2 (1,3)	25 (16,7)	117 (78,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	26 (17,0)	126 (82,4)
de deskundigheid van de verpleegkundig specialist of physician assistant?	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	32 (24,2)	100 (75,8)	1 (0,7)	0 (0,0)	2 (1,4)	32 (21,8)	112 (76,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	34 (22,7)	115 (76,7)
hoe duidelijk de verpleegkundig specialist of physician assistant uitlegde wat hij/zij ging doen?	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,5)	27 (20,8)	101 (77,7)	1 (0,7)	1 (0,7)	2 (1,4)	27 (18,5)	115 (78,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,3)	34 (22,4)	116 (76,3)
de mate waarin de effecten van de behandeling besproken zijn door de verpleegkundig specialist of physician assistant?	0 (0,0)	1 (0,8)	3 (2,3)	34 (26,6)	90 (70,3)	2 (1,4)	1 (0,7)	3 (2,1)	46 (32,2)	91 (63,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,4)	45 (30,6)	100 (68,0)
de manier waarop uw vragen beantwoord werden?	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,3)	31 (23,5)	98 (74,2)	1 (0,7)	0 (0,0)	3 (2,1)	36 (24,8)	105 (72,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,6)	30 (19,6)	119 (77,8)
de tijd die de verpleegkundig specialist of physician assistant voor u had?	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	30 (22,7)	101 (76,5)	2 (1,4)	0 (0,0)	2 (1,4)	31 (21,4)	110 (75,9)	0 (0,0)	1 (0,7)	3 (2,0)	35 (23,2)	112 (74,2)
de mate van pijnbestrijding gedurende de behandeling?	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	30 (43,5)	38 (55,1)	1 (1,5)	0 (0,0)	4 (6,1)	29 (43,9)	32 (48,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	21 (32,8)	42 (65,6)
de bijdrage die de behandeling heeft gegeven aan de verbetering van uw gezondheid?	0 (0,0)	2 (1,9)	6 (5,8)	36 (34,6)	60 (57,7)	1 (0,9)	3 (2,6)	7 (6,0)	46 (39,7)	59 (50,9)	0 (0,0)	1 (0,8)	11 (8,3)	47 (35,3)	74 (55,6)
de tijd tot een vervolgspraak?	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,6)	41 (35,7)	71 (61,7)	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,8)	52 (41,6)	71 (56,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (5,8)	56 (40,9)	73 (53,3)

- 1= Zeer ontevreden
- 2= Ontevreden
- 3= Deels ontevreden, deels tevreden
- 4= Tevreden
- 5= Zeer tevreden

Tabel 20b: Resultaten Effectiviteit, inzet van beroepsbeoefenaars, patiëntgerichtheid vanuit perspectief van een patiënt van een PA

	Patiënt van PA														
Hoe tevreden bent u over:	T0 n _{tot} =135					T1 n _{tot} =62					T2 n _{tot} =122				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
de tijd tussen het maken van een afspraak en het bezoek bij de verpleegkundig specialist of physician assistant?	0 (0,0)	1 (0,9)	5 (4,3)	44 (37,6)	67 (57,3)	0 (0,0)	1 (1,8)	2 (3,5)	22 (38,6)	32 (56,1)	0 (0,0)	3 (2,6)	4 (3,5)	29 (25,2)	79 (68,7)
de lengte van de wachttijd in de wachtkamer?	0 (0,0)	4 (3,4)	11 (9,2)	54 (45,4)	50 (42,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	6 (10,5)	25 (43,9)	25 (43,9)	0 (0,0)	4 (3,6)	11 (10,0)	42 (38,2)	53 (48,2)
de manier hoe de verpleegkundig specialist of physician assistant met mij omging?	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	25 (20,5)	104 (78,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (24,2)	47 (75,8)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (11,6)	106 (87,6)
de deskundigheid van de verpleegkundig specialist of physician assistant?	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	39 (29,8)	91 (69,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	18 (29,0)	43 (69,4)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	21 (18,1)	94 (81,0)
hoe duidelijk de verpleegkundig specialist of physician assistant uitlegde wat hij/zij ging doen?	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,5)	30 (22,9)	99 (75,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (25,8)	46 (74,2)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (18,5)	96 (80,7)
de mate waarin de effecten van de behandeling besproken zijn door de verpleegkundig specialist of physician assistant?	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,4)	42 (33,1)	82 (64,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,9)	23 (37,7)	35 (57,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,5)	32 (27,1)	83 (70,3)
de manier waarop uw vragen beantwoord werden?	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	40 (30,3)	92 (69,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	24 (38,7)	37 (59,7)	1 (0,8)	0 (0,0)	2 (1,7)	32 (26,4)	86 (71,1)
de tijd die de verpleegkundig specialist of physician assistant voor u had?	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	35 (26,1)	99 (73,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	2 (3,2)	17 (27,4)	42 (67,7)	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,8)	27 (22,3)	92 (76,0)
de mate van pijnbestrijding gedurende de behandeling?	0 (0,0)	1 (1,2)	2 (2,4)	36 (42,9)	45 (53,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	20 (57,1)	12 (34,3)	0 (0,0)	1 (1,3)	5 (6,3)	26 (32,5)	48 (60,0)
de bijdrage die de behandeling heeft gegeven aan de verbetering van uw gezondheid?	0 (0,0)	1 (1,1)	9 (9,7)	31 (33,3)	52 (55,9)	0 (0,0)	1 (2,0)	4 (7,8)	31 (60,8)	15 (29,4)	1 (1,1)	0 (0,0)	11 (12,1)	38 (41,8)	41 (45,1)
de tijd tot een vervolgspraak?	0 (0,0)	1 (1,0)	5 (5,0)	46 (45,5)	49 (48,5)	0 (0,0)	1 (2,2)	4 (8,7)	18 (39,1)	23 (50,0)	1 (1,0)	2 (2,0)	6 (5,9)	39 (38,6)	53 (52,5)

1= Zeer ontevreden

2= Ontevreden

3= Deels ontevreden, deels tevreden

4= Tevreden

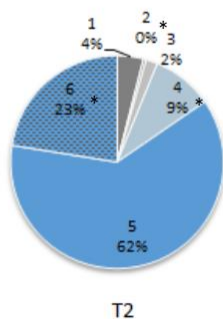
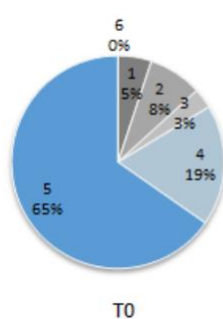
5= Zeer tevreden

Tabel 21: Resultaten quickscan

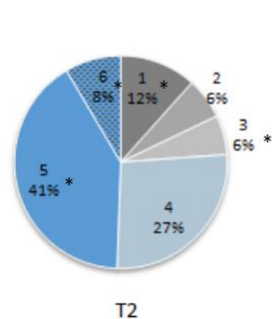
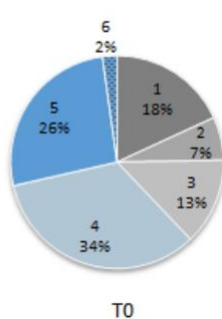
Voorbehouden handeling		VS						PA
n (%) ja		Totaal	AZ	CZ	GGZ	IZ	PZ	Totaal
Geen	T0	104 (23,4)	1 (3,1)	24 (22,4)	42 (54,5)	35 (16,1)	2 (18,2)	13 (13,7)
	T1	19 (11,1)	0(0,0)	4 (8,9)	4 (18,2)	11 (12,1)	-	12 (6,3)
	T2	37 (15,2)	0(0,0)	4 (9,5)	17 (39,5)	15 (11,5)	1 (20,0)	19 (7,5)
Wel van plan te verrichten	T0	53 (11,9)	0 (0,0)	14 (13,1)	17 (22,1)	22 (10,1)	0 (0,0)	6 (6,3)
Niet noodzakelijk voor functie	T1	7 (4,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,5)	6 (6,7)	-	2 (1,1)
	T2	16 (6,6)	0 (0,0)	2 (4,8)	6 (14,0)	6 (4,6)	0 (0,0)	9 (3,5)
In organisatie uitvoeren van v.h. niet goed geregeld	T1	9 (5,3)	0 (0,0)	4 (8,9)	3 (13,6)	2 (2,2)	-	2 (1,1)
	T2	16 (6,6)	0 (0,0)	2 (4,8)	9 (20,9)	5 (3,8)	0 (0,0)	6 (2,4)
Katheterisaties	T0	69 (15,5)	17 (53.1)	22 (20.6)	1 (1.3)	29 (13.4)	0 (0.0)	24 (25.3)
	T1	29 (17.0)	3 (23.1)	12 (26.7)	0 (0.0)	14 (15.4)	-	33 (17.4)
	T2	53 (21.7)	11 (47.8)	15 (35.7)	0 (0.0)	26 (19.8)	1 (20.0)	68 (26.7)
Electieve cardioversie/ defibrillatie	T0	23 (5.2)	12 (37.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (5.1)	0 (0.0)	12 (12.6)
	T1	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	-	16 (8.4)
	T2	15 (6.1)	10 (43.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (3.8)	0 (0.0)	27 (10.6)
Endoscopie	T0	9 (2.0)	2 (6.2)	3 (2.8)	0 (0.0)	4 (1.8)	0 (0,0)	8 (8.4)
	T1	6 (3.5)	5 (38.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	-	14 (7.4)
	T2	9 (3.7)	4 (17.4)	1 (2.4)	0 (0.0)	4 (3.1)	0 (0,0)	21 (8.2)
Heelkundige handelingen	T0	99 (22.3)	20 (62.5)	18 (16.8)	0 (0.0)	61 (28.1)	0 (0.0)	36 (37.9)
	T1	41 (24.0)	6 (46.2)	5 (11.1)	0 (0.0)	30 (33.0)	-	88 (46.3)
	T2	76 (31.1)	20 (87.0)	5 (11.9)	0 (0.0)	50 (38.2)	1 (20.0)	135 (52.9)
Injecties	T0	208 (46.8)	29 (90.6)	48 (44.9)	22 (28.6)	105 (48.4)	4 (36.4)	64 (67.4)
	T1	75 (43.9)	10 (76.9)	17 (37.8)	11 (50.0)	37 (40.7)	-	132 (69.5)
	T2	124 (50.8)	22 (95.7)	20 (47.6)	12 (27.9)	67 (51.1)	3 (60.0)	178 (69.8)
Puncties	T0	88 (19.8)	13 (40.6)	15 (14.0)	1 (1.3)	59 (27.2)	0 (0.0)	41 (43.2)
	T1	32 (18.7)	5 (38.5)	3 (6.7)	0 (0.0)	24 (26.4)	-	102 (53.7)
	T2	51 (20.9)	10 (43.5)	4 (9.5)	0 (0.0)	36 (27.5)	1 (20.0)	135 (52.9)
Voorschrijven UR geneesmiddelen	T0	245 (55.2)	24 (75.0)	58 (54.2)	21 (27.3)	139 (64.1)	3 (27.3)	55 (57.9)
	T1	134 (78.4)	10 (76.9)	39 (86.7)	15 (68.2)	70 (76.9)	-	148 (77.9)
	T2	177 (72.5)	17 (73.9)	35 (83.3)	25 (58.1)	99 (75.6)	1 (20.0)	208 (81.6)

Figuur 16a: Indicatieprocedure alle voorbehouden handelingen per verpleegkundig specialisme
 (*: χ^2 (1) $p < 0,05$)

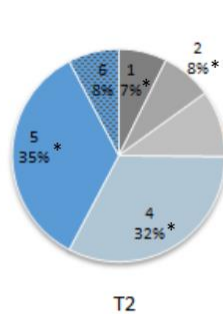
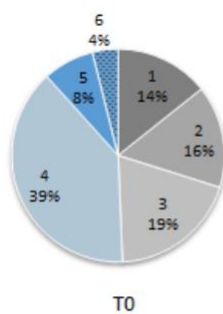
A. VS acute zorg



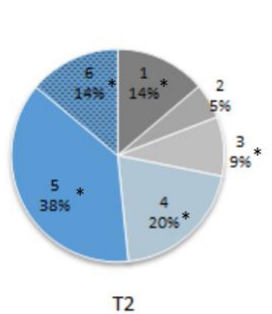
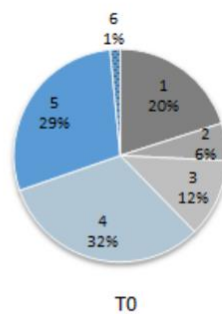
B. VS chronische zorg



C. VS GGZ

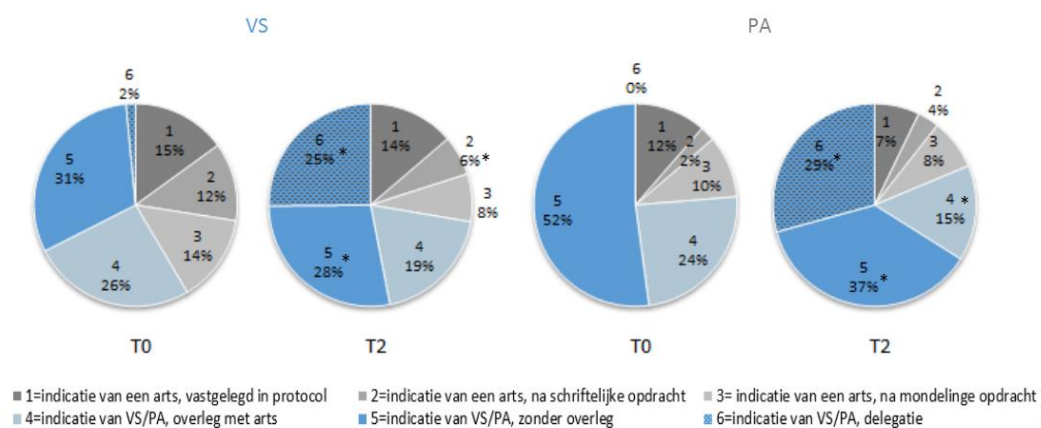


D. VS intensieve zorg



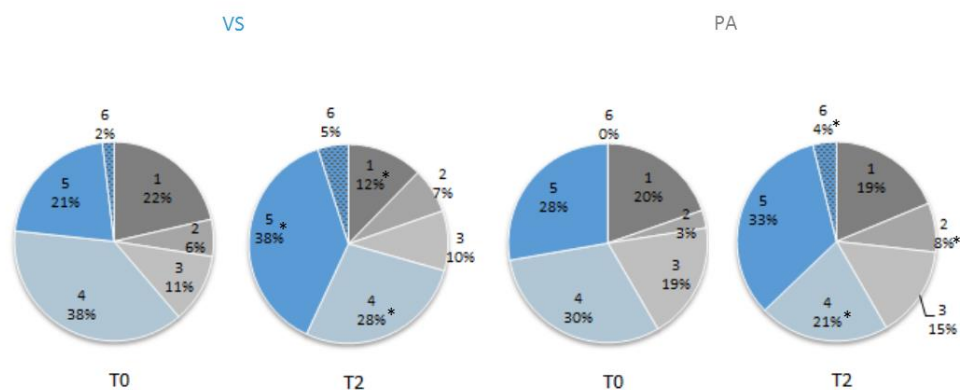
■ 1=indicatie van een arts, vastgelegd in protocol ■ 2=indicatie van een arts, na schriftelijke opdracht ■ 3= indicatie van een arts, na mondelinge opdracht
 ■ 4=indicatie van VS/PA, overleg met arts ■ 5=indicatie van VS/PA, zonder overleg ■ 6=indicatie van VS/PA, delegatie

Figuur 16b: Indicatieprocedure voor voorbehouden handelingen waarvoor verpleegkundigen een functionele zelfstandigheid hebben (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)

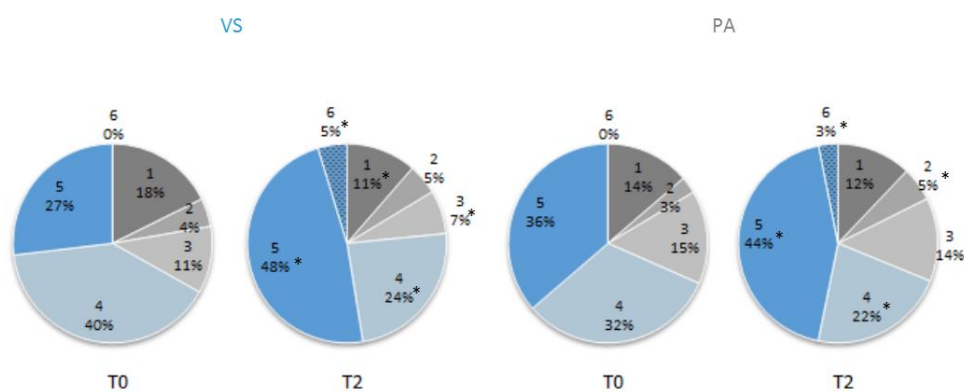


Figuur 16c: Indicatieprocedure voorschrijven UR-geneesmiddelen per type recept
 (*: χ^2 (1) $p < 0,05$)

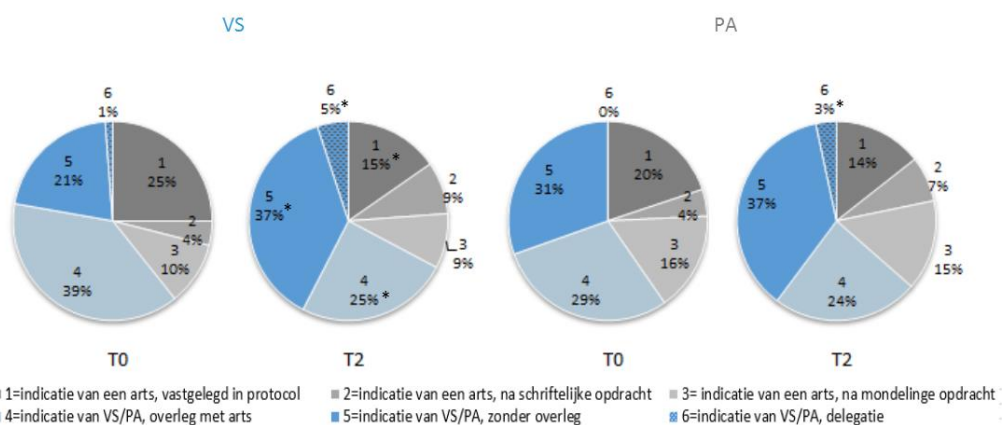
A. Indicatieprocedure recepttype A= Dosering van een receptplichtig geneesmiddel veranderen



B. Indicatieprocedure recepttype B=Een nieuw receptplichtig geneesmiddel voorschrijven (geen herhaalrecept)



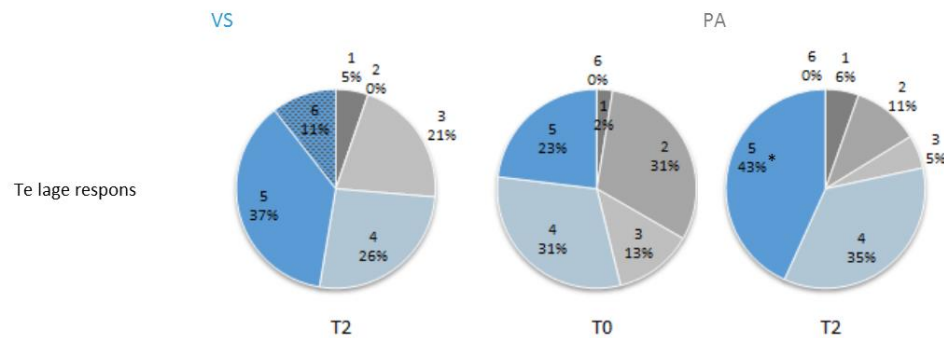
C. Indicatieprocedure recepttype C= Een herhaalrecept (zonder verandering) van een receptplichtig geneesmiddel voorschrijven



■ 1=indicatie van een arts, vastgelegd in protocol ■ 2=indicatie van een arts, na schriftelijke opdracht ■ 3= indicatie van een arts, na mondelinge opdracht
 ■ 4=indicatie van VS/PA, overleg met arts ■ 5=indicatie van VS/PA, zonder overleg ■ 6=indicatie van VS/PA, delegatie

Figuur 16d: Indicatieprocedure Injectie per type injectie (*: $\chi^2 (1) p < 0,05$)

A. Indicatieprocedure injectietype A= Injectie in gewrichten, peesschedes en keloid

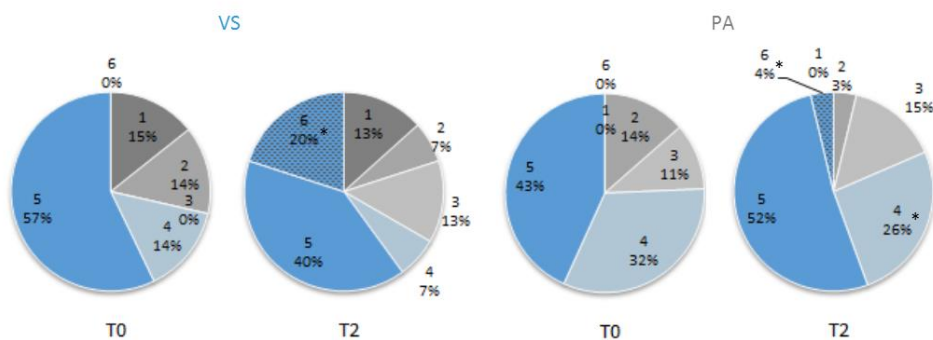


B. Indicatieprocedure recepttype B= Toedienen sclerotherapie

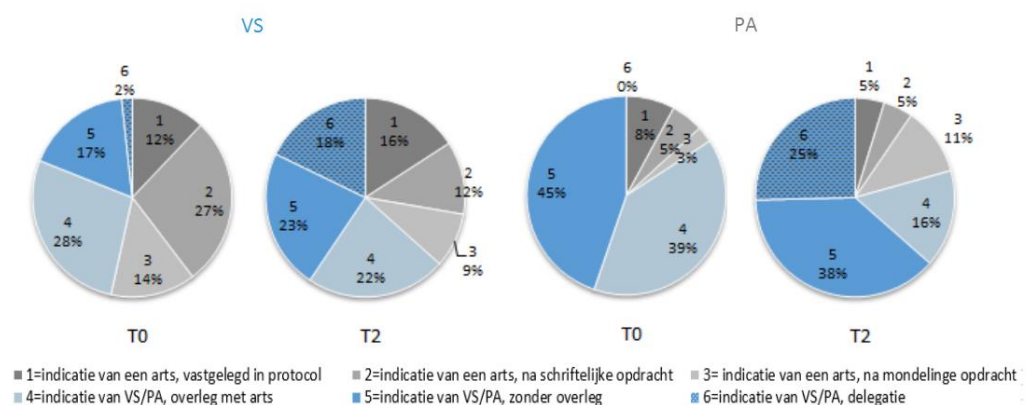
VS PA

Te lage respons

C. Indicatieprocedure injectietype C= Toedienen van lokaal anesthesie per injectie

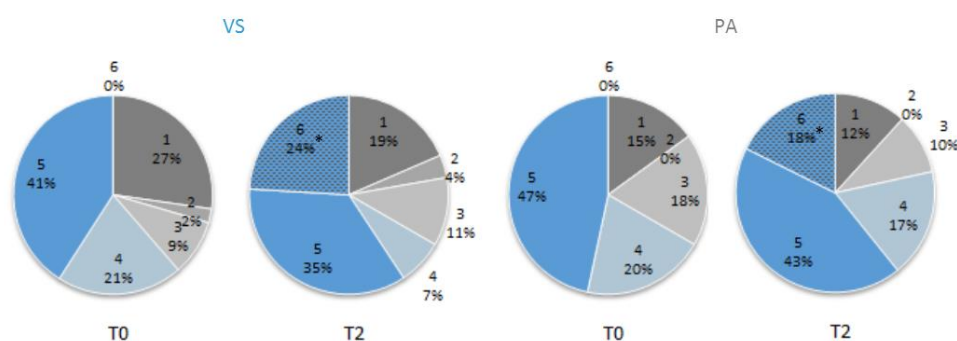


D. Indicatieprocedure recepttype D= Intramusculaire injecties

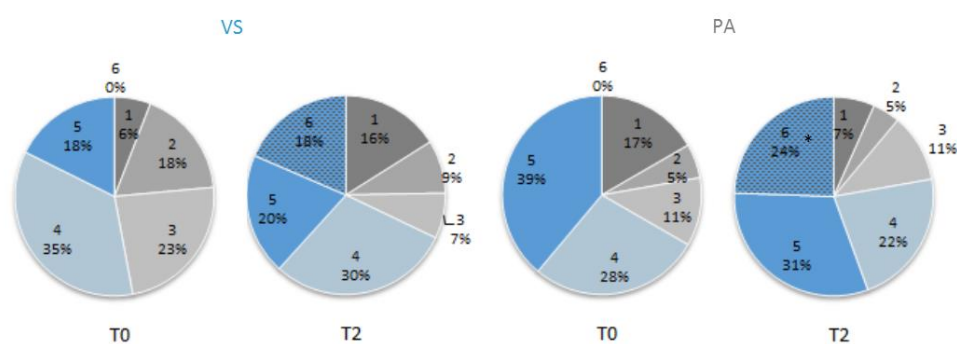


Figuur 16d vervolg

E. Indicatieprocedure injectietype E= Intraveneuze injecties



F. Indicatieprocedure injectietype F= Subcutane injecties



G. Indicatieprocedure recepttype G= Intracardiale injecties

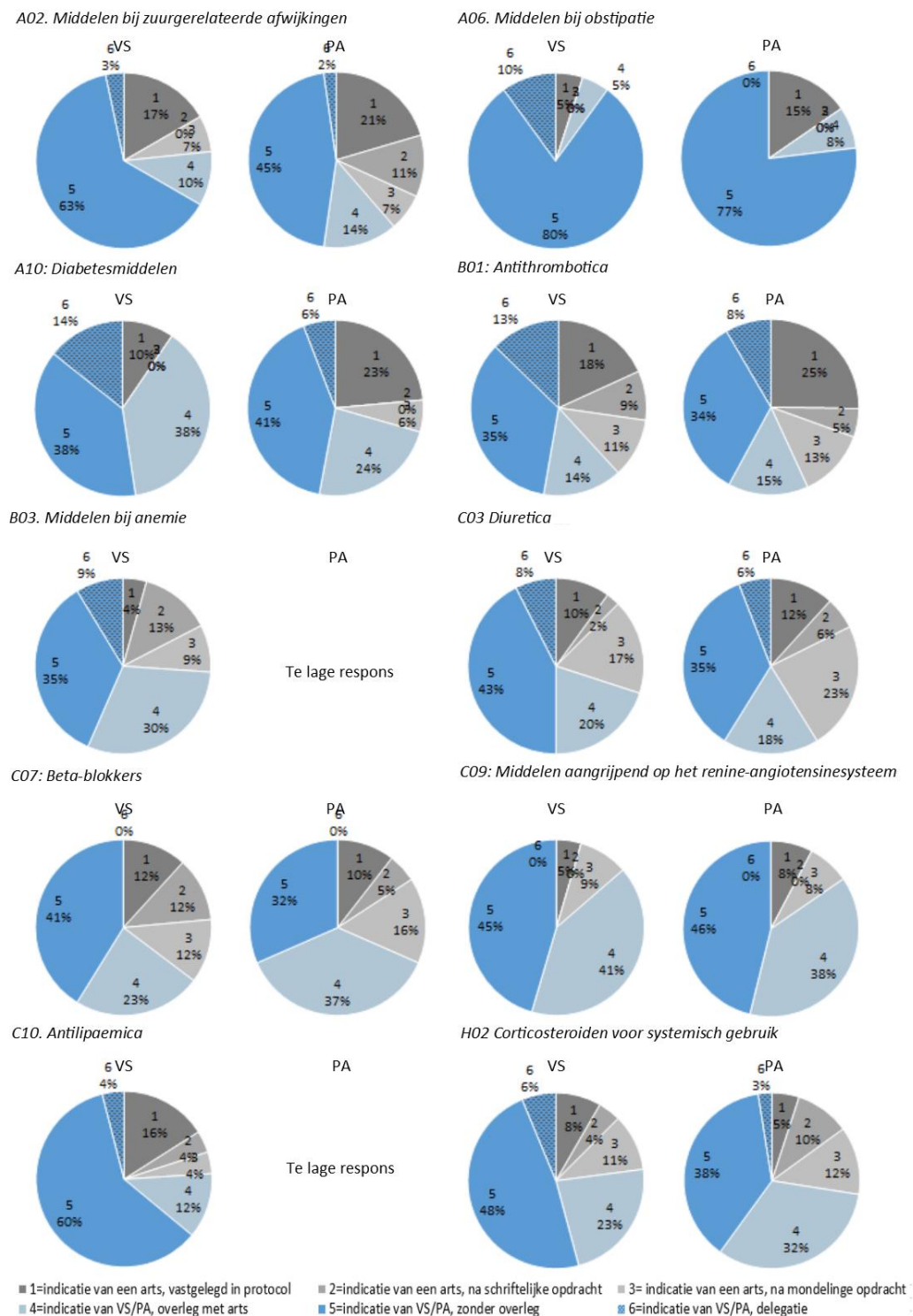


H. Indicatieprocedure recepttype H= Andere type injecties



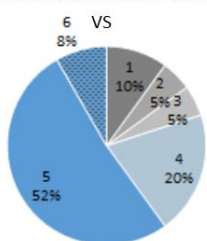
■ 1=indicatie van een arts, vastgelegd in protocol ■ 2=indicatie van een arts, na schriftelijke opdracht ■ 3= indicatie van een arts, na mondelinge opdracht
■ 4=indicatie van VS/PA, overleg met arts ■ 5=indicatie van VS/PA, zonder overleg ■ 6=indicatie van VS/PA, delegatie

Figuur 16e: Indicatieprocedures voorschrijven van UR-geneesmiddelen per subgroep (bij voldoende respons) volgens ATC codering tijdens 2^e nameting

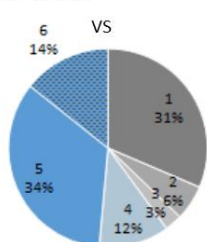


Figuur 16e vervolg

J01: Antibacteriele middelen



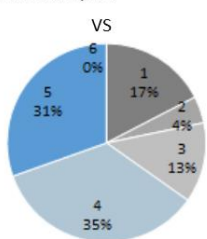
J07: Vaccins



PA

Te lage respons

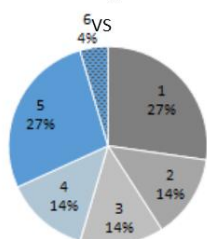
L01: Oncolytica



PA

Te lage respons

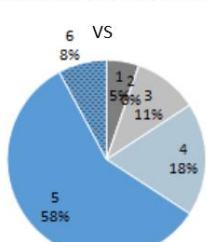
L04: Immunosuppressiva



PA

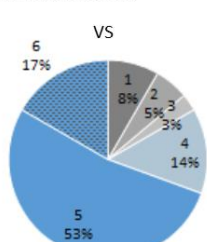
Te lage respons

M01: Anti-inflammatoire en antireumatische middelen



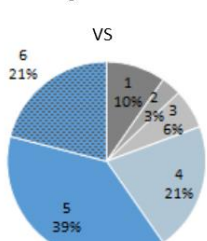
PA

N01: Anaesthetica



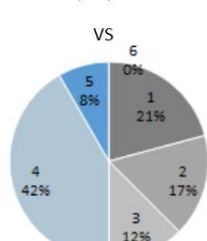
PA

N02: Analgetica



PA

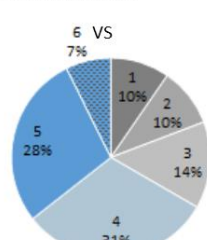
N03: Anti-epileptica



PA

Te lage respons

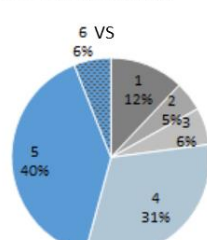
N05: Psycholeptica



PA

Te lage respons

N06: Psychoanaleptica



PA

Te lage respons

1=indicatie van een arts, vastgelegd in protocol
4=indicatie van VS/PA, overleg met arts

2=indicatie van een arts, na schriftelijke opdracht
5=indicatie van VS/PA, zonder overleg

3=indicatie van een arts, na mondelinge opdracht
6=indicatie van VS/PA, delegatie

Tabel 22: Aantal respondenten per geneesmiddelengroep die reageren op vragen over de reikwijdte van de wetswijziging

	Niet verantwoord om zelfstandig door VS/PA uitgevoerd te worden			Altijd overleg met arts nodig			Een zelfstandige bevoegdheid gewenst		
	VS	PA	arts	VS	PA	arts	VS	PA	arts
Aantal respondenten									
C: Hartvaatstelsel	0	1	2	13	3	6	0	0	0
C alg	0	1	1	3	1	2	0	0	0
C02: Antihypertensiva	0	0	0	5	1	2	0	0	0
C01: Cardiac	0	0	1	3	1	1	0	0	0
C03: Diuretica	0	0	0	2	0	1	0	0	0
J: Antimicrobiele middelen voor systemisch gebruik	0	0	1	5	1	7	0	0	0
L: Oncolytica en immunomodulantia	3	1	1	12	0	10	3	0	1
L01: Oncolytica	2	1	1	9	0	6	3	0	1
L04: Immunosuppressiva	1	0	0	3	0	4	0	0	0
N: Zenuwstelsel	4	4	15	42	23	30	7	14	5
N alg	4	4	4	4	4	4	4	4	4
N01: Anaesthetica	0	0	0	0	0	0	0	6	1
N02: Analgetica	0	0	0	11	9	12	0	0	0
N03: Anti-epileptica	0	0	1	2	6	3	0	0	0
N04: Parkinsonmiddelen	0	0	1	2	0	1	0	0	0
N05: Psycholeptica	0	0	7	19	4	8	3	4	0
N06: Psychoanaleptica	0	0	2	4	0	2	0	0	0

Tabel 23: Stellingen

Stelling	VS														
	T0					T1					T2				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
n (%)															
Ik ben uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten	2 (2,1)	2 (2,1)	28 (29,2)	40 (41,7)	24 (25,0)	3 (2,6)	1 (0,9)	17 (14,9)	53 (46,5)	40 (35,1)	4 (2,4)	3 (1,8)	32 (19,0)	67 (39,9)	62 (36,9)
Voor het verrichten van voorbehouden handelingen is een functionele zelfstandigheid voldoende	10 (10,1)	17 (17,2)	18 (18,2)	44 (44,4)	10 (10,1)	9 (8,0)	20 (17,7)	31 (27,4)	37 (32,7)	16 (14,2)	13 (7,8)	31 (18,7)	49 (29,5)	54 (32,5)	19 (11,4)
De aanpassing van de wet BIG ten aanzien van de voorbehouden handelingen is een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (5,2)	46 (47,4)	46 (47,4)	0 (0,0)	1 (0,9)	9 (7,8)	56 (48,3)	50 (43,1)	0 (0,0)	2 (1,2)	8 (4,8)	84 (50,0)	74 (44,0)
De aanpassing van de wet BIG ten aanzien van de voorbehouden handelingen sluit goed aan op de praktijk	0 (0,0)	7 (7,2)	13 (13,4)	44 (45,4)	33 (34,0)	5 (4,2)	6 (5,1)	15 (12,7)	57 (48,3)	35 (29,7)	1 (0,6)	4 (2,4)	29 (17,2)	85 (50,3)	50 (29,6)
De lijst van beschreven voorbehouden handelingen in de aanpassing van de wet BIG is niet toereikend voor mijn werksituatie	20 (20,8)	40 (41,7)	19 (19,8)	12 (12,5)	5 (5,2)	40 (34,8)	43 (37,4)	13 (11,3)	14 (12,2)	5 (4,3)	48 (28,4)	74 (43,8)	31 (18,3)	14 (8,3)	2 (1,2)
Ik wil voor bepaalde voorbehouden handelingen kunnen terugvallen op een arts	4 (4,0)	3 (3,0)	17 (17,2)	49 (49,5)	26 (26,3)	3 (2,6)	3 (2,6)	19 (16,2)	61 (52,1)	31 (26,5)	5 (3,0)	16 (9,6)	34 (20,5)	76 (45,8)	35 (21,1)
Mijn kennis om zelfstandig receptplichtige geneesmiddelen voor te kunnen schrijven is onvoldoende	27 (27,3)	42 (42,4)	19 (19,2)	9 (9,1)	2 (2,0)	38 (31,9)	57 (47,9)	12 (10,1)	8 (6,7)	4 (3,4)	59 (34,9)	76 (45,0)	19 (11,2)	13 (7,7)	2 (1,2)
Mijn vaardigheden om de voorbehouden handelingen binnen mijn vakgebied te verrichten zijn uitstekend	1 (1,0)	5 (5,1)	13 (13,1)	54 (54,5)	26 (26,3)	2 (1,7)	4 (3,4)	11 (9,5)	73 (62,9)	26 (22,4)	0 (0,0)	9 (5,5)	18 (10,9)	98 (59,4)	40 (24,2)
De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten zijn niet goed vastgelegd	6 (6,1)	21 (21,4)	27 (27,6)	31 (31,6)	13 (13,3)	18 (16,1)	36 (32,1)	31 (27,7)	21 (18,8)	6 (5,4)	24 (14,4)	65 (38,9)	52 (31,1)	21 (12,6)	5 (3,0)
De taakverdeling tussen artsen en VS/PA met betrekking tot voorbehouden handelingen is niet goed vastgelegd	9 (9,2)	16 (16,3)	30 (30,6)	32 (32,7)	11 (11,2)	17 (14,9)	37 (32,5)	35 (30,7)	21 (18,4)	4 (3,5)	26 (15,9)	60 (35,9)	50 (29,9)	26 (15,6)	5 (3,0)
<i>Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen</i>															
Wordt de zorg voor bepaalde patiënten efficiënter	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	52 (52,5)	45 (45,5)	0 (0,0)	1 (0,8)	3 (2,5)	62 (52,5)	52 (44,1)	0 (0,0)	3 (1,8)	3 (1,8)	72 (42,6)	91 (53,8)
Wordt de zorg voor bepaalde patiënten kwalitatief	1 (1,0)	3 (3,0)	14 (14,1)	46 (46,5)	35 (35,4)	0 (0,0)	1 (0,8)	9 (7,6)	65 (55,1)	43 (36,4)	0 (0,0)	3 (1,8)	16 (9,5)	85 (50,6)	64 (38,1)
Wordt de zorg voor bepaalde patiënten minder veilig	35 (35,4)	51 (51,5)	8 (8,1)	4 (4,0)	1 (1,0)	45 (38,1)	62 (52,5)	8 (6,8)	3 (2,5)	0 (0,0)	73 (43,2)	86 (50,9)	8 (4,7)	2 (1,2)	0 (0,0)
Zal de werkdruk toenemen	14 (14,1)	41 (41,4)	28 (28,3)	14 (14,1)	2 (2,0)	10 (8,5)	37 (31,4)	45 (38,1)	25 (21,2)	1 (0,8)	24 (14,3)	67 (39,9)	52 (31,0)	21 (12,5)	4 (2,4)
Zal het werk interessanter worden	1 (1,0)	2 (2,0)	7 (7,1)	41 (41,4)	48 (48,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (5,1)	69 (58,5)	42 (36,4)	0 (0,0)	3 (1,8)	11 (6,5)	75 (44,6)	79 (47,0)
1= Helemaal mee oneens															
2= Mee oneens															
3= Deels mee oneens, deels mee eens															
4= Mee eens															
5= Helemaal mee eens															

Stelling	PA														
	T0					T1					T2				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Ik ben uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (18,6)	36 (41,9)	34 (39,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (19,4)	31 (50,0)	19 (30,6)	1 (1,0)	1 (1,0)	19 (19,2)	40 (40,4)	38 (38,4)
Voor het verrichten van voorbehouden handelingen is een functionele zelfstandigheid voldoende	2 (2,2)	6 (6,7)	16 (18,0)	41 (46,1)	24 (27,0)	4 (6,2)	4 (6,2)	19 (29,2)	27 (41,5)	11 (16,9)	6 (6,1)	4 (4,0)	24 (24,2)	44 (44,4)	21 (21,2)
De aanpassing van de wet BIG ten aanzien van de voorbehouden handelingen is een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,2)	39 (43,8)	48 (53,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,1)	35 (54,7)	27 (42,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (4,3)	46 (49,5)	43 (46,2)
De aanpassing van de wet BIG ten aanzien van de voorbehouden handelingen sluit goed aan op de praktijk	1 (1,1)	4 (4,5)	23 (26,1)	34 (38,6)	26 (29,5)	1 (1,6)	2 (3,2)	13 (21,0)	27 (43,5)	19 (30,6)	1 (1,0)	0 (0,0)	26 (26,8)	42 (43,3)	28 (28,9)
De lijst van beschreven voorbehouden handelingen in de aanpassing van de wet BIG is niet toereikend voor mijn werksituatie	11 (12,9)	25 (29,4)	22 (25,9)	19 (22,4)	8 (9,4)	9 (14,3)	26 (41,3)	16 (25,4)	7 (11,1)	5 (7,9)	18 (19,4)	33 (35,5)	22 (23,7)	14 (15,1)	6 (6,5)
Ik wil voor bepaalde voorbehouden handelingen kunnen terugvallen op een arts	1 (1,1)	1 (1,1)	10 (11,2)	38 (42,7)	39 (43,8)	3 (4,8)	3 (4,8)	6 (9,5)	34 (54,0)	17 (27,0)	1 (1,0)	9 (9,4)	13 (13,5)	45 (46,9)	28 (29,2)
Mijn kennis om zelfstandig receptplichtige geneesmiddelen voor te kunnen schrijven is onvoldoende	29 (32,6)	40 (44,9)	19 (21,3)	0 (0,0)	1 (1,1)	28 (44,4)	28 (44,4)	4 (6,3)	3 (4,8)	0 (0,0)	33 (34,2)	44 (45,4)	13 (13,4)	5 (5,2)	2 (2,1)
Mijn vaardigheden om de voorbehouden handelingen binnen mijn vakgebied te verrichten zijn uitstekend	0 (0,0)	2 (2,3)	6 (6,8)	44 (50,0)	36 (40,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	5 (7,9)	38 (60,3)	19 (30,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (9,4)	56 (58,3)	31 (32,4)
De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten zijn niet goed vastgelegd	4 (4,6)	24 (27,6)	33 (37,9)	23 (26,4)	3 (3,4)	4 (6,3)	20 (31,7)	29 (46,0)	10 (15,9)	0 (0,0)	8 (8,5)	33 (35,1)	32 (34,0)	18 (19,1)	3 (3,2)
De taakverdeling tussen artsen en VS/PA met betrekking tot voorbehouden handelingen is niet goed vastgelegd	4 (4,6)	24 (27,6)	30 (34,5)	25 (28,7)	4 (4,6)	7 (10,9)	21 (32,8)	28 (43,8)	8 (12,5)	0 (0,0)	12 (12,6)	32 (33,7)	31 (32,6)	19 (20,0)	1 (1,1)
Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen															
Wordt de zorg voor bepaalde patiënten efficiënter	0 (0,0)	1 (1,1)	1 (1,1)	44 (48,9)	44 (48,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	29 (44,6)	35 (53,8)	0 (0,0)	1 (1,0)	4 (4,2)	42 (43,8)	49 (51,0)
Wordt de zorg voor bepaalde patiënten kwalitatief beter	0 (0,0)	3 (3,3)	15 (16,7)	41 (45,6)	31 (34,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (10,8)	31 (47,7)	27 (41,5)	1 (1,0)	3 (3,1)	11 (11,3)	44 (45,4)	38 (39,2)
Wordt de zorg voor bepaalde patiënten minder veilig	34 (37,8)	53 (58,9)	3 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (43,1)	33 (50,8)	3 (4,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	46 (47,4)	47 (48,5)	2 (2,1)	2 (2,1)	0 (0,0)
Zal de werkdruk toenemen	16 (17,8)	39 (43,3)	26 (28,9)	8 (8,9)	1 (1,1)	12 (18,5)	23 (35,4)	21 (32,3)	8 (12,3)	1 (1,5)	20 (20,6)	35 (36,1)	26 (26,8)	13 (13,4)	3 (3,1)
Zal het werk interessanter worden	1 (1,1)	1 (1,1)	9 (10,0)	38 (42,2)	41 (45,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (6,2)	27 (41,5)	34 (52,3)	0 (0,0)	2 (2,1)	5 (5,2)	46 (47,4)	44 (45,4)
1= Helemaal mee oneens															
2= Mee oneens															
3= Deels mee oneens, deels mee eens															
4= Mee eens															
5= Helemaal mee eens															

Stelling	PA														
	T0					T1					T2				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
n (%)															
De mate waarover ik zorg op maat aan patiënten geef	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,2)	55 (61,8)	32 (36,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,0)	39 (58,2)	26 (38,8)	0 (0,0)	1 (1,0)	5 (5,1)	57 (58,2)	35 (35,7)
De hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb	0 (0,0)	2 (2,2)	12 (13,5)	58 (65,2)	17 (19,1)	0 (0,0)	2 (3,0)	9 (13,4)	43 (64,2)	13 (19,4)	1 (1,0)	4 (4,1)	18 (18,6)	62 (63,9)	12 (12,4)
De hoeveelheid supervisie die ik van mijn supervisor krijg	0 (0,0)	2 (2,2)	6 (6,7)	56 (62,9)	25 (28,1)	0 (0,0)	1 (1,5)	7 (10,6)	40 (60,6)	18 (27,3)	0 (0,0)	1 (1,0)	13 (13,3)	56 (57,1)	28 (28,6)
De mate van samenwerking tussen mij en de artsen binnen mijn afdeling/instelling	0 (0,0)	2 (2,2)	9 (10,1)	36 (40,4)	42 (47,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (6,0)	42 (62,7)	21 (31,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (10,2)	52 (53,1)	36 (36,7)
De mate van samenwerking tussen mij en de overige medewerkers binnen mijn afdeling/instelling	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (8,0)	47 (53,4)	34 (38,6)	0 (0,0)	1 (1,5)	2 (3,0)	33 (50,0)	30 (45,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (7,2)	61 (62,9)	29 (29,9)
De organisatie en het management van de afdeling/instelling	2 (2,2)	9 (10,1)	32 (36,0)	35 (39,3)	11 (12,4)	1 (1,5)	5 (7,5)	22 (32,8)	32 (47,8)	7 (10,4)	3 (3,1)	10 (10,2)	31 (31,6)	49 (50,0)	5 (5,1)
De uitrusting en de faciliteiten waarover ik beschik	0 (0,0)	2 (2,2)	16 (18,0)	54 (60,7)	17 (19,1)	1 (1,5)	2 (3,0)	13 (19,4)	43 (64,2)	8 (11,9)	0 (0,0)	2 (2,1)	14 (14,4)	61 (62,9)	20 (20,6)
De mate van respect die ik van de patiënten krijg	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,4)	49 (55,1)	37 (41,6)	0 (0,0)	1 (1,5)	1 (1,5)	37 (55,2)	28 (41,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (4,1)	48 (49,0)	46 (46,9)
De hoogte van mijn salaris als verpleegkundig specialist/ physician assistant	6 (6,9)	17 (19,5)	28 (32,2)	34 (39,1)	2 (2,3)	1 (1,5)	24 (35,8)	18 (26,9)	21 (31,3)	3 (4,5)	5 (5,1)	15 (15,3)	29 (29,6)	41 (41,8)	8 (8,2)
De hoeveelheid tijd die ik aan mijn privéleven kan besteden	0 (0,0)	7 (7,9)	16 (18,0)	55 (61,8)	11 (12,4)	0 (0,0)	4 (6,0)	20 (29,9)	40 (59,7)	3 (4,5)	1 (1,0)	3 (3,1)	23 (23,5)	56 (57,1)	15 (15,3)
De mate waarin het werk mij uitdaagt te laten zien wat ik kan	1 (1,1)	3 (3,4)	17 (19,1)	47 (52,8)	21 (23,6)	0 (0,0)	3 (4,5)	13 (19,4)	33 (49,3)	18 (26,9)	0 (0,0)	3 (3,1)	17 (17,3)	57 (58,2)	21 (21,4)
De mate waarin mij duidelijk is wat collegae van mij verwachten	0 (0,0)	1 (1,1)	16 (18,2)	59 (67,0)	12 (13,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (10,4)	52 (77,6)	8 (11,9)	0 (0,0)	3 (3,1)	20 (20,4)	66 (67,3)	9 (9,2)
De hoeveelheid tijd die mijn werk mij kost	0 (0,0)	3 (3,4)	25 (28,1)	56 (62,9)	5 (5,6)	0 (0,0)	4 (6,0)	16 (23,9)	42 (62,7)	6 (7,5)	0 (0,0)	2 (2,0)	23 (23,5)	67 (68,4)	6 (6,1)
1= Zeer ontevreden 2= Ontevreden 3= Deels ontevreden, deels tevreden 4= Tevreden 5= Zeer tevreden															

Stelling	PA														
	T0					T1					T2				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Ik moet in een hoog tempo werken	0 (0,0)	13 (14,6)	27 (30,3)	41 (46,1)	8 (9,0)	0 (0,0)	4 (6,0)	18 (26,9)	33 (49,3)	12 (17,9)	0 (0,0)	7 (7,1)	27 (27,6)	53 (54,1)	11 (11,2)
Mijn werk is hectisch	2 (2,2)	21 (23,6)	26 (29,2)	34 (38,2)	6 (6,7)	0 (0,0)	11 (16,4)	22 (32,8)	26 (38,8)	8 (11,9)	0 (0,0)	22 (22,2)	38 (38,4)	31 (31,3)	8 (8,1)
Ik moet voortdurend uitvoeren wat anderen mij opdragen	14 (15,7)	56 (62,9)	18 (20,2)	1 (1,1)	0 (0,0)	14 (20,9)	36 (53,7)	14 (20,9)	3 (4,5)	0 (0,0)	16 (16,3)	63 (64,3)	16 (16,3)	2 (2,0)	1 (1,0)
Mijn werk biedt me de ruimte veel beslissingen zelf te nemen	0 (0,0)	1 (1,1)	8 (9,0)	58 (65,2)	22 (24,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (6,0)	48 (71,6)	15 (22,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (11,2)	64 (65,3)	23 (23,5)
Ik heb in mijn baan heel weinig vrijheid om te beslissen hoe ik mijn werk doe	18 (20,2)	60 (67,4)	8 (9,0)	1 (1,1)	2 (2,2)	20 (30,3)	34 (51,5)	7 (10,6)	5 (7,6)	0 (0,0)	25 (25,5)	58 (59,2)	11 (11,2)	3 (3,1)	1 (1,0)
Ik kan zelf het tempo bepalen waarin ik werk	5 (5,6)	20 (22,5)	41 (46,1)	20 (22,5)	3 (3,4)	2 (3,0)	20 (29,9)	29 (43,3)	15 (22,4)	1 (1,5)	2 (2,0)	25 (25,3)	42 (42,4)	27 (27,3)	3 (3,0)
Ik kan zelf de volgorde van mijn werk bepalen	3 (3,4)	24 (27,0)	33 (37,1)	26 (29,2)	3 (3,4)	1 (1,5)	14 (20,9)	26 (38,8)	23 (34,3)	3 (4,5)	1 (1,0)	28 (28,3)	26 (26,3)	40 (40,4)	4 (4,0)
Ik kan begin en eindtijd van mijn werkdag zelf bepalen	19 (21,3)	39 (43,8)	23 (25,8)	7 (7,9)	1 (1,1)	18 (27,3)	28 (42,4)	14 (21,2)	4 (6,1)	2 (3,0)	27 (27,3)	37 (37,4)	21 (21,2)	12 (12,1)	2 (2,0)
Ik heb invloed op de omstandigheden (tempo, hoeveelheid)	4 (4,5)	20 (22,7)	29 (33,0)	32 (36,4)	3 (3,4)	8 (12,1)	14 (21,2)	30 (45,5)	13 (19,7)	1 (1,5)	4 (4,0)	26 (26,3)	40 (40,4)	27 (27,3)	2 (2,0)
Ik kan zelf bepalen wanneer ik pauzeer	4 (4,5)	29 (32,6)	25 (28,1)	25 (28,1)	6 (6,7)	6 (9,0)	19 (28,4)	17 (25,4)	20 (29,9)	5 (7,5)	6 (6,1)	28 (28,3)	29 (29,3)	31 (31,3)	5 (5,1)
Ik kan mij werk zelf indelen	4 (4,5)	17 (19,1)	36 (40,4)	26 (29,2)	6 (6,7)	3 (4,5)	14 (20,9)	29 (43,3)	17 (25,4)	4 (6,0)	3 (3,1)	16 (16,5)	40 (41,2)	33 (34,0)	5 (5,2)
Ik moet in mijn werk zelf oplossingen bedenken om bepaalde dingen te doen	0 (0,0)	4 (4,5)	11 (12,5)	59 (67,0)	14 (15,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (13,4)	47 (70,1)	11 (16,4)	0 (0,0)	2 (2,0)	8 (8,1)	74 (74,7)	15 (15,2)
Ik kan verlof opnemen wanneer ik dat wil	3 (3,4)	18 (20,2)	34 (38,2)	32 (36,0)	2 (2,2)	3 (4,5)	10 (14,9)	29 (43,3)	20 (29,9)	5 (7,5)	5 (5,1)	12 (12,1)	36 (36,4)	40 (40,4)	6 (6,1)
Mijn werk- en rusttijden zijn goed geregeld	4 (4,5)	9 (10,2)	24 (27,3)	46 (52,3)	5 (5,7)	4 (6,0)	11 (16,4)	25 (37,3)	24 (35,8)	3 (4,5)	1 (1,0)	23 (23,2)	30 (30,3)	40 (40,4)	5 (5,1)
De vervanging bij ziekte is goed geregeld	15 (17,2)	25 (28,7)	17 (19,5)	30 (34,5)	0 (0,0)	10 (14,9)	24 (35,8)	20 (29,9)	11 (16,4)	2 (3,0)	13 (13,3)	32 (32,7)	32 (32,7)	21 (21,4)	0 (0,0)
Mijn werk vereist dat ik erg hard werk	1 (1,1)	10 (11,2)	37 (41,6)	38 (42,7)	3 (3,4)	0 (0,0)	5 (7,5)	25 (37,3)	28 (41,8)	9 (13,4)	1 (2,0)	9 (9,2)	36 (36,7)	44 (44,9)	8 (8,2)
Ik hoef niet overdreven veel werk te doen	6 (6,8)	37 (42,0)	23 (26,1)	22 (25,0)	0 (0,0)	13 (19,4)	28 (41,8)	14 (20,9)	11 (16,4)	1 (1,5)	14 (14,3)	49 (50,0)	22 (22,4)	13 (13,3)	0 (0,0)
Ik heb voldoende tijd om mijn werk af te krijgen	2 (2,3)	9 (10,2)	28 (31,8)	45 (51,1)	4 (4,5)	4 (6,1)	8 (12,1)	27 (40,9)	25 (37,9)	2 (3,0)	2 (2,0)	19 (19,2)	41 (41,4)	36 (36,4)	1 (1,0)
Ik moet wel eens op onverwachte tijden aan het werk	19 (21,8)	45 (51,7)	8 (9,2)	12 (13,8)	3 (3,4)	20 (30,3)	22 (33,3)	5 (7,6)	15 (22,7)	4 (6,1)	22 (22,2)	43 (43,4)	12 (12,1)	20 (20,2)	2 (2,0)
De werkbelasting kan ik aan	0 (0,0)	1 (1,1)	6 (6,7)	60 (67,4)	22 (24,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (10,4)	42 (62,7)	18 (26,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (8,2)	67 (69,1)	22 (22,7)
Ik zou het in mijn werk kalmer aan willen doen	11 (12,4)	49 (55,1)	20 (22,5)	8 (9,0)	1 (1,1)	5 (7,5)	35 (52,2)	19 (28,4)	8 (11,9)	0 (0,0)	11 (11,1)	45 (45,5)	28 (28,3)	15 (15,2)	0 (0,0)
Ik werk onder tijdsdruk	3 (3,4)	21 (23,9)	28 (31,8)	31 (35,2)	5 (5,7)	2 (3,0)	9 (13,4)	24 (35,8)	26 (38,8)	6 (9,0)	4 (4,0)	17 (17,2)	39 (39,4)	36 (36,4)	3 (3,0)
1= Helemaal mee oneens 2= Mee oneens 3= Deels mee oneens, deels mee eens 4= Mee eens 5= Helemaal mee eens															

Tabel 24: Objectieve werkbelasting VS/PA

Kenmerk	VS			PA		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Omvang van dienstverband, uren per week (<i>mediaan, IQR</i>)	35,0 (32,0-36,0)	32,0 (28,0-36,0)	32,0 (32,0-36,0)	36,0 (32,0-36,0)	36,0 (32,0-36,0)	36 (32,0-36,0)
Aantal werkdagen per week (<i>mediaan, IQR</i>)	4,0 (4,0-4,9)	4,0 (3,5-4,4)	4,0 (4,0-4,0)	4,0 (4,0-5,0)	4,0 (4,0-4,6)	4,0 (4,0-4,5)
Overwerk (<i>n,%</i>)						
Ja, structureel	40 (40,4)	48 (40,3)	66 (37,9)	34 (37,8)	30 (44,8)	49 (48,5)
Ja, incidenteel	48 (48,5)	60 (50,4)	99 (56,9)	42 (46,7)	32 (47,8)	43 (42,6)
Nee, nooit	11 (11,1)	11 (9,2)	9 (5,2)	14 (15,6)	5 (7,5)	9 (8,9)
Overuren per week (<i>mediaan, IQR</i>)	2,5 (1,5-4,0)	2,5 (1,5-5,0)	3,0 (2,0-5,0)	2,8 (1,0-4,0)	3,3 (2,0-5,0)	4,0 (2,0-6,0)
Patiëntencontacten per week (<i>mediaan, IQR</i>)	28,0 (20,0-40,0)	30,0 (20,5-45,0)	30,0 (21,0-45,0)	50,0 (28,8-92,5)	45,0 (30,0-70,0)	45,0 (25,0-70,0)
Duur patiëntencontact in minuten (<i>mediaan, IQR</i>)	23,8 (15,0-43,8)	20,0 (15,0-35,0)	25,9 (15,0-35,0)	15,0 (10,0-20,0)	15,0 (15,0-30,0)	15,0 (12,0-30,0)
Werkweek in % (<i>mediaan, IQR</i>)						
Patiëntcontacten						
Consulten (<i>inclusief telefonisch</i>)	32,0 (11,1-50,0)	41,7 (12,8-58,5)	41,7 (17,2-55,6)	29,3 (5,7-52,0)	21,5 (5,7-55,4)	32,9 (9,3-53,5)
Medische handelingen (<i>bijvoorbeeld endoscopieën, puncties, injecties</i>)	2,7 (0,0-7,1)	0,8 (0,0-5,6)	2,8 (0,0-7,4)	6,9 (2,1-20,9)	5,4 (1,3-16,7)	5,4 (1,6-17,7)
Visites (<i>bijvoorbeeld zaalbezoek, thuissituatie (inclusief reistijd)</i>)	4,2 (0,0-15,6)	6,8 (0,0-16,20)	5,3 (0,0-16,3)	2,9 (0,0-15,4)	8,3 (0,0-21,4)	4,1 (0,0-16,3)
Overleg						
Over individuele patiënten	5,9 (3,7-9,4)	5,6 (2,9-10,1)	5,9 (3,0-16,3)	4,9 (2,5-9,8)	5,6 (3,3-9,5)	5,5 (2,8-9,4)
Niet patiëntgebonden (<i>mono- of multidisciplinair</i>)	4,8 (2,7-10,3)	4,4 (2,7-8,8)	5,5 (2,7-8,4)	2,8 (1,4-4,7)	4,3 (2,6-8,3)	3,8 (2,1-7,5)
Overige patiënt gebonden activiteiten						
(uitschrijven recepten, bijwerken medische dossiers, aanvragen en interpreteren van diagnostische onderzoeken, regelen overplaatsing, opstellen zorg- en behandelplan)	13,3 (6,9-21,6)	12,5 (8,1-17,9)	12,5 (6,5-20,0)	11,1 (5,6-27,8)	15,8 (9,1-27,4)	16,2 (8,0-26,3)
Overige <u>niet</u> patiëntgebonden activiteiten						
Kennisbevordering (<i>bij- en nascholing, congresbezoek, lezen vakliteratuur, deelname aan wetenschappelijk onderzoek</i>)	5,6 (3,4-8,6)	5,7 (4,2-8,1)	5,6 (3,0-8,3)	5,2 (2,6-8,2)	5,4 (2,8-8,3)	4,3 (2,6-6,8)
Kwaliteitsbeleid (<i>preventieprojecten, protocol ontwikkelingen</i>)	4,8 (2,8-7,3)	3,5 (2,0-6,5)	3,0 (1,8-5,8)	2,5 (0,0-6,0)	2,7 (1,4-4,7)	2,4 (0,7-5,0)
Kennisoverdracht (<i>voorlichting aan patiëntengroepen, cursus geven aan andere zorgverleners</i>)	3,6 (2,2-6,1)	2,9 (1,2-5,0)	2,9 (1,5-4,9)	1,7 (0,0-4,0)	2,6 (0,0-4,9)	2,1 (0,0-3,9)
Anders ⁶	0,0 (0,0-1,9)	0,0 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)

⁶ Managementtaken, organisatorische taken, overige administratie, bestuurswerk, werkgroepen, overige vergaderingen

Tabel 25: Objectieve werkbelasting artsen

	Arts					
	VS			PA		
Kenmerk	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Omvang van dienstverband, uren per week (<i>mediaan, IQR</i>)	40,0 (32,5-48,0)	38,0 (36,0-45,0)	36,0 (32,0-41,0)	45,0 (39,5-50,0)	40,0 (36,0-48,0)	40,0 (32,0-47,5)
Aantal werkdagen per week (<i>mediaan, IQR</i>)	4,5 (4,0-5,0)	4,8 (4,0-5,0)	4,0 (4,0-5,0)	5,0 (4,0-5,0)	5,0 (4,0-5,0)	4,0 (4,0-5,0)
Overwerk (<i>n,%</i>)						
Ja, structureel	33 (67,3)	49 (64,5)	49 (59,0)	42 (67,7)	29 (60,4)	25 (62,5)
Ja, incidenteel	12 (24,5)	21 (27,6)	12 (30,0)	13 (21,0)	14 (29,2)	12 (30,0)
Nee, nooit	4 (8,2)	6 (7,9)	8 (9,6)	7 (11,3)	5 (10,4)	3 (7,5)
Overuren per week (<i>mediaan, IQR</i>)	7,5 (4,0-16,0)	5,0 (3,0-9,0)	5,0 (3,0-10,0)	10,0 (4,5-17,5)	5,0 (4,0-12,0)	8,0 (4,25-10,0)
Patiëntencontacten per week (<i>mediaan, IQR</i>)	60,0 (30,0-100,0)	45,0 (30,0-100,0)	45,0 (25,0-100,0)	80,0 (40,0-100,0)	60,0 (40,0-100,0)	70,0 (30,0-100,0)
Duur patiëntencontact in minuten (<i>mediaan, IQR</i>)	11,0 (10,0-20,0)	15 (10,0-25,0)	15 (10,0-28,8)	12,0 (10,0-15,0)	15 (10,0-20,0)	15 (10,0-20,0)
Werkweek in % (<i>mediaan, IQR</i>)						
Patiëntcontacten						
Consulten (<i>inclusief telefonisch</i>)	36,4 (21,4-55,0)	35,2 (12,9-50,0)	37,5 (19,1-57,1)	23,2 (8,8-51,9)	18,2 (6,7-44,7)	25,5 (8,7-42,4)
Medische handelingen (<i>bijvoorbeeld endoscopieën, puncties, injecties</i>)	4,7 (0,0-11,8)	2,8 (0,0-9,3)	2,6 (0,0-8,7)	19,2 (2,9-34,8)	10,0 (3,3-30,2)	4,0 (0,2-18,5)
Visites (<i>bijvoorbeeld zaalbezoek, thuissituatie (inclusief reistijd)</i>)	7,4 (0,0-14,3)	4,6 (0,0-10,8)	6,5 (1,6-12,1)	6,5 (2,2-12,8)	6,9 (1,8-11,1)	6,4 (1,9-13,2)
Overleg						
Over individuele patiënten	5,4 (2,2-9,6)	4,9 (2,9-7,6)	5,8 (3,5-12,8)	5,3 (2,8-8,6)	5,3 (3,6-9,3)	8,0 (4,3-14,3)
Niet patiëntgebonden (<i>mono- of multidisciplinair</i>)	7,6 (3,2-10,8)	5,6 (3,2-10,0)	6,0 (3,8-11,7)	4,0 (2,1-7,8)	4,9 (2,1-8,3)	6,5 (2,6-13,0)
Overige patiënt gebonden activiteiten (<i>uitschrijven recepten, bijwerken medische dossiers, aanvragen en interpreteren van diagnostische onderzoeken, regelen overplaatsing, opstellen zorg- en behandelplan</i>)	8,6 (4,5-16,1)	9,1 (3,9-16,7)	8,2 (4,9-14,9)	5,3 (3,1-12,6)	9,1 (3,8-20,0)	9,7 (4,8-16,9)
Overige <u>niet</u> patiëntgebonden activiteiten						
Kennisbevordering (<i>bij- en nascholing, congresbezoek, lezen vakliteratuur, deelname aan wetenschappelijk onderzoek</i>)	5,7 (3,6-8,7)	4,8 (3,5-9,0)	4,7 (3,0-7,5)	5,7 (3,6-9,8)x	4,9 (3,1-10,5)	4,9 (3,4-13,2)
Kwaliteitsbeleid (<i>preventieprojecten, protocol ontwikkelingen</i>)	2,5 (0,0-5,0)	3,6 (1,7-5,5)	2,2 (1,1-5,0)	2,3 (0,2-4,1)	2,5 (1,6-5,3)	3,2 (2,0-4,8)
Kennisoverdracht (<i>voorlichting aan patiëntengroepen, cursus geven aan andere zorgverleners</i>)	2,6 (0,0-5,0)	3,6 (0,0-5,0)	2,0 (0,0-6,3)	2,7 (0,0-5,6)	2,0 (0,0-4,4)	2,5 (1,1-4,3)
Anders ⁷	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-6,1)	0,0 (0,0-5,5)

⁷ Managementtaken, organisatorische taken, overige administratie, bestuurswerk, werkgroepen, overige vergaderingen

Contactgegevens:

D.P. De Bruijn-Geraets

Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg

locatie Duboisdomein 30

Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht

onderzoek.wetbig@mumc.nl of daisy.de.bruijn@mumc.nl