

The background is a solid teal color with a subtle pattern of light rays and bokeh effects. The rays originate from the top center and fan out downwards. The bokeh consists of numerous small, out-of-focus white and light blue circles scattered across the upper half of the image.

Samenvatting

Samenvatting

Hoofdstuk 1. Introductie

De Nederlandse gezondheidszorg wordt de laatste decennia geconfronteerd met een sterk toenemende en veranderende zorgvraag alsook een afnemend zorgaanbod. Eén van de oplossingsrichtingen voor deze onbalans is taakherschikking. Door taken structureel te herverdelen tussen zorgverleners wordt beoogd de aanwezige zorgcapaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft taakherschikking als speerpunt in haar beleid opgenomen. Om optimale taakherschikking mogelijk te maken, is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) gewijzigd. Hiermee is het voor zorgverleners, anders dan artsen, mogelijk geworden om tijdelijk bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren. Met het van kracht gaan van twee Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB) per 1 januari 2012, is aan verpleegkundig specialisten (VSen) en physician assistants (PAs) als eerste groep zorgverleners een zelfstandige bevoegdheid toegekend en wel voor de handelingen: katheterisatie, defibrillatie, electieve cardioversie, endoscopie, heilkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn. VSen en PAs zijn op masterniveau opgeleid om zelfstandig een breed scala van taken van artsen te kunnen overnemen. Bij de uitvoering van deze taken, voorafgaand aan het van kracht gaan van de AMvB's, werden ze belemmerd in hun zelfstandigheid, doordat ze genoemde handelingen alleen in opdracht van een arts mochten uitvoeren.

Aan het tijdelijk experiment was een studie gekoppeld die de effecten van het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan VSen en PAs evalueerde om besluitvorming door het ministerie van VWS over het toekennen van de zelfstandige bevoegdheid te ondersteunen.

Alle resultaten van de evaluatie naar het toekennen van de tijdelijke bevoegdheid aan VSen en PAs zijn beschreven in het rapport "voorBIGhouden", dat aan de minister van VWS in november 2015 is overhandigd. [1] Dit proefschrift beschrijft de kernpunten van de evaluatie.

Hoofdstuk 2. Het studieprotocol

In de evaluatie werd gebruik gemaakt van een *mixed methods design* met triangulatie van kwantitatieve (vragenlijsten) en kwalitatieve data (expertinterviews

en focusgroep interviews). De separate vragenlijsten voor VSen/PAs, artsen met wie VSen/PAs samenwerken en patiënten, waren opgebouwd rondom de domeinen effectiviteit, doelmatigheid, inzet van beroepsbeoefenaren en patiëntgerichtheid. Uitkomstmaten waren gebaseerd op conceptuele kaders voor evaluatie van de impact van de VS op de kwaliteit van zorg. [2-4] Data werden verzameld volgens een *One Group Pre-posttest design* met drie meetmomenten: vóór de wetswijziging (T0), 1 jaar (T1) en 2.5 jaar (T2) na de wetswijziging.

Belemmerende en bevorderende factoren voor het implementatieproces werden via focusgroepen en expertinterviews (met VSen/PAs, artsen en andere stakeholders, zoals management op verschillende niveaus, beroepsverenigingen, opleiders, IGZ en NIAZ) in kaart gebracht en ingedeeld volgens het implementatiemodel van Grol. [5]

Het design van de studie geldt als een van de sterktes van de evaluatie. Met uitsluitend kwantitatieve data zou geen volledig beeld worden verkregen en zou niet duidelijk zijn of en hoe de zelfstandige bevoegdheid was geïmplementeerd. Daarnaast zou contextualisering niet mogelijk zijn. Dit vereiste kwalitatieve data vanuit meerdere perspectieven op uiteenlopende gebieden. Door triangulatie werd bias geminimaliseerd. Door gebruik te maken van internationaal erkende generieke uitkomstmaten is het mogelijk een vergelijkende analyse tussen landen te maken. Omdat dit de eerste studie is die de invoering van een zelfstandige bevoegdheid op nationaal niveau evalueert, kan de nieuwe *mixed methods* benadering als leidraad dienen voor andere studies.

Hoofdstuk 3. Tuchtrect

Patiëntveiligheid mag nooit in het geding komen doordat nieuwe groepen zorgverleners een zelfstandige bevoegdheid krijgen voor een aantal voorbehouden handelingen. Veiligheid was dan ook een belangrijk onderdeel van de evaluatie. Met behulp van tuchtrechtspraken kan inzicht worden gekregen in die situaties waar risico's bestaan voor de patiëntveiligheid als gevolg van ontoereikend professioneel handelen. Het tuchtrect, zoals vastgelegd in de Wet BIG, heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken. Tijdens de experimenteerperiode was het tuchtrect ook van toepassing op VSen en PAs.

Alle tuchtrechtspraken tegen individuele zorgverleners tussen 2010 en 2015 werden gescreend op aanwezigheid van bovengenoemde voorbehouden handelingen. Van de in totaal 4369 klachten, bevatten 460 klachten één of meerdere

voorbehouden handelingen. Drie kwart van deze klachten had betrekking op voorschrijven, een klein percentage (<10%) op injecties, heeldkundige handelingen en katheterisaties. Endoscopieën, puncties en cardioversies/defibrillaties werden slechts sporadisch genoemd in de klachten. Het overgrote deel van de klachten met voorbehouden handelingen (93%) was gericht tegen artsen, een klein gedeelte (7%) tegen verpleegkundigen, 1 klacht tegen een VS en géén tegen een PA.

Om inzicht te krijgen in de specifieke aspecten van de klachten en bijbehorende uitspraken, werden de uitspraken in vier empirische domeinen ingedeeld: de indicatiestelling (inclusief diagnostiek en het besluit om een specifieke voorbehouden handeling wel/niet uit te voeren); de daadwerkelijke uitvoering van de handeling; de informatie/communicatie over (de handeling als onderdeel van) de behandeling; en de rapportage van de procedure. Binnen deze domeinen werden in totaal 38 empirische thema's geformuleerd.

De meeste klachten (zowel gegrond als niet-gegrond) hadden betrekking op de indicatiestelling (42%), met name diagnostiek en de keuze voor een behandeling/geneesmiddel, en de uitvoering (37%) en slechts in beperkte mate op de informatie en rapportage.

Kanttekening hierbij was dat de meeste klachten betrekking hadden op voorschrijven. Dit kan de resultaten beïnvloed hebben, omdat van alle voorbehouden handelingen het bij voorschrijven juist over de indicatiestelling gaat en niet zo zeer over de daadwerkelijke uitvoering.

Er bleek weinig jurisprudentie op het gebied van tuchtrecht over voorbehouden handelingen verricht door VSen/PAs. Dit lag in de lijn der verwachtingen aangezien VSen/PAs vóór de wetswijziging onder supervisie van een arts werkten en de periode na de wetswijziging relatief kort was.

Het indiceren van een medische handeling is net zo belangrijk als de uitvoering van de handeling. Dit dient te worden benadrukt in de opleiding van de zorgverleners. Daarnaast zou dit nog meer dan nu tot uitdrukking moeten komen in de wettelijke bepalingen.

Hoofdstuk 4. Rangorde van beslissingscriteria

Zoals eerder aangegeven, werd het effect van het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan VSen en PAs, voor een aantal vastgelegde voorbehouden handelingen, op verschillende proces- en uitkomstmaten geëvalueerd. Daarnaast is gekeken naar de mate waarin aan de wettelijke voorwaarden is voldaan. Maar hoe

te beslissen over continuering van de zelfstandige bevoegdheid als enkele proces- en uitkomstmaten bevredigende resultaten laten zien, maar andere niet? Of als aan alle wettelijke voorwaarden is voldaan, maar effectiviteit (met betrekking tot proces- en uitkomstmaten) (nog) niet kan worden aangetoond? Voor geïnformeerde besluitvorming is het essentieel om te weten welke maten en wettelijke voorwaarden belangrijker worden geacht dan andere. Via de Analytic Hierarchy Process (AHP) methode werd een gewogen rangorde bepaald van de criteria die van belang zijn bij de politieke besluitvorming over prolongatie van de zelfstandige bevoegdheid. Deze rangorde werd bepaald door patiënten, VSen, PAs en artsen; de belangrijkste partijen in het werkveld. Dit is een vernieuwende aanpak, omdat patiënten nooit eerder betrokken zijn geweest in AHP-studies gericht op regeringsbeleid.

De AHP-methode berust op het steeds paarsgewijs vergelijken van alle relevant geachte criteria. Op basis van de cijfers die respondenten toekennen aan het criterium dat zij het belangrijkste vinden, worden wegingsfactoren berekend. De toegepaste hoofdcriteria kwaliteit van zorg, bekwaamheid van de zorgverlener, risico's, kosten en organisatorische aspecten, waren onderverdeeld in 23 sub-criteria. Alle mogelijke paarsgewijze vergelijkingen waren opgenomen in de vragenlijsten voor patiënten, VSen/PAs en artsen.

In totaal hadden 150 patiënten, 226 VSen, 142 PAs en 238 artsen de AHP-vragen ingevuld. Alle groepen respondenten beoordeelden kwaliteit van zorg en de bekwaamheid van de zorgverlener (met name diens ervaring) als belangrijkste beslissingscriteria. Kosten werden als minst belangrijke criterium gezien. Patiënten hadden vergelijkbare resultaten als de zorgverleners, zowel wat betreft de rangorde als de grootte van de wegingsfactoren. Echter, zij beoordeelden de beide criteria in alle paarsgewijze vergelijkingen significant meer als even belangrijk, in vergelijking met zorgverleners. Verklaringen hiervoor kunnen gezocht worden in een andere formulering van de vragen in de patiënten vragenlijst of onbekendheid met de specifieke inhoud van de vragen.

De bepaalde rangorde werd in het eindrapport van de evaluatie [1] gekoppeld aan de resultaten van alle beslissingscriteria (de meeste beschreven in hoofdstuk 5). Resultaten werden ingedeeld op basis van de mate waarin het doel verwezenlijkt werd (ja, gedeeltelijk, niet) en op volgorde van belangrijkheid (AHP-resultaten) aan het ministerie van VWS gepresenteerd voor verdere besluitvorming. Omdat de beslissingscriteria toegespitst waren op de Nederlandse setting, kan de bepaalde

volgorde niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar andere landen. Dit geldt wel voor de innovatieve benadering om patiënten indirect te betrekking bij het proces van politieke besluitvorming.

Bij het bepalen welke criteria belangrijk zijn voor politieke besluitvorming, kunnen zowel zorgverleners als patiënten met succes betrokken worden. Kwaliteit van zorg en de bekwaamheid van de zorgverleners worden als belangrijkste criteria gezien bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Hoofdstuk 5. Effecten van de invoering van de zelfstandige bevoegdheid

In totaal hadden 544/292/418 VSen, 186/244/355 PAs en 131/125/134 artsen de vragenlijsten bij T0/T1/T2 ingevuld; 9 VSen, 8 PAs, 16 artsen en 28 stakeholders waren individueel geïnterviewd en 12 VSen, 16 PAs en 3 artsen hadden deelgenomen aan een focusgroep bijeenkomst.

Effectiviteit

Vóór de wetswijziging werden voorbehouden handelingen door de meerderheid van de VSen en PAs verricht met grote frequentie alsook veelal op eigen indicatie. Na de wetswijziging namen de percentages VSen en PAs die voorbehouden handelingen uitvoerden en de zelfstandigheid hierbij nog verder toe voor de meeste voorbehouden handelingen. Drie kwart van de onderzochte voorbehouden handelingen werd tijdens T2 door de VS/PA zelfstandig uitgevoerd. Over één kwart van de zelfstandig uitgevoerde handelingen was nog overleg nodig met een arts. Bij het voorschrijven van geneesmiddelen was geen verschil waarneembaar tussen herhaalrecepten, recepten met veranderingen van dosering en nieuwe recepten. Wel werd één op de vijf recepten achteraf gecontroleerd door een arts. Ten aanzien van electieve cardioversies/defibrillaties en endoscopieën werden door de geringe respons bij deze (weinig uitgevoerde) voorbehouden handelingen, geen betrouwbare resultaten verkregen (deze voorbehouden handelingen werden in een vervolgonderzoek geëvalueerd en beschreven in het rapport “voorBIGhouden 2”). [6] Uiteindelijk bleek de zelfstandige bevoegdheid bij 83% van de VSen en 86% van de PAs te zijn geïmplementeerd. De mate van implementatie was afhankelijk van de setting, omdat artsen en medische raden (met name in de GGZ) hier vaak sceptisch tegenover konden staan.

Efficiëntie

De tijd die VSen en PAs voor het uitvoeren van een handeling nodig hadden, inclusief overlegtijd of tijd om een opdracht van een arts te verwerken (als een eerste indicatie voor efficiëntie), was voor bijna alle voorbehouden handelingen na de wetswijziging afgenomen. De tijdwinst leek het gevolg te zijn van de afname van opdrachtverstrekkingen door en overleggen met artsen. Dit werd bevestigd door de toenemende zelfstandigheid bij de indicatiestelling (zie boven), maar ook door de afname van het aantal contacten tussen VSen/PAs en artsen over voorbehouden handelingen. Vóór de wetswijziging bestonden de contactmomenten tussen arts en VS/PA voornamelijk uit opdracht-verstrekkingen door de arts, na de wetswijziging voornamelijk uit overleg na indicatiestelling door de VS/PA. De gemiddelde duur van het contact was echter toegenomen voor bijna alle voorbehouden handelingen. Dit kan het gevolg zijn van verschuiving binnen de patiëntenpopulatie als gevolg van taakherschikking in zijn algemeenheid. Immers, één kwart van de artsen zag 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 was de toename van het aantal delegaties van laagcomplexe handelingen door VSen/PAs naar andere zorgverleners, met vaak lagere salariskosten. Vóór de wetswijziging werden voorbehouden handelingen slechts sporadisch gedelegeerd; na de wetswijziging werd een tiende van de voorbehouden handelingen gedelegeerd. Het voorschrijven van geneesmiddelen werd slechts sporadisch gedelegeerd en wel naar artsen in opleiding.

Het koppelen van tijdwinst aan salariskosten is onvoldoende om harde conclusies te trekken over doelmatigheid. Hiervoor is inzicht in patiëntenstromen en aanvullende kosten op macroniveau nodig, zoals kosten voor diagnostiek. Dit bleek tijdens de evaluatie niet inzichtelijk, omdat VSen/PAs niet onder hun eigen naam hun verrichtingen konden registreren.

Context

Belangrijkste randvoorwaarde voor het zelfstandig kunnen uitvoeren van voorbehouden handelingen is dat de VS/PA hiertoe bekwaam is. VSen/PAs waren zich bewust van de grenzen van hun bekwaamheid. Bekwaamheid werd door VSen

en PAs voornamelijk bepaald op grond van de concrete situatie, de combinatie van de individuele patiënt en de specifieke handeling, en hun opleiding. Artsen lieten na de wetswijziging het bepalen van de bekwaamheid steeds meer over aan de VSen/PAs, omdat ze vertrouwen hadden in de opleiding. Daarnaast was een lichte stijging waar te nemen in het opstellen van bekwaamheidsverklaringen. Het niet hebben van een eigen toereikend scholingsbudget bleek soms een knelpunt voor het op peil houden van kennis en dus bekwaamheid, en konden onvoldoende accreditatiepunten aan het kwaliteitsregister overlegd worden.

VSen/PAs en artsen benadrukten het belang om met elkaar samen te werken. Het aantal artsen met wie VSen/PAs samenwerkten, veranderde niet na de wetswijziging. Een klein percentage VSen, werkzaam in de ambulance setting, werkte helemaal niet samen met een arts.

VSen/PAs werkten volgens (landelijke) richtlijnen en duidelijke werkinstructies. Het vastleggen van samenwerkingsovereenkomsten met artsen, als onderdeel van protocollair werken, verdiende meer aandacht. Schriftelijke protocollen waren niet overal aanwezig en ook niet tot volle tevredenheid. Er bestonden met name lacunes in de verantwoordelijkheidsverdeling en taakverdeling, meestal omdat de onderlinge afspraken niet goed waren vastgelegd.

Artsen waren, indien nodig, goed beschikbaar voor overleg, dit tot tevredenheid van de VS/PA. De frequentie van overleg varieerde per setting. Het draagvlak voor de (zelfstandige bevoegdheid van de) VS/PA was groot bij artsen met wie werd samengewerkt, bij verpleegkundigen en patiënten, maar wisselend bij andere artsen: hoe onbekender met de functie, hoe kleiner het draagvlak. Dit was ook het geval voor de hogere managementlagen in de organisaties, wat tot uiting kwam in het al dan niet aanwezig zijn van een specifiek beleid ten aanzien van VSen/PAs.

In het verlengde van draagvlak speelde de positionering en zichtbaarheid van de VS en PA binnen de organisatie een rol bij de implementatie van de zelfstandige bevoegdheid. Een goede positionering en zichtbaarheid zorgden voor een optimale implementatie, aan de andere kant werd de zelfstandige bevoegdheid ook gebruikt voor een betere positionering.

De evaluatie maakte duidelijk dat de ingevoerde wetswijziging voor een deel van de VSen en PAs een legalisering was van werkwijzen in de dagelijkse praktijk en voor anderen perspectief had geboden hun functie verder te ontwikkelen. De mogelijkheden die de wetswijziging had 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, waren door VSen en PAs in hoge mate benut, waardoor de maatregel effectief was voor deze handelingen. Voor electieve cardioversie, defibrillatie en endoscopie konden geen conclusies worden getrokken door gebrek aan voldoende gegevens. Zorgprocessen met voorbehouden handelingen waren efficiënter ingericht en de zorg werd door de hiertoe geschikte professional uitgevoerd, hetgeen indicatoren zijn voor doelmatige zorg. Kostenbepaling in het kader van doelmatigheid was niet mogelijk, omdat ten tijde van het onderzoek de kostenregistratie en het declaratieverkeer voor VSen en PAs niet inzichtelijk waren. Uit het onderzoek was verder gebleken dat aan alle in de wet vastgelegde randvoorwaarden was voldaan en dat geen negatieve bijeffecten waren opgetreden als gevolg van de wetswijziging. Deze bevindingen steunden het beleidsinitiatief om de effectiviteit van de zorg te verbeteren door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan VSen/PAs. De belangrijkste aanbeveling was dan ook om de tijdelijke bevoegdheid om te zetten in een definitieve.

Hoofdstuk 6. Algemene discussie

Tenslotte worden in de algemene discussie de belangrijkste bevindingen uit het proefschrift samengevat en wordt gereflecteerd op de geschiktheid van de huidige wet- en regelgeving voor taakherschikking. Tevens worden aanbevelingen gedaan voor beleidsmedewerkers, het werkveld, en toekomstig onderzoek.

Dit proefschrift laat zien dat de wettelijke regeling waardoor VSen en PAs een zelfstandige bevoegdheid hebben gekregen effectief is gebleken voor katheterisatie, heelkundige handelingen, injectie, punctie en het voorschrijven van geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn. De evaluatie laat ook zien dat aan alle wettelijke voorwaarden is voldaan en dat er geen negatieve bij effecten zijn opgetreden. Zorgprocessen werden efficiënter ingericht en de zorg werd geleverd door de meest geschikte zorgverlener. De maatregel lijkt daarmee doelmatig, echter harde conclusies ten aanzien hiervan kunnen pas getrokken worden als meer inzicht wordt verkregen in de kostenregistratie en het declaratieverkeer.

In de huidige wet- en regelgeving is een aantal aandachtspunten ten aanzien van taakherschikking te benoemen.

Door de wetswijziging kunnen zorgverleners nieuwe bevoegdheden krijgen voor het zelfstandig indiceren, uitvoeren en delegeren van voorbehouden handelingen. De grootste verandering betreft het mogen indiceren van de handelingen. De focus van

wet- en regelgeving ligt echter nog steeds op de uitvoering. De voorwaarden voor de wettelijke zelfstandige bevoegdheid zijn uitsluitend gericht op de uitvoering en een definitie en de reikwijdte van het begrip indiceren ontbreken.

De Wet BIG is een kaderwet, waarin alleen hoofdpunten worden vastgelegd. De interpretatie wordt aan het veld overgelaten, met een hoge mate van zelfregulatie. Bij de toekenning van de zelfstandige bevoegdheid aan VSen/PAs, is echter een grote variatie in de implementatiegraad van de zelfstandige bevoegdheid te zien. Vaak is dit gevoed door de standaarden die zijn opgesteld door wetenschappelijke of beroepsverenigingen. Echter, het niet strikt formuleren van details in wet- en regelgeving weegt ruimschoots op tegen dit nadeel omdat de lokale behoefte altijd leidend moet zijn bij taakherschikking. De lokale behoefte kan per setting verschillen en veranderen in de tijd, wat niet kan worden vastgelegd in een gedetailleerde wettekst. De uitwerking van de details moet derhalve worden overgelaten aan de lokale partijen. Wel moet ervoor gezorgd worden dat geen andere belangen dan effectiviteit en doelmatigheid van de zorg hier invloed op hebben en taakherschikking niet belemmerd wordt.

Een zelfstandige bevoegdheid kan alleen worden toegekend met betrekking tot voorbehouden handelingen. Daarnaast worden ook de indicering en uitvoering van risicovolle handelingen overgedragen naar andere zorgverleners. De scheidslijn tussen voorbehouden handelingen en risicovolle handelingen is echter (flinter)dun, de indeling in de categorie soms arbitrair. In wet- en regelgeving is voor de indicatie en uitvoering van de risicovolle handelingen niets vastgelegd. In de praktijk blijken organisaties gelijksoortige afspraken te maken voor risicovolle handelingen als voor voorbehouden handelingen, op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Aanpassing van de Wet BIG in het kader van taakherschikking van risicovolle handelingen is daarom vooralsnog niet nodig.

Het toekennen van een wettelijke tijdelijke zelfstandige bevoegdheid is gekoppeld aan een evaluatie met expliciete onderzoeksvragen: is het effectief en doelmatig om een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de betreffende zorgverlener? Deze vragen zijn gestoeld op traditionele beleidsevaluatie en gaan voorbij aan de context waarin de interventie plaatsvindt, de mate van implementatie en het effect over de tijd. De evaluatie dient breder getrokken te worden naar een evaluatie van context-specifieke effectiviteit, doelmatigheid en duurzaamheid. *Een mixed methods design* is hiervoor uitermate geschikt.

Om verdere taakherschikking mogelijk te maken, moet meer aandacht worden besteed aan de definitie en reikwijdte van het begrip indicatiestelling (en diagnose), de actualiteit van de toegekende voorbehouden handelingen, de lokale interpretatie van de zelfstandige bevoegdheid, aanwezigheid van protocollen, de positionering van de zorgverleners, en de voorwaarden voor evaluatie. Onderhavige studie kan ook internationaal bijdragen aan de kennis over de effecten van een zelfstandige bevoegdheid voor VSen en PAs op proces- en uitkomstmaten in de gezondheidszorg. De belangrijkste aanbeveling was dan ook om de tijdelijke bevoegdheid om te zetten in een definitieve. Dit is in de Nederlandse gezondheidszorg inmiddels een feit.

Referenties

1. De Bruijn-Geraets, D.P., et al., *voorBIGhouden, Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant*. 2015, Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg: Maastricht.
2. 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.
3. 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.
4. Donabedian, A., *The quality of medical care: a concept in search of a definition*. J Fam Pract, 1979. 9(2): p. 277-84.
5. 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.
6. De Bruijn-Geraets, D.P., et al., *voorBIGhouden 2, Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant: Endoscopie, electieve cardioversie, defibrillatie*. 2016, Maastricht UMC+, RVE Patiënt & Zorg: Maastricht.