

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 wetwijziging 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 hart vaatstelsel, 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, biopteren/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 bijscholingen. 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 bijscholingen 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, 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 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.