Resultaten Monitor
NP-PA 2009-2010

Koen Kauffman
Hans Schuit
Frank Peters

Nijmegen, juni 2010

Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

© 2010 Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt, Nijmegen

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

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

Inhoudsopgave

1 Inleiding 1
1.1 Aanleiding monitor 1
1.2 Onderzoeksvragen 1
1.3 Opzet monitor 2
1.4 Opzet rapport 2

2 Resultaten monitor 3
2.1 Aanmeldingen en inschrijvingen 3
2.2 Werkvelden en taken 6
2.3 Arbeidsmarktperspectief 8
2.4 Vraag naar NP's en PA's 10
2.5 Substitutie 11
2.6 Institutionalisering 12

3 Arbeidsmarktbehoefte en opleidingscapaciteit 15

4 Aanbevelingen 17

Bijlagen 19

Bijlage 1: Leden begeleidingscommissie 21
Bijlage 2: NP-PA-monitor 2009 en 2010 23
Bijlage 3: Analyse vooraanmeldingen en inschrijvingen MANP en MPA 73
Bijlage 4: Mogelijkheden en belemmeringen voor NP's en PA's in zorginstellingen zonder NP'en PA's 93
Bijlage 5: Gevalsbeschrijvingen van de inzet van NP's en PA's in de beroepspraktijk 115

1 Inleiding

1.1 Aanleiding monitor

De opleidingen Master Advanced Nursing Practice (MANP) en Master Physician Assistant (MPA) zijn in 2004 als geaccrediteerde en bekostigde hbo-masteropleidingen van start gegaan. De opleidingen worden bekostigd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (opleidingskosten) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (loonsuppletie), waarbij het in eerste instantie ging om 250 opleidingsplaatsen. In 2005 en 2006 is dit aantal uitgebreid naar 325 plaatsen, die vanaf 1 september 2007 structureel worden bekostigd. Naar aanleiding van een door het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) uitgevoerd onderzoek[1], is in 2008 het aantal door de ministeries bekostigde opleidingsplaatsen verhoogd naar 400 opleidingsplaatsen voor beide opleidingen samen. Daarbij is afgesproken dat de opleidings- en arbeidsmarktbehoefte aan NP's en PA's de komende jaren gemonitord zal worden. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Platform NP-PA subsidie gegeven om daar onderzoek naar te laten doen. Het platform heeft het KBA gevraagd dit onderzoek uit te voeren.

1.2 Onderzoeksvragen

Door het volgen van de arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte dienden de volgende vragen te worden beantwoord:

1. Hoe ontwikkelt zich het volume van aanmeldingen, inschrijvingen en deelnemers voor de ANP/PA-opleidingen? Hoe kunnen eventuele verschillen tussen aanmeldingen, inschrijvingen en daadwerkelijke deelnames worden verklaard?
2. In welke branches, organisaties en afdelingen/specialismen komen gediplomeerde NP's en PA's terecht? Welke taken voeren ze uit? Welke taken nemen ze over van welke artsen? Is het onderscheid tussen NP- en PA-taken helder of is er sprake van beroepsvervaging tussen beide functiegroepen?
3. Wat zijn de verwachtingen en opvattingen van managers/afdelingshoofden over het arbeidsmarktperspectief voor NP's en PA's? Wat is de meerwaarde van de aanstelling van NP's en PA's? Welke factoren bevorderen of belemmeren de vraag naar NP's en PA's?
4. Hoe verloopt in kwantitatieve en kwalitatieve zin de ontwikkeling van de vraag naar NP's en PA's binnen ziekenhuizen en ziekenhuisafdelingen (medisch specialismen) en zorginstellingen buiten ziekenhuizen (denk o.a. aan huisartsenpraktijken, verpleeghuizen), die momenteel nog geen NP- en PA-functies hebben? Welke factoren belemmeren en bevorderen de aanstelling van NP's en PA's binnen deze afdelingen en organisaties zonder NP's en PA's?
5. Wat zijn de substitutie-effecten van NP's en PA's in relatie tot medisch specialisten en artsassistenten (AIOS en ANIOS). Hierbij gaat het om zaken als productie-omvang, formatieomvang van de genoemde functiegroepen en kostprijs en kwaliteit van de zorgverlening.

1 Peters, F., E. Keppels, H. Schuit en K. Kauffman (2008). *De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants.* Nijmegen: KBA.

6. Welke stappen zijn volgens NP's en PA's alsmede hun managers noodzakelijk voor de institutionalisering van het beroep van de NP en de PA?
7. Welke conclusies zijn op grond van de antwoorden op voorgaande onderzoeksvragen te trekken ten aanzien van de instroom in ANP/PA-opleidingen vanaf 2010?

Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is de Monitor NP-PA opgezet. Hiermee zijn ontwikkelingen in de vraag naar en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants via verschillende invalshoeken in kaart gebracht en nauwgezet gevolgd.

1.3 Opzet monitor

De Monitor NP-PA bestaat uit twee onderdelen:
- het monitoronderzoek zelf;
- een aantal aanvullende onderzoeksmodules.

De monitor
Het monitoronderzoek is uitgevoerd via een gestandaardiseerde enquête onder afgestudeerde NP's en PA's en hun leidinggevenden, in het onderzoek aangeduid als 'managers'. De enquête is twee maal afgenomen: in 2009 en 2010. In 2009 namen 123 NP's en PA's en 34 managers aan het onderzoek deel, in 2010 128 NP's en PA's en 22 managers. De term 'managers' wordt in dit rapport gebruikt als aanduiding voor de leidinggevenden van NP's en PA's: in de regel zijn dat hoofden van afdelingen en medisch specialisten.

Onderzoeksmodules
Ter aanvulling op de monitor zijn 3 deelonderzoeken uitgevoerd:
- Een onderzoek naar de verhouding tussen het aantal vooraanmeldingen en het uiteindelijk aantal inschrijvingen voor de MANP- en MPA- opleidingen op basis van gegevens uit de deelnemersadministratie van de opleidingen.
- Een telefonische enquête naar arbeidsmogelijkheden en -belemmeringen voor NP's en PA's binnen organisaties waar nog géén NP's en PA's werkzaam zijn. Aan de enquête deden 83 respondenten mee.
- Een onderzoek dat bestond uit 14 gevalstudies naar substitutie- en andere effecten van de inzet van NP's en PA's.

Begeleidingscommissie
Gedurende de uitvoering van het onderzoek is op gezette tijden overleg gevoerd over de voortgang en tussentijdse resultaten met een door de opdrachtgever gevormde begeleidingscommissie. Die bestond uit vertegenwoordigers van het Platform NP/PA, de ministeries van VWS en OCW, de HBO-raad en het Capaciteitsorgaan. De namen van de leden van de begeleidingscommissie staan in bijlage 1.

1.4 Opzet rapport

Dit rapport is een geïntegreerde beschrijving van de uitkomsten van de monitor en de drie deelonderzoeken. Van de opzet en uitkomsten van de monitor en de deelonderzoeken is ook separaat verslag gedaan: die verslagen staan in de bijlagen 2 tot en met 5.

2 Resultaten monitor

2.1 Aanmeldingen en inschrijvingen

Onderzoeksvraag
Hoe ontwikkelt zich het volume van aanmeldingen, inschrijvingen en deelnemers voor de opleidingen Master Advanced Nursing Practice (MANP) en Master Physician Assistant (MPA)? Hoe kunnen eventuele verschillen tussen aanmeldingen, inschrijvingen en daadwerkelijke deelnames worden verklaard?

Onderzoeksgegevens
De gegevens die nodig zijn om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn verzameld via een onderzoek naar de vooraanmeldingen en inschrijvingen in de MANP en MPA (zie bijlage 3). Beide opleidingen zijn als geaccrediteerde en bekostigde hbo-masters gestart in 2004. Het eerste jaar waren voor beide opleidingen samen 250 plaatsen beschikbaar, de jaren daarna 325 en sinds 2008 zijn dat er 400. Overschrijdingen van de beschikbare plaatsen zijn voor rekening van de hogescholen. Het wervings- en toelatingsbeleid van de hogescholen is er dan ook op gericht om de beschikbare capaciteit zo goed mogelijk te benutten, maar zeker niet te overschrijden. Desondanks slagen de hogescholen er elk jaar opnieuw in vrijwel alle beschikbare opleidingsplaatsen te realiseren (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 – Beschikbare opleidingsplaatsen en vooraanmeldingen MANP en MPA 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Beschikbare opleidingsplaatsen	250	325	325	325	400	400
Aantal gerealiseerde opleidingsplaatsen	234	319	300	321	389	395
Aandeel gerealiseerde opleidingsplaatsen	94%	98%	92%	99%	97%	99%

Bronnen: Peters, Keppels, Schuit en Kauffman (2008) en HBO-raad

Voor de instroom in het studiejaar 2009-2010 is nagegaan waarom net niet de volledige beschikbare opleidingscapaciteit kon worden gerealiseerd. De hogescholen met een opleiding MANP en MPA kregen voor dit studiejaar in totaal 654 aanmeldingen: 445 voor de MANP en 209 voor de MPA (zie tabel 2.2). Het gaat hierbij om kandidaten die zich aanmelden of om opleidingsplaatsen die door zorginstellingen worden aangemeld. Na screening van opleidingsplaatsen of kandidaten door de hogescholen, bleken er 58 niet geschikt of toelaatbaar te zijn. Van de 596 overgebleven en geschikte opleidingsplaatsen of kandidaten vielen er 201 af. Uiteindelijk zijn 395 kandidaten met een opleiding gestart, net iets onder het aantal van 400 beschikbare opleidingsplaatsen. Wat zijn de redenen dat 40 procent van de vooraanmeldingen niet geschikt of toelaatbaar was of is afgevallen?

De belangrijkste reden dat kandidaten of opleidingsplaatsen niet toelaatbaar of geschikt waren, is de geschiktheid van de kandidaat vanwege een te laag opleidingsniveau, onvoldoende werk-

ervaring of niet voldaan aan het instroom-assessment. In twee gevallen voldeed de opleidingsplaats niet aan de criteria.

Tabel 2.2 – Aanmeldingen MANP en MPA 2009-2010 en aantal gestarte deelnemers

	Aanmeldingen (kandidaten en opleidingsplaatsen)	Niet geschikt of toelaatbaar	Afgevallen	Gestart met opleiding	
				Absoluut	Als percentage van het aantal aanmeldingen
MANP	445	35	144	266	60
MPA	209	23	57	129	62
Totaal	654	58	201	395	60

Dat er 201 kandidaten en opleidingsplaatsen voor de start van de opleiding zijn afgevallen (31 procent van het totale aantal) heeft vooral te maken met redenen die terug te voeren zijn op de zorgorganisatie of de kandidaat (zie schema 1a).

Schema 1a – Redenen voor afvallen kandidaten of opleidingsplaatsen

Bron	Meest genoemde redenen	Aandeel kandidaten / opleidingsplaatsen	
		MANP	MPA
Zorgorganisatie	Geen geschikte kandidaat gevonden Opleidingsplaats ingetrokken Organisatie zit nog teveel in oriënterende fase	32%	32%
Kandidaat	Naar andere hogeschool gegaan door lage opleidingscapaciteit Kandidaat heeft zich teruggetrokken Privé-omstandigheden	33%	42%
Organisatie en kandidaat	Geen overeenstemming over arbeidsvoorwaarden	12%	9%
Hogeschool	Onvoldoende opleidingscapaciteit en op wachtlijst geplaatst voor volgend studiejaar (2010-2011)	13%	18%
Onbekend	-	10%	-

Als we er van uitgaan dat de toelaatbare kandidaten die hebben aangegeven naar een andere hogeschool te gaan, daaraan inderdaad gevolg hebben gegeven, levert dat een wat ander beeld op van de verdeling van de redenen: zie schema 1b.

Schema 1b – Redenen voor afvallen kandidaten of opleidingsplaatsen

Bron	Meest genoemde redenen	Aandeel kandidaten / opleidingsplaatsen	
		MANP	MPA
Zorgorganisatie	Geen geschikte kandidaat gevonden Opleidingsplaats ingetrokken Organisatie zit nog teveel in oriënterende fase	36%	35%
Kandidaat	Kandidaat heeft zich teruggetrokken Privé-omstandigheden	24%	37%
Organisatie en kandidaat	Geen overeenstemming over arbeidsvoorwaarden	13%	10%
Hogeschool	Onvoldoende opleidingscapaciteit en op wachtlijst geplaatst voor volgend studiejaar (2010-2011)	10%	18%
Onbekend	-	11%	18%

Dat er uiteindelijk geen 400 maar 395 opleidingsplaatsen zijn ingevuld, heeft ten slotte ook te maken met de aanmeldingsprocedure en het aannamebeleid van de hogescholen. Wat de *aanmeldingsprocedure* betreft, heeft dat te maken met het feit dat studenten de opleidingen alleen kunnen volgen als een werkgever een opleidingsplaats heeft gecreëerd. Aan de feitelijke instroom van nieuwe studenten gaat dus per student een uitgebreide procedure vooraf, die bestaat uit het creëren van een opleidingsplaats, werven van een student voor die plaats en de selectie van geschikte kandidaten. Als kandidaten niet door de sollicitatieprocedure komen, moet die opnieuw worden doorlopen. Soms levert dat uiteindelijk toch niets op of ontbreekt de tijd om voor de start van het nieuwe studiejaar nog een nieuwe kandidaat te werven.
Wat het *aannamebeleid* van hogescholen betreft, is er al eerder op gewezen dat geen enkele hogeschool of zorginstelling het risico wil lopen om de salariskosten voor een nurse practitioner of physician assistant in opleiding (21.000 euro op jaarbasis) voor eigen rekening te moeten nemen, wat bij over-inschrijving het geval zou zijn.

Twee opmerkingen tot slot:
- In 2009 bedroeg het aantal vooraanmeldingen 654. Dat is beduidend meer dan in de daaraan voorafgaande jaren (377 in 2007). Ook in 2010 lijkt er weer grote belangstelling voor de opleidingen te bestaan: het aantal vooraanmeldingen voor het studiejaar 2010-2011 bedroeg begin mei 2010 al 543 kandidaten en plaatsen.
- In 2009 startte 129 studenten met de opleiding MPA. Dat is aanzienlijk meer dan in de voorafgaande jaren. Zo bedroeg de instroom in de MPA in 2006 en 2007 zo'n 75 studenten en in 2008 iets meer dan 100. De toename van de MPA-instroom is een gevolg van het beleid van de HBO-raad om binnen de beschikbare opleidingscapaciteit meer PA's op te leiden. Gezien het gelimiteerde aantal opleidingsplaatsen voor eerstejaarsstudenten voor de MANP en MPA, betekent dit dat de instroom in de opleiding MANP terugloopt.

Conclusies
Hoewel sprake is van een uitgebreide aanmeldings- en wervingsprocedure en hogescholen een zekere terughoudendheid in acht nemen om te voorkomen dat de opleidingscapaciteit wordt overschreden, zijn de hogescholen er in 2009 (opnieuw) in geslaagd vrijwel alle beschikbare opleidingsplaatsen voor de MANP en MPA te bezetten. Het onderzoek naar de vooraanmeldingen en inschrijvingen voor het studiejaar 2009-2010 leert dat het geringe percentage niet-ge-

realiseerde opleidingsplaatsen te beschouwen is als frictie-uitval. Bij gelijkblijvende condities (uitgebreide selectieprocedure en een gelimiteerd aantal bekostigde plaatsen) zullen ook bij kleinere of grotere aantallen beschikbare opleidingsplaatsen niet alle plaatsen worden bezet.

Een tweede conclusie is dat het onderzoek laat zien dat er grote belangstelling bestaat voor de opleidingen MANP en MPA, die in 2009 bovendien beduidend groter was dan in de daaraan voorafgaande jaren. Dat geldt ook weer voor 2010.

2.2 Werkvelden en taken

Onderzoeksvraag
In welke branches, organisaties en afdelingen/specialismen komen gediplomeerde NP's en PA's terecht? Welke taken voeren ze uit? Welke taken nemen ze over van welke artsen? Is het onderscheid tussen NP- en PA-taken helder of is er sprake van beroepsvervaging tussen beide functiegroepen?

Onderzoeksgegevens
De gegevens over de bestemming van afgestudeerden en hun takenpakket zijn verzameld via de monitor die zowel in 2009 en 2010 is ingezet (zie bijlage 2).

Branches en werkplekken
De meeste NP's (rond de 65 procent) werken in algemene en academische ziekenhuizen, op diverse afdelingen. De rest werkt in andere branches, zoals de geestelijke gezondheidszorg, verpleeghuiszorg, ambulancediensten en de thuiszorg. PA's werken vooral in ziekenhuizen (rond de 90 procent), maar ook in huisartsenpraktijken en GGZ-instellingen.

De meeste NP's en PA's (rond de 80 procent) blijven na hun opleiding werken op de plek waar ze hun opleiding hebben gevolgd; de opleidingsplek wordt dus meestal ook de werkplek.

Functies
Na hun opleiding krijgen NP's een functie als nurse practitioner of verpleegkundig specialist. Afgestudeerde PA's zijn vrijwel allemaal werkzaam als physician assistant. Er is dus een sterke koppeling tussen opleidingen en de functies waarop de opleidingen zich richten: NP's en PA's moeten immers niet alleen een aanstelling hebben als nurse practitioner of physician assistant om tot de opleiding te worden toegelaten, maar ze komen na de opleiding ook in een dergelijke of daarmee vergelijkbare functie terecht.

Aanstellingsomvang
NP's hebben gemiddeld een aanstelling van 0,9 fte, PA's van 1,0 fte.

Taken
NP's en PA's voeren zowel verpleegkundige taken uit als taken die voorheen door een arts werden uitgevoerd. Bij de NP ligt het accent op verpleegkundige taken en niet-medische of verpleegkundige taken, zoals kwaliteitsbevordering. In het takenpakket van PA's ligt het accent op het uitvoeren van medische taken (zie schema 2). De taken in de kolom 'belangrijkste taken' blijven ook de komende jaren belangrijke taken voor NP's en PA's.

Schema 2 – Kenmerken takenpakket NP's en PA's

Takenpakket NP's		Takenpakket PA's	
Belangrijkste taken	Taken waaraan de meeste tijd wordt besteed	Belangrijkste taken	Taken waaraan de meeste tijd wordt besteed
- Kwaliteitsbevordering - Evaluatie zorg / behandeling - Verwijzen/consult aanvragen - Somatische anamnese afnemen - Behandel- / zorgcoördinatie - Preventie en voorlichting - Zorg- / behandelplan opstellen - Innovatie/ontwikkeling - Lichamelijk onderzoek - Differentiaaldiagnose stellen - Deskundigheidsbevordering collega's	- Somatische anamnese afnemen - Behandel- / zorgcoördinatie - Lichamelijk onderzoek - Preventie en voorlichting - Zorg- / behandelplan opstellen - Kwaliteitsbevordering - Innovatie / ontwikkeling - Evaluatie zorg / behandeling	- Somatische anamnese afnemen - Aanvullend onderzoek aanvragen - Medische handelingen uitvoeren - Verwijzen / consult aanvragen - Lichamelijk onderzoek - Differentiaaldiagnose stellen - Zorg- / behandelplan opstellen - Medicatie voorschrijven - Kwaliteitsbevordering	- Somatische anamnese afnemen - Medische handelingen uitvoeren - Lichamelijk onderzoek

De taken in schema 2 zijn vooral taken die eerst door andere beroepskrachten werden uitgevoerd, vooral door specialisten en artsen (zie paragraaf 2.5). Maar NP's en PA's voeren ook nieuwe taken uit: NP's meer dan PA's. De nieuwe taken zijn vooral niet medisch-verpleegkundige taken op het gebied van onderzoek, innovatie, opleiden en deskundigheidsbevordering, informatietechnologie en preventie en voorlichting.

Overeenkomsten en verschillen tussen NP's en PA's

Gelet op de vooropleiding, werkveld en takenpakket, kunnen we volgende overeenkomsten en verschillen constateren tussen NP's en PA's:

- NP's hebben meestal een (specialistische) verpleegkundige vooropleiding gevolgd, PA's een verpleegkundige of paramedische beroepsopleiding.
- Het werkveld van NP's is diverser dan dat van PA's, die vrijwel allemaal in een ziekenhuis werken of in een huisartsenpraktijk. Op basis van het takenpakket en de branches waarin beide beroepgroepen werkzaam zijn, bestaat de indruk dat NP's breder inzetbaar zijn dat PA's.
- Beide beroepgroepen voeren verpleegkundige taken uit en taken die voorheen door een arts werden uitgevoerd. In het takenpakket van de PA ligt het accent op medische taken, zoals medische handelingen uitvoeren. In het takenpakket van de NP ligt het accent op verpleegkundige taken en niet-medische of verpleegkundige taken, zoals kwaliteitsbevordering, behandel-/zorgcoördinatie en innovatie en ontwikkeling.
- Afgestudeerde NP's en PA's besteden verhoudingsgewijs veel tijd aan het afnemen van somatische anamneses en lichamelijk onderzoek. PA's besteden relatief veel tijd aan het uitvoeren van medische handelingen; in dit opzicht onderscheiden zij zich duidelijk van NP's. NP's besteden in vergelijking met PA's meer tijd aan behandel/zorgcoördinatie, preventie/-voorlichting en deskundigheidsbevordering van collega's.

- De samenstelling van het takenpakket van NP's en PA's bestaat voor een groot deel uit hetzelfde type taken. Toch is er een essentieel verschil tussen beide takenpakketten: de NP heeft een veel breder takenpakket dan de PA, die vooral medische taken uitvoert.

Overigens blijken leidinggevenden van NP's en PA's maar ook beroepkrachten zelf, vaak onvoldoende zicht te hebben op de verschillen tussen beide beroepen of vinden ze dat er vaker sprake is van overeenkomsten dan van verschillen. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat er maar weinig managers ervaring hebben met beide beroepsgroepen, beroepskrachten zelf weinig zicht hebben op elkaars kwaliteiten en de profilering van beide nog jonge beroepen mogelijk sowieso nog weinig is uitgekristalliseerd. PA's en hun leidinggevenden zien trouwens vaker verschillen tussen beide beroepsgroepen, dan NP's en hun leidinggevenden.

Conclusies
NP's en PA's worden opgeleid omdat zorgorganisaties daadwerkelijk behoefte aan dergelijke functionarissen hebben. Dat leiden we af uit de volgende gegevens:
- in de meeste gevallen blijven NP's en PA's na het afronden van hun opleiding op de opleidingsplek (meestal in een ziekenhuis) werken;
- ze komen terecht in een functie waarvoor ze zijn opgeleid;
- bijna iedereen krijgt een volledige aanstelling: NP's gemiddeld 0,9 fte en PA's gemiddeld 1,0 fte.

NP's werken in meer zorgbranches dan PA's; dit kan er op wijzen dat de NP's breder inzetbaar zijn dan PA's.

NP's en PA's voeren verpleegkundige taken uit en nemen taken over van artsen, maar hebben ook taken die voorheen niet in de organisatie werden uitgevoerd. NP's doen dat meer dan PA's. Gelet op hun takenpakket, kunnen we de NP typeren als een allrounder die een breed palet aan taken uitvoert, terwijl de PA een specialist is die vooral deskundig is op het gebied van medische taken.

2.3 Arbeidsmarktperspectief

Onderzoeksvraag
Wat zijn de verwachtingen en opvattingen van managers/afdelingshoofden over het arbeidsmarktperspectief voor NP's en PA's? Wat is de meerwaarde van de aanstelling van NP's en PA's? Welke factoren bevorderen of belemmeren de vraag naar NP's en PA's?

Onderzoeksgegevens
Over het arbeidsmarktperspectief van NP's en PA's kunnen vanuit de monitor en de deelonderzoeken (zie bijlagen 2 tot en met 5), de volgende gegevens worden afgeleid:
- de opleidingsplek van NP's en PA's blijft vaak ook hun werkplek;
- de meeste gediplomeerden hebben na hun opleiding een aanstelling als nurse practitioner en physician assistant of een daarmee vergelijkbare functie;
- NP's hebben gemiddeld een aanstelling van 0.9 fte en PA's van 1 fte;
- een van de bevorderende factoren voor de ontwikkeling van het aantal NP's en PA's is de uitbreiding van de zorgvraag: arbeidsmarktonderzoeken op dat gebied tonen zonder uitzondering aan dat dat de komende jaren het geval zal zijn;

- afgestudeerde NP's en PA's en hun leidinggevenden verwachten de komende jaren in hun organisatie én in de zorgsector als geheel een groei van het aantal NP's en PA's;
- de instroomcapaciteit van 400 plaatsen per jaar wordt nagenoeg geheel gebruikt.

De belangrijkste reden waarom NP's en PA's worden opgeleid en daarna als nurse practitioner en physician assistant worden aangesteld, is kwaliteitsverbetering van de zorg. Het (toenemende) belang van een taak als kwaliteitsbevordering in het takenpakket van NP's en PA's onderstreept dit. De meerwaarde van NP's en PA's spitst zich dus toe op de kwaliteit van zorg: medisch specialisten en zorgmanagers kunnen via de inzet van NP's en PA's betere zorg bieden, omdat NP's en PA's meer contact met patiënten hebben en de continuïteit van zorg bevorderen. Volgens beroepskrachten zelf en hun leidinggevenden is dit het voornaamste effect van de inzet van NP's en PA's. Andere redenen om NP's en PA's op te leiden en in dienst te nemen, zijn het ontlasten van artsen en specialisten en het bieden van loopbaanperspectief.

Welke factoren bevorderen of belemmeren de vraag naar NP's en PA's volgens beroepskrachten zelf en volgens leidinggevenden?
Voor beide beroepsgroepen is een heldere visie op de taakverdeling tussen artsen en NP's of PA's de belangrijkste factor (zie schema 3). NP's en hun managers denken dat ook het ruimte creëren binnen DBC's voor het verrichten van medische taken, een belangrijke factor is die de vraag naar NP's zal bevorderen. Voor PA's is dat uitbreiding van de zorgvraag.

Schema 3 – Factoren die de vraag naar NP's en PA's het meest bevorderen volgens beroepskrachten zelf en volgens hun leidinggevenden

	NP's		PA's	
	NP's	Managers	PA's	Managers
Een tekort aan artsen, arts-assistenten en/of praktijkondersteuners	*		*	
Een uitbreiding van de zorgvraag		*	*	*
Het wettelijk regelen (wet BIG) van de bevoegdheden van NP's en PA's			*	
Binnen DBC's ruimte creëren voor het verrichten van medische taken door NP's en PA's	*	*		
Een heldere visie binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en NP's/PA's en de specifieke meerwaarde van artsen en NP's/PA's	*	*	*	*
Een heldere keuze binnen de organisatie om een loopbaanperspectief te bieden voor verpleegkundig en paramedisch personeel				
Het centraal stellen van de zorgvraag als sturend principe voor de zorgverlening				

Conclusie
Het arbeidsmarktperspectief voor NP's en PA's is gunstig: alles wijst erop dat de behoefte aan NP's en PA's zal toenemen. Belangrijkste reden voor en effect van de aanstelling van NP's en PA's is dat de kwaliteit van zorg met de inzet van NP's en PA's kan worden verbeterd. Belangrijkste voorwaarden voor verdere groei van het aantal NP's en PA's is dat organisaties die meerwaarde (kwaliteitsverbetering van zorg) onderkennen en een heldere visie hebben op de taakverdeling tussen artsen en NP's en PA's.

2.4 Vraag naar NP's en PA's volgens managers

Onderzoeksvraag
Hoe verloopt in kwantitatieve en kwalitatieve zin de ontwikkeling van de vraag naar NP's en PA's binnen ziekenhuizen en ziekenhuisafdelingen (medisch specialismen) en zorginstellingen buiten ziekenhuizen (denk o.a. aan huisartsenpraktijken, verpleeghuizen), die momenteel nog geen NP- en PA-functies hebben? Welke factoren belemmeren en bevorderen de aanstelling van NP's en PA's binnen deze afdelingen en organisaties zonder NP's en PA's?

Onderzoeksgegevens
Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een telefonische enquête gehouden onder 83 organisaties die geen NP's of PA's in dienst hebben (zie bijlage 4). De drie meest genoemde redenen waarom in zorgorganisaties of afdelingen geen NP's of PA's werken, zijn:
- NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, hun meerwaarde wordt niet herkend;
- het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten;
- financiële redenen.

Minder vaak genoemde redenen zijn:
- binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd;
- onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit;
- de aanwezigheid van een praktijkondersteuner huisarts maakt de inzet van NP's/PA's overbodig (alleen genoemd door respondenten uit huisartspraktijken).

In de helft van de onderzochte 83 organisaties of afdelingen zonder NP's en PA's bestaan plannen om die de komende 5 jaar wel aan te gaan nemen: 20 procent van de plannen is serieus en 30 procent spreekt van voorzichtige plannen. De respondenten geven aan dat die plannen vooral betrekking hebben op het aanstellen van NP's.

Organisaties die nu geen NP's en PA's in dienst hebben en ook niet van plan zijn om die de komende jaren wel aan te nemen, doen dat mogelijk omdat de aard van de werkzaamheden zich niet leent om NP's en PA's in te zetten, NP's en PA's niet binnen de organisatievisie passen en (in huisartsenpraktijken) omdat de aanwezigheid van de praktijkondersteuner huisarts de inzet van NP's en PA's overbodig maakt.

Conclusies
Ook in organisaties die nu nog geen NP's en PA's in dienst hebben, is sprake van een gunstig arbeidsmarktperspectief voor beide beroepsgroepen; de helft van dergelijke organisaties heeft plannen om de komende jaren wel NP's en PA's aan te stellen. In de meeste gevallen gaat het in de responsgroep om de inzet van NP's.
Bij sommige redenen die worden genoemd om geen NP's of PA's aan te nemen, is sprake van onbekendheid met het beroep en de kwaliteiten of meerwaarde van NP's en PA's, zoals bij 'onbekendheid met de opleiding MANP en MPA' en 'onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit'. Maar mogelijk speelt die onbekendheid ook een rol bij andere redenen die werden genoemd, zoals 'de meerwaarde van NP's en PA's wordt niet herkend' of 'het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten'. Terugdringen van de onbekendheid van de kwaliteiten van NP's en PA's kan ook in organisaties die dergelijke redenen aanvoeren, de arbeidsmarktperspectieven voor NP's en PA's gunstig beïnvloeden.

2.5 Substitutie

Onderzoeksvraag
Wat zijn de substitutie-effecten van NP's en PA's in relatie tot medisch specialisten en artsassistenten (AIOS en ANIOS). Hierbij gaat het om zaken als productie-omvang, formatie-omvang van de genoemde functiegroepen en kostprijs en kwaliteit van de zorgverlening.

Onderzoeksgegevens
Het grootste deel van het takenpakket van NP's en PA's bestaat uit taken die voorheen door andere beroepkrachten werden uitgevoerd. Dat zijn vooral medisch specialisten en artsen die in opleiding zijn tot specialist en (maar minder vaak) artsen die niet in opleiding zijn tot specialist. NP's schatten dat hun takenpakket voor ongeveer 65 procent bestaat uit taken die zij van artsen hebben overgenomen. PA's schatten het aandeel taken dat wordt overgenomen op ongeveer 85 procent. Managers denken dat die percentages iets lager zijn, respectievelijk 45 procent voor NP's en 70 procent voor PA's.
Taken die volgens NP's en PA's worden overgenomen, zijn verhoudingsgewijs in de meeste gevallen medische taken (somatische anamnese afnemen, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek aanvragen en verwijzen/consult aanvragen) en het minst vaak taken op het gebied van onderzoek (onderzoeksvragen formuleren en onderzoeksprotocollen schrijven). Maar NP's en PA's verwachten dat deze taken in de toekomst wel belangrijker worden.

Omdat tijdens de uitvoering van de deelonderzoeken bleek dat managers nauwelijks in staat zijn de substitutie-effecten te kwantificeren, is in de monitor 2010 hierover een extra vraag opgenomen. Die vraag is ook voorgelegd aan managers uit de meting van 2009. Aan beide groepen managers is gevraagd hoe ze de formatie aan NP's en/of PA's zouden opvangen als deze functies binnen hun afdeling, maatschap of organisatieonderdeel zouden verdwijnen. Een ruime meerderheid (70 procent) van de in totaal 91 managers zou dan nieuwe functionarissen aantrekken, 21 procent van de managers vangt taken binnen de huidige formatie op en 9 procent geeft beide mogelijkheden aan. Als nieuwe functionarissen worden aangesteld, gaat het relatief veel om verpleegkundigen en medisch specialisten. Bij PA's worden iets minder verpleegkundigen en meer ANIOS'en aangesteld. Gevraagd naar de aanstellingsomvang van de nieuw aan te trekken functionarissen bleek opnieuw dat respondenten dit nauwelijks kunnen aangeven. Uit

de antwoorden van degenen die dat wel hebben gedaan, bestaat de indruk dat het per afdeling, maatschap of organisatieonderdeel om relatief kleine aantallen gaat, variërend van 1 tot 3 fte.

De resultaten van de casestudie laten zien dat NP's en PA's een belangrijke bijdrage leveren aan de productiviteit van de afdeling of instelling. Naast een bijdrage aan verhoging van de productie leidt de inzet van NP's en PA's volgens de respondenten ook tot het beschikbaar komen van extra tijd voor artsen en specialisten voor de behandeling van complexe problematiek[2]. Daarnaast lijken NP's en – in minder mate – PA's ook op een andere manier bij te dragen aan kostenverlaging binnen de zorg. Dit financiële effect is een nevenproduct van het motief van zorginstellingen om door de aanstelling van NP's en PA's de kwaliteit van de zorg te verhogen. Hoewel de respondenten ook in dit opzicht geen harde financiële cijfers kunnen overleggen, is het plausibel dat de bijdragen van NP's – en in mindere mate – PA's aan het stroomlijnen van zorgpaden en het verhogen van de kwaliteit (kortere ligduur, minder complicaties) niet alleen tot verhoogde patiënttevredenheid zullen leiden maar ook tot kostenbesparingen.

Conclusie
Het merendeel van de takenpakketten van NP's en PA's bestaat uit taken die zij overnemen van medisch specialisten, artsen die in opleiding zijn tot specialist en artsen die niet in opleiding zijn tot specialist. Dat er substitutie van taken plaats vindt is dus duidelijk, maar de effecten daarvan konden in de monitor en de deelonderzoeken niet worden gekwantificeerd.

2.6 Institutionalisering

Onderzoeksvraag
Welke stappen zijn volgens NP's en PA's alsmede hun managers noodzakelijk voor de institutionalisering van het beroep van de NP en de PA?

Onderzoeksgegevens
Het merendeel van de NP's en PA's en hun managers verwacht dat de inzet van NP's en PA's onder andere zal worden bevorderd door de volgende factoren:
- het wettelijk regelen (wet BIG) van de bevoegdheden van NP's en PA's;
- binnen DBC's ruimte creëren voor het verrichten van medische taken door NP's en PA's;
- een heldere visie binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en NP's/PA's en de specifieke meerwaarde van artsen en NP's/PA's;
- een heldere keuze binnen de organisatie om een loopbaanperspectief te bieden voor verpleegkundig en paramedisch personeel;
- het centraal stellen van de zorgvraag als sturend principe voor de zorgverlening.

Ook in de gevalsbeschrijvingen (zie bijlage 5) wordt gewezen op een heldere visie op de inzet van NP's en PA's en op het regelen van de bevoegdheden van NP's en PA's. Bij dit laatste wordt vooral gedoeld op de bevoegdheid om medicatie voor te schrijven. Een wettelijke regeling ontslaat artsen en specialisten van een papieren 'afdektaak' ten opzichte van zorgprofessionals

2 Deze resultaten komen overeen met uitkomsten van andere studies, zoals een evaluatie van de effectiviteit van de inzet van PA's (J.A.H. van Vught & M. Bruurs, 2008), een onderzoek naar de effectiviteit van Nurse Practitioners in de huisartsenpraktijk (A.T.M. Dierick-van Daele, J.F.M. Metsemakers, E.W.C.C. Derckx, C. Spreeuwenberg & H.J.M. Vrijhoef, 2008) en een onderzoek naar taakherschikking in de huisartsenpraktijk en de gevolgen daarvan voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg (J.R.J. de Leeuw, e.a., 2008).

die feitelijk goed in staat zijn om – binnen een helder wettelijk kader – zelfstandig te functioneren.
Andere stappen voor institutionalisering van de beroepen zijn volgens de respondenten:
- voorzetting van het huidige bekostigingsregime voor de opleidingen MANP en MPA;
- verplichte nascholing (NP's en PA's bevinden zich net als artsen in het medische domein);
- meer duidelijkheid over de bekostiging van de inzet van NP's en PA's;
- meer duidelijkheid over het profiel van beide beroepsgroepen.

Conclusies
Grootste obstakel voor verdere institutionalisering van de beroepen NP en PA is de onbekendheid met deze beroepen in delen van de zorg. Dit kan worden aangepakt door het profiel (de taken) van NP's en PA's goed af te bakenen, hun meerwaarde ('opbrengsten') te verhelderen en het beroep te legitimeren (beroepen regelen in de wet BIG en DBC's). Ook de reglementering van de nascholing (kennisontwikkeling) van NP's en PA's draagt naar verwachting bij aan verdere institutionalisering van beide beroepen.

3 Arbeidsmarktbehoefte en opleidingscapaciteit

Welke conclusie is op grond van de antwoorden op de onderzoeksvragen te trekken ten aanzien van de instroom in de opleidingen MANP en MPA vanaf 2010?

De monitor en deelonderzoeken leveren de volgende gegevens op over de vraag naar NP's en PA's:

- NP's en PA's blijven na het afronden van hun opleiding op de opleidingsplek (meestal in een ziekenhuis) werken en komen in een functie terecht waarvoor ze zijn opgeleid.
- Bijna iedereen krijgt na de opleiding een volledige aanstelling: NP's gemiddeld 0,9 fte en PA's gemiddeld 1,0 fte.
- NP's, PA's en hun leidinggevenden verwachten dat door uitbreiding van de zorgvraag het aantal NP's en PA's zal toenemen.
- NP's en PA's en hun leidinggevenden verwachten de komende jaren in hun organisatie een (forse) groei van het aantal NP's en PA's en een lichte tot sterke toename in de zorgsector in het algemeen.
- De deelonderzoeken en de monitor laten zien dat er geen specialismen of werkvelden binnen de zorg lijken te zijn, waar NP's of PA's ten principale niet zouden kunnen werken.
- De helft van de onderzochte organisaties of afdelingen zonder NP's en PA's hebben plannen om die de komende 5 jaar wél aan te gaan nemen.

Op basis van deze resultaten concluderen we dat de behoefte aan NP's en PA's de komende jaren verder zal toenemen. Omdat de verwachte toename van NP's en PA's niet kon worden gekwantificeerd, maken de onderzoeksuitkomsten niet duidelijk hoe groot die groei zal zijn en in welk tempo die plaatsvindt.

Gezien de verwachte groeiende vraag naar NP's en PA's is het aannemelijk dat de behoefte om de MANP of MPA te volgen, hoger is dan het gelimiteerde aantal van 400 instroomplaatsen dat jaarlijks voor beide opleidingen samen beschikbaar is. Dit wordt met name geïllustreerd door het aantal vooraanmeldingen voor de opleidingen MANP en MPA, dat het aantal beschikbare opleidingsplaatsen ruimschoots te boven gaat. Bovendien blijkt dat de beschikbare opleidingscapaciteit voor NP's en PA's de laatste jaren nagenoeg volledig wordt benut. Omdat op basis van de monitor en deelonderzoeken niet is aan te geven hoe groot de opleidingsbehoefte precies is, pleiten we in lijn met een eerder advies hierover[3], voor een gecontroleerde en beperkte uitbreiding van de opleidingscapaciteit. Een dergelijke uitbreiding biedt tevens de gelegenheid het aantal MPA-deelnemers te laten groeien zonder dat dit ten koste gaat van het aantal MANP-studenten.

Gelet op de uitkomsten van de monitor zijn twee benaderingen mogelijk om te bepalen met hoeveel plaatsen de opleidingscapaciteit zou moeten worden verhoogd om recht te doen aan het beeld van de vraag naar NP's en PA's. Deze leveren een ondergrens en bovengrens op, die de marge voor die verhoging aangeven.

3 Peters, F., E. Keppels, H. Schuit en K. Kauffman (2008). *De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: KBA.

De ondergrens wordt bepaald door de overweging dat het raadzaam kan zijn een grotere voorzichtigheid in acht te nemen dan in het advies om het aantal opleidingsplaatsen met 75 te verhogen. Die voorzichtigheid wordt ingegeven door de constatering dat zowel in beide metingen van de monitor als in het onderzoek in organisaties zonder NP's en PA's en de gevalsbeschrijvingen, de behoefte aan NP's en PA's niet kon worden gekwantificeerd. Bovendien is vastgesteld dat het grootste obstakel voor verdere institutionalisering van het beroep, de onbekendheid met deze beroepen is. Deze onbekendheid remt de toename van het aantal NP's en PA's in die delen van de zorg waar ze nog niet werkzaam zijn. Op basis van deze uitkomsten kan worden besloten de capaciteit van de opleidingen MANP en MPA weliswaar te verhogen, maar iets minder dan voorgaande keren, bijvoorbeeld met 50 plaatsen.

De bovengrens wordt bepaald door de keuze om sterk te koersen op het aantal vooraanmeldingen voor de opleidingen, die in dit onderzoek de meest harde gegevens vormen over de behoefte aan NP's en PA's. Studenten kunnen immers alleen de MANP en MPA volgen als een werkgever een opleidingsplaats heeft gecreëerd. Na de opleiding worden die opleidingsplaatsen omgezet in arbeidsplaatsen, blijkt uit de monitor. Opleidingsplaatsen kunnen dus worden beschouwd als indicator voor de behoefte aan NP's en PA's. Maar omdat dat aantal plaatsen gelimiteerd is (maximaal 400), moeten we ons richten op het aantal vooraanmeldingen.
Zoals in paragraaf 2.1 is aangegeven, zijn er de afgelopen jaren steeds aanzienlijk meer aanmeldingen voor de beide opleidingen binnengekomen dan er (bekostigde) plaatsen beschikbaar waren. Gelet op de redenen waarom aanmeldingen niet kunnen worden omgezet in opleidingsplaatsen, kan worden aangenomen dat de feitelijke behoefte aan opleidingsplaatsen hoger is dan de huidige 400. Dit zijn met name redenen die te maken hebben met de zorgorganisatie (geen geschikte kandidaat gevonden, is zich nog aan het oriënteren) en de opleiding (onvoldoende opleidingscapaciteit). Indien dergelijke redenen kunnen worden teruggedrongen zal het aantal kandidaten dat afvalt met ongeveer 100 kandidaten worden gereduceerd en zou de opleidingscapaciteit dus met 100 plaatsen moeten worden verruimd.

Conclusie is dat de opleidingscapaciteit voor de MANP en MPA samen met 50 tot 100 plaatsen moeten worden verruimd om tegemoet te komen aan de vraag naar nurse practitioners en physician assistants.

4 Aanbevelingen

Aanbeveling voor het platform NP-PA

1. Gezien de onzekerheid van de omvang en het tempo van de groei van het aantal NP's en PA's, bevelen we aan om af te spreken de vooraanmeldingen en inschrijvingen nauwkeurig en uniform te blijven registreren en monitoren, evenals het monitoren van de bestemming van gediplomeerden.

Aanbeveling voor de gezamenlijke hogescholen

2. Blijf het registratiebestand voor het vastleggen en verzamelen van gegevens over de vooraanmeldingen gebruiken.
3. Verken de mogelijkheden, zoals transparantie in de aanmeldingen, om bij de verdeling van de beschikbare opleidingsplaatsen zo optimaal mogelijk in te spelen op de behoefte in de regio's.

Aanbevelingen voor de overheid

4. De bekostiging van de MANP en MPA is van grote invloed geweest op de introductie en verspreiding van NP's en PA's binnen de zorg. Gezien de stappen (en tijd) die nog nodig zijn voor institutionalisering van de beroepen, dient de financiering van de opleidingen te worden gecontinueerd.
5. Breid de beschikbare capaciteit van 400 opleidingsplaatsen voor de opleidingen MANP en MPA uit.
6. Draag zorg voor reglementering van beide beroepen in de wet Big en in DBC's en stel eisen aan de nascholing van beide beroepsgroepen.

Aanbevelingen voor de beroepsverenigingen

7. Verbeter de profilering van de beroepen, zodat werkgevers zich een duidelijker beeld kunnen vormen van de meerwaarde van beide beroepen en van de verschillen tussen beide beroepen.
8. Ontwikkel een bij- en nascholingsprogramma dat leidt tot herregistratie.

Aanbevelingen voor zorgorganisaties

9. Zorgorganisaties op afdelingen die NP's en PA's willen inzetten, moeten een heldere visie hebben op de taakverdeling tussen artsen enerzijds en NP's en PA's anderzijds.
10. Om meer duidelijkheid te krijgen over de effecten van de aanstelling van NP's en PA's in termen van productieomvang, formatieomvang en kostprijs, moet de inzet van NP's en PA's beter worden geregistreerd en in kaart gebracht. Met name in ziekenhuizen moet duidelijkheid komen over de financiële verantwoordelijkheden voor die inzet.

Bijlagen

Bijlage 1: Leden begeleidingscommissie

Mw. drs. E. Albersnagel-Thijssen	opleidingsmanager Master Advanced Nursing Practice, Hanzehogeschool Groningen \ Academie voor Verpleegkunde
Dhr. drs. G. van den Brink	directeur Radboud Zorgacademie, UMC St. Radboud
Mw. drs. M. Hosemans	junior beleidsmedewerker Capaciteitsorgaan
Dhr. drs. M. Odekerken	beleidsmedewerker Directie Hoger Onderwijs en Studiefinanciering, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
Dhr. drs. T. Hoogeveen	senior beleidsadviseur Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dhr. V. Slenter, arts M&G	directeur Capaciteitsorgaan
Mw. mr. A. Zimmerman	beleidsadviseur HBO-raad

Bijlage 2: NP-PA-monitor 2009 en 2010

Inhoudsopgave

1 Vraagstelling en onderzoeksopzet 27
1.1 Inleiding 27
1.2 Onderzoeksopzet 27
1.3 Respons onderzoek afgestudeerden 28
1.4 Respons onderzoek managers 29
1.5 Opbouw van deze rapportage 30

2 Onderzoek onder afgestudeerden 31
2.1 Organisatie- en functiekenmerken 31
2.2 Taken van NP's en PA's 35
2.3 Taaksubstitutie en zorgvernieuwing 41
2.4 Ontwikkeling van het aantal NP's en PA's 44
2.5 Bevorderende factoren 46

3 Onderzoek onder managers 49
3.1 Organisatie- en functiekenmerken 49
3.2 Taken van NP's en PA's 51
3.3 Taaksubstitutie en zorgvernieuwing 54
3.4 Ontwikkeling van het aantal NP's en PA's 56
3.5 Bevorderende factoren 59

4 Samenvattende conclusies 61

Bijlage 1 - Overige vooropleidingen 65
Bijlage 2 - Nieuwe taken volgens NP's en PA's 66
Bijlage 3 - Nieuwe taken volgens managers 69
Bijlage 4 - Formatieontwikkeling AIOS, ANIOS en artsspecialisten 71

1 Vraagstelling en onderzoeksopzet

1.1 Inleiding

De opleidingen ‘Master Advanced Nursing Practice’ (MANP) en ‘Master Physician Assistant’ (MPA) zijn nog relatief jong. In het verlengde hiervan zijn de beroepen Nurse Practitioner (NP) en Physician Assistant (PA) nog in ontwikkeling. Ook de arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan deze beroepsgroepen is zich nog aan het uitkristalliseren. Medio 2008 heeft de Tweede Kamer ingestemd met het ophogen van de opleidingscapaciteit voor de MANP- en MPA-opleidingen van 325 tot 400 plaatsen op jaarbasis. Daarbij is tevens afgesproken dat de opleidings- en arbeidsmarktbehoefte aan NP’s en PA’s in de komende jaren gemonitord zal worden. Hiervoor heeft het Platform NP-PA een subsidie gekregen van het ministerie van VWS. Het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) heeft van het Platform de opdracht gekregen om de ontwikkeling van de arbeidsmarktvraag en de opleidingsbehoefte aan NP en PA’s in beeld te brengen.

1.2 Onderzoeksopzet

Het onderzoek naar de ontwikkeling van de arbeidsmarktvraag en de opleidingsbehoefte aan NP-PA’s bestaat uit de volgende onderdelen:

- Het monitoronderzoek zelf: een gestandaardiseerde enquête onder afgestudeerde NP’s en PA’s en hun managers;
- Drie aanvullende onderzoeksmodules:
  1. onderzoek naar de verhouding tussen het aantal vooraanmeldingen en het uiteindelijk aantal inschrijvingen voor de MANP- en MPA- opleidingen op basis van gegevens uit de deelnemersadministratie van de opleidingen.
  2. een telefonische enquête naar arbeidsmogelijkheden en -belemmeringen voor NP’s en PA’s binnen organisaties waar nog geen NP’s en PA’s werkzaam zijn.
  3. onderzoek op basis van een aantal gevalstudies naar substitutie- en andere effecten van de inzet van NP’s en PA’s.

In de voorliggende rapportage worden de bevindingen gepresenteerd van het monitoronderzoek in 2009 en 2010.

Arbeidsmarktonderzoek onder gediplomeerden van de MANP en MPA
Voor het onderzoek onder gediplomeerden NP’s en PA’s is een e-mailenquête afgenomen. De ingevulde vragenlijsten bevatten informatie over:

- redenen voor het aanstellen van NP’s en PA’s;
- verschillen en overeenkomsten in het takenpakket van NP’s en PA’s;
- de omvang van NP- en PA-functies binnen de organisatie;
- factoren die bevorderend werken op een toename van het aantal NP- en PA-functies binnen de organisatie;
- substitutie-effecten;
- effecten van de aanstelling van NP’s en PA’s.

Arbeidsmarktonderzoek onder managers van NP's en PA's
Naast de afgestudeerden NP's en PA's zijn ook hun managers benaderd voor het invullen van een e-mailenquête over o.a. taakinhoud en taakomvang van de NP's en PA's binnen hun afdeling/organisatie. De opzet van de vragenlijst is grotendeels gelijk aan de opzet van de vragenlijst voor de afgestudeerde NP's en PA's zelf, zij het dat in deze vragenlijsten uiteraard het perspectief van de leidinggevende en daarmee meer het perspectief van de organisatie centraal staat.

1.3 Respons onderzoek afgestudeerden

De adressen van de afgestudeerden zijn verkregen van de hogescholen met een opleiding MANP en/of MPA. Voor de monitor NP-PA 2009 hebben we in totaal 278 adressen van afgestudeerden gekregen (afstudeercohort 2008). Daarvan waren er 240 bruikbaar om per e-mail een vragenlijst toe te sturen.

Bij de monitor NP-PA 2010 hebben we in totaal 269 adressen verkregen (afstudeercohort 2009). Daartussen zaten 24 foutieve e-mailadressen en 20 personen bleken niet in 2009 te zijn afgestudeerd. De responspercentages liggen voor beide monitoren relatief dicht bij elkaar, respectievelijk 51,2 procent en 56,6 procent. Gezien de korte doorlooptijd van het onderzoek is dat een goed resultaat (zie tabel 1.1).

Tabel 1.1 – Respons afgestudeerdenonderzoek

	Absoluut		Relatief	
	2009	2010	2009	2010
Respons	123	128	51,2%	56,9%
Non-respons	117	97	48,8%	43,1%
Totaal	240	225	100,0%	100,0%

Tabel 1.2 en 1.3 geven een verdeling van de respons voor beide beroepsgroepen. Bij de NP's is het responspercentage van 2010 iets hoger (8,3 procent) ten opzichte van 2009, bij de PA's juist iets lager (3,5 procent).

Tabel 1.2 – Responsgroep NP's

	Absoluut		Relatief	
	2009	2010	2009	2010
Respons	85	106	50,3%	58,6%
Non-respons	84	75	49,7%	41,4%
Totaal	169	181	100,0%	100,0%

Tabel 1.3 – Responsgroep PA's

	Absoluut		Relatief	
	2009	2010	2009	2010
Respons	38	22	53,5%	50,0%
Non-respons	33	22	46,5%	50,0%
Totaal	71	44	100,0%	100,0%

Tabel 1.4 geeft inzicht in de verdeling tussen de hogescholen. Tussen de verdeling op populatieniveau en de verdeling binnen de responsgroep, doen zich geen noemenswaardige verschillen voor. Anders gezegd, de responsgroep is representatief voor de populatie.

Tabel 1.4 – Respons-/steekproefverdeling naar hogeschool

	Steekproef				Respons			
	Absoluut		Relatief		Absoluut		Relatief	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Hogeschool Utrecht	61	49	25,4%	21,7%	27	27	22,0%	21,1%
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	41	30	17,1%	13,3%	21	17	17,1%	13,3%
Hanzehogeschool Groningen	39	30	16,2%	13,3%	19	13	15,4%	10,2%
Hogeschool INHOL-LAND	25	29	10,4%	12,9%	15	15	12,2%	11,7%
Hogeschool Leiden	20	24	8,3%	10,7%	12	12	9,8%	9,4%
Hogeschool Rotter-dam	21	19	8,8%	8,4%	11	14	8,9%	10,9%
Fontys Hogeschool	16	20	6,7%	8,8%	9	16	7,3%	12,5%
Hogeschool Zuyd	9	14	3,8%	6,2%	5	5	4,1%	3,9%
Saxion Hogescholen	8	10	3,3%	4,4%	4	9	3,3%	7,0%
Totaal	240	225	100,0%	100,0%	123	128	100,0%	100,0%

1.4 Respons onderzoek managers

De contactgegevens van de managers zijn verzameld via het onderzoek onder afgestudeerden. Voor de monitor 2009 leverde dat in totaal 88 bruikbare namen en e-mailadressen op van voorzitters van maatschappen en verpleegkundig en medisch managers. In totaal zijn er 34 vragenlijsten ingevuld en geretourneerd, een respons van 38,6 procent (zie tabel 1.5a).

In 2010 leverde het onderzoek onder afgestudeerden 68 bruikbare namen en e-mailadressen op van managers van NP's en PA's. Daarvan zijn er in totaal 30 vragenlijsten ingevuld en geretourneerd, een respons van 44,1 procent.

Hoewel het in absolute zin om een relatief kleine responsgroep gaat, is de respons relatief hoog in vergelijking met ander arbeidsmarktonderzoek onder leidinggevenden.

Tabel 1.5a – Respons managersonderzoek

	Absoluut		Relatief	
	2009	2010	2009	2010
Respons	34	30	38,6%	44,1%
Non-respons	54	38	61,4%	55,9%
Totaal	88	68	100,0%	100,0%

De responsgroep van managers uit 2009 en 2010 bestaat uit hoofden van een afdeling (met name bij NP-managers) en medisch specialisten. 6 Respondenten hebben geen typering gegeven van hun functie. Het merendeel van de managers uit de responsgroep staat dicht bij het primaire proces en geeft leiding aan NP's en/of PA's.

Tabel 1.5b – Functies van managers NP en/of PA (absolute aantallen)

	Managers NP		Managers PA		Managers NP en PA	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Hoofd van de afdeling	13	10	1	1	1	3
Medisch specialist	3	4	6	2	1	1
Overig*	6	4		1	1	
Onbekend		2			2	2
Totaal	22	20	7	4	5	6

** Bij overige functies zijn genoemd: coördinator, staflid, zorgmanager, directeur en sectorhoofd.*

1.5 Opbouw van deze rapportage

In de hoofdstuk 2 doen we verslag van het monitoronderzoek 2009 en 2010 onder afgestudeerde NP's en PA's. Het daaropvolgende hoofdstuk 3 belicht de resultaten onder hun managers. De rapportage wordt in hoofdstuk 4 afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen. Hierbij benoemen we ook de voornaamste overeenkomsten en verschillen tussen beide jaargangen.

2 Onderzoek onder afgestudeerden

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van het onderzoek onder 123 afgestudeerde NP's en PA's uit de monitor 2009 en 128 afgestudeerde NP's en PA's uit de monitor 2010.

2.1 Organisatie- en functiekenmerken

In tabel 2.1 zien we dat het merendeel van de NP's een *vooropleiding* verpleegkunde heeft gevolgd alvorens aan de masteropleiding voor NP te beginnen. Het merendeel van deze groep respondenten heeft dus een verpleegkundige en niet zozeer een medische beroepsbasis. PA's zijn qua vooropleiding meer verdeeld over paramedische en verpleegkundige opleidingen.

Tabel 2.1 – Gevolgde vooropleiding van de respondenten

	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=83	n=103	n=37	n=20
Verpleegkunde	76,3%	82,5%	27,3%	35,0%
Fysiotherapie	1,0%	-	19,3%	5,0%
Medische Beeldvormende / Radiologische therapie	-	-	10,2%	5,0%
Logopedie	1,0%	-	-	-
Overigen	21,7%	17,5%	43,2%	55,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

In bijlage 1 (tabel b2.1 en tabel b2.2) zijn de overige vooropleidingen van de respondenten weergegeven. Ook hier zien we het verschil in vooropleiding terugkomen: in het geval van de NP's hebben de meeste van deze overige opleidingen een verpleegkundige inslag, terwijl PA's meer verpleegkundig en/of paramedisch geschoold zijn.

Tabel 2.2 geeft inzicht in de huidige werkplek van NP's en PA's. De meerderheid van de afgestudeerden werkt in een algemeen of academisch ziekenhuis. In 2009 is dit percentage onder NP's 62 procent en bij PA's ruim 90 procent. In 2010 zien we wat betreft de werkplek in een algemeen of academisch ziekenhuis een stijging bij NP's naar 67 procent en een lichte daling bij PA's naar 86 procent. In de monitor-NP-PA uit 2008 lag het percentage wat betreft de inzet van PA's in ziekenhuizen beduidend lager (69 procent) en waren er meer PA's werkzaam bij huisartsenpraktijken. Voor wat betreft de werkplek van NP's komen de percentages van de monitor 2008 (63 procent) en 2009 (62 procent) nagenoeg overeen.

Behalve in ziekenhuizen zijn afgestudeerde PA's en vooral NP's ook werkzaam in andere typen organisaties, zoals GGZ-instellingen en verpleeghuizen. Buiten de in de tabel genoemde instellingen zijn er ook respondenten werkzaam in de ambulante verslavingszorg, een categoraal oncologisch ziekenhuis en een derdelijns-epilepsiecentrum.

Tabel 2.2 – Organisaties en instellingen waar NP's en PA's werkzaam zijn

Type organisatie	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=81	n=100	n=36	n=21
Algemeen ziekenhuis	45,6%	57,7%	55,9%	76,2%
Academisch ziekenhuis	16,1%	8,7%	36,1%	9,5%
GGZ-instelling	9,9%	11,5%	-	4,8%
Verpleeghuis	9,9%	5,7%	-	-
Ambulancedienst	7,5%	2,9%	2,7%	-
Thuiszorgorganisatie	3,7%	3,8%	-	-
Huisartsenpraktijk	2,5%	1,0%	2,7%	9,5%
GGD	1,3%	1,0%	-	-
Verzorgingshuis	-	1,0%	-	-
Overig*	3,7%	6,7%	-	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* *Bij overige organisaties en instellingen zijn genoemd: topklinisch- en categoraal ziekenhuis, jeugdgezondheidszorg, zelfstandige polikliniek en gehandicaptenzorg.*

In tabel 2.3a en 2.3b staan de specialisaties waarbinnen afgestudeerden NP's en PA's uit de responsgroep werkten voorafgaand aan hun NP/PA-opleiding en de specialisatie van hun huidige NP/PA-functie.

Tabel 2.3a – Voorafgaande en huidige specialisaties van NP's

	Specialisatie voorafgaand aan MANP		Specialisatie na MANP	
n=85 (2009) n=95 (2010)	2009	2010	2009	2010
Cardiologie	10,7%	8,8%	12,7%	8,8%
Neurologie	10,7%	7,0%	9,5%	7,5%
Oncologie	9,7%	9,4%	12,7%	12,5%
Chirurgie	8,7%	8,2%	1,6%	7,5%
Interne geneeskunde	8,7%	10,5%	6,3%	8,8%
GGZ	5,8%	9,4%	9,5%	15,0%
Intensive care	4,9%	8,8%	3,2%	3,8%
Geriatrie	3,9%	5,3%	4,8%	3,8%
Verpleeghuis	3,9%	4,1%	4,8%	2,5%
Anesthesiologie	2,9%	1,8%	3,2%	2,5%
Reumatologie	1,9%	1,8%	1,6%	-
Huisartsenpraktijk	1,9%	1,8%	1,6%	-
Urologie	1,0%	3,5%	1,6%	2,5%
Dermatologie	1,0%	1,2%	1,6%	-
Overig	24,2%	18,7%	25,4%	25,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Afgestudeerde NP's zijn vooral werkzaam in de specialisaties cardiologie, neurologie, oncologie en de GGZ. De verschillen tussen 'leverende' en 'ontvangende' disciplines zijn voor wat betreft

de NP's over het algemeen gering. Relatieve uitzonderingen zijn chirurgie (meer leverancier dan ontvanger in 2009), de GGZ (meer ontvanger dan leverancier in zowel 2009 als 2010) en intensive care (meer leverancier dan ontvanger in 2010).

Tabel 2.3b – Voorafgaande en huidige specialisaties van PA's

	Specialisatie voorafgaand aan MPA		Specialisatie na MPA	
n=38 (2009) n=19 (2010)	2009	2010	2009	2010
Cardiologie	12,6%	12,5%	9,1%	16,7%
Neurologie	9,2%	-	6,1%	-
Oncologie	6,9%	4,2%	12,1%	5,6%
Chirurgie	10,3%	12,5%	18,2%	11,1%
Interne geneeskunde	9,2%	-	9,1%	-
GGZ	2,3%	-	3,0%	-
Intensive care	11,5%	4,2%	3,0%	5,6%
Geriatrie	4,6%	-	-	-
Verpleeghuis	-	-	-	-
Anesthesiologie	9,2%	13,5%	15,2%	5,6%
Reumatologie	5,7%	-	3,0%	-
Huisartsenpraktijk	2,3%	12,5%	6,1%	11,1%
Urologie	5,7%	4,2%	3,0%	5,6%
Dermatologie	1,1%	-	-	-
Overig	9,2%	33,3%	12,1%	38,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

PA's zijn in 2009 vooral werkzaam in de specialisaties oncologie, chirurgie, anesthesiologie. Opvallend is dat deze specialisaties ook meer afgestudeerde PA's ontvangen in vergelijking met andere disciplines. De specialisatie intensive care levert bijvoorbeeld minder PA's dan dat ze ontvangt. In 2010 zien we een stijging van het aantal PA's in de specialisatie cardiologie en huisartsenzorg.

Tabel 2.3a en 2.3b bevatten informatie op aggregatieniveau over de verdeling van respondenten over diverse specialisaties voorafgaand en na afloop van hun opleiding tot respectievelijk NP en PA. Tabel 2.4 maakt duidelijk dat op individueel niveau de meeste respondenten na afloop van hun opleiding nog steeds werkzaam zijn binnen het specialisme, waar zij voorafgaand aan de masteropleiding werkzaam waren.

Onder NP's werkt 20 procent nu met patiënten uit een ander specialisme. Bij PA's is dit percentage gedaald ten opzichte van 2009, respectievelijk van 37 procent naar 19 procent. Deze percentages liggen in de buurt van de resultaten uit de NP-PA-monitor van 2008 (70 procent werkzaam binnen zelfde specialisme). De belangrijkste reden om in een ander specialisme te gaan werken is de beschikbaarheid van een geschikte opleidingsplaats en persoonlijke keuzes en interesses.

Tabel 2.4 – Specialisme van NP's en PA's voor en na de masteropleiding

	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=85	n=106	n=38	n=22
Hetzelfde specialisme	78,8%	77,4%	63,2%	81,8%
Ander specialisme	20,2%	20,8%	36,8%	18,8%
Onbekend	1,2%	1,9%	-	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 2.5 bevat een overzicht van de functieomschrijvingen van de huidige functies van de afgestudeerden NP's en PA's. Bij de meeste afgestudeerden worden de termen nurse practitioner of physician assistent gebruikt. Bij NP's zien we ten opzichte van 2009 meer functieomschrijvingen bij één van de varianten 'verpleegkundig specialist'. Daarnaast zijn er nog enkele afgestudeerden die een overige functieomschrijving hebben. NP's geven hierbij de volgende functieomschrijvingen aan: casemanager, regie- of expertverpleegkundige, huisartsondersteuner, verpleegkundig specialist oncologie, verpleegkundig specialist GGZ en verpleegkundig specialist zonder toevoeging. Bij PA's wordt alleen de titel radiotherapeutisch laborant genoemd en drie maal de titel klinisch verloskundige.

Tabel 2.5 – Functieomschrijvingen van afgestudeerden NP's en PA's

	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=85	n=106	n=38	n=22
Nurse practitioner	81,0%	51,9%	-	-
Physician assistant	-	-	97,4%	86,4%
Verpleegkundig specialist: preventief	1,2%	5,7%	-	-
Verpleegkundig specialist: acuut	3,6%	-	-	-
Verpleegkundig specialist: chronisch	6,0%	10,4%	-	-
Verpleegkundig specialist: intensief	1,2%	17,0%	-	-
Overigen	3,5%	15,0%	2,6%	13,6%
Onbekend	3,5%	-	-	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De gemiddelde aanstellingsomvang, uitgedrukt in fulltime equivalenten, ligt voor een NP op 0,88 fte in 2009 en op 0,90 fte in 2010. Voor een PA ligt de gemiddelde aanstellingsomvang in zowel 2009 als 2010 op 0,97 fte. Het dienstverband van PA's kent in de regel dus een grotere omvang dan dat van NP's.

De meeste NP's en PA's beschouwen hun functie als een NP- of PA-functie, in beide monitoren om de nabij 95 procent van de respondenten. NP's en PA's die hun eigen functie als een andersoortige functie beschouwen, noemen organisatorische en financiële redenen binnen de instelling als reden voor het niet realiseren van een NP- of PA-functie door hun organisatie. Er

is dus sprake van een sterke koppeling tussen toelating tot de opleiding MANP en MPA enerzijds en het verwerven van een functie als NP of PA na afloop van de opleiding anderzijds.

Volgens de responsgroep is kwaliteitsverbetering van de zorg de belangrijkste reden voor de inzet van NP's en PA's binnen hun organisatie. In het verlengde van kwaliteitsverbetering van zorg zien we dat het bevorderen van de continuïteit van zorg ook relatief hoog scoort (gevraagd in monitor 2010). Op de tweede plaats komt het motief van het ontlasten van artsen en artsspecialisten. Het bieden van een loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedisch geschoolde personeel wordt eveneens genoemd, maar blijft qua belang duidelijk achter bij de beide eerder genoemde redenen. Deze bevinding komt overeen met de bevindingen uit de monitor 2008.

Tabel 2.6 – Achterliggende redenen voor de inzet van NP's en PA's

	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=85	n=9	n=38	n=21
Kwaliteitsverbetering van zorg	65,4%	31,0%	59,7%	24,6%
Ontlasten van artsen en artsspecialisten	22,8%	22,4%	26,9%	24,6%
Bieden van een loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedisch personeel	11,4%	10,1%	11,5%	8,2%
Meer contacttijd met patiënten	.	7,6%	.	8,2%
Bevorderen van de continuïteit van zorg	.	21,3%	.	27,9%
Andere redenen	0,4%	7,6%	1,9%	6,6%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.2 Taken van NP's en PA's

De tabellen 2.7 en 2.8 geven informatie over het belang van medische en verpleegkundige taken en 'overige' taken voor NP's en PA's in de huidige werksituatie en in de toekomstige werksituatie.

Over het algemeen zijn NP's en PA's van mening dat alle voorgelegde medische en verpleegkundige taken zowel op dit moment als ook in de toekomst van (tamelijk) groot belang (zullen) zijn voor de beroepsuitoefening van NP's en PA's. We zien daarbij dat de NP's en PA's in 2010 de meeste medische en verpleegkundige taken een fractie hoger waarderen ten opzichte van hun collega's in het voorgaande jaar. In 2009 werden enkele medische en verpleegkundige taken van minder belang geacht, namelijk: psychiatrische anamnese afnemen, medicatie voorschrijven, patiënt opnemen en ontslaan. Deze taken zouden naar verwachting wel in belang toenemen, in de monitor van 2010 wordt dit ook bevestigd.

Ook de 'overige' taken zijn volgens de respondenten van (tamelijk) groot belang voor de huidige beroepsuitoefening. Dit met uitzondering van het formuleren van onderzoeksvragen en het schrijven en uitvoeren van onderzoeksprotocollen. In 2009 zouden met name deze laatste taken in de toekomst in belang toenemen. Dit wordt echter nog niet bevestigd in de monitor van

2010, blijkbaar behoeft dit soort taken een langere tijd om in belang hoger te worden gewaardeerd.

Tabel 2.7 – Belang medische, verpleegkundige en overige taken voor beroepsbeoefening NP's

	Van groot of tamelijk groot belang			
Medische en verpleegkundige taken NP n=68-79 (2009) n=81-99 (2010)	Huidige taken		Toekomstige taken	
	2009	2010	2009	2010
Anamnese afnemen: somatisch	87%	88%	82%	93%
Anamnese afnemen: psychiatrisch	35%	44%	44%	47%
Lichamelijk onderzoek	77%	83%	82%	88%
Aanvullend onderzoek aanvragen	68%	77%	80%	85%
Differentiaaldiagnose stellen	78%	82%	85%	93%
Zorg-/behandelplan opstellen	80%	86%	87%	93%
Medische handelingen uitvoeren	63%	68%	81%	83%
Medicatie voorschrijven	43%	65%	77%	84%
Verwijzen/consult aanvragen	73%	89%	80%	93%
Patiënt opnemen	48%	49%	56%	52%
Patiënt ontslaan	52%	46%	61%	48%
Evaluatie zorg/behandeling	77%	91%	81%	44%
Preventie/voorlichting	83%	90%	86%	92%
Overige taken NP				
Behandel-/zorgcoördinatie	86%	87%	84%	95%
Kwaliteitsbevordering	88%	88%	89%	95%
Innovatie / ontwikkeling	76%	84%	83%	94%
Deskundigheidsbevordering collega's	78%	80%	82%	94%
Formuleren onderzoeksvragen	38%	39%	64%	64%
Onderzoeksprotocollen schrijven	42%	31%	50%	57%
Onderzoek uitvoeren	33%	34%	60%	68%
Onderzoeksresultaten toepassen in de praktijk	63%	65%	82%	89%

Tabel 2.8 – Belang medische, verpleegkundige en overige taken voor beroepsbeoefening PA's

	Van groot of tamelijk groot belang			
Medische en verpleegkundige taken PA n=32-36 (2009) n=18-20 (2010)	Huidige taken		Toekomstige taken	
	2009	2010	2009	2010
Anamnese afnemen: somatisch	83%	95%	91%	95%
Anamnese afnemen: psychiatrisch	36%	40%	36%	37%
Lichamelijk onderzoek	84%	90%	91%	90%
Aanvullend onderzoek aanvragen	92%	95%	91%	95%
Differentiaaldiagnose stellen	81%	90%	83%	90%
Zorg-/behandelplan opstellen	83%	90%	94%	95%
Medische handelingen uitvoeren	87%	95%	89%	95%
Medicatie voorschrijven	74%	90%	86%	95%
Verwijzen/consult aanvragen	82%	95%	89%	95%
Patiënt opnemen	57%	74%	62%	74%
Patiënt ontslaan	54%	58%	59%	63%
Evaluatie zorg/behandeling	74%	79%	83%	79%
Preventie/voorlichting	78%	82%	82%	90%
Overige taken PA				
Behandel-/zorgcoördinatie	69%	60%	70%	63%
Kwaliteitsbevordering	89%	90%	95%	95%
Innovatie / ontwikkeling	81%	80%	87%	84%
Deskundigheidsbevordering collega's	67%	80%	81%	95%
Formuleren onderzoeksvragen	39%	55%	70%	72%
Onderzoeksprotocollen schrijven	36%	45%	60%	42%
Onderzoek uitvoeren	39%	32%	72%	47%
Onderzoeksresultaten toepassen in de praktijk	58%	75%	79%	79%

Naast het belang van diverse taken voor de beroepsbeoefening voor NP's en PA's is de respondenten ook gevraagd om inzicht te geven in de tijdsbesteding aan deze taken. In tabel 2.9 is de relatieve tijdsbesteding van NP's en PA's aan deze beroepstaken in procenten weergegeven.

Zowel NP's als PA's geven blijk van een breed gevarieerd takenpakket waarover zij hun tijd verdelen. Afgestudeerde NP's en PA's besteden verhoudingsgewijs veel tijd aan het afnemen van somatische anamneses (met name PA's in 2010) en het lichamelijk onderzoek. PA's besteden relatief bezien veel tijd aan het uitvoeren van medische handelingen. In dit opzicht onderscheiden zij zich duidelijk van de NP's. NP's besteden in vergelijking met PA's meer tijd aan behandel/zorgcoördinatie, preventie/voorlichting en deskundigheidsbevordering van hun collega's. In veel gevallen zijn de verschillen tussen NP's en PA's wat betreft hun tijdsbesteding beperkt van omvang, net als de verschillen tussen beide monitoren. Uitzondering hierop zijn de taken kwaliteitsbevordering, evaluatie van zorg en psychiatrische anamneses; aan de eerste twee taken besteden PA's in 2010 minder tijd in vergelijking met PA's uit de voorgaande monitor en aan de laatste taak juist meer.

Wanneer we de tijdsbesteding aan medische, verpleegkundige en overige taken voor beide beroepsgroepen clusteren op basis van de cijfers in tabel 2.7 en 2.8, dan blijkt dat de PA's uit de responsgroep zich verhoudingsgewijs iets meer bezig houden met medische en verpleegkundige taken dan de NP's: 75,9 procent ten opzichte van 67,2 procent (2009) en 83,1 procent ten opzichte van 68,8 procent (2010). Omgekeerd besteden NP's relatief meer tijd aan overige taken dan PA's.

Tabel 2.9 – Tijdsbesteding aan medische, verpleegkundige en overige taken door NP's en PA's

	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
Anamnese afnemen: somatisch	11,5%	11,5%	11,8%	16,2%
Lichamelijk onderzoek	9,2%	8,4%	9,9%	10,1%
Behandel-/zorgcoördinatie	8,2%	9,1%	3,7%	3,3%
Preventie/voorlichting	7,8%	8,2%	3,8%	3,5%
Kwaliteitsbevordering	7,2%	6,1%	5,9%	2,4%
Zorg-/behandelplan opstellen	7,0%	7,1%	5,8%	5,2%
Evaluatie zorg/behandeling	5,4%	5,8%	5,5%	2,8%
Deskundigheidsbevordering collega's	5,3%	4,7%	2,8%	4,5%
Innovatie / ontwikkeling	5,1%	6,0%	3,0%	1,6%
Differentiaaldiagnose stellen	4,8%	4,6%	5,1%	6,8%
Aanvullend onderzoek aanvragen	4,4%	4,8%	4,6%	6,8%
Medische handelingen uitvoeren	3,9%	4,6%	15,9%	13,8%
Verwijzen/consult aanvragen	3,8%	3,9%	3,1%	3,4%
Anamnese afnemen: psychiatrisch	3,8%	3,2%	1,1%	4,7%
Onderzoeksresultaten toepassen in de praktijk	2,9%	2,6%	2,4%	1,4%
Medicatie voorschrijven	2,3%	2,8%	4,2%	3,7%
Onderzoek uitvoeren	2,2%	1,6%	3,2%	2,0%
Patiënt opnemen	1,7%	2,0%	2,6%	3,7%
Patiënt ontslaan	1,6%	1,8%	2,5%	2,3%
Onderzoeksprotocollen schrijven	1,0%	0,6%	1,9%	1,0%
Formuleren onderzoeksvragen	0,9%	0,6%	1,2%	0,6%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De voorgaande bevindingen ten aanzien van het belang van diverse beroepstaken en de tijdsbesteding aan deze taken door NP's en PA's roepen de vraag op naar de 'eigen professionele identiteit' van de beide beroepsgroepen. In verband hiermee is aan de respondenten gevraagd om in te gaan op de verschillen en overeenkomsten tussen NP's en PA's.

Tabel 2.10 geeft inzicht in de mate waarin NP's en PA's van mening zijn dat er sprake is van overeenkomsten en/of verschillen tussen beide beroepsgroepen. Een opvallend gegeven is dat - met name onder NP's - relatief veel respondenten aangeven onvoldoende zicht te hebben op de verschillen en overeenkomsten tussen NP's en PA's.

NP's en PA's die meer verschillen of juist meer overeenkomsten tussen beide beroepsgroepen zien, houden elkaar qua omvang ongeveer in balans. Ook is er sprake van een substantiële

middengroep, voor wie verschillen en overeenkomsten min of meer met elkaar in evenwicht zijn. PA's benadrukken echter meer de verschillen dan overeenkomsten.

Tabel 2.10 – Overeenkomsten en verschillen tussen de beroepsgroepen NP's en PA's

	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=85	n=103	n=38	n=22
Er is spraken van zeer grote verschillen tussen het beroep van NP en het beroep van PA	3,5%	1,0%	5,3%	13,6%
Er zijn wel overeenkomsten tussen het beroep van NP en het beroep van PA, maar de verschillen zijn groter dan de overeenkomsten	20,0%	24,3%	36,8%	31,8%
Verschillen en overeenkomsten tussen het beroep van NP en het beroep van PA houden elkaar ongeveer in evenwicht	17,6%	11,7%	18,4%	9,1%
Er zijn wel verschillen tussen het beroep van NP en het beroep van PA, maar de overeenkomsten zijn groter dan de verschillen	10,6%	14,6%	21,1%	27,3%
Er is sprake van zeer grote overeenkomsten tussen het beroep van NP en het beroep van PA	8,2%	7,8%	-	4,5%
Ik heb onvoldoende zicht op overeenkomsten en verschillen tussen het beroep van NP en het beroep van PA	37,6%	40,8%	15,8%	13,6%
Onbekend	2,4%	-	2,6%	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Om meer zicht te krijgen op de 'eigenheid' van beide beroepsgroepen is aan de respondenten die aangegeven hebben voldoende zicht te hebben op overeenkomsten en verschillen tussen NP's en PA's gevraagd om voor beide beroepsgroepen het belang aan te geven van medische en verpleegkundige taken en overige taken. Tabel 2.11 bevat de scores van de NP-respondenten, tabel 2.12 de scores van de PA-respondenten.

Tabel 2.11 – Belang medische, verpleegkundige en overige taken voor NP's en PA's volgens NP's

	Van groot of tamelijk groot belang			
Medische en verpleegkundige taken n=46-52 (2009) n=54-62 (2010)	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
Anamnese afnemen: somatisch	85%	90%	94%	91%
Anamnese afnemen: psychiatrisch	66%	73%	61%	72%
Lichamelijk onderzoek	83%	90%	92%	95%
Aanvullend onderzoek aanvragen	80%	87%	90%	91%
Differentiaaldiagnose stellen	81%	87%	88%	93%
Zorg-/behandelplan opstellen	86%	90%	78%	89%
Medische handelingen uitvoeren	64%	67%	88%	95%
Medicatie voorschrijven	83%	77%	86%	87%
Verwijzen/consult aanvragen	84%	89%	88%	91%
Patiënt opnemen	62%	67%	81%	84%
Patiënt ontslaan	69%	62%	83%	82%
Evaluatie zorg/behandeling	84%	89%	73%	78%
Preventie/voorlichting	92%	90%	60%	63%
Overige taken				
Behandel-/zorgcoördinatie	88%	93%	68%	68%
Kwaliteitsbevordering	92%	97%	70%	78%
Innovatie / ontwikkeling	88%	90%	72%	66%
Deskundigheidsbevordering collega's	84%	92%	70%	73%
Formuleren onderzoeksvragen	69%	74%	72%	63%
Onderzoeksprotocollen schrijven	66%	64%	63%	57%
Onderzoek uitvoeren	66%	71%	65%	55%
Onderzoeksresultaten toepassen in de praktijk	80%	90%	76%	82%

In beide monitoren geven de NP's voor hun eigen beroepsgroep de volgende verschillen aan ten opzichte van PA's: het evalueren van zorg/behandeling en preventie/voorlichting zijn meer van belang voor de beroepsuitoefening van NP's dan voor PA's. Het uitvoeren van medische handelingen en het opnemen of ontslaan van patiënten is daarentegen volgens de NP's weer belangrijker voor de PA's dan voor de NP's.

De verschillen bij de overige taken hebben volgens de NP's vooral betrekking op: behandel-/ zorgcoördinatie, kwaliteitsbevordering, innovatie/ontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Deze taken zijn volgens de NP's voor hun eigen beroepsgroep belangrijker dan voor de PA's. Ook dit beeld wordt in beide monitoren bevestigd.

Uit tabel 2.10 bleek dat PA-respondenten meer verschillen zien tussen NP's en PA's dan NP-respondenten. Dit beeld komt ook uit tabel 2.12 naar voren. PA's eigenen zich beduidend meer taken toe die volgens hen van meer belang zijn voor de beroepsuitoefening van PA's dan voor NP's. Deze verschillen komen met name tot uiting in de volgende taken: differentiaal diagnose

opstellen, zorg-/behandelplan opstellen, medische handelingen uitvoeren, medicatie voorschrijven, verwijzen/consult aanvragen, patiënt opnemen en ontslaan. Twee melisverpleegkundige taken worden door de PA's overigens belangrijker gevonden voor de beroepsuitoefening van NP's dan PA's: evaluatie zorg/behandeling en preventie/voorlichting.

Wat betreft de 'overige' taken zien de PA's in 2009 weinig verschil tussen NP's en PA's. In 2010 nemen deze verschillen echter toe, met name bij de taken: innovatie / ontwikkeling, formuleren van onderzoeksvragen en het uitvoeren van onderzoek.

Tabel 2.12 – Belang van medische, verpleegkundige en overige taken voor NP's en PA's volgens PA's

	Van groot of tamelijk groot belang			
Medische en verpleegkundige taken n=28-32 (2009) n=14-18 (2010)	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
Anamnese afnemen: somatisch	91%	94%	97%	94%
Anamnese afnemen: psychiatrisch	67%	75%	64%	71%
Lichamelijk onderzoek	81%	88%	97%	89%
Aanvullend onderzoek aanvragen	66%	81%	94%	89%
Differentiaaldiagnose stellen	41%	47%	97%	94%
Zorg-/behandelplan opstellen	72%	82%	94%	94%
Medische handelingen uitvoeren	36%	77%	97%	94%
Medicatie voorschrijven	56%	44%	94%	94%
Verwijzen/consult aanvragen	50%	59%	94%	100%
Patiënt opnemen	55%	59%	94%	89%
Patiënt ontslaan	52%	59%	88%	83%
Evaluatie zorg/behandeling	97%	88%	84%	72%
Preventie/voorlichting	97%	88%	84%	82%
Overige taken				
Behandel-/zorgcoördinatie	93%	88%	90%	82%
Kwaliteitsbevordering	100%	87%	93%	94%
Innovatie / ontwikkeling	93%	69%	83%	94%
Deskundigheidsbevordering collega's	83%	86%	87%	94%
Formuleren onderzoeksvragen	63%	50%	72%	82%
Onderzoeksprotocollen schrijven	70%	69%	67%	71%
Onderzoek uitvoeren	70%	56%	72%	82%
Onderzoeksresultaten toepassen in de praktijk	70%	75%	87%	82%

2.3 Taaksubstitutie en zorgvernieuwing

Een belangrijke reden voor de introductie van NP- en PA-functies zijn de mogelijkheden die deze functies bieden op het gebied van taaksubstitutie. NP's en PA's kunnen taken overnemen van artsen en specialisten. Daarnaast kunnen NP's ook worden ingezet voor nieuwe taken

binnen zorgorganisaties. In deze paragraaf gaan we in op taaksubstitutie en het vervullen van nieuwe taken door NP's en PA's.

Een ruime meerderheid van de afgestudeerde NP's en PA's voert medische taken uit die voorheen door een arts werden uitgevoerd. Bij de PA's ligt dit percentage in beide monitoren iets hoger dan bij de NP's, namelijk 95 procent ten opzichte van 87 procent. Bij de monitor van 2008 lagen deze percentages overigens ook al hoog, namelijk: 100 procent voor de PA's en 93 procent voor de NP's.

Het aandeel van medische taken binnen het totale takenpakket van PA's ligt overigens beduidend hoger dan bij NP's. Volgens de PA-respondenten in 2009 en 2010 bestaat gemiddeld circa 70 procent van hun takenpakket uit dergelijke taken. De NP's schatten dit percentage gemiddeld op circa 40 procent. In 2008 lagen deze percentages aanzienlijk hoger, namelijk: 86 procent voor de PA's en 54 procent voor de NP's.

Tabel 2.13 geeft inzicht in het type arts waarvan NP's en PA's medische taken overnemen bij hun beroepsuitoefening. In beide monitoren zijn bij zowel de NP's als PA's het type medisch specialist het meest vertegenwoordigd. Daarna worden ook van de artsen in opleiding tot specialist (AIOS) en de artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) taken overgenomen door NP's en PA's. Van huisartsen en verpleeghuisartsen worden relatief weinig taken overgenomen, maar dit is een gevolg van de beperkte omvang van deze disciplines binnen de responsgroep. In de categorie 'overig' worden genoemd: arts verstandelijk gehandicapten, jeugd-/schoolarts, verslavingsarts, SEH-arts of psychiater.

Tabel 2.13 – Taaksubstitutie bij artsen

	NP		PA	
Taken overgenomen van:	2009	2010	2009	2010
	n=72	n=89	n=38	n=21
Medisch specialist	47,1%	44,9%	50,0%	41,5%
AIOS	17,3%	22,5%	25,9%	26,8%
ANIOS	11,5%	15,9%	19,0%	26,8%
Verpleeghuisarts	9,6%	3,6%	-	4,9%
Huisarts	5,8%	3,6%	5,1%	-
Overig	8,7%	9,4%	-	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De afgestudeerde NP's en PA's hebben aangegeven welke taken ze van artsen overnemen. Tabel 2.14 geeft een overzicht welke taken hierbij het meeste zijn aangekruist. Beide beroepsgroepen nemen verhoudingsgewijs relatief vaak de taken (somatisch) anamnese afnemen en lichamelijk onderzoek over van artsen. Dit is vergelijkbaar met de monitor 2008, ook daarin scoren deze taken relatief hoog. In 2010 geven PA's daarbij ook de volgende taken aan: aanvullend onderzoek vragen, verwijzen/consult aanvragen en differentiaaldiagnose stellen. Over het algemeen laat de tabel weinig verschillen zien tussen NP's en PA's wat betreft het type taken dat wordt overgenomen van artsen.

Tabel 2.14 – Substitutie van artsentaken door NP's en PA's

Taken	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
Anamnese afnemen: somatisch	8,5%	8,7%	7,0%	8,6%
Lichamelijk onderzoek	8,5%	8,4%	6,8%	8,6%
Aanvullend onderzoek aanvragen	7,3%	7,2%	6,6%	8,1%
Verwijzen/consult aanvragen	7,2%	7,3%	6,6%	8,6%
Zorg-/behandelplan opstellen	6,9%	6,7%	5,7%	5,4%
Differentiaaldiagnose stellen	6,8%	5,9%	5,7%	8,1%
Medische handelingen uitvoeren	5,5%	4,6%	6,8%	7,2%
Preventie/voorlichting	5,5%	5,4%	5,3%	5,0%
Medicatie voorschrijven	5,4%	4,4%	5,9%	7,2%
Evaluatie zorg/behandeling	5,4%	6,3%	5,3%	4,5%
Behandel-/zorgcoördinatie	4,9%	6,3%	4,6%	2,7%
Deskundigheidsbevordering collega's	4,5%	4,3%	5,1%	3,2%
Kwaliteitsbevordering	4,2%	4,6%	4,0%	4,1%
Anamnese afnemen: psychiatrisch	3,6%	3,4%	3,3%	1,8%
Innovatie / ontwikkeling	3,6%	3,8%	3,3%	1,8%
Patiënt opnemen	3,0%	3,2%	3,7%	3,6%
Patiënt ontslaan	2,8%	2,5%	3,7%	3,6%
Onderzoeksresultaten toepassen in de praktijk	2,4%	2,2%	3,1%	2,7%
Onderzoek uitvoeren	1,5%	2,0%	2,6%	3,2%
Formuleren onderzoeksvragen	1,3%	1,6%	2,2%	0,9%
Onderzoeksprotocollen schrijven	1,0%	1,3%	2,4%	1,4%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 2.15 geeft inzicht in de mate waarin NP's en PA's nieuwe taken verrichten, die voorheen niet door de organisatie of afdeling werden uitgevoerd. Het merendeel van de afgestudeerde NP's (57,6 procent in 2009 en 55,7 procent in 2010) geeft aan binnen het takenpakket dergelijk nieuwe taken uit te voeren. Bij de afgestudeerde PA's ligt dit percentage in 2009 iets lager (44,7 procent). In 2010 geeft de meerderheid van de PA's echter aan géén nieuwe taken op zich te nemen die voorheen nog niet werden uitgevoerd binnen de organisatie (68,2 procent).

Dit verschil tussen NP's en PA's zien we ook terug bij de inschatting in welke mate nieuwe taken deel uitmaken van het takenpakket. Deze vraag is in de monitor 2010 toegevoegd; NP's geven aan dat 35 procent van hun takenpakket uit nieuwe taken bestaat, PA's schatten dit op 14 procent.

De nieuwe taken die NP's en PA's aangeven, liggen vooral op het gebied van: onderzoek, innovatie, deskundigheidsbevordering, toenemende rol van informatietechnologie, opzetten van nieuwe zorgpaden, preventie en voorlichting. Veel van deze nieuwe taken van NP's en PA's zijn te rubriceren als 'overige taken'. Dit lijkt ook een verklaring voor de relatief lage substitutie-scores op deze taken in tabel 2.14. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de nieuwe taken die door de afgestudeerde NP's en PA's zijn genoemd.

Tabel 2.15 – Nieuwe taken (zorgvernieuwing), voorheen niet door organisatie uitgevoerd

	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=85	n=106	n=38	n=22
Ja, ik voer nieuw taken uit die voorheen nog niet werden uitgevoerd binnen onze organisatie	57,6%	55,7%	44,7%	31,8%
Nee, ik voer geen nieuw taken uit die voorheen nog niet werden uitgevoerd binnen onze organisatie	38,8%	42,5%	52,6%	68,2%
Onbekend	3,5%	1,9%	2,6%	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.4 Ontwikkeling van het aantal NP's en PA's

In deze paragraaf gaan we in op de formatieontwikkeling van het aantal NP's en PA's binnen hun afdeling/organisatie. Gevraagd is naar een inschatting van de betreffende fte's van 2 jaar geleden, nu en in de toekomst.

Tabel 2.16a en 2.16b geven inzicht in de formatieontwikkeling van het aantal afgestudeerde NP's en PA's binnen hun eigen afdeling/organisatie. Zowel de afgestudeerde NP's als PA's geven een stijging aan. In de monitor 2009 gaat het gemiddeld om een jaarlijkse stijging van 41 procent voor de NP's en van 38 procent voor de PA's[4]. Dit zijn spectaculaire stijgingspercentages, maar bedacht dient te worden dat veel organisaties ten tijde van het vertrekpunt in 2007 vaak niet meer dan 1 of 2 fte NP's en/of PA's in dienst hadden. Een uitbreiding met 1 fte tikt dan al hard aan. Bij de monitor 2010 zien we een minder sterke stijging (maar nog steeds fors) van de formatieontwikkeling van NP's en PA's, respectievelijk 24 procent en 27 procent.

Tabel 2.16a – Formatieontwikkeling van afgestudeerde NP's en PA's (Monitor 2009)

	2007	2010	2011	Gemiddelde stijging over de periode 2007-2011
Nurse practitioners (n=61)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2007)	100	280	395	41%
Physician assistants (n=46)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2007)	100	282	365	38%

4 Methode: Compound Annual Growth Rate (CAGR)

Tabel 2.16b – Formatieontwikkeling van afgestudeerde NP's en PA's (Monitor 2010)

	2008	2010	2012	Gemiddelde stijging over de periode 2008-2012
Nurse practitioners (n=31)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2008)	100	187	233	24%
Physician assistants (n=11)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2008)	100	202	262	27%

Tabel 2.17 geeft inzicht in de inschatting die afgestudeerde NP's en PA's maken van de formatieontwikkeling van de beide beroepsgroepen binnen de zorg in het algemeen. Door beide beroepsgroepen wordt groei verwacht. Dit geldt het sterkst voor de NP's: ruim 90 procent verwacht groei, waarvan meer dan de helft van de respondenten in 2010 een sterke groei. Bij de PA's is de groeiverwachting ten opzichte van 2009 toegenomen. Zo verwacht 89 procent van de respondenten in 2010 een toename van PA's binnen de zorgsector in het algemeen.

Tabel 2.17 – Ontwikkeling van het aantal NP's en PA's binnen de zorgsector in het algemeen (opvattingen van beide beroepsgroepen samen)

	Ontwikkeling aantal NP's		Ontwikkeling aantal PA's	
	2009	2010	2009	2010
	n=123	n=123	n=123	n=107
Sterke toename	46,3%	58,5%	19,5%	35,5%
Lichte toename	47,2%	36,6%	49,6%	53,3%
Blijft gelijk	4,9%	4,1%	10,6%	9,3%
Lichte afname	-	-	-	1,9%
Sterke afname	-	0,8%	0,8%	-
Onbekend	1,6%	-	19,5%	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De respondenten is ook gevraagd bij welke specialisatie of categorie patiënten de meeste groei te verwachten is. Tabel 2.18 laat zien dat in ziekenhuizen de meeste groei te verwachten is bij de specialisaties Cardiologie, Oncologie en Geriatrie. Daarnaast zullen huisartsenpraktijken en verpleeghuizen volgens de respondenten steeds meer gebruik gaan maken van de inzet van NP's en PA's. Dit beeld wordt in beide monitoren bevestigd.

Tabel 2.18 – Specialisaties waarbij de inzet van NP's en PA's toeneemt

	2009	2010
Cardiologie	9,7%	11,0%
Huisartsenpraktijk	9,2%	8,1%
Verpleeghuis	9,2%	8,8%
Oncologie	8,9%	8,7%
Geriatrie	8,7%	9,4%
Chirurgie	7,9%	7,4%
Neurologie	6,3%	5,6%
Interne geneeskunde	6,0%	6,9%
Reumatologie	5,7%	4,9%
Anesthesiologie	5,6%	4,8%
GGZ	5,4%	6,7%
Urologie	5,1%	4,8%
Dermatologie	3,6%	4,3%
Intensive care	2,7%	3,2%
Overig	6,0%	2,4%
Totaal	100,0%	100,0%

Wat betreft de formatieontwikkeling van NP's en PA's in opleiding geven de respondenten aan dat er sprake is van een daling. In 2009 betreft dit 6,2 procent voor de NP's en 9,7 procent voor de PA's. In 2010 is de daling iets minder sterk, respectievelijk: 3,5 procent en 6,0 procent.

2.5 Bevorderende factoren

Tot slot is aan de respondenten gevraagd om bevorderende factoren met betrekking tot de inzet van NP's en PA's aan te geven, zie tabel 2.19.

De factoren die in zowel de monitor 2009 als 2010 als meest bevorderend worden gezien zijn:
- een uitbreiding van de zorgvraag;
- binnen DBC's ruimte creëren voor het verrichten van medische taken door NP's;
- een heldere visie binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en NP's, alsmede hun specifieke meerwaarde.

In de monitor 2010 wordt benadrukt dat het wettelijk regelen (Wet BIG) van de bevoegdheden van NP's eveneens zeer bevorderlijk werkt.

Tabel 2.19 – Bevorderende factoren met betrekking tot de inzet van NP's

	Zeer of tamelijk bevorderend effect	
	2009	2010
	n=83	n=106
Een *tekort* aan artsen, arts-assistenten en/of praktijk-ondersteuners	72%	77%
Een *uitbreiding* van de zorgvraag	89%	96%
Het *wettelijk regelen* (Wet BIG) van de bevoegdheden van NP's	78%	85%
Binnen DBC's ruimte creëren voor het verrichten van medische taken door NP's	89%	85%
Een *heldere visie* binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en NP's, alsmede de specifieke meerwaarde van artsen en NP's	92%	90%
Een *heldere keuze* binnen de organisatie om een loopbaanperspectief te bieden voor verpleegkundig en paramedisch personeel	86%	76%
Het *centraal stellen* van de zorgvraag als sturend principe voor de zorgverlening	85%	73%

Tabel 2.20 geeft hetzelfde overzicht van bevorderende factoren weer, maar dan voor de inzet van PA's.

Tabel 2.20 – Bevorderende factoren met betrekking tot de inzet van PA's

	Zeer of tamelijk bevorderend effect	
	2009	2010
	n=38	n=22
Een *tekort* aan artsen, arts-assistenten en/of praktijkondersteuners	87%	100%
Een *uitbreiding* van de zorgvraag	92%	86%
Het *wettelijk regelen* (Wet BIG) van de bevoegdheden van PA's	84%	85%
Binnen DBC's ruimte creëren voor het verrichten van medische taken door PA's	42%	90%
Een *heldere visie* binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en PA's, alsmede de specifieke meerwaarde van artsen en PA's	84%	91%
Een *heldere keuze* binnen de organisatie om een loopbaanperspectief te bieden voor verpleegkundig en paramedisch personeel	63%	82%
Het *centraal stellen* van de zorgvraag als sturend principe voor de zorgverlening	46%	77%

Uit beide monitoren worden de volgende factoren genoemd die met name bevorderend werken voor de inzet van PA's:

- een tekort aan artsen, arts-assistenten en/of praktijkondersteuners;
- een uitbreiding van de zorgvraag;
- het wettelijk regelen (Wet BIG) van de bevoegdheden van PA's;
- een heldere visie binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en PA's, alsmede hun specifieke meerwaarde.

In de monitor 2010 wordt benadrukt dat het binnen DBC's ruimte creëren voor het verrichten van medisch taken door PA's eveneens zeer bevorderlijk werkt, alsmede het bieden van een loopbaanperspectief voor verpleegkundig en paramedisch personeel.

Overeenkomsten in de antwoorden van NP's en PA's zijn - in beide monitoren - met name te vinden in de volgende factoren: een uitbreiding van de zorgvraag, een heldere visie binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en NP's/PA's, alsmede hun specifieke meerwaarde. Deze twee factoren worden door zowel NP's als PA's als zeer of tamelijk bevorderend gezien met betrekking tot hun inzet.

De PA's zien daarnaast - meer dan de NP's - een tekort aan artsen, arts-assistenten en/of praktijkondersteuners als meer bevorderend. Waarschijnlijk kan dit verklaard worden doordat PA's meer medische taken uitvoeren en meer taken van artsen overnemen dan NP's (zie paragraaf 2.2 en 2.3).

Ten slotte is de respondenten gevraagd naar hun oordeel over de effecten van de inzet van NP's en PA's binnen de zorg. De antwoorden komen in belangrijke mate overeen met de antwoorden op de vraag naar de redenen voor het inzetten van NP's en PA's binnen hun eigen organisatie. De afgestudeerde NP's en PA's noemen vooral kwaliteitsverbetering en het bevorderen van de continuïteit van zorg als voornaamste effect. PA's noemen daarnaast relatief veel het ontlasten van artsen en artsspecialisten als effect.

Tabel 2.21a – Voornaamste effecten van de inzet van NP's en PA's

	NP		PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=83	n=102	n=36	n=21
Kwaliteitsverbetering van zorg	71,5%	34,8%	64,6%	27,9%
Ontlasten van artsen en artsspecialisten	14,5%	15,8%	23,6%	21,3%
Bieden van een loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedisch personeel	11,9%	9,9%	9,1%	13,1%
Meer contacttijd met patiënten	.	15,0%	.	14,8%
Bevorderen van de continuïteit van zorg	.	24,2%	.	23,0%
Andere redenen	2,1%	0,4%	2,7%	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3 Onderzoek onder managers

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitkomsten van het onderzoek onder medisch managers (in de tekst ook aangeduid als *managers*) van afgestudeerde NP´s en/of PA´s. Gegevens over de respons staan in paragraaf 1.4.

3.1 Organisatie- en functiekenmerken

Het merendeel van de managers uit de monitor 2009/2010 geeft leiding aan uitsluitend NP's, respectievelijk 64,7 procent en 66,7 procent. Een minderheid geeft leiding aan alleen PA's of aan beide beroepsgroepen, zie tabel 3.1.

In dit hoofdstuk worden bij sommige tabellen een splitsing gemaakt tussen de groepen managers voor NP's en PA's. De managers die verantwoordelijk zijn voor zowel NP's als PA's worden in deze gevallen zowel meegeteld bij de NP's als bij de PA's. Het totaal aantal antwoorden kan hierdoor oplopen.

Tabel 3.1 – Responsverdeling van managers met verantwoordelijkheid voor NP's en/of PA's

	Absoluut		Relatief	
	2009	2010	2009	2010
Managers alléén verantwoordelijk voor NP's	22	20	64,7%	66,7%
Managers alléén verantwoordelijk voor PA's	7	4	20,6%	13,3%
Managers verantwoordelijk voor zowel NP's als PA's	5	6	14,7%	20,0%
Totaal	34	30	100,0%	100,0%

Tabel 3.2 geeft een overzicht van de specialisatie of categorie patiënten waarmee de afdeling van de managers is belast. Wat opvalt, is dat NP's en PA's binnen een wijdverbreid terrein van specialisaties werkzaam zijn. Tussen de specialisaties of categorieën patiënten zijn er kleine procentuele verschillen waar te nemen.

Tabel 3.2 – Specialisatie of categorie patiënten waarmee de afdeling is belast

	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
Neurologie	14,8%	5,4%	7,7%	-
Oncologie	9,3%	10,8%	7,7%	8,3%
GGZ	9,3%	8,1%	-	-
Chirurgie	7,4%	8,1%	7,7%	16,7%
Dermatologie	5,6%	-	-	16,7%
Geriatrie	5,6%	10,8%	-	8,3%
Verpleeghuis	5,6%	2,7%	-	-
Interne geneeskunde	3,7%	5,4%	7,7%	-
Reumatologie	3,7%	2,7%	7,7%	-
Cardiologie	3,7%	10,8%	-	8,3%
Huisartsenzorg	1,9%	-	7,7%	8,3%
Urologie	1,9%	2,7%	-	-
Anesthesiologie	-	2,7%	7,7%	-
Intensive care	-	-	7,7%	-
Neurochirurgie	1,9%	-	-	-
Maag, darm en lever	1,9%	2,7%	-	-
Longziekten	3,7%	5,4%	-	-
Hoogrisicozwangerschappen	1,9%	-	-	-
Geriatrie	1,9%	-	-	-
Spoedeisende hulp (SEH)	1,9%	2,7%	-	-
ICC	1,9%	-	-	-
Slaapgeneeskunde	1,9%	-	15,4%	-
Klinische neurofysiologie	1,9%	-	7,7%	-
Chronische zorg	1,9%	-	-	-
CVA	1,9%	-	-	-
Thuiszorgtechnologie	1,9%	-	-	-
Gynaecologie	1,9%	-	-	-
Radiologie-/therapie	-	-	15,4%	-
Nefrologie	-	2,7%	-	-
Kindergeneeskunde	-	8,1%	-	-
Palliatieve zorg	-	2,7%	-	-
Schisispatiënten	-	2,7%	-	-
Vaatchirurgie	-	2,7%	-	8,3%
Orthopedie	-	-	-	8,3%
Verloskunde	1,0%	-	-	16,7%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Uit tabel 3.3 blijkt dat voor de managers van NP's en PA's uit hoofdstuk 2, kwaliteitsverbetering van zorg het belangrijkste motief was voor het aanstellen van NP's en PA's. Daarop volgt het argument van het ontlasten van artsen en artsspecialisten. Analoog aan het afgestudeerden-onderzoek wordt dit argument door de leidinggevenden van PA's iets sterker benadrukt. De in 2010 toegevoegde categorie 'bevorderen van de continuïteit van zorg' scoort ook relatief hoog, overeenkomstig met het afgestudeerdenonderzoek.

Tabel 3.3 – Achterliggende redenen voor de inzet van NP's en PA's

	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=26	n=25	n=12	n=10
Kwaliteitsverbetering van zorg	51,4%	24,5%	45,6%	16,7%
Ontlasten van artsen en artsspecialisten	20,2%	18,6%	25,0%	18,8%
Bieden van een loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedisch personeel	15,6%	13,7%	13,6%	14,6%
Meer contacttijd met patiënten	.	13,7%	.	10,4%
Bevorderen van de continuïteit van zorg	.	17,6%	.	18,8%
Toename zorgvraag	11,9%	8,8%	15,9%	14,6%
Andere redenen	0,9%	8,8%	-	6,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.2 Taken van NP's en PA's

Tabel 3.4 geeft het belang in algemene zin aan van medische, verpleegkundige en overige taken voor het beroep van NP en PA vanuit het perspectief van de leidinggevenden.

De drie taken van NP's die volgens hun managers in beide monitoren het hoogst in belang scoren zijn: het geven van preventie en voorlichting, het (somatisch) anamnese afnemen en evaluatie van zorg/behandeling. De taken die voor NP's minder of enigszins van belang zijn: differentiaaldiagnose opstellen, patiënt opnemen en ontslaan. Deze laatste twee taken worden door de NP´s zelf ook van minder belang geacht.

Tabel 3.4 – Belang van medische, verpleegkundige en overige taken voor NP's en PA's volgens hun managers

	Van groot of tamelijk groot belang			
Medische en verpleegkundige taken n=14-17 (2009) n=11-15 (2010)	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
Anamnese afnemen: somatisch	94%	79%	93%	92%
Anamnese afnemen: psychiatrisch	71%	36%	64%	64%
Lichamelijk onderzoek	88%	67%	93%	67%
Aanvullend onderzoek aanvragen	65%	73%	79%	75%
Differentiaaldiagnose stellen	47%	57%	79%	67%
Zorg-/behandelplan opstellen	81%	80%	93%	83%
Medische handelingen uitvoeren	59%	54%	86%	83%
Medicatie voorschrijven	65%	47%	69%	73%
Verwijzen/consult aanvragen	50%	71%	72%	82%
Patiënt opnemen	50%	42%	46%	82%
Patiënt ontslaan	42%	33%	46%	64%
Evaluatie zorg/behandeling	75%	87%	57%	75%
Preventie/voorlichting	100%	93%	57%	75%
Overige taken				
Behandel-/zorgcoördinatie	94%	87%	64%	75%
Kwaliteitsbevordering	82%	93%	79%	92%
Innovatie / ontwikkeling	59%	93%	50%	75%
Deskundigheidsbevordering collega's	75%	93%	79%	75%
Formuleren onderzoeksvragen	50%	71%	54%	58%
Onderzoeksprotocollen schrijven	41%	69%	39%	75%
Onderzoek uitvoeren	41%	79%	46%	67%
Onderzoeksresultaten toepassen in de praktijk	65%	80%	62%	83%

Bij PA's worden net als bij de NP's het (somatisch) anamnese afnemen als belangrijke taken gezien. Daarnaast blijken ook het opstellen van een behandelplan en het uitvoeren van medische handelingen hoog te scoren.

Kijken we naar de verschillen tussen de 'overige' taken van NP's en PA's, dan worden vooral de twee taken door managers van NP's (iets) belangrijker geschat: behandel-/zorgcoördinatie en kwaliteitsbevordering.

Gemiddeld genomen vindt 66 procent van de managers van NP's uit beide monitoren de voorgelegde medische en verpleegkundige taken van (tamelijk) groot belang voor de beroepsuitoefening van NP's tegenover 74 procent van de leidinggevenden van PA's. Voor de overige taken liggen deze percentages op respectievelijk 73 en 67 procent. De perceptieverschillen tussen leidinggevenden van NP's en PA's zijn dus klein.

Op grond van tabel 3.4 lijkt er weinig verschil te zijn tussen het belang dat de leidinggevenden van NP's en PA's toekennen aan het belang van medische, verpleegkundige en overige taken voor de beroepsbeoefening van NP's en PA's. Hoe kijken deze managers in algemene zin aan tegen verschillen en overeenkomsten tussen de beide beroepsgroepen?

Allereerst geeft een relatief groot deel van de managers van NP's en PA's aan onvoldoende zicht te hebben op overeenkomsten en verschillen tussen NP's en PA's, respectievelijk de helft van de leidinggevenden van de NP's en 10 tot 25 procent voor de leidinggevenden van de PA's, zie tabel 3.5.

Tabel 3.5 – Overeenkomsten en verschillen tussen de beroepsgroepen NP's en PA's

	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=26	n=25	n=12	n=8
Er is spraken van zeer grote verschillen tussen het beroep van NP en het beroep van PA	3,8%	3,8%	-	-
Er zijn wel overeenkomsten tussen het beroep van NP en het beroep van PA, maar de verschillen zijn groter dan de overeenkomsten	11,5%	7,7%	16,7%	30,0%
Verschillen en overeenkomsten tussen het beroep van NP en het beroep van PA houden elkaar ongeveer in evenwicht	19,2%	11,5%	16,7%	20,0%
Er zijn wel verschillen tussen het beroep van NP en het beroep van PA, maar de overeenkomsten zijn groter dan de verschillen	7,7%	19,2%	25,0%	30,0%
Er is sprake van zeer grote overeenkomsten tussen het beroep van NP en het beroep van PA	7,7%	3,8%	16,7%	10,0%
Ik heb onvoldoende zicht op overeenkomsten en verschillen tussen het beroep van NP en het beroep van PA	50,0%	53,8%	25,0%	10,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bij de managers van de NP's is de 'verschilgroep' in 2009 van een vergelijkbare omvang als de 'overeenkomstengroep', in 2010 is de 'verschilgroep echter twee maal zo groot. Bij de managers van de PA's in 2009 is de groep die meer overeenkomsten ziet dan verschillen (42%) juist groter dan de groep die meer verschillen ziet dan overeenkomsten (17%). Dit laatste is opvallend, omdat PA's zelf in beduidend grotere mate wijzen op verschillen tussen PA's en NP's dan op overeenkomsten. In 2010 liggen de verschil- en overeenkomstgroep van de PA-managers overigens dichter bij elkaar. De middengroep, waarbij verschillen en overeenkomsten tussen NP's en PA's elkaar ongeveer in evenwicht houden, is in beide monitoren bij zowel de leidinggevenden van NP's als bij de leidinggevenden van PA's substantieel te noemen.

Een relatief groot gedeelte van de managers uit de responsgroep geeft aan onvoldoende zicht te hebben op de verschillen dan wel overeenkomsten tussen beide beroepsgroepen. De gevonden uitkomsten hebben daarom betrekking op relatief weinig respondenten en zullen daarom met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Desalniettemin overheerst het beeld, dat voor de managers uit het onderzoek de overeenkomsten tussen beide beroepsgroepen relatief groot zijn en dat verschillen tussen beide beroepsgroepen op managementniveau niet scherp worden waargenomen. Deze indruk wordt bevestigd door de scores van de mana-

gers die zowel leiding geven als NP's als aan PA's (5 respondenten in 2009 en 6 respondent in 2010). Eén van deze managers geeft aan onvoldoende zicht op verschillen en overeenkomsten te hebben, drie managers zitten in de 'middengroep', drie managers zitten in de 'verschillengroep' en vier managers in de 'overeenkomstengroep'. Dit roept de vraag op van profilering van beide beroepsgroepen en de onderbouwing door managers van keuzes voor NP- dan wel PA-functies binnen hun organisatie/afdeling.

3.3 Taaksubstitutie en zorgvernieuwing

Een ruime meerderheid van de managers geeft aan dat NP's en PA's taken uitvoeren die voorheen door een arts werden uitgevoerd: PA-managers 100 procent (2009) en 80 procent (2010), NP-managers 92 procent (2009) en 96 procent (2010). In vergelijking met de monitor van 2008 werd er ook een relatief hoge score gegeven op deze vraag, namelijk: 93 procent, gemeten over de gehele responsgroep.

Kijken we naar het aandeel van de medische taken binnen het takenpakket dan zien we in zowel de monitor 2009 als 2010 een duidelijk verschil tussen NP's en PA's. De NP-managers geven aan dat het takenpakket van hun NP's rond de 45 procent bestaat uit medische taken die van artsen worden overgenomen, terwijl PA-managers dit op 70 procent schatten. De scores van de managers van PA's komen overeen met de scores van de PA's zelf, de managers van NP's scoren iets hoger dan de NP's zelf.

Tabel 3.6 geeft inzicht in het type medicus, waarvan de NP's en PA's taken overnemen. Bij zowel de NP's als PA's is medisch specialist het sterkst vertegenwoordigd. Daarna worden ook taken van de AIOS en ANIOS overgenomen door NP's en PA's. Deze uitkomsten zijn vergelijkbaar met de monitor van 2008.

Tabel 3.6 – Taaksubstitutie bij artsen

	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=24	n=25	n=12	n=8
Medisch specialist	46,2%	52,5%	47,1%	54,5%
AIOS	20,5%	15,0%	41,7%	18,2%
ANIOS	10,3%	22,5%	16,7%	18,2%
Huisarts	10,3%	-	11,8%	9,1%
Verpleeghuisarts	10,3%	2,5%	-	-
Anders	2,6%	7,5%	-	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

In tabel 3.7 specificeren de managers van NP's en PA's de taken die door NP's en PA's van artsen worden overgenomen. Voor beide beroepsgroepen geldt dat de taken somatisch anamnese afnemen en het lichamelijk onderzoek relatief vaak worden overgenomen. Deze taken werden tijdens de monitor van 2008 ook het meeste aangegeven.

De managers van NP's geven aan dat het geven van preventie en voorlichting een belangrijke substitutietaak is. Voor PA's geldt dit in (iets) mindere mate. In de optiek van hun managers ligt het zwaartepunt van substitutie (net zoals volgens de PA's zelf) bij medische en verpleegkundige handelingen.

Tabel 3.7a –Taaksubstitutie van artsen naar NP's en PA's

Taken	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
Anamnese afnemen: somatisch	7,4%	7,1%	8,5%	5,8%
Preventie/voorlichting	7,0%	7,1%	4,6%	6,7%
Lichamelijk onderzoek	6,4%	7,1%	8,5%	6,7%
Zorg-/behandelplan opstellen	6,4%	6,4%	7,7%	5,8%
Aanvullend onderzoek aanvragen	6,0%	6,4%	7,7%	4,8%
Verwijzen/consult aanvragen	6,0%	5,1%	6,2%	3,8%
Kwaliteitsbevordering	6,0%	7,1%	5,4%	6,7%
Behandel-/zorgcoördinatie	6,0%	6,7%	2,3%	4,8%
Innovatie / ontwikkeling	5,7%	6,1%	4,6%	6,7%
Deskundigheidsbevordering collega's	5,4%	6,1%	3,8%	5,8%
Medicatie voorschrijven	5,0%	3,8%	5,4%	3,8%
Evaluatie zorg/behandeling	5,0%	4,8%	3,8%	3,8%
Medische handelingen uitvoeren	3,7%	4,2%	6,2%	6,7%
Patiënt opnemen	3,7%	1,9%	3,8%	4,8%
Onderzoeksprotocollen schrijven	3,3%	2,9%	3,8%	2,9%
Onderzoek uitvoeren	3,3%	4,2%	3,8%	2,9%
Onderzoeksresultaten toepassen in de praktijk	3,3%	2,9%	2,3%	2,9%
Differentiaaldiagnose stellen	3,0%	4,5%	5,4%	5,8%
Formuleren onderzoeksvragen	3,0%	2,6%	3,1%	2,9%
Patiënt ontslaan	2,3%	1,3%	2,3%	3,8%
Anamnese afnemen: psychiatrisch	2,0%	1,9%	0,8%	1,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

In de monitor 2010 is een extra vraag toegevoegd met betrekking tot substitutie-effecten[5]. De managers is gevraagd hoe ze de NP- PA- formatie gaan opvangen, indien NP's en PA's binnen hun afdeling, maatschap of organisatieonderdeel zouden verdwijnen. Een ruime meerderheid - 70 procent - van de managers zou dan nieuwe functionarissen aantrekken, 21 procent van de managers vangt taken binnen de huidige formatie op en 9 procent geeft beide mogelijkheden aan. Als er nieuwe functionarissen worden aangesteld, gaat het relatief veel om verpleegkundigen en medisch specialisten. Bij PA's worden ietwat minder verpleegkundigen en meer ANIOS'en aangesteld, maar deze verschillen zijn procentueel klein van omvang (zie tabel 3.7b).

5 Deze substitutievraag is ook voorgelegd aan NP-PA-managers uit de monitor 2008/2009. Dit leverde een extra respons op van 62 managers.

Tabel 3.7b – Substitutie van de formatie indien NP's en PA's zouden verdwijnen

Type functionarissen	NP	PA
	n=49	n=24
Medisch specialisten	31%	31%
Verpleegkundigen	29%	26%
AIOS	17%	18%
ANIOS	15%	21%
Praktijkondersteuners	8%	5%
Totaal	100%	100%

Naast substitutie is er ook sprake van nieuwe taken, die voorheen nog niet werden uitgevoerd binnen de organisatie of afdeling, zie tabel 3.8. Volgens de helft van de managers van NP's is er sprake van het uitoefenen van nieuwe taken door NP's. Dit cijfer ligt iets onder het cijfer van de NP's zelf. Van de PA-managers in 2009 is slechts een kwart van mening dat PA's nieuwe taken uitoefenen, in 2010 betreft dit 40 procent.

Tabel 3.8 – Nieuwe taken (zorgvernieuwing) die voorheen nog niet door de organisatie werden uitgevoerd

	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=24	n=26	n=12	n=10
Ja, er zijn nieuwe taken	50,0%	50,0%	24,0%	40,0%
Nee, er zijn geen nieuwe taken	50,0%	50,0%	75,0%	60,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De nieuwe taken die managers van NP's en PA's noemen zijn gevarieerd en verschillen van taakniveau. Zo wordt bijvoorbeeld in dezelfde lijst 'kwaliteitsbevordering' genoemd, maar ook 'cardiovasculair risicomanagement bij gebruik antipsychotica'. Algehele kernwoorden zijn: ontwikkelen, opzetten, adviseren, begeleiden, communiceren, opleiden en innovatie. In bijlage 3 is een lijst opgenomen van nieuwe taken die door managers zijn genoemd. De NP-managers geven aan dat gemiddeld 35 procent van het takenpakket van NP's bestaat uit nieuwe taken. Dit komt overeen met de schatting die de afgestudeerde NP's zelf maken. Bij de managers van PA's is er op deze vraag onvoldoende antwoord gegeven.

3.4 Ontwikkeling van het aantal NP's en PA's

In deze paragraaf wordt de formatieontwikkeling van het aantal NP's en PA's behandeld vanuit het oogpunt van de managers. De managers zijn gevraagd om het aantal fte's ten tijde van de enquête aan te geven voor NP's, PA's, AIOS, ANIOS en artsspecialisten binnen hun organisatie/afdeling. Daarbij is gevraagd naar een inschatting van de betreffende fte's van 2 jaar geleden, nu en in de toekomst.

In tabel 3.9a en 3.9b geven de managers een indicatie met betrekking tot de formatieontwikkeling van afgestudeerde NP's en PA's. Voor beide beroepsgroepen geven de managers in 2009 een gemiddelde stijging[6] van de formatieontwikkeling, respectievelijk 36 procent en 28 procent. De NP-managers in 2010 geven een iets wat minder hoge stijging, maar nog fors (22 procent). Bij de managers van de PA´s in 2010 is er op deze vraag geen (volledig) antwoord gegeven.

Tabel 3.9a – Formatieontwikkeling van afgestudeerde NP's en PA's (Monitor 2009)

	2007	2009	2011	Gemiddelde stijging over de periode 2007-2011
Nurse practitioners (n=18)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2007)	100	247	341	36%
Physician assistants (n=7)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2007)	100	202	266	28%

Tabel 3.9b – Formatieontwikkeling van afgestudeerde NP's (Monitor 2010)

	2008	2010	2012	Gemiddelde stijging over de periode 2008-2012
Nurse practitioners (n=6)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2008)	100	145	223	22%

In bijlage 4 zijn tabellen opgenomen met betrekking tot de formatieontwikkeling van AIOS, ANIOS en artsspecialisten. Gezien de relatief lage respons moeten we de cijfers met enige voorzichtigheid benaderen.

De managers schatten in dat bij de AIOS de formatie zo goed als gelijk zal blijven; de gemiddelde stijging over de periode 2007-2011 betreft 1 procent en voor de periode 2008-2012 een daling van 2 procent. Voor ANIOS lijkt de gemiddelde stijging in de monitor 2009 hoger te liggen, namelijk 14 procent, hoewel deze stijging in de monitor 2010 wordt afgezwakt naar 2 procent. Voor artsspecialisten betreft dit percentage respectievelijk 3 procent en 7 procent.

In tabel 3.10 wordt de toe-/afname van de NP's en PA's binnen de zorgsector in het algemeen belicht. In beide monitoren zien zowel de managers van NP's en PA's een toename van de formatieontwikkeling. Gemiddeld geeft ongeveer een derde van de managers van NP's en PA's hierbij aan een sterke toename te verwachten. De afgestudeerde NP's en PA's hebben in ongeveer dezelfde verhouding, zij het met een iets hogere intensiteit, deze inschatting gemaakt. Dit bleek overigens ook uit de monitor van 2008, de managers voorspellen in vergelijking met de afgestudeerden iets voorzichtiger. In die monitor gaf 78 procent van de afgestudeerden aan een toename van het aantal NP's en PA's te verwachten in vergelijking met 59 procent van de managers.

6 Methode: Compound Annual Growth Rate (CAGR)

Tabel 3.10 – Ontwikkeling van het aantal NP's en PA's binnen de zorgsector in het algemeen

	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=29	n=26	n=19	n=18
Sterke toename	34,5%	42,3%	26,3%	38,9%
Lichte toename	65,5%	50,0%	63,2%	61,1%
Blijft gelijk	-	3,8%	10,5%	-
Lichte afname	-	3,8%	-	-
Sterke afname	-	-	-	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Naast de algehele groei of krimpverwachting met betrekking tot de inzet van NP's en PA's, is vervolgens aan de managers gevraagd bij welke specialisatie of categorie patiënten de meeste groei te verwachten is.

Tabel 3.11 laat zien dat managers vooral in bepaalde ziekenhuisafdelingen een groei verwachten van het aantal NP's en PA's.

Tabel 3.11 – Specialisaties waarbij de inzet van NP's en PA's toeneemt

	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
Oncologie	10,8%	9,9%	5,1%	10,7%
Geriatrie	10,8%	13,6%	2,6%	7,1%
Huisartsenpraktijk	9,2%	3,7%	10,3%	7,1%
Verpleeghuis	9,2%	6,2%	5,1%	3,6%
Interne geneeskunde	6,9%	7,4%	7,7%	7,1%
Neurologie:	6,9%	4,9%	-	-
GGZ	6,9%	3,7%	-	10,7%
Chirurgie	6,2%	8,6%	20,5%	-
Cardiologie	6,2%	8,6%	7,7%	10,7%
Dermatologie	6,2%	1,2%	2,6%	10,7%
Reumatologie	6,2%	6,2%	-	3,6%
Urologie	3,8%	7,4%	2,6%	3,6%
Intensive care	3,1%	6,2%	7,7%	-
Anesthesiologie	0,8%	2,5%	17,9%	7,1%
Anders	5,9%	9,9%	10,2%	17,8%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Wat betreft de formatieontwikkeling van NP's en PA's in opleiding geven de managers van 2009 een gelijkblijvende formatie aan. Deze inschatting is echter wel op een relatief lage respons gebaseerd. Bij de managers van de monitor 2010 is er op deze vraag onvoldoende antwoord gegeven.

3.5 Bevorderende factoren

Tot slot van de vragenlijst is er gevraagd naar bevorderende factoren voor de inzet van NP's en PA's. Daarnaast hebben de managers aangegeven wat volgens hen het voornaamste effect van de inzet van een functie als NP of PA binnen de zorg is.

Tabel 3.12 laat zien dat de genoemde factoren bevorderend werken voor de inzet van NP's, maar bovenal wordt in beide monitoren genoemd:
- een uitbreiding van de zorgvraag;
- binnen DBC's ruimte creëren voor het verrichten van medische taken door NP's
- een heldere visie binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en NP's, alsmede hun specifieke meerwaarde.

Dit beeld komt geheel overeen met de antwoorden van de afgestudeerde NP's.

Tabel 3.12 – Bevorderende factoren met betrekking tot de inzet van NP's volgens managers

	Zeer of tamelijk bevorderend effect	
	2009	2010
	n=21	n=24
Een *tekort* aan artsen, arts-assistenten en/of praktijk-ondersteuners	72%	76%
Een *uitbreiding* van de zorgvraag	82%	83%
Het *wettelijk regelen* (Wet BIG) van de bevoegdheden van NP's	57%	77%
Binnen DBC's ruimte creëren voor het verrichten van medische taken door NP's	82%	83%
Een *heldere visie* binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en NP's, alsmede hun specifieke meerwaarde	86%	76%
Een *heldere keuze* binnen de organisatie om een loopbaanperspectief te bieden voor verpleegkundig en paramedisch personeel	64%	71%
Het *centraal stellen* van de zorgvraag als sturend principe voor de zorgverlening	65%	67%

Een overzicht van de bevorderende factoren voor de inzet van PA's is weergegeven in tabel 3.13. De genoemde factoren werken bevorderend, maar bovenal wordt in beide monitoren genoemd:
- een uitbreiding van de zorgvraag;
- een heldere visie binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en PA's, alsmede hun specifieke meerwaarde.

Tabel 3.13 – Bevorderende factoren met betrekking tot de inzet van PA's volgens managers

	Zeer of tamelijk bevorderend effect	
	2009	2010
	n=10	n=10
Een *tekort* aan artsen, arts-assistenten en/of praktijk-ondersteuners	60%	80%
Een *uitbreiding* van de zorgvraag	70%	90%
Het *wettelijk regelen* (Wet BIG) van de bevoegdheden van PA's	60%	80%
Binnen DBC's ruimte creëren voor het verrichten van medische taken door PA's	60%	80%
Een *heldere visie* binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en PA's, alsmede hun specifieke meerwaarde	89%	80%
Een *heldere keuze* binnen de organisatie om een loopbaanperspectief te bieden voor verpleegkundig en paramedisch personeel	60%	80%
Het *centraal stellen* van de zorgvraag als sturend principe voor de zorgverlening	65%	70%

In vergelijking met de afgestudeerde PA's hechten de managers relatief iets minder waarde aan de factoren: een tekort aan artsen, arts-assistenten en/of praktijkondersteuners; het wettelijk regelen (wet BIG) van de bevoegdheden van NP's en PA's.

De managers zien vooral kwaliteitsverbetering van zorg als voornaamste effect en het ontlasten van artsen en artsspecialisten. Bij de monitor van 2008 werd kwaliteitsverbetering van zorg zowel door de afgestudeerden als managers ook het meeste genoemd. De managers van NP's en PA's in 2010 scoren eveneens hoog op de extra toegevoegde categorie 'bevorderen van de continuïteit van zorg'.

Tabel 3.14 – Voornaamste effecten van de inzet van NP's en PA's volgens managers

	Managers NP		Managers PA	
	2009	2010	2009	2010
	n=26	n=26	n=12	n=9
Kwaliteitsverbetering van zorg	57,0%	21,7%	60,5%	15,9%
Ontlasten van artsen en artsspecialisten	23,0%	19,1%	23,2%	18,2%
Bieden van een loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedisch personeel	17,0%	12,2%	16,3%	15,9%
Meer contacttijd met patiënten	.	16,5%	.	18,2%
Bevorderen van de continuïteit van zorg	.	20,0%	.	18,2%
Toename zorgvraag	-	8,7%	-	13,6%
Andere redenen	3,0%	1,7%	-	-
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4 Samenvattende conclusies

I In opdracht van het Platform NP-PA heeft het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) onderzoek gedaan naar de arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners (NP's) en physician assistants (PA's). Aanleiding voor dit verzoek is de toezegging van VWS aan de Tweede Kamer om de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt- en opleidingsmarkt voor NP's en PA's te zullen monitoren. Voortbouwende op de monitor van 2008, wordt in de voorliggende rapportage de bevindingen gepresenteerd van het monitoronderzoek in 2009 en 2010.

II De belangrijkste conclusies van het onderzoek onder afgestudeerden en hun managers zijn:

1. Werkkring van NP's en PA's
De grootste groep afgestudeerden NP's en PA's werkt in een ziekenhuis. Daarnaast zijn er ook afgestudeerden werkzaam in andere typen organisaties, zoals GGZ-instellingen, huisartsenzorg, verpleeghuizen en ambulancediensten.

2. Functie na afloop van de opleiding MANP en MPA
De meeste opgeleide NP´s en PA´s blijken te werken in een aansluitende functie NP of PA. Voor de meeste afgestudeerden wordt de functie ook als zodanig betiteld. Tevens blijft het specialisme of de categorie patiënten van de afgestudeerden vaak onveranderd na de masteropleiding.

3. Redenen om NP/PA-functies te creëren
De belangrijkste reden voor het aanstellen van NP's en PA's binnen de zorg is - met stip - 'kwaliteitsverbetering van de zorg'. Als afgeleiden daarvan zien we redenen als het bevorderen van de continuïteit van zorg en meer contacttijd met patiënten. Een tweede belangrijk effect is 'het ontlasten van artsen en artsspecialisten'. Als derde motief worden min of meer ex aequo genoemd 'het bieden van een loopbaanperspectief voor verpleegkundig en paramedisch personeel' en 'een toename van de zorgvraag'.

4. Taken van NP's en PA's
Alle voorgelegde medische en verpleegkundige taken zijn voor de beroepsuitoefening van NP's en PA's van (tamelijk) groot belang. Dit geldt zowel voor de huidige werksituatie als voor de toekomstige werksituatie. Taken die door de NP's in 2009 minder belangrijk werden gevonden, waren: een psychiatrische anamnese afnemen, medicatie voorschrijven, en patiënten opnemen en ontslaan. Deze drie taken zouden volgens de afgestudeerden in de toekomst wel in belang gaan toenemen. Dit zien we ook terug in de monitor van 2010. De meeste 'overige taken' worden door de meeste afgestudeerden eveneens van tamelijk tot groot belang geacht. Dit geldt in beduidend geringere mate voor formuleren van onderzoeksvragen, alsmede het schrijven en uitvoeren van onderzoeksprotocollen.

Volgens NP-managers zijn de volgende medische en verpleegkundige taken voor NP's het belangrijkst: het geven van preventie en voorlichting, het (somatisch) anamnese afnemen en evaluatie van zorg/behandeling. PA-managers waarderen de volgende taken voor PA's

als belangrijkste: somatische anamneses afnemen, zorg/behandelplan opstellen en medische handelingen uitvoeren. De perceptieverschillen tussen leidinggevenden van NP's en PA's zijn wat betreft medische, verpleegkundige taken en overige taken klein van omvang.

5. Tijdsbesteding NP's en PA's

De afgestudeerde NP's en PA's besteden verhoudingsgewijs veel tijd aan het afnemen van somatische anamneses (met name de PA's in 2010) en het lichamelijk onderzoek. PA's besteden relatief bezien veel tijd aan het uitvoeren van medische handelingen en onderscheiden zich daarmee ten opzichte van NP's. De NP's besteden in vergelijking met PA's meer tijd aan behandel/zorgcoördinatie, preventie/voorlichting en deskundigheidsbevordering van hun collega's. Over het algemeen zijn de verschillen tussen NP's en PA's wat betreft hun tijdsbesteding echter beperkt van omvang evenals de verschillen tussen beide monitoren.

6. Overeenkomsten en verschillen tussen NP's en PA's

Onder NP's is er een relatief grote groep die aangeeft onvoldoende zicht te hebben op overeenkomsten en verschillen tussen NP's en PA's. De groep respondenten die de verschillen tussen beide beroepsgroepen groter vindt dan de overeenkomsten is een fractie groter dan de groep respondenten met de tegenovergestelde opvatting.

PA's zien meer verschillen dan overeenkomsten tussen beide beroepsgroepen. Deze verschillen komen met name tot uiting in de taken differentiaal diagnose opstellen, zorg-/behandelplan opstellen, medische handelingen uitvoeren, medicatie voorschrijven, verwijzen/-consult aanvragen, patiënt opnemen en ontslaan. NP's vinden ook medische en verpleegkundige taken in het algemeen belangrijker voor PA's dan voor NP's zelf, maar de scoreverschillen zijn over het algemeen beperkt van omvang. Taken die door beide beroepsgroepen van meer belang worden geacht voor NP's zijn zorg/behandeling en preventie/voorlichting. Kortom, PA's en NP's nemen beide naast overeenkomsten dus verschillen waar tussen de onderscheiden beroepsgroepen, maar PA's benadrukken deze verschillen beduidend meer dan NP's.

De uitkomsten uit het onderzoek onder leidinggevenden hebben betrekking op relatief weinig respondenten en zullen daarom met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Op managementniveau is er desalniettemin een substantiële groep die de verschillen niet scherp waarneemt. Deze indruk wordt bevestigd door de scores van de managers die zowel leiding geven aan NP's als aan PA's. Het feit dat er een grote diversiteit in de mening van managers zit, roept de vraag op van profilering van beide beroepsgroepen en de onderbouwing door managers van keuzes voor NP- dan wel PA-functies binnen hun organisatie/afdeling. Desalniettemin overheerst het beeld dat NP's en PA's van elkaar verschillen (elkaar aanvullen) en nemen beide een aparte plaats in de beroepenstructuur in.

7. Taaksubstitutie en zorgvernieuwing

NP's en PA's nemen één of meer taken over die voorheen door een arts werden uitgevoerd. Deze taken nemen vooral bij de PA's een groot gedeelte van het takenpakket in beslag. Voor de NP's en PA´s gaat het respectievelijk om circa 40 procent en 70 procent van hun takenpakket. De managers van NP's en PA's maken wat dit betreft min of meer dezelfde schatting.

Het zwaartepunt van taaksubstitutie ligt bij medische en verpleegkundige handelingen. Met name medische en verpleegkundige taken zoals het afnemen van somatische anamneses en het verrichten van lichamelijk onderzoek worden overgenomen van artsen. 'Overige taken' scoren relatief laag wat betreft taaksubstitutie. Dit zou kunnen duiden op het niet willen afstaan van dergelijke taken door artsen, maar zou ook een aanwijzing kunnen zijn dat dergelijke taken in het verleden relatief weinig werden uitgevoerd binnen de zorg.

De ruime meerderheid van de managers trekt nieuwe functionarissen aan indien de NP-PA-formatie binnen hun organisatie/afdeling zou verdwijnen. De overige managers zullen de werkzaamheden van NP´s en PA´s binnen de huidige formatie opvangen of een combinatie van beide oplossingen. Als er nieuwe functionarissen worden aangesteld, gaat het relatief vaak om verpleegkundigen en specialisten.

NP´s voeren in vergelijking met PA´s meer nieuwe taken uit (zorgvernieuwing). Dit beeld wordt bevestigd door hun managers. De nieuwe taken liggen vooral op het gebied van onderzoek, innovatie, deskundigheidsbevordering, toenemende rol van informatietechnologie, opzetten van nieuwe zorgpaden, preventie en voorlichting.

8. Ontwikkeling van het aantal NP's en PA's

Het aantal NP's en PA's binnen de responsgroep zal in de periode 2007-2011 zal toenemen. Afgestudeerden NP´s en PA´s noemen in 2009 een gemiddelde stijging van respectievelijk 41 procent en 38 procent per jaar. Hun managers schatten de groei in op respectievelijk 36 procent en 28 procent per jaar. Hierbij dient overigens bedacht te worden, dat het aantal NP's of PA's in 2007, het vertrekpunt van deze raming, in de meeste gevallen zeer gering was (0-3). Eén fte erbij leidt dan al snel tot hoge groeipercentages. Ook voor de periode 2008-2012 geven NP's en PA's een - minder sterke, maar nog steeds forse - stijging aan binnen hun organisatie/afdeling, respectievelijk 24 procent en 27 procent.

Behalve groei van het aantal NP's en PA's binnen de eigen organisatie/afdeling, verwacht het merendeel van de afgestudeerden en hun managers een lichte tot sterke toename van het aantal NP's en PA's in de zorgsector in het algemeen. Managers scoren verhoudingsgewijs vaker 'lichte toename', afgestudeerden vaker een 'sterke toename'. De meest uitgesproken 'groeidomeinen' voor NP's en PA's zijn: cardiologie, huisartsenpraktijken, verpleeghuizen, oncologie, geriatrie, chirurgie, neurologie en de GGZ.

9. Bevorderende factoren

Bevorderende factoren met betrekking tot de inzet van NP´s en PA´s zijn: een uitbreiding van de zorgvraag en een heldere visie binnen de organisatie op de taakverdeling tussen artsen en NP's/PA's, alsmede hun specifieke meerwaarde. De PA's zien daarnaast een tekort aan artsen, arts-assistenten en/of praktijkondersteuners als meer bevorderend dan de NP's. Waarschijnlijk kan dit verklaard worden doordat PA's meer medische taken uitvoeren en meer taken van artsen overnemen dan NP's. Managers van PA's hechten aan deze factor relatief iets minder waarde.

10. Effecten van de inzet van NP's en PA's

Het belangrijkste effect van de inzet van NP's en PA's binnen de zorg is met afstand 'kwaliteitsverbetering van de zorg'. In het verlengde hiervan worden ook aspecten genoemd als het bevorderen van de continuïteit van zorg en meer contacttijd met patiënten. Een tweede

belangrijk effect is ‘het ontlasten van artsen en artsspecialisten’. Als derde, minder belangrijk effect wordt nog genoemd ‘het bieden van een loopbaanperspectief voor verpleegkundig en paramedisch personeel’. De volgorde en het gewicht van deze drie factoren is voor NP’s, PA’s en hun managers nagenoeg identiek.

III Vergelijking van de metingen in 2009 en 2010 laten op een aantal punten verschillen zien. Gezien de korte tijdspanne tussen beide metingen is het te vroeg om te spreken van een trend: mogelijke vervolgmetingen in de toekomst moeten dat uitwijzen. De voornaamste verschillen zijn:
- een stijging van het aantal PA’s in de huisartsenzorg;
- afgestudeerden komen vaker in varianten van de functies van NP en PA terecht;
- PA’s zijn meer belang gaan hechten aan taken als innovatie/ontwikkeling, formuleren onderzoeksvragen en deskundigheidsbevordering van collega’s;
- de belangrijkste aanstellingsachtergrond en substitutie-effect ‘kwaliteitsverbetering van zorg’ wordt gepreciseerd in afgeleiden als continuïteit van zorg en meer contacttijd met patiënten;
- werknemers en werkgevers schatten in 2010 de toename van het aantal NP’s en PA’s in hun organisatie minder sterk in dan in 2009.

Bijlage 1 - Overige vooropleidingen

Tabel b2.1 – Overige gevolgde vooropleidingen van NP's

	Absoluut	
	2009	2010
Kaderopleiding	4	5
Sociaal pedagogische hulpverlening	3	4
Intensive care verpleegkundige	2	2
Anesthesie assistent	2	-
Docentopleiding verpleegkunde	1	2
Gipsverbandmeester	1	-
Kinderverpleegkunde en hematologie specialisatie	1	-
Maatschappelijke gezondheidszorg	1	-
Management in zorg	1	3
Spoedeisende hulp	1	-
Sociale geografie en planologie	1	1
Academie voor lichamelijke opvoeding	-	1
Opleiding tot lactatiekundige	-	-
Totaal	18	18

Tabel b2.2 – Overige gevolgde vooropleidingen van PA's

	Absoluut	
	2009	2010
Operatie assistent	4	1
Bedrijfskunde	3	-
Anesthesie assistent	2	1
Biomedische gezondheidswetenschappen	2	-
Intensive care verpleegkundige	1	-
Radiodiagnostiek en radiotherapie	1	-
Laborant klinische neurofysiologie	1	1
Maatschappelijke gezondheidszorg	1	-
Hartstimulatie opleiding	1	-
Verloskunde	-	5
Praktijkondersteuner huisarts	-	2
HTS medische instrumentatie	-	1
Totaal	16	11

Bijlage 2 - Nieuwe taken volgens NP’s en PA’s

Nieuwe taken voor NP’s – genoemd in de monitor 2009

- adviseren aan huisartsen over medicatie, afnemen klachten via meetinstrumenten, monitoren van klachten en kwaliteit van leven
- afnemen klachtenlijst bij polibezoek
- cardiovasculair risicomanagement
- combineren verpleegkundige en medische anamnese en diagnose stelling
- coördinatie en begeleiding in gehele epilepsieproces
- coördinatie en continueren van klinisch zorgpad
- coördinatie multidisciplinair spreekuur met hematoloog en darmatoloog
- coördinatie nieuwe behandeling (extracorporele fotoferese)
- deelname wetenschappelijk onderzoek
- deskundigheidsbevordering
- DM2 controles, cardiovasculair risicomanagement
- extra begeleiding, uitgebreide voorlichtingsgesprekken
- fractuurpreventie poli, artrose poli
- groepsbegeleiding revalidanten
- hartfaal poli
- het is meer een nieuwe rol NP’er kliniek, aanspreekpunt van de afd, schakel tussen arts en de verpleegkundigen
- het verbeteren van therapie trouw van ouders van kinderen met een gedragsstoornis
- houden van spreekuur voor wondbehandeling
- implementatie en innovatie
- implementatie van evidence based richtlijn voor verpleging en verzorging
- innovatietrajecten, participeren in onderzoek (met ketenpartners acute zorg), deskundigheidsbevordering
- invoeren nieuwe programma's hartrevalidatie (conform richtlijn), scholing verpleegkundig personeel m.b.t. voorlichting -rondomslag van de cardiologische patiënt
- invoering richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen
- invoering somatisch protocol
- klinische lessen geven
- kwaliteitsbevordering
- kwaliteitsbevordering verpleegkundige, anticiperen op zorgvraag
- kwaliteitstoetsingen, coaching
- meer gebruik standaard meetinstrumenten
- monitoren specifieke behandelingen gebaseerd op continue dopaminerge stimulatie bij M. Parkinson
- nieuwe projecten t.a.v. zorg en deskundigheid
- onderzoeksprotocollen schrijven/uitvoeren en toepassen in praktijk
- ontwikkelen ketenzorg netwerk, opzetten telemonitoring
- opzet klinische paden
- opzetten poliritmestoornissen
- opzetten van nieuwe polisspreekuren als TIA-service, parkinsonpoli
- opzetten van zorgpaden

- participatie in medische behandeling bij diagnose epilepsie
- preventie en voorlichting, vervolgconsulten
- preventie/voorlichting
- preventiepoli
- projecten betreffende pijnbehandeling
- protocollen ontwikkelen voor NP's
- scholing voor NP-ers, ontwikkelen van protocollen,wetenschappelijk onderzoek
- screening en behandeling van metabole bijwerkingen psychofarmica
- somatische screening bij ambulante ouderenpsychiatrie
- voorlichting en informatievoorziening in voortraject epilepsiechirurgie
- zorgcoördinatie van post IC HC patiënten
- zorgverlening per internet

Nieuwe taken voor NP's – genoemd in de monitor 2010

- nazorg
- aanspreekpunt voor patiënt en ouders
- draaien van een vervolg spreekuur voor mensen met een CCL of NHL
- protocol opzetten voor de palliatieve zorg
- deskundigheidsbevordering
- ontwikkelen protocollen
- ontwikkelen zorgpaden
- groepconsulten opstarten voor patiënten met hartfalen
- inloop spreekuur voor de patiënt en familie op de afdeling cardiologie
- kwaliteitsprojecten
- ontwikkelen van een sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen
- casemanagement binnen de afdeling oncologie
- opzetten pilot thuisinfusie
- organiseren van een netwerk tussen fysiotherapie en reumatologie
- somatische screening bij antipsychiotica gebruik
- samenwerkingsverband met de medisch manager ambulance zorg
- eerste lijn werkzaamheden
- opzetten van een polikliniek
- coördinatie van multidisciplinair overleg
- innovatie in het vakgebied
- wetenschappelijk onderzoek
- praktijk gericht onderzoek
- terugkoppeling en advies naar de eerste lijn
- triage
- groepsvoorlichting wetenschappelijke studies
- invoering van een richtlijn voor terugvalpreventie
- opzetten van een API poli waarin patiënten laagfrequent worden opgeroepen
- wondbehandeling en toedienen medicatie buiten landelijk protocol ambulancezorg
- ontwikkelen nieuw zorgpad voor prematuren en hun ouders
- projectleider zorgpaden oncologie
- zorgtrajectonwikkeling
- psychosociale begeleiding bij oncologie patiënten
- ontwikkelen van verpleegkundige methodieken
- patiëntvoorlichting bij het IBD

- multidisciplinaire protocollen schrijven
- huisbezoek
- coördinatie en opzetten nieuwe hartrevalidatie
- preoperatief work up
- in gang zetten van organisatie veranderingen
- benamen regionaal zorgloket gericht op de NAH
- consultatiebureau
- digitaal/ inschrijf spreekuur nieuwe zuigelingen
- landelijke werkgroep RIVM, verbetering opkomst in de jeugdgezondheidszorg
- integreren evidence based werken

Nieuwe taken voor PA's – genoemd in de monitor 2009
- accreditatieprocedure van de Botbank door VWS/IGZ
- behandeling obesitas
- coördinatie van 'presumed ocular hystoplasmosis syndrome (POH's)'
- efficiency projecten (LSS) schrijven en implementeren
- in de breedte over 6 specialismen (neurologie, neurochirurgie, revalidatie, anesthesiologie/-pijncentrum, traumatologie, orthopedie)
- instructie geven aan de verpleegafdeling t.a.v. gebruik PCA pompen. zorgen voor continuïteit bij de 'acute pijn service'
- kwaliteitsbevordering, onderzoeksprotocollen schrijven
- medische protocollen opstellen
- nieuwe behandeltechnieken
- onderzoek naar een bepaalde patiëntenpopulatie
- opstarten en zelfstandig draaien van fractuur en osteoporose polo
- opzetten van speciale polibezoeken voor patiënten met artritis psoriatica / M Bechterew
- opstellen protocollen
- ontwikkelen en begeleiden innovaties
- osteoporose spreekuur / artrose spreekuur
- pre operatieve screening en sedatie bij MDL gerelateerde ingrepen
- preoperatieve screening / nieuwe behandeling van dystrofiepatiënten

Nieuwe taken voor PA's – genoemd in de monitor 2010
- cardiovasculair risico management project
- teledermatologie
- verrichten van onderzoek
- onderwijs/ training aan verpleegkundige en collega's
- participatie in diverse werkgroepen
- ontwikkelen verloskundige beleidsvoering in de toekomst
- gyneacologische controles
- oogheelkundige controles
- voorlichting aan patiënten
- begeleiding van patiënten
- opzetten nieuwe polikliniek

Bijlage 3 - Nieuwe taken volgens managers

Nieuwe taken voor NP's – genoemd in de monitor 2009
- (bij)scholen artsen
- actiever predialyse en preventiebeleid uitvoeren
- adviseren van arts over behandeling
- begeleiding van getraumatiseerde (ex) zwangere
- behandel zorgcoördinatie
- cardiovasculair risicomanagement bij gebruik antipsychotica
- check medicatie werking en toediening
- combinatie cure/care
- communicatie met verwijzers
- coördinatie en begeleiding in chirurgietraject
- counseling
- formuleren onderzoeksvragen
- het eerder in kaart brengen van toekomstige dialysepatiënten
- implementatie zorgprogramma's
- integrale benadering van patiënt
- kwaliteitsbevordering
- LO opgenomen kinderen
- monitoren bijwerking antipsychotica
- ondersteuning van verpleegkundige teams bij complexe problemen
- onderzoeksresultaten toepassen in praktijk
- ontwikkelen protocollen voor NP
- ontwikkelen voorlichtingsfolders voor de patiënt
- opleiding aan verpleegkundigen obstetrie
- opzetten en coördineren van EEG basiscursus
- opzetten en uitvoeren digitaal spreekuur
- preventie voorlichting patiëntenvoorlichting
- programma kuren mede vormgeven
- telefonische nazorg

Nieuwe taken voor NP's – genoemd in de monitor 2010
- medicatiepolikliniek
- trials
- kwaliteitsbevordering
- deskundigheidsbevordering
- domotica
- zorgvernieuwing
- literatuuronderzoek
- schrijven projectplan
- aanvragen subsidie
- zorgpad mamma CA
- preventie vaatpolikliniek
- regenerex onderzoek

- poliklinische behandelingen
- hartrevalidatie
- zorgpad colon pathologie
- consult op de afdeling
- landelijke registratie orthopedische implantaten
- huisbezoeken
- vaatlaseren
- somatisch protocol bij bepaalde patiënten groepen
- functiedifferentiatie vormgeven
- coördinatie en continuïteit van de zorg
- exacerbatie/ontslagbeleid COPD en follow up
- snelzorg hernia
- psycho educatie
- stoppen met roken beleid
- prestatie indicatoren
- integrale medische en verpleegkundige zorg
- intake epiduroscopie en neuromodulatie

Nieuwe taken voor PA's – genoemd in de monitor 2009
- begeleiding in dagbehandeling programma
- begeleiding van infuustherapie
- hart en vaatziekten risicomanagement
- innovatie en ontwikkeling
- ontwikkelen van protocollen
- ouderenzorg
- preventie en voorlichting

Nieuwe taken voor PA's – genoemd in de monitor 2010
- gynaecologie
- seksuologie
- spleetlamponderzoek
- laserbehandeling orale mucositis
- domotica
- zorgvernieuwing
- literatuuronderzoek
- schrijven projectplan
- aanvragen subsidie
- zorgpad mamma CA
- preventie vaatpolikliniek
- regenerex onderzoek
- polikliniek draaien
- hartrevalidatie
- zorgpad colon pathologie
- consult op de afdeling
- landelijke registratie orthopedische implantaten
- huisbezoeken
- vaatlaseren

Bijlage 4 - Formatieontwikkeling AIOS, ANIOS en artsspecialisten

Tabel b3.1 – Formatieontwikkeling van AIOS en ANIOS (Monitor 2009)

	2007	2009	2010	Gemiddelde stijging over de periode 2007-2011
AIOS (n=9)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2007)	100	75	105	1%
ANIOS (n=4)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2007)	100	133	167	14%

Tabel b3.2 – Formatieontwikkeling van AIOS en ANIOS (Monitor 2010)

	2008	2010	2012	Gemiddelde stijging/daling over de periode 2008-2012
AIOS (n=4)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2008)	100	75	91	-2%
ANIOS (n=3)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2008)	100	107	107	2%

Tabel b3.3 – Formatieontwikkeling van artsspecialisten (Monitor 2009)

	2007	2009	2011	Gemiddelde stijging over de periode 2007-2011
Artsspecialisten (n=18)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2007)	100	88	112	3%

Tabel b3.4 – Formatieontwikkeling van artsspecialisten (Monitor 2010)

	2008	2010	2012	Gemiddelde stijging over de periode 2008-2012
Artsspecialisten (n=8)				
Geïndexeerde cijfers (basisjaar = 2008)	100	112	129	7%

Bijlage 3: Analyse vooraanmeldingen en inschrijvingen MANP en MPA

Inhoudsopgave

1 Inleiding 77

2 Vooraanmeldingen en inschrijvingen MANP en MPA 81
2.1 Globale verhouding vooraanmeldingen - inschrijvingen 81
2.2 Redenen voor afvallen toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen 82
2.3 Redenen niet-toelaatbaarheid kandidaten en opleidingsplaatsen 85

3 Samenvatting en conclusies 87

Bijlage: Registratievariabelen vooraanmeldingen MANP en MPA 91

1 Inleiding

Aanleiding en achtergrond onderzoek
De opleidingen ‘Master Advanced Nursing Practice’ (MANP) en ‘Master Physician Assistant’ (MPA) zijn nog relatief jong. In het verlengde hiervan zijn de beroepen Nurse Practitioner en Physician Assistant nog in ontwikkeling. Ook de arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan deze beroepsgroepen is zich nog aan het uitkristalliseren. Medio 2008 heeft de Tweede Kamer ingestemd met het ophogen van de opleidingscapaciteit voor de MANP- en MPA-opleidingen van 325 tot 400 plaatsen op jaarbasis.

In het verlengde van het ophogen van de opleidingscapaciteit is tevens afgesproken dat de opleidings- en arbeidsmarktbehoefte aan NP-PA’s in de komende jaren gemonitord zal worden. Hiervoor heeft het Platform NP-PA een subsidie gekregen van het ministerie van VWS. Het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) heeft van het Platform de opdracht gekregen om de ontwikkeling van de arbeidsmarktvraag en de opleidingsbehoefte aan NP en PA’s in de komende jaren in beeld te brengen.

Het onderzoek naar de ontwikkeling van de arbeidsmarktvraag en de opleidingsbehoefte aan NP-PA’s bestaat uit de volgende onderdelen:
- Het monitoronderzoek zelf: een gestandaardiseerde enquête onder afgestudeerde NP’s en PA’s en hun managers (2009 en 2010);
- Drie aanvullende onderzoeksmodules:
  4. onderzoek naar de verhouding tussen het aantal vooraanmeldingen en het uiteindelijk aantal inschrijvingen voor de MANP- en MPA-opleidingen op basis van gegevens uit de deelnemersadministratie van de opleidingen.
  5. een telefonische enquête naar arbeidsmogelijkheden en belemmeringen voor NP’s en PA’s binnen organisaties waar nog geen NP’s en PA’s werkzaam zijn.
  6. onderzoek op basis van een aantal gevalstudies naar substitutie- en andere effecten van de inzet van NP’s en PA’s.

In de voorliggende rapportage worden de bevindingen gepresenteerd van het onderzoek naar de verhouding tussen het aantal vooraanmeldingen en het uiteindelijk aantal inschrijvingen voor de MANP- en MPA-opleidingen.

Vraagstelling en onderzoeksaanpak
De ministeries van VWS en OCW en in het verlengde daarvan het Platform NP-PA hebben behoefte aan een beter kwantitatief inzicht in de verhouding tussen vooraanmeldingen voor de opleidingen MANP en MPA en het uiteindelijke aantal feitelijk gerealiseerde inschrijvingen voor deze opleidingen. Cijfers over deze verhouding kunnen namelijk aanwijzingen bevatten voor een meer of minder latente behoefte aan opleidingsplaatsen voor NP’s en PA’s buiten c.q. boven op het door de rijksoverheid vastgestelde jaarlijkse instroomvolume van 400 opleidingsplaatsen.

De in deze rapportage te beantwoorden onderzoeksvraag luidt dan ook:

Hoe ontwikkelt zich het volume van aanmeldingen, inschrijvingen en deelnemers voor de opleidingen MANP en MPA? Hoe kunnen eventuele verschillen tussen aanmeldingen en inschrijvingen worden verklaard?

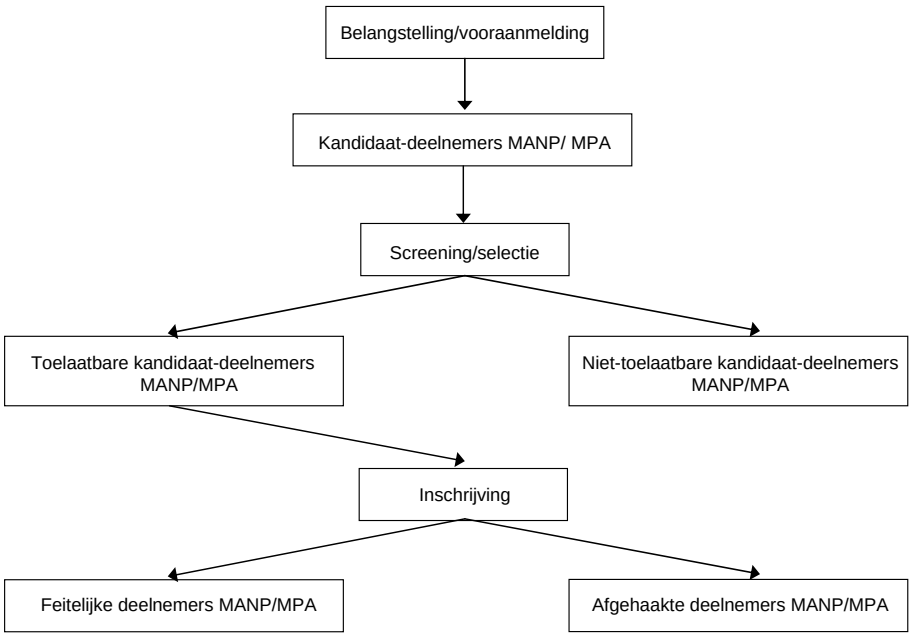
Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is binnen het Platform NP-PA afgesproken dat alle betrokken hogescholen de cyclus van vooraanmeldingen tot en met daadwerkelijke inschrijving voor de MANP- en MPA-opleidingen in het cursusjaar 2009-2010 op een uniforme manier zouden registreren op basis van een door de onderzoekers aangeleverd registratieformat (zie de bijlage voor een overzicht van de variabelen uit het registratieformat).

De betrokken administratief medewerkers van de MANP- en MPA-opleidingen hebben van één van de onderzoekers een telefonische instructie gekregen over de bedoelingen van het onderzoek en het invullen en bijhouden van het format. De aanmeldings- en inschrijvingsgegevens van de betrokken hogescholen zijn verzameld in de periode oktober 2009 – januari 2010.

Het identificeren van vijf subpopulaties
In feite zijn er vijf subpopulaties te onderscheiden in het traject van vooraanmelding tot en met de daadwerkelijke inschrijving (zie figuur 1).

- personen die belangstelling hebben voor MANP/MPA;
- personen met belangstelling die toelaatbaar zijn;
- personen met belangstelling die niet toelaatbaar zijn;
- toelaatbare personen die zich daadwerkelijk inschrijven c.q. ingeschreven worden;
- toelaatbare personen waarbij het inschrijvingsrecht niet ‘geconsumeerd’ wordt.

Figuur 1 – Stroomschema kandidaten/deelnemers MANP/MPA



In lijn met de vijf hiervoor onderscheiden subpopulaties heeft in de analyses het zwaartepunt gelegen op de volgende vijf aspecten:

1. aantal vooraanmeldingen;
2. aantal vooraanmeldingen dat overeind blijft na screening kandidaten en opleidingsplaatsen;
3. redenen voor afvallen kandidaten/opleidingsplaatsen;
4. aantal daadwerkelijke starters in NP/PA -opleidingen per 1 oktober 2009;
5. redenen voor niet starten met opleidingen van toelaatbare kandidaten/opleidingsplaatsen.

Het registratieschema in de bijlage bevat meer variabelen dan de hierboven genoemde vijf hoofdvariabelen. De registratie van deze overige variabelen zoals leeftijd, functie ten tijde van aanmelding, datum vaststelling toelaatbaarheid et cetera, blijkt van onvoldoende kwaliteit te zijn om deze aanvullende gegevens in de analyse te betrekken. In een aantal gevallen is het registratieschema onvoldoende bijgehouden ten gevolge van ziekte, wisseling van administratief medewerker, werkdruk of andere factoren. Om de levering van gegevens over de hoofdvariabelen zeker te stellen, is met de betrokken opleidingen afgesproken dat het ook mogelijk was om de opleidingsgegevens met betrekking tot de vijf hoofdvariabelen op geaggregeerd niveau aan te leveren. Hierdoor is het mogelijk om het volledige traject van vooraanmeldingen tot en met de start van de opleidingen kwantitatief in beeld te brengen. Nadeel van de gekozen praktische oplossing is dat een aantal uitsplitsingen (bij voorbeeld naar functie ten tijde van de vooraanmelding) niet goed te maken zijn en dat het evenmin mogelijk is om betrouwbaar te controleren voor eventuele dubbelaanmeldingen (zie verder hiervoor tabel 2 en 3).

In hoofdstuk 2 doen we verslag van de bevindingen ten aanzien van de hiervoor onderscheiden vijf hoofdvariabelen. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de belangrijkste conclusies.

2 Vooraanmeldingen en inschrijvingen MANP en MPA

2.1 Globale verhouding vooraanmeldingen - inschrijvingen

Tabel 1 geeft inzicht in het aantal vooraanmeldingen voor de opleidingen MANP en MPA. We maken hierbij een onderscheid tussen de volgende categorieën: het aantal daadwerkelijke starters, het aantal toelaatbare kandidaten/opleidingsplaatsen dat is afgevallen, en het aantal niet-toelaatbare kandidaten/opleidingsplaatsen.

Tabel 1 – Totaal aantal vooraanmeldingen onderverdeeld naar het daadwerkelijke aantal starters, het aantal toelaatbare kandidaten/opleidingsplaatsen, dat is afgevallen en het aantal niet-toelaatbare kandidaten/opleidingsplaatsen (studiejaar 2009-2010)

	MANP		MPA		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Aantal daadwerkelijke starters	266	59,8	129	61,7	395	60,4
Aantal toelaatbare kandidaten/opleidingsplaatsen dat is afgevallen	144	32,4	57	27,3	201	30,7
Aantal niet-toelaatbare kandidaten/opleidingsplaatsen	35	7,9	23	11,0	58	8,9
Totaal aantal vooraanmeldingen	445	100,0	209	100,0	654	100,0

Uit het tabel 1 blijkt dat het merendeel van de 654 vooraanmeldingen ook daadwerkelijk omgezet wordt in een inschrijving. Voor beide opleidingen liggen die percentages rond de 60 procent, hetgeen beduidend lager is dan het aantal theoretisch toelaatbare kandidaten/ opleidingsplaatsen, dat 91 procent bedraagt van het totaal aantal vooraanmeldingen.

Ongeveer een derde van de vooraanmeldingen bij de MANP-opleiding bestaat uit ‘toelaatbare niet-starters’. Deze categorie vooraanmeldingen voldoet zowel wat betreft de deelnemerscriteria (vooropleiding, werkervaring etc.) als wat betreft de opleidingsplaats (begeleiding en bekostiging etc.) aan de toelatingseisen voor de MANP-opleiding, maar dit type vooraanmeldingen wordt uiteindelijk niet omgezet in een inschrijving. Bij de MPA-opleiding ligt dit percentage ‘toelaatbare niet-starters’ op circa een kwart van het aantal vooraanmeldingen.

Het aantal niet-toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen is relatief gering en bedraagt respectievelijk 8 (MANP) en 11 (MPA) procent.

In paragraaf 2.2 (‘toelaatbare niet-starters’) en 2.3 (niet toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen) geven we inzicht in de redenen en achtergronden voor het afvallen van kandidaten en opleidingsplaatsen, die zich hadden aangemeld bij de opleidingen MANP en MPA.

2.2 Redenen voor afvallen toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen

Opleiding MANP

Ongeveer een derde van alle MANP-vooraanmeldingen bestaat uit toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen die hun vooraanmelding uiteindelijk niet omgezet hebben in een inschrijving in de opleiding. Tabel 2 geeft inzicht in de redenen voor het afvallen van deze toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen. We maken hierbij onderscheid in redenen vanuit de:

- zorginstellingen (46 keer vermeld, 32 procent);
- kandidaten (48 keer vermeld, 33 procent);
- zorginstellingen en kandidaten (17 keer vermeld, 12 procent);
- hogescholen (19 keer vermeld, 13 procent).

Tabel 2 – Achtergronden voor het afvallen van toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen van de opleiding MANP

	MANP	Totaal %
Redenen vanuit de zorginstellingen		
- geen geschikte kandidaat gevonden	23	16,0
- opleidingsplek ingetrokken	20	13,9
- voor een andere opleiding dan MANP gekozen	2	1,4
- andere organisatorische prioriteiten	1	0,7
Redenen vanuit de kandidaten		
- naar andere hogeschool gegaan in verband met opleidingscapaciteit *	17	11,8
- heeft zich teruggetrokken	11	7,6
- privé-omstandigheden	10	6,9
- geen opleidingsplaats gevonden	5	3,5
- uitgesteld om eerst (nog) meer ervaring op te kunnen doen	2	1,4
- kandidaat stond dubbel ingeschreven	1	0,7
- heeft andere opleiding gekozen dan MANP / MPA	1	0,7
- overstap naar andere werkgever	1	0,7
Redenen vanuit zowel de kandidaten als zorginstellingen		
- geen overeenstemming arbeidsvoorwaarden	16	11,1
- opleidingstraject wordt later gecontinueerd	1	0,7
Redenen vanuit de Hogescholen		
- geen opleidingscapaciteit meer en naar wachtlijst 2010	19	13,2
Redenen onbekend	14	9,7
Totaal (n)	144	100,0

* *Indien deze kandidaten zich daadwerkelijk hebben aangemeld bij een andere hogeschool met een MANP-opleiding, zijn deze personen vermoedelijk 2 keer meegeteld in het totaal aantal vooraanmeldingen. Dit is echter niet met zekerheid na te gaan, omdat we niet beschikken over voldoende gegevens op individueel niveau van de kandidaten. Op het totale aantal van 445 vooraanmeldingen gaat het echter om een relatief klein percentage (4 procent).*

Zorginstellingen

De zorginstellingen en organisaties die een opleidingsplaats hebben aangemeld, maar die uiteindelijk niet van start zijn gegaan met een MANP-kandidaat - geven daarvoor als voornaamste reden aan, dat het niet gelukt is om een geschikte kandidaat voor de opleidingsplaats te vinden.

De helft van de instellingsgebonden redenen voor wordt hiermee verklaard. Dan volgt een vrij grote categorie waarbij de exacte reden niet gespecificeerd is ingevuld en in algemene bewoordingen is aangegeven dat ‘ de opleidingsplek is ingetrokken’. Twee instellingen hebben voor een andersoortig opleidingsprofiel gekozen dan de MANP-opleiding en één organisatie heeft inmiddels ‘andere organisatorische prioriteiten’.

Kandidaten
De meest voorkomende reden van de zijde van aangemelde en toelaatbare kandidaten om af te zien van inschrijving heeft betrekking op de beschikbare opleidingscapaciteit van de betreffende hogeschool waarbij ze zich hadden ingeschreven. Deze groep kandidaten (17 personen), die ongeveer een derde van de kandidaat-redenen voor afvallen vertegenwoordigt, heeft zich bij een andere hogeschool ingeschreven waar nog wel voldoende capaciteit was.

Daarnaast zijn er relatief veel kandidaten die zich vanwege privé-omstandigheden (10 personen) of onduidelijke redenen (11 personen) hebben teruggetrokken. De overige groep toelaatbare kandidaten heeft geen opleidingsplaats gevonden (5x) of heeft het opleidingstraject met een jaar uitgesteld om (nog) meer ervaring op te kunnen doen (2x).

Zorginstellingen en kandidaten
Hierbij is voornamelijk (16x) als reden voor afvallen aangegeven dat er geen overeenstemming bereikt kon worden tussen de zorginstelling met een opleidingsplaats en een opleidingskandidaat omdat er tussen beide partijen geen overeenstemming bereikt kon worden over de arbeidsvoorwaarden met betrekking tot het opleidingstraject.

Hogescholen
Bij een aantal hogescholen was de toegestane opleidingscapaciteit reeds ingevuld. Daardoor zijn er 19 kandidaten doorgeschoven naar de wachtlijst voor 2010.

Opleiding MPA

Ongeveer een kwart van alle MPA -vooraanmeldingen bestaat uit toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen die uiteindelijke niet met de opleiding zijn begonnen. Tabel 3 op de volgende pagina geeft inzicht in de achtergronden voor het niet starten met de MPA-opleiding door deze groep. We maken ook hierbij weer onderscheid in redenen vanuit de:
- zorginstellingen (18 keer vermeld, 32 procent);
- kandidaten (24 keer vermeld, 42 procent);
- zorginstellingen en kandidaten (5 keer vermeld, 9 procent);
- hogescholen (10 keer vermeld, 18 procent).

Zorginstellingen
De meest voorkomende redenen voor het afhaken van zorginstellingen met een opleidingsplaats lijken te liggen in de organisatorische sfeer binnen deze instellingen:
- 5 keer wordt aangegeven dat instellingen nog te veel in een oriënterende fase verkeren wat betreft het inzetten van NP’s en PA’s;
- keer blijken instellingen te laat gestart met het daadwerkelijk regelen van het opleidingstraject;

- 1 keer heeft de desbetreffende instelling de financiële kant van het opleidingstraject niet rond gekregen.

Tevens wordt 5 keer vermeld, dat het instellingen niet gelukt is om een geschikte kandidaat te vinden voor de beschikbare opleidingsplek. In 4 gevallen is de opleidingsplaats teruggetrokken zonder duidelijk geregistreerde opgave van redenen.

Tabel 3 – Achtergronden voor het afvallen van toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen van de opleiding MPA

	MPA	Totaal %
Redenen vanuit de zorginstellingen		
- nog te veel oriënterend	5	8,8
- geen geschikte kandidaat gevonden	5	8,8
- opleidingsplek ingetrokken	4	7,0
- te laat gestart met regelen	3	5,3
- financiën niet rond gekregen	1	1,8
Redenen vanuit de kandidaten		
- geen opleidingsplek gevonden	11	19,3
- naar andere Hogeschool gegaan in verband met opleidingscapaciteit *	5	8,8
- gekozen om een jaar later te starten	4	7,0
- privé-omstandigheden	3	5,3
- financiën niet rond gekregen	1	1,8
Redenen vanuit zowel de kandidaten als zorginstellingen		
- geen overeenstemming arbeidsvoorwaarden	5	8,8
Redenen vanuit de Hogescholen		
- geen opleidingscapaciteit meer en naar wachtlijst 2010	10	17,5
Totaal (n=100%)	57	100,0

* *Indien deze kandidaten zich daadwerkelijk hebben aangemeld bij een andere hogeschool met een MPA-opleiding, zijn deze personen vermoedelijk 2x meegeteld in het totaal aantal vooraanmeldingen. Dit is echter niet met zekerheid na te gaan, omdat we niet beschikken over voldoende gegevens op individueel niveau van de kandidaten. Op het totale aantal van 209 vooraanmeldingen gaat het echter om een klein percentage (2 procent).*

Kandidaten

Bijna de helft van de toelaatbare kandidaten (11 personen) is afgevallen voor de opleiding omdat zij er niet geslaagd zijn om een geschikte opleidingsplek te vinden. Een ander deel van de afvallers (5 personen) is om niet nader gespecificeerde redenen naar een andere hogeschool gegaan. Ook kiezen sommige kandidaten (4 personen) ervoor om een jaar later te starten dan oorspronkelijk de bedoeling was. In 3 gevallen was sprake van privé-omstandigheden die inschrijving in de MPA-opleiding in de weg stonden en 1 keer was er sprake van financiële obstakels aan de kant van de kandidaat.

Zorginstellingen en kandidaten

In 5 gevallen kon geen overeenstemming bereikt worden tussen zorginstellingen met opleidingsplaatsen en opleidingskandidaten over de arbeidsvoorwaarden met betrekking tot het opleidingstraject.

Hogescholen
In 10 gevallen zijn toelaatbare vooraanmeldingen niet geëffectueerd vanwege het bereiken van de maximale opleidingscapaciteit van de desbetreffende hogescholen. Deze vooraanmeldingen zijn doorgeschoven naar de wachtlijst voor het opleidingsjaar 2010 - 2011.

2.3 Redenen niet-toelaatbaarheid kandidaten en opleidingsplaatsen

In 58 gevallen voldoen kandidaten en opleidingsplaatsen, die zich hebben aangemeld bij de MANP- en MPA-opleidingen (nog) niet aan de toelatingscriteria van de betreffende hogescholen. Tabel 4 bevat een overzicht van de redenen voor het niet voldoen aan de gestelde toelatingseisen.

In het merendeel van de gevallen van het niet voldoen aan de gestelde toelatingscriteria gaat het om factoren die samenhangen met het niveau van de aangemelde kandidaten (88 procent van de gevallen) (zie tabel 4). Wat betreft de niet-toelaatbare kandidaten gaat het voornamelijk om een te laag opleidingsniveau, onvoldoende relevante werkervaring en het niet succesvol afronden van het instroomassessment.

In twee gevallen (3 procent) van niet-toelaatbaarheid is er sprake van zorginstellingen die (nog) niet aan de gestelde criteria kunnen voldoen (o.a. voldoende begeleidingscapaciteit, financiën).

Tabel 4 – Achtergronden voor het afvallen van niet-toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen van de MANP- en MPA-opleidingen

	MANP	MPA	Totaal %
Redenen vanuit de zorginstellingen			
- opleidingsplek voldoet niet aan criteria	1	1	3,4
Redenen vanuit de kandidaten			
- opleidingsniveau en werkervaring onvoldoende	18	9	46,6
- niet voldaan aan assessment	16	8	41,4
Redenen onbekend	-	5	8,6
Totaal (n)	35	23	100,0

3 Samenvatting en conclusies

1 Het totaal aantal vooraanmeldingen voor beide opleidingen bedraagt 654: 445 MANP en 209 MPA. Het totaal aantal toelaatbare vooraanmeldingen na screening van opleidingsplaatsen en kandidaten bedraagt 596 (410 MANP en 186 MPA). Het aantal toelaatbare opleidingsplaatsen en kandidaten overstijgt hiermee ruimschoots het aantal beschikbare opleidingstrajecten van 400 met bijna 50 procent.

2 De belangrijkste redenen dat kandidaten en opleidingsplaatsen niet toelaatbaar zijn voor de opleidingen, zijn:
- onvoldoende opleidingsniveau en werkervaring (47 procent);
- het niet slagen voor het instroom-assessment (41 procent).

3 De belangrijkste redenen voor het afvallen van toelaatbare kandidaten/opleidingsplaatsen bij de MANP zijn:
- instellingsgerelateerde redenen (32 procent): geen geschikte kandidaat gevonden en de opleidingsplek ingetrokken;
- kandidaat-gerelateerde redenen (33 procent): naar andere hogeschool gegaan door lage opleidingscapaciteit of teruggetrokken;
- redenen gerelateerd aan instellingen en kandidaten samen (12 procent): geen overeenstemming arbeidsvoorwaarden;
- redenen gerelateerd aan hogescholen (13 procent): onvoldoende opleidingscapaciteit.

4 De belangrijkste redenen voor het afvallen van toelaatbare kandidaten/opleidingsplaatsen bij de MANP zijn:
- instellingsgerelateerde redenen (32 procent): oriënterend, opleidingsplek ingetrokken en geen geschikte kandidaat gevonden;
- kandidaat-gerelateerde redenten (42 procent): geen opleidingsplek gevonden, naar andere hogeschool gegaan door lage opleidingscapaciteit;
- redenen gerelateerd aan instellingen en kandidaten samen (9 procent): geen overeenstemming arbeidsvoorwaarden;
- redenen gerelateerd aan hogescholen (18 procent): onvoldoende opleidingscapaciteit.

5 Ruim 14 procent (29 personen) van de afgevallen, toelaatbare kandidaten voor de opleidingen MANP en MPA zijn door de hogescholen op de wachtlijst voor het cursusjaar 2010-2011 geplaatst.

6 Op basis van de analyse van de vooraanmeldingen en de uiteindelijke inschrijvingen kan geconcludeerd worden dat de ophoging van de opleidingscapaciteit voor de opleidingen MANP en MPA naar 400 plaatsen door de ministeries van VWS en OCW op dit moment zeker voorziet in een behoefte. De belangstelling, gemeten aan de hand van het aantal vooraanmeldingen van 654, overtreft ruimschoots de beschikbare opleidingscapaciteit van 400 plaatsen MANP en MPA. Uiteindelijk zijn er door fricties tussen vraag en aanbod 5 opleidingsplaatsen onvervuld gebleven, maar tegelijkertijd is een aantal kandidaten al op de wachtlijst voor 2010-2011 geplaatst en is van sommige kandidaten bekend dat ze een jaar

later willen starten of eerst nog meer ervaring willen opdoen. Ook redenen voor uitval zoals het niet kunnen vinden van geschikte kandidaten door zorginstellingen voor hun opleidingsplaatsen of het afvallen van kandidaten door privéomstandigheden, wijzen op een substantieel grotere opleidingsbehoefte dan het aantal van 400 beschikbare plaatsen binnen de opleidingen. Tegelijkertijd blijkt uit de analyse van het totale traject van vooraanmelding tot en met het starten met de opleiding dat - ondanks de bijna 600 vooraanmeldingen die toelaatbaar zijn - de match tussen opleidingsplaats binnen een zorginstelling, tussen de beschikbare opleidingscapaciteit van hogescholen en individuele kandidaten in de praktijk een gecompliceerd proces is. Daardoor is het sowieso lastig om precies op het aantal beschikbare opleidingsplaatsen uit te komen.

7 Het feit dat net niet alle opleidingsplaatsen zijn ingevuld, wil niet zeggen dat de feitelijke opleidingsbehoefte aan NP's en PA's niet hoger zou kunnen liggen dan 400. Het financiële plafond, dat gerelateerd is aan de 400 beschikbare opleidingsplaatsen, werkt een voorzichtig aannamebeleid door de hogescholen in de hand: hoewel de hogescholen onderling veel afstemming plegen om de beschikbare opleidingscapaciteit zo goed mogelijk te benutten is er geen hogeschool te vinden die het risico wil lopen om de salariskosten voor een NP of PA in opleiding (ruim 50.000 euro op jaarbasis) voor eigen rekening te nemen.

8 Niet alleen van de bekostigingssystematiek gaat een remmende werking uit op de feitelijke inschrijvingen voor de MANP- en MPA-opleidingen, ook van het matchingsproces zelf. Uit de redenen voor het afvallen van toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen blijkt dat het matchen van vraag en aanbod een gecompliceerd proces is, waardoor aannemelijk is dat het simpelweg ophogen van de opleidingscapaciteit niet zonder meer zal leiden tot een substantiële stijging van het aantal inschrijvingen. Naast de 29 toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen op de wachtlijst (19 voor de MANP en 10 voor de MPA), zijn ook de geregistreerde redenen voor het afvallen van toelaatbare kandidaten en opleidingsplaatsen (zoals een jaar later willen starten) aanwijzingen dat een substantieel deel van de 'afvallers' in de nabije toekomst vermoedelijk een nieuwe poging zal wagen. Daarnaast is duidelijk dat het aantal MPA-inschrijvingen ten opzichte van het verleden substantieel gestegen is. Met 129 inschrijvingen ligt het inschrijfniveau voor de MPA in 2009 iets meer dan 50 personen hoger dan het gemiddelde aantal inschrijvingen in de periode 2004-2007 (78 inschrijvingen) en ook aanzienlijk hoger dan de 108 inschrijvingen van 2008. Op termijn zal een toename van MPA-inschrijvingen de opleidingsruimte voor NP's steeds verder onder druk zetten. De stijging van MPA-inschrijvingen in 2009 (+21) is ten koste gegaan van het aantal MANP-inschrijvingen (-16).

9 Op basis van 6, 7 en 8 concluderen we dat het feit dat in het studiejaar 2009-2010 niet alle 400 opleidingsplaatsen zijn bezet, te maken heeft met organisatorische zaken en niet wordt veroorzaakt doordat er minder animo zou zijn dan verwacht voor de masteropleidingen MANP en MPA.

10 De in dit rapport geanalyseerde gegevens vormen een belangrijke ondersteuning achteraf voor de in 2008 gemaakte keuze om de opleidingscapaciteit voor de MANP en MPA te verhogen van 325 plaatsen naar 400 plaatsen. Verder blijkt uit de gepresenteerde gegevens dat de feitelijke opleidingsbehoefte waarschijnlijk hoger ligt dan het huidige opleidingsplafond van 400 plaatsen.

11 Het is aan te bevelen om de cyclus van vooraanmeldingen tot en met daadwerkelijke inschrijvingen in de komende jaren nauwkeurig en uniform te blijven registeren en te monitoren en op voorhand rekening te houden met de mogelijkheid van ‘gecontroleerde’ groei van het aantal opleidingsplaatsen in de komende jaren.

Bijlage: Registratievariabelen vooraanmeldingen MANP en MPA

0 Datum vooraanmelding

1 Vooraanmelding van kandidaat plus plaats (KPP) of plaats zonder kandidaat (PZK)?

2 Naam Hogeschool waar vooraanmelding plaats vindt

3 Opleiding van vooraanmelding (MANP of MPA)

4 Hoogst voltooide beroepsvooropleiding

5 Huidige functie

6 Aantal jaren werkzaam in huidige functie

7 Leeftijd

Opleidingsplaats:

8a type zorginstelling (huisartsenpraktijk, verpleeghuis etc.)

8b specialisme / categorie patiënten (eerstelijns; hart- en vaakziekten; longziekten etc.)

9 Match criteria opleidingsplaats (ja/nee): voldoet de opleidingsplaats aan de door de opleiding gestelde kwaliteitscriteria, zoals: intentie tot aanstelling NP of PA, bekostiging en een gekwalificeerde mentor.

10 Toelaatbaar tot opleiding (ja/nee)

11 Datum vaststellen toelaatbaarheid tot opleiding

12 Indien niet toelaatbaar tot opleiding, waarom niet?
vooropleiding/werkervaring onvoldoende
geen mentor beschikbaar
niet voldaan aan instroom-assessment
anders, namelijk:

13 Met opleiding gestart op 1 oktober (ja/nee)

14 Indien niet met opleiding gestart: waarom niet?
afhaken kandidaat vanwege: ……
afhaken instelling vanwege: ……..

Bijlage 4: Mogelijkheden en belemmeringen voor NP’s en PA’s in zorginstellingen zonder NP’s en PA’s

Inhoudsopgave

1 Inleiding 97

2 Uitkomsten telefonische enquête 101
2.1 Ziekenhuizen 101
2.2 Geestelijke gezondheidszorg 102
2.3 Verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg 103
2.4 Huisartsenzorg 104
2.5 Thuiszorg 105
2.6 Gehandicaptenzorg 106
2.7 Totaalbeeld 107
2.8 Verwachtingen over de toekomstige inzet van NP's en PA's 108

3 Samenvatting, conclusies en slotbeschouwing 111
3.1 Samenvatting en conclusies 111
3.2 Slotbeschouwing 112

1 Inleiding

Aanleiding en achtergrond onderzoek
De opleidingen 'Master Advanced Nursing Practice' (MANP) en 'Master Physician Assistant' (MPA) zijn nog relatief jong. In het verlengde hiervan zijn de beroepen Nurse Practitioner en Physician Assistant nog in ontwikkeling. Ook de arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan deze beroepsgroepen is zich nog aan het uitkristalliseren. Medio 2008 heeft de Tweede Kamer ingestemd met het ophogen van de opleidingscapaciteit voor de MANP- en MPA-opleidingen van 325 tot 400 plaatsen op jaarbasis.

In het verlengde van het ophogen van de opleidingscapaciteit is tevens afgesproken dat de opleidings- en arbeidsmarktbehoefte aan NP-PA's in de komende jaren gemonitord zal worden. Hiervoor heeft het Platform NP-PA een subsidie gekregen van het ministerie van VWS. Het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) heeft van het Platform de opdracht gekregen om de ontwikkeling van de arbeidsmarktvraag en de opleidingsbehoefte aan NP en PA's in de komende jaren in beeld te brengen.

Het onderzoek naar de ontwikkeling van de arbeidsmarktvraag en de opleidingsbehoefte aan NP-PA's bestaat uit de volgende onderdelen:
- Het monitoronderzoek zelf: een gestandaardiseerde enquête onder afgestudeerde NP's en PA's en hun managers (2009 en 2010);
- Drie aanvullende onderzoeksmodules:
  7. onderzoek naar de verhouding tussen het aantal vooraanmeldingen en het uiteindelijk aantal inschrijvingen voor de MANP- en MPA- opleidingen op basis van gegevens uit de deelnemersadministratie van de opleidingen.
  8. een telefonische enquête naar arbeidsmogelijkheden en -belemmeringen voor NP's en PA's binnen organisaties waar nog geen NP's en PA's werkzaam zijn.
  9. onderzoek op basis van een aantal gevalstudies naar substitutie- en andere effecten van de inzet van NP's en PA's.

In de voorliggende rapportage worden de bevindingen gepresenteerd van het onderzoek naar arbeidsmogelijkheden en belemmeringen voor NP's en PA's binnen organisaties waar nog geen NP's en PA's werkzaam zijn.

Vraagstelling en onderzoeksaanpak
De monitorcomponent van het onderzoek verschaft kwantitatieve en kwalitatieve informatie over de instroom in de ANP- en PA-opleidingen, de mate waarin afgestudeerden feitelijk in NP- en PA-functies terecht komen, kenmerken van deze functies en de ontwikkeling van het aantal NP's en PA's binnen de desbetreffende opleidingen.

Wat de monitor - en ook de beide andere onderzoeksmodules - niet goed zichtbaar kan maken, is de mogelijke behoefte aan NP's en PA's binnen organisaties en organisatieonderdelen, waar op dit moment nog geen NP's en PA's werkzaam zijn. Mogelijk zal een deel van de opleidingsbehoefte aan NP's en PA's in de komende jaren juist afkomstig zijn vanuit organisaties en organisatieonderdelen waar op dit moment nog geen NP's en PA's werken. Om meer inzicht te

krijgen in de mogelijke ontwikkeling van een opleidingsbehoefte vanuit deze zorginstellingen en -afdelingen is tevens meer inzicht nodig in de bevorderende en belemmerende factoren binnen deze organisaties voor de aanstelling van NP's en PA's.

De onderzoeksvragen die in deze rapportage centraal staat luidt dan ook:

Hoe verloopt in kwantitatieve en kwalitatieve zin de ontwikkeling van de vraag naar NP's en PA's binnen ziekenhuizen en ziekenhuisafdelingen (medisch specialismen) en zorginstellingen buiten ziekenhuizen, die momenteel nog geen NP- en PA-functies hebben? Welke factoren belemmeren en bevorderen de aanstelling van NP's en PA's binnen deze afdelingen en organisaties zonder NP's en PA's?

Om deze vragen te beantwoorden zijn er korte telefonische enquêtes afgenomen onder voornamelijk managers en P&O-functionarissen van zorginstellingen. De telefonische interviews hebben plaatsgevonden in december 2009 en in januari 2010.

Tijdens de interviews zijn de volgende onderwerpen aan de orde gesteld:
- de redenen waarom binnen hun organisatie(onderdeel) geen NP's en/of PA's werkzaam zijn (inhoudelijke, financiële en organisatorische overwegingen et cetera);
- de bereidheid/mogelijkheid/waarschijnlijkheid binnen hun organisatie(-onderdeel) om in de komende 5 jaar over te gaan tot het creëren van NP- en PA-functies;
- het aantal NP- en PA-functies, dat in de komende 5 jaar worden gecreëerd.

Tabel 1 geeft een overzicht van de verdeling binnen de steekproef en de responsgroep van de verschillende zorgbranches die benaderd zijn voor het onderzoek. Er zijn in totaal 83 interviews afgenomen binnen 6 branches. De responspercentages variëren hierbij tussen de 20 en 41 procent. In enkele gevallen gaat het om respondenten van verschillende afdelingen binnen dezelfde zorginstelling.

Tabel 1 – Bruto- en netto steekproef van de onderzoekspopulatie naar zorgbranche

	Steekproef	Responsgroep	Respons %
Ziekenhuiszorg	112	22	20
Geestelijke gezondheidszorg	36	12	33
Verzorgingshuis-/ verpleeghuiszorg	43	13	30
Huisartsenzorg	37	15	42
Thuiszorg	25	10	40
Gehandicaptenzorg	27	11	41
Totaal (n)	280	83	30

Het identificeren van potentiële respondenten voor dit gedeelte van het onderzoek is niet eenvoudig gebleken. De contactgegevens van potentiële respondenten zijn verkregen langs diverse kanalen. Tabel 2 biedt een kwantitatief overzicht van de kanalen die gebruikt zijn voor het werven van respondenten voor de telefonische enquête.

Tabel 2 – Herkomst van de contactgegevens

	Steekproef	%
Internet	141	50
Eigen netwerk	81	29
Hogescholen	32	11
Enquête NP-PA-monitor	26	9
Totaal (n)	280	100*

* *Door afronding wijkt het totaal af van de som van de afzonderlijke percentages.*

In eerste instantie is geprobeerd om via de MANP- en MPA-opleidingen van de hogescholen aan organisaties te komen zonder NP's en PA's. Daarnaast is respondenten van de NP-PA-monitor van 2009 gevraagd om contactgegevens aan te leveren van organisaties en afdelingen, waar geen NP's en PA's zouden werken. Deze beide kanalen leverden bij elkaar slechts een beperkt bestand op van potentiële enquêtedeelnemers, iets meer dan 20 procent van de totale steekproef. Dit initiële respondentenbestand is aangevuld met potentiële respondenten uit het eigen netwerk van KBA, dat bijna 30 procent van het steekproefbestand vertegenwoordigt. Uiteindelijk is 50 procent van de steekproef via het internet opgezocht en benaderd.

De non-responsgroep van het onderzoek bestaat uit 197 instellingen (70 procent). Van een klein gedeelte daarvan (35 instellingen, 13 procent van de steekproef) weten we de reden voor het niet meewerken aan de telefonische enquête:

- 23 instellingen/organisaties bleken toch NP's of PA's in dienst te hebben en vallen dus buiten de doelgroep van het onderzoek;
- instellingen/organisaties gaven redenen aan als 'geen tijd', 'langdurige afwezigheid beoogde respondent', 'doe bewust niet mee aan onderzoek' et cetera.

Uit de opgegeven redenen voor niet meewerken aan de enquête komen geen 'anti-sentimenten' naar voren ten aanzien van NP's of PA's.

Een groot deel van de respondenten is werkzaam in een leidinggevende functie als manager, locatiehoofd of eigenaar (zie tabel 3). Een bijna even groot deel van de respondenten heeft een baan als hoofd P&O, medewerker P&O of opleidingscoördinator. Iets minder dan een kwart van de respondenten is werkzaam in functies als beleidsmedewerker, zorgcoördinator, arts of in overige functies als doktersassistent, praktijkondersteuner huisarts, verpleegkundige en recruiter.

Tabel 3 – Functies van de respondenten

	Netto steekproef	%
Manager, leidinggevende, locatiehoofd	31	37
Hoofd P&O, medewerker P&O, opleidingscoördinator	33	40
Beleidsmedewerker	3	4
Zorgcoördinator	1	1
Arts	6	7
Overig	9	11
Totaal (n)	83	100

Reikwijdte onderzoeksgegevens
De onderzoeksbevindingen zijn gebaseerd op de antwoorden van 83 respondenten verdeeld over zes werkvelden binnen de zorg. Gezien onder andere het beperkte aantal respondenten per branche, de verschillen in functie tussen respondenten en de beperkte geografische spreiding binnen de responsgroep, kunnen op basis van de onderzoeksbevindingen geen conclusies worden getrokken voor de onderscheiden branches. Wel geven de resultaten een goed (indicatief) inzicht in de factoren die de beroepsmogelijkheden van NP's en PA's bevorderen en belemmeren binnen organisaties in de zorg waar dergelijke functies ten tijde van het onderzoek nog niet voorkwamen.

Leeswijzer
In hoofdstuk 2 beschrijven we de uitkomsten van de telefonische enquête. De rapportage wordt afgesloten in hoofdstuk 3 met een samenvatting en conclusies en een korte slotbeschouwing.

2 Uitkomsten telefonische enquête

In dit hoofdstuk worden eerst per branche de redenen beschreven voor het ontbreken van NP's en PA's binnen instellingen en afdelingen afkomstig uit diverse werkvelden binnen de zorg, te weten: ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeg- en verzorgingshuizen, huisartsenpraktijken, thuiszorg en instellingen voor gehandicaptenzorg. Daarna gebeurt dat voor de branches gezamenlijk. Ten slotte beschrijven we de verwachtingen van de respondenten over de toekomstige inzet van NP's en PA's in hun organisatie.

2.1 Ziekenhuizen

Van de 83 interviews zijn er 22 afgenomen binnen ziekenhuizen. In een aantal gevallen gaat het om respondenten van verschillende afdelingen binnen dezelfde zorginstelling. De respondenten zijn overwegend werkzaam als manager, locatiehoofd, of als P&O-functionaris. Van deze 22 interviews zijn er 16 beantwoord op het niveau van het ziekenhuis als geheel en 6 op het niveau van specifieke afdelingen/specialisaties, te weten:

- cardiologie, neurologie, neurochirurgie;
- oncologie;
- revalidatiecentrum;
- chronische en acute zorg;
- radiotherapie;
- verpleegafdeling.

Tabel 5 geeft inzicht in de redenen die de respondenten hebben genoemd voor het ontbreken van NP/PA-functies binnen hun organisatie(-onderdeel). Hieronder volgt allereerst een toelichting op de drie meest voorkomende categorieën.

Het blijkt dat financiële redenen vaak een obstakel vormen om NP's en PA's aan te stellen (door 7 respondenten genoemd). Het probleem daarbij is dat het vaak niet duidelijk is op welke wijze de NP of PA gefinancierd moet worden, maatschap of ziekenhuis? Of zoals een respondent het verwoordt: 'het is nog vaak onbekend uit welk potje het geld moet komen voor nieuwe NP's, het is een behoorlijke investering en hierop loopt het dus voornamelijk vast'. Uit de gegeven antwoorden blijkt dat het zelden om financiële obstakels sec gaat, maar dat het niet beschikbaar zijn van budget samenhangt met gemaakte keuzes binnen de organisatie ten aanzien van de organisatie van de zorg en het type functionarissen dat daarbij nodig geacht wordt.

Naast financiële overwegingen passen NP's en PA's niet altijd binnen de organisatievisie of wordt de meerwaarde van NP/PA-functies ten opzichte van bestaande beroepsgroepen (artsen, verpleegkundigen) niet herkend (door 6 respondenten genoemd). Dit type overwegingen is op verschillende wijze verwoord, bijvoorbeeld: 'dat zijn beleidsafspraken', of, 'binnen onze beleidsvisie passen geen NP's en PA's, we zijn een klein ziekenhuis en daar past bij dat de arts zelf graag het contact met de patiënten wil onderhouden', of, 'we moeten eerst de hogere functies overtuigen van het nut'.

Een andere belangrijke motivatie om nog geen NP's of PA's aan te stellen betreft de aard van werkzaamheden (door 5 respondenten genoemd). Op sommige afdelingen zijn er volgens de respondenten geen of weinig geschikte taken om door NP's of PA's uit te laten voeren.

Tabel 5 – Redenen voor het ontbreken van NP- en PA-functies volgens respondenten in ziekenhuizen

	Aantal x genoemd	%
Het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten	5	15
Vanwege kwaliteitsoverwegingen	-	-
NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend	6	18
Financiële redenen	7	21
Andere prioriteiten hebben op dit moment voorrang binnen de organisatie	4	12
Onbekend met de opleiding MANP en MPA	-	-
Onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit	2	6
Bevoegdheden van NP's en PA's zijn nog onvoldoende geregeld	2	6
Binnen DBC's is er nog onvoldoende ruimte voor het verrichten van medische taken door NP's en PA's	1	3
Binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd	3	9
Toevallige factoren: organisatie-, locatie- of persoonsgebonden. Geen principiële afwijzing NP's/PA's	3	9
Overige redenen	-	-
Totaal (n)*	33	100**

* *Er konden meerdere antwoorden worden aangekruist.*

** *Door afronding wijkt het totaal af van de som van de afzonderlijke percentages.*

De drie meest genoemde redenen om geen NP's en PA's aan te stellen binnen ziekenhuizen c.q. ziekenhuisafdelingen (samen iets meer dan de helft van de opgegeven redenen) lijken alle drie samen te hangen met opvattingen binnen deze organisaties over de organisatie van de zorg, de daarvoor benodigde personeelscategorieën en de inzet van financiële middelen.

2.2 Geestelijke gezondheidszorg

Binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn er 12 telefonische interviews afgenomen. Tabel 6 geeft een overzicht van redenen die de respondenten hebben aangegeven voor het niet aanstellen van NP's en PA's. Hieronder volgt een toelichting op de meest genoemde motieven.

Volgens 5 zorginstellingen passen de NP's en PA's niet binnen de organisatievisie en wordt hun meerwaarde niet herkend. Een respondent geeft een voorbeeld dat er momenteel al in een breed multidisciplinair team wordt gewerkt en er als zodanig geen behoefte is aan nog meer functiedifferentiatie, omdat er nog meer onderlinge afstemming nodig is tussen de diverse functiegroepen. Ook geeft een aantal instellingen aan bewust gekozen te hebben om met andere beroepen/functies te werken, waardoor de inzet van NP's weinig toegevoegde waarde lijkt te hebben. Een andere overweging voor het niet aanstellen van NP's en PA's is terug te voeren op de overtuiging dat het werk zich daar inhoudelijk niet voor leent (door 4 respondenten genoemd). Daarnaast geven 4 GGZ-instellingen aan onvoldoende zicht te hebben op de zorgkwa-

liteit van NP's en PA's. 3 Keer wordt onbekendheid met de opleidingen MANP en MPA als motief genoemd.

Tabel 6 – Redenen voor het ontbreken van NP- en PA-functies volgens respondenten in GGZ-instellingen

	Aantal x genoemd	%
Het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten	4	17
Vanwege kwaliteitsoverwegingen	2	9
NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend	5	22
Financiële redenen	1	4
Andere prioriteiten hebben op dit moment voorrang binnen de organisatie	-	-
Onbekend met de opleiding MANP en MPA	3	13
Onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit	4	17
Bevoegdheden van NP's en PA's zijn nog onvoldoende geregeld	-	-
Binnen DBC's is er nog onvoldoende ruimte voor het verrichten van medische taken door NP's en PA's	1	4
Binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd	3	13
Toevallige factoren: organisatie-, locatie- of persoonsgebonden. Geen principiële afwijzing NP's/PA's	-	-
Overige redenen	-	-
Totaal (n)*	23	100**

* *Er konden meerdere antwoorden aangekruist worden.*
** *Door afronding wijkt het totaal af van de som van de afzonderlijke percentages.*

Ongeveer de helft van de redenen binnen GGZ-instellingen om geen NP's en PA's aan te stellen, heeft te maken met opvattingen over de organisatie van de zorg, de daarvoor benodigde personeelscategorieën en de daaraan gerelateerde kwaliteit van zorg.

2.3 Verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg

In de verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg zijn 13 telefonische interviews afgenomen. Tabel 7 geeft inzicht in redenen van verpleeg- en verzorgingshuizen om (nog) geen NP's of PA's aan te stellen. Hieronder volgen de meest genoemde overwegingen.

Relatief veel zorginstellingen geven aan dat het werk zich niet inhoudelijk leent om NP's en PA's in te zetten (door 5 respondenten genoemd). Daarbij passen NP's en PA's niet altijd binnen de organisatievisie en wordt de meerwaarde ten opzichte van reeds aanwezige functionarissen niet herkend (eveneens door 5 respondenten genoemd). Voorbeelden van deze opvattingen zijn uitspraken 'dat er al een andere functionaris is aangesteld, die ook gedelegeerde taken van artsen kan uitvoeren', of dat de organisatie juist 'meer handen aan het bed wil' en daarom voor verpleegkundigen kiest.

Bij andere zorginstellingen is er nog sprake van discussie over de inzet van NP's en PA's en is de organisatievisie op dit punt nog niet uitgekristalliseerd (door 3 respondenten genoemd). Bij

een van de instellingen speelt bijvoorbeeld de vergrijzing van het huidige artsenbestand een rol en is men zich aan het oriënteren op andere wijzen van taakverdeling.

Tabel 7 – Redenen voor het ontbreken van NP- en PA-functies volgens respondenten in verpleeg- en verzorgingshuizen

	Aantal x genoemd	%
Het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten	5	28
Vanwege kwaliteitsoverwegingen	-	-
NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend	5	28
Financiële redenen	2	11
Andere prioriteiten hebben op dit moment voorrang binnen de organisatie	-	-
Onbekend met de opleiding MANP en MPA	-	-
Onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit	2	11
Bevoegdheden van NP's en PA's zijn nog onvoldoende geregeld	1	6
Binnen DBC's is er nog onvoldoende ruimte voor het verrichten van medische taken door NP's en PA's	-	-
Binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd	3	17
Toevallige factoren: organisatie-, locatie- of persoonsgebonden. Geen principiële afwijzing NP's/PA's	-	-
Overige redenen	-	-
Totaal (n)*	18	100**

* *Er konden meerdere antwoorden worden aangekruist.*

** *Door afronding wijkt het totaal af van de som van de afzonderlijke percentages.*

Ruim de helft van de redenen binnen verpleeg- en verzorgingshuizen om geen NP's en PA's aan te stellen, heeft betrekking op de opvattingen binnen deze organisaties over de aard van het werk, de organisatie van de zorg en de daarvoor benodigde type functionarissen.

2.4 Huisartsenzorg

15 Huisartspraktijken hebben hun medewerking verleend aan het onderzoek. Tabel 8 geeft een overzicht van redenen waarom de betreffende praktijken nog niet zijn overgegaan tot de inzet van NP's en PA's. Hieronder volgen de meest genoemde motivaties.

Binnen de onderzochte huisartsenpraktijken is verreweg de meest genoemde reden om geen NP- en PA-functies te creëren de aanwezigheid van een praktijkondersteuner huisarts (POH). De betreffende respondenten geven aan dat de POH de inzet van NP's en PA's overbodig maakt. Het takenpakket van de POH is al tamelijk uitgebreid. De inzet van een NP of PA wordt daarom als overlappend en overbodig beschouwd.

Naast en deels in samenhang met het argument van de aanwezigheid van een POH zijn er 8 huisartsenpraktijken die NP's en PA's niet vinden passen binnen hun organisatievisie en die de meerwaarde van NP's en PA's naast huisartsen, POH en/of doktersassistenten niet onderkennen. Zo vragen respondenten zich af of 'de kosten opwegen tegen de voordelen' en of 'het takenpakket van de dokter ook daadwerkelijk ontlast wordt'. Een andere respondent toont zich

principieel tegen te veel (‘nog meer’) zorgfragmentering en gaat daarom bewust niet mee met verdergaande vormen van functiedifferentiatie door de aanstelling van NP’s en PA’s.

Tabel 8 – Redenen voor het ontbreken van NP- en PA-functies volgens respondenten in huisartspraktijken

	Aantal x genoemd	%
Het werk leent zich inhoudelijk niet om NP’s en PA’s in te zetten	3	10
Vanwege kwaliteitsoverwegingen	1	3
NP’s en PA’s passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend	8	26
Aanwezigheid van praktijkondersteuner (POH) maakt inzet NP’s/PA’s overbodig	11	36
Financiële redenen	4	13
Andere prioriteiten hebben op dit moment voorrang binnen de organisatie	2	7
Onbekend met de opleiding MANP en MPA	-	-
Onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit	-	-
Bevoegdheden van NP’s en PA’s zijn nog onvoldoende geregeld	-	-
Binnen DBC’s is er nog onvoldoende ruimte voor het verrichten van medische taken door NP’s en PA’s	-	-
Binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP’s/PA’s, visie is nog niet uitgekristalliseerd	2	7
Toevallige factoren: organisatie-, locatie- of persoonsgebonden. Geen principiële afwijzing NP’s/PA’s	-	-
Overige redenen	-	-
Totaal (n)*	31	100**

* *Er konden meerdere antwoorden aangekruist worden.*

** *Door afronding wijkt het totaal af van de som van de afzonderlijke percentages.*

2.5 Thuiszorg

Er zijn 10 instellingen voor thuiszorg geënquêteerd. Tabel 9 geeft een overzicht van de beweegredenen van respondenten genoemd om geen NP’s en PA’s in hun organisatie(-onderdeel) aan te stellen. Hieronder volgen de meest genoemde argumenten.

Beleidskeuzes spelen een belangrijke rol bij de overweging om NP’s en PA’s aan te stellen. 4 Zorginstellingen vinden dat dat niet binnen hun organisatievisie past en zien geen toegevoegde waarde in de aanstelling van NP’s en PA’s. Eén van deze organisaties noemt in dit verband het argument dat deze kiest voor een zo plat mogelijke organisatie: de inzet van een NP of PA zou dan een extra (niet gewenste) organisatorische laag creëren.

Naast bewuste beleidsoverwegingen om geen NP’s en PA’s aan te stellen, worden tekorten aan financiële middelen als belemmering gezien (door 4 respondenten genoemd). In een aantal gevallen spelen ook andere prioriteiten mee die binnen de organisatie voorrang hebben (door 3 respondenten genoemd). Verder geven 3 van de 10 respondenten aan dat de discussie over de NP’s en PA’s binnen hun organisatie nog volop bezig is en dat de instellingsvisie op dit punt nog onvoldoende uitgekristalliseerd is.

Tabel 9 – Redenen voor het ontbreken van NP- en PA- functies volgens respondenten in thuiszorgorganisaties

	Aantal x genoemd	%
Het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten	3	14
Vanwege kwaliteitsoverwegingen	-	-
NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend	4	19
Financiële redenen	4	19
Andere prioriteiten hebben op dit moment voorrang binnen de organisatie	3	14
Onbekend met de opleiding MANP en MPA	1	5
Onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit	2	10
Bevoegdheden van NP's en PA's zijn nog onvoldoende geregeld	-	-
Binnen DBC's is er nog onvoldoende ruimte voor het verrichten van medische taken door NP's en PA's	-	-
Binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd	3	14
Toevallige factoren: organisatie-, locatie- of persoonsgebonden. Geen principiële afwijzing NP's/PA's	1	5
Overige redenen	-	-
Totaal (n)*	21	100

* *Er konden meerdere antwoorden aangekruist worden.*

2.6 Gehandicaptenzorg

Binnen de gehandicaptenzorg zijn er 11 telefonische interviews afgenomen. Tabel 10 geeft een overzicht van de motieven van deze zorginstellingen om niet met NP's en PA's te werken.

Tabel 10 – Redenen voor het ontbreken van NP- en PA-functies volgens respondenten in organisaties voor gehandicaptenzorg

	Aantal x genoemd	%
Het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten	5	26
Vanwege kwaliteitsoverwegingen	1	5
NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend	5	26
Financiële redenen	2	11
Andere prioriteiten hebben op dit moment voorrang binnen de organisatie	-	-
Onbekend met de opleiding MANP en MPA	2	11
Onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit	3	16
Bevoegdheden van NP's en PA's zijn nog onvoldoende geregeld	-	-
Binnen DBC's is er nog onvoldoende ruimte voor het verrichten van medische taken door NP's en PA's	-	-
Binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd	1	5
Toevallige factoren: organisatie-, locatie- of persoonsgebonden. Geen principiële afwijzing NP's/PA's	-	-
Overige redenen	-	-
Totaal (n)*	19	100

* *Er konden meerdere antwoorden aangekruist worden.*

5 Respondenten zeggen dat binnen hun instelling de aard van de werkzaamheden zich er niet voor leent om NP's en PA's in te zetten. Daarbij geven ook 5 respondenten aan dat de inzet van NP's en PA's niet binnen de organisatievisie past. Er worden dan bijvoorbeeld al bepaalde taken van artsen overgenomen door andere functiegroepen als aio's, en/of er is sprake van instructieverpleegkundigen die worden ingezet om niet-medisch geschoold personeel intern op te leiden. Eén respondent verwoordt de organisatievisie ten aanzien van NP's en PA's als volgt: 'de arts werkt nog op de ouderwetse manier, er is dus geen vraag naar dergelijke functies'.

De onbekendheid met de beroepen van NP en PA en de opleiding voor deze beroepen wordt ook relatief veel genoemd (totaal 5 respondenten). Dit uit zich in de onbekendheid met de opleidingen MANP en MPA en het onvoldoende zich hebben op de zorgkwaliteit van NP's en PA's.

Ongeveer 60 procent van de overwegingen van de respondenten uit de gehandicaptenzorg om geen NP's of PA's aan te stellen, hangt samen met opvattingen binnen hun organisatie over de inhoud van het werk, de organisatie van de zorg, de daarvoor benodigde personeelcategorieën en de daaraan te relateren kwaliteit van de zorg. Ongeveer een kwart van de redenen lijkt terug te voeren op onbekendheid met het beroep en de opleiding van NP's en PA's en, in relatie daarmee het onvoldoende zicht op de kwaliteit die deze beroepgroepen kunnen leveren.

2.7 Totaalbeeld

In tabel 10 staat het totaaloverzicht voor alle respondenten van de reden waarom in hun organisatie of afdeling geen NP's of PA's werken. De 3 meest genoemde redenen zijn:
- NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend;
- het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten;
- financiële redenen.

Tabel 10 – Redenen voor het ontbreken van NP- en PA-functies

	Aantal x genoemd	%
Het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten	25	17
Vanwege kwaliteitsoverwegingen	4	3
NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend	33	23
Aanwezigheid praktijkondersteuner (POH) maakt inzet NP's/PA's overbodig	11	8
Financiële redenen	20	14
Andere prioriteiten hebben op dit moment voorrang binnen de organisatie	9	6
Onbekend met de opleiding MANP en MPA	6	4
Onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit	13	9
Bevoegdheden van NP's en PA's zijn nog onvoldoende geregeld	3	2
Binnen DBC's is er nog onvoldoende ruimte voor het verrichten van medische taken door NP's en PA's	2	1
Binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd	15	10
Toevallige factoren: organisatie-, locatie- of persoonsgebonden. Geen principiële afwijzing NP's/PA's	4	3
Overige redenen	-	-
Totaal (n)*	145	100

** Er konden meerdere antwoorden aangekruist worden.*

Deze drie redenen vormen samen 54 procent van de antwoorden. Daarnaast is er een tweede groep redenen die weliswaar minder vaak worden genoemd, maar toch nog 27 procent van de antwoorden voor hun rekening nemen:
- binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd;
- onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit;
- aanwezigheid praktijkondersteuner (POH) maakt inzet NP's/PA's overbodig.

2.8 Verwachtingen over de toekomstige inzet van NP's en PA's

In de interviews is de respondenten niet alleen gevraagd naar de overwegingen om geen NP's en PA's binnen de organisatie aan te stellen ten tijde van het onderzoek (december 2009, januari 2010), maar ook naar hun inschatting van de aanstellingsmogelijkheden binnen hun eigen organisatie/instelling in de komende 5 jaar. Er is bij deze vraag onderscheid gemaakt in drie categorieën:
- ja, we hebben serieuze plannen om binnen 5 jaar NP- en PA-functies te creëren;
- misschien, we zijn ons nog voorzichtig aan het oriënteren;
- nee, naar alle waarschijnlijkheid gaan we niet over tot het creëren van NP- en PA-functies.

Tabel 11 geeft een overzicht van de scores op de bovengenoemde 3 categorieën. Iets meer dan helft van de respondenten geeft aan voorzichtige dan wel serieuze plannen te hebben voor het aanstellen van NP's en PA's. Ongeveer de helft van de ziekenhuizen bevindt zich in deze antwoordcategorie. Iets minder dan de helft van de respondenten zegt naar alle waarschijnlijkheid niet over te zullen gaan tot het creëren van NP- en PA-functies. Vooral huisartsenpraktijken (4 van de 5) en - in iets mindere mate - instellingen voor gehandicaptenzorg zijn sterk vertegenwoordigd in deze antwoordcategorie.

Tabel 11 – Inschatting van aanstellingsmogelijkheden voor NP's en PA's in komende 5 jaar

	Ja, serieuze plannen	Ja, voorzichtige plannen	Nee, naar alle waarschijnlijkheid niet	Totaal
Respondenten	18 (22%)	26 (32%)	37 (46%)	81 (100%)

Aan de respondenten met serieuze en voorzichtige plannen om NP's en PA's aan te stellen, is gevraagd om een beredeneerde inschatting te maken van het aantal fte. Voor een aantal respondenten bleek dit een lastige opgave, vooral voor respondenten waarbij de planvorming rondom de aanstelling van NP's en PA's zich nog in de fase van 'voorzichtige plannen' bevindt. Van de 18 respondenten uit de categorie 'serieuze plannen' hebben er 5 van af gezien om het aantal fte voor NP's en PA's in de komende 5 jaar te kwantificeren. Voor de respondenten uit de categorie 'voorzichtige plannen' gaat het om 10 van de 26 respondenten.

Tabel 12 bevat de geschatte aantallen fte voor NP's en PA's in de komende jaren op grond van de ramingen van de respondenten die de desbetreffende vraag beantwoord hebben. De tabel laat tevens zien dat het zwaartepunt van de nog te creëren NP- en PA-functies binnen de

onderzochte organisaties met serieuze aanstellingsplannen bij NP-functies zal komen te liggen: 51 (NP) om 2 fte (PA) binnen de categorie ‘serieuze plannen’ (maar het gaat hierbij om slechts 1 organisatie of afdeling).

Tabel 12 – Inschatting van de toekomstig aan te stellen NP- en PA-formatie

	NP		PA		Totaal	
	fte	n	fte	n	fte	n
Serieuze plannen	51	12	2	1	53	13
Voorzichtige plannen	24,4	10	8,2	6	32,6	16
Totaal	75,4	22	10,2	7	85,6	29

Tabel 13 geeft inzicht in de redenen voor het niet creëren van NP- en PA-functies van de groep respondenten die naar alle waarschijnlijkheid ook niet overgaat op hun toekomstig inzet (46 procent). Wellicht wegen die redenen zo zwaar dat zo ook een toekomstige inzet van NP’s en PA’s uitsluiten. De volgende drie motieven worden het meest genoemd:
- de aard van de werkzaamheden leent zich niet om NP’s en PA’s in te zetten;
- de NP’s en PA’s passen niet binnen de organisatievisie;
- aanwezigheid van de praktijkondersteuner huisarts (POH) maakt de inzet van NP’s en PA’s overbodig.

Een belangrijk deel van deze overwegingen kan gekwalificeerd worden als inhoudelijk-organisatorische motieven. Dergelijke overwegingen lijken op het eerste gezicht niet eenvoudig op korte termijn te beïnvloeden, omdat ze samenhangen met relatief diep gewortelde opvattingen over de taakverdeling binnen zorginstellingen. Ongeveer 20 procent van de opgegeven beweegredenen biedt mogelijk enige ruimte voor de aanstelling van NP’s en PA’s op termijn. Of deze ruimte in de toekomst daadwerkelijk zal ontstaan, zal in belangrijke mate afhangen van de mate waarin financiële obstakels en de onbekendheid van de desbetreffende respondenten met beroep, opleiding en kwaliteit van NP’s en PA’s zal worden opgeheven.

Tabel 13 – Redenen voor het niet creëren van NP- en PA- functies

	Absoluut	Relatief
Het werk leent zich inhoudelijk niet om NP’s en PA’s in te zetten	20	37,0
Vanwege kwaliteitsoverwegingen	1	1,9
NP’s en PA’s passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend	15	27,8
Aanwezigheid van praktijkondersteuner (POH) maakt inzet NP’s/PA’s overbodig	7	13,0
Financiële redenen	5	9,3
Andere prioriteiten hebben op dit moment voorrang binnen de organisatie	1	1,9
Onbekend met de opleiding MANP en MPA	3	5,6
Onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit	2	3,7
Totaal (n)*	54	100,0

** Er konden meerdere antwoorden aangekruist worden.*

3 Samenvatting, conclusies en slotbeschouwing

3.1 Samenvatting en conclusies

Om meer inzicht te krijgen in de arbeidsmarktmogelijkheden van NP's en PA's binnen organisaties en organisatieonderdelen zonder NP's en PA's, is in de maand december van 2009 en de maand januari van 2010 een korte, telefonische enquête afgenomen. Het onderzoek is uitgevoerd bij zorginstellingen en afdelingen, waar ten tijde van het onderzoek nog geen NP's of PA's werkzaam waren. Het merendeel van de 83 respondenten (30 procent van het aantal gebelde personen) was leidinggevende, HRM-medewerker of arts.

Tijdens de interviews zijn de volgende onderwerpen aan de orde gesteld:
- de reden(en) waarom binnen hun organisatie(onderdeel) geen NP's en/of PA's werkzaam zijn;
- de bereidheid/mogelijkheid/waarschijnlijkheid binnen hun organisatie(-onderdeel) om in de komende 5 jaar over te gaan tot het creëren van NP- en PA-functies en het aantal functies;
- redenen om ook in de toekomst geen NP- en PA-functies te creëren.

Op grond van de uitkomsten van de telefonische interviews kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

1. De belangrijkste redenen om geen NP's en PA's aan te stellen, zijn (aflopend voor het aantal keer dat ze genoemd zijn):
   - NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend;
   - het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten;
   - financiële redenen;
   - binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd;
   - onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit;
   - aanwezigheid praktijkondersteuner (POH) maakt inzet NP's/PA's overbodig (uitsluitend genoemd door respondenten uit huisartspraktijken).

   Samen vormen deze redenen meer dan 80 procent van de redenen waarom zorgorganisaties geen NP's en PA's aanstellen.

   Wat de financiële redenen betreft, blijkt uit de 'open' antwoorden die gegeven zijn, dat het niet in alle gevallen gaat om financiële overwegingen sec. In ziekenhuizen bijvoorbeeld, speelt de onduidelijkheid over de wijze van financiering een rol: komen de kosten voor rekening van de maatschap of van het ziekenhuis? Daarnaast blijken financiële overwegingen vaak samen te hangen met inhoudelijk-organisatorische overwegingen: organisaties die inhoudelijk weinig heil zien in NP's en PA's maken er ook niet snel middelen voor vrij.

2. Van de geïnterviewde respondenten van zorginstellingen zonder NP's en PA's geeft ruim 20 procent aan serieuze plannen te hebben om in de komende jaren NP's of PA's aan te stellen. Nog eens ruim 30 procent geeft aan dat er sprake is van voorzichtige plannen om in de komende 5 jaar NP- of PA-functies te creëren. De overige 45 procent van de respondenten

geeft aan dat hun organisatie naar alle waarschijnlijkheid in de komende 5 jaar geen NP- of PA-functies zal creëren.

3. Het is denkbaar dat een achterliggende reden dat zorginstellingen geen NP's en PA's in dienst hebben of nemen, de onbekendheid is met het beroep en de kwaliteiten of meerwaarde van NP's en PA's. Bij twee redenen speelt dat direct een rol:
   - onbekend met de opleiding MANP en MPA;
   - onvoldoende zicht op de zorgkwaliteit.

   Maar mogelijk speelt de onbekendheid met het beroep en de kwaliteiten of meerwaarde van NP's en PA's ook een rol bij de volgende redenen:
   - NP's en PA's passen niet binnen de organisatievisie, meerwaarde wordt niet herkend;
   - het werk leent zich inhoudelijk niet om NP's en PA's in te zetten;
   - vanwege kwaliteitsoverwegingen;
   - binnen de organisatie is sprake van discussie over inzet NP's/PA's, visie is nog niet uitgekristalliseerd;

   Samen 'verklaren' deze redenen (en wellicht dus de onbekendheid met het beroep) voor 80 procent waarom zorgorganisaties geen NP's en PA's aanstellen.

4. Het grootste deel van het aantal fte, dat gemoeid is met de aanstelling van NP's en PA's bij instellingen met serieuze plannen op dit gebied in de komende 5 jaar, heeft betrekking op NP-functies: van de 53 fte die in de plannen genoemd worden, zijn 51 fte bestemd voor NP-functies.

3.2 Slotbeschouwing

De onderzoeksbevindingen laten zien dat de entree van NP's en PA's binnen zorginstellingen waar zij op dit moment nog niet aan het werk zijn geen vanzelfsprekende zaak is. Evenmin kan op grond van het uitgevoerde onderzoek geconcludeerd worden dat er sprake is van een dichtgetimmerd functiebouwwerk binnen de onderzochte organisaties. Binnen een substantieel deel van de organisaties vinden discussies plaats over de mogelijke inzet van NP's en PA's:
- ruim 20 procent van de geënquêteerde organisaties zonder NP's en PA's heeft serieuze plannen ten aanzien van de inzet van NP's en PA's in de komende 5 jaar;
- nog eens ruim 30 procent van de respondenten geeft aan dat er sprak is van voorzichtige planvorming op dit gebied.

Voor de rest van de organisaties is het volgens de respondenten niet waarschijnlijk dat die binnen 5 jaar over zullen gaan tot de inzet van NP's of PA's.

De onderzoeksbevindingen lijken een illustratie te vormen voor het institutionaliseringsproces van de beroepen van NP en PA. Uit de plannen van iets meer dan de helft van de organisaties uit de responsgroep blijkt dat het niet creëren van NP- en PA-functies tot nu toe in ieder geval geen automatische keuze ten aanzien van de toekomst impliceert. Evenmin staan de deuren van het functiebouwwerk binnen de onderzochte organisaties wagenwijd open voor NP's en PA's in de toekomst.

Van grote invloed op de beroepsmogelijkheden voor NP's en PA's binnen zorginstellingen waar zij tot nu toe niet werken, zijn inhoudelijk-organisatorische opvattingen over de aard van het werk, de kwaliteit van de zorg en de daarbij behorende taakverdeling tussen artsen, verpleeg-

kundigen en ondersteunende functionarissen, zoals ook de door KBA uitgevoerde gevalsstudie7 laat zien.

De eerder genoemde gevalsstudie en ook de monitorrapportage uit 2009 laten zien dat er geen specialismen of werkvelden binnen de zorg lijken te zijn, waar NP's of PA's ten principale niet zouden kunnen werken. Hun entree binnen organisaties waar op dit moment nog geen NP's of PA's werkzaam zijn, lijkt in de meeste gevallen dan ook een kwestie van tijd. Dat is tijd die nodig is om de meerwaarde van de inzet van NP's en PA's voor de eigen instelling te kunnen zien. Vermoedelijk zullen deze instellingen er in de toekomst vroeger of later toe overgaan om op basis van positieve ervaringen binnen vergelijkbare instellingen elders (op de kwaliteit van de zorg, op de kostprijs etc.) ook binnen hun eigen organisatie NP- en PA-functies te creëren. Het tempo waarin zich dergelijke verschuivingen binnen het functiebouwwerk van deze organisaties zullen voltrekken is op dit moment ongewis, maar de richting lijkt vast te staan. Het is aannemelijk, op grond van de telefonische enquête en andere onderzoeken, dat een groot deel van de organisaties waar op dit moment nog geen NP's of PA's werkzaam zijn, in de toekomst zal overgaan tot het creëren van NP- en PA-functies.

7 Schuit, H. en K.Kauffman (2010). *De inzet van nurse practitioners en physician assistants in de beroepspraktijk. Een kwalitatief beeld aan de hand van 14 gevalsbeschrijvingen.* Nijmegen: KBA.

Bijlage 5: Gevalsbeschrijvingen van de inzet van NP’s en PA’s in de beroepspraktijk

Inhoudsopgave

1	Inleiding	119
2	Geestelijke gezondheidszorg	123
	Altrecht Jeugd	123
	UMC Utrecht (afdeling volwassenen-ggz)	124
3	Gehandicaptenzorg	127
	Het Raamwerk	127
	Reinaerde	128
4	Huisartsenzorg	131
	Gezondheidscentrum Perspectief	131
	HOED, Nieuwerkerk a/d IJssel	132
	Huisartsenpraktijk De Boer	133
5	Verpleeghuis/verzorgingshuis/thuiszorg	135
	ZZG zorggroep	135
	Evean Groep	136
6	Derdelijnszorg	139
	Kempenhaeghe (afdelingen slaapgeneeskunde en epilepsie)	139
7	Ziekenhuiszorg	141
	HagaZiekenhuis (afdeling anesthesiologie)	141
	Rijnland ziekenhuis (afdeling Cardiologie)	142
	Scheper Ziekenhuis	143
	Isala klinieken	144
8	Samenvatting, conclusies en slotbeschouwing	147
	8.1 Samenvatting en conclusies	147
	8.2 Slotbeschouwing	150
Bijlage: Overzicht respondenten en zorginstellingen		153

1 Inleiding

Aanleiding en achtergrond onderzoek
De opleidingen 'Master Advanced Nursing Practice' (MANP) en 'Master Physician Assistant' (MPA) zijn nog relatief jong. In het verlengde hiervan zijn de beroepen nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA) nog in ontwikkeling. Ook de arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan deze beroepsgroepen is zich nog aan het uitkristalliseren. Medio 2008 heeft de Tweede Kamer ingestemd met het ophogen van de opleidingscapaciteit voor de MANP- en MPA-opleidingen van 325 tot 400 plaatsen op jaarbasis. Daarbij is afgesproken dat de opleidings- en arbeidsmarktbehoefte aan NP-PA's in de komende jaren gemonitord zal worden. Hiervoor heeft het Platform NP-PA een subsidie gekregen van het ministerie van VWS. Het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) heeft van het Platform de opdracht gekregen om de ontwikkeling van de arbeidsmarktvraag en de opleidingsbehoefte aan NP en PA's in de komende jaren in beeld te brengen.

Het onderzoek naar de ontwikkeling van de arbeidsmarktvraag en de opleidingsbehoefte aan NP-PA's bestaat uit de volgende onderdelen:
- Het monitoronderzoek zelf: een gestandaardiseerde enquête onder afgestudeerde NP's en PA's en hun managers (2009 en 2010);
- Drie aanvullende onderzoeksmodules:
  10. onderzoek naar de verhouding tussen het aantal vooraanmeldingen en het uiteindelijk aantal inschrijvingen voor de MANP- en MPA-opleidingen op basis van gegevens uit de deelnemersadministratie van de opleidingen.
  11. een telefonische enquête naar arbeidsmogelijkheden en belemmeringen voor NP's en PA's binnen organisaties waar nog geen NP's en PA's werkzaam zijn.
  12. onderzoek op basis van een aantal gevalstudies naar substitutie- en andere effecten van de inzet van NP's en PA's.

In de voorliggende onderzoeksrapportage worden de bevindingen gepresenteerd uit het onderzoek naar de substitutie- en andere effecten van de inzet van NP's en PA's in zorginstellingen.

Onderzoeksvraag en onderzoeksaanpak
Een belangrijke factor die van invloed is op de arbeidsmarktmogelijkheden van NP's en PA's is de mate waarin het aanstellen van NP's en PA's bijdraagt aan het overnemen van taken van artsen en specialisten. Taaksubstitutie van artsen, specialisten, AIOS en ANIOS door NP's en PA's kan in beginsel bijdragen tot efficiencyverhoging, kostenreductie en kwaliteitsverhoging binnen de zorg. De hoofdvraag van het onderzoek luidt derhalve:

Wat zijn de substitutie- en andere effecten van de inzet van NP's en PA's binnen zorginstellingen? In welke mate draagt de inzet van NP's en PA's bij aan taaksubstitutie van artsen en specialisten en aan zaken als verhoging van kwaliteit, productie en efficiency van de zorg enerzijds en verlaging van de kostprijs van de zorg anderzijds?

Om een beter inzicht te krijgen in substitutie- en andere effecten op microniveau is een aantal casussen ter verdieping onderzocht. Ten behoeve van de op te stellen gevalsbeschrijvingen zijn

vraaggesprekken gevoerd met managers, artsen en staffunctionarissen van zorginstellingen en zorgafdelingen, waar ten tijde van het onderzoek (najaar 2009) NP's en/of PA's werkzaam zijn.

Tijdens de interviews zijn de respondenten niet alleen gevraagd naar substitutie-effecten maar ook naar de redenen en overwegingen voor het aanstellen van NP's en PA's, de overeenkomsten en verschillen tussen beide beroepsgroepen en benodigde vervolgstappen voor institutionalisering van de beroepen van NP en PA.

Samenstelling onderzoeksgroep
De interviews voor de gevalsbeschrijvingen hebben plaatsgevonden in het laatste kwartaal van 2009. De contactgegevens van de benaderde instellingen en organisaties zijn deels aangeleverd door de hogescholen en afkomstig uit het eigen netwerk van KBA. Ter voorbereiding op de vraaggesprekken hebben de beoogde gesprekspartners (voornamelijk managers, artsen en stafmedewerkers) van tevoren een topiclijst toegestuurd gekregen. In tabel 1 is de spreiding van het aantal instellingen en respondenten weergegeven. Daarbij is ook de NP/PA-formatie opgenomen van de organisaties waar de gevalsbeschrijvingen betrekking op hebben.

In totaal hebben 14 instellingen meegewerkt aan de casestudies. Hierbij zijn 20 respondenten geïnterviewd. In een aantal gevallen gaat het om respondenten van verschillende afdelingen binnen dezelfde zorginstelling. Met 14 van de 20 respondenten is op hun werklocatie gesproken. In 6 gevallen is er sprake geweest van een telefonisch interview. In bijlage 1 staat een lijst van respondenten en instellingen, waarbij ook de formatieverdeling van de NP's en PA's is aangegeven.

De casestudies hebben betrekking op 55 afgestudeerde NP's en 17 NP's in opleiding. Voor de PA's gaat het om 9 afgestudeerden en 19 PA's in opleiding. Het achterblijven van het aantal PA's bij het aantal NP's binnen de casestudies is deels het gevolg van het feit dat er minder afgestudeerde PA's dan afgestudeerde NP's zijn. Daarnaast lijkt het lagere aantal afgestudeerde PA's ook te maken te hebben met het gegeven dat PA's buiten ziekenhuizen slechts in beperkt mate emplooi gevonden hebben. Bij het zoeken naar casussen voor de gevalsbeschrijvingen is het de onderzoekers niet gelukt om GGZ-instellingen, instellingen voor gehandicaptenzorg en organisaties met verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg te vinden met afgestudeerde PA's.

Tabel 1 – Spreiding van het aantal NP's en PA's, het aantal instellingen en het aantal respondenten naar branche

	Aantal NP's		Aantal PA's		Aantal instellingen	Aantal respondenten
	afg.	i.o.	afg.	i.o.		
Geestelijke gezondheidszorg	3	2	-	-	2	2
Gehandicaptenzorg	6	3	-	-	2	3
Huisartsenzorg	1	-	1	1	3	4
Verpleeg-/thuiszorg	8	-	-	-	2	3
Derdelijnszorg	4	2	1	1	1	2
Ziekenhuiszorg	33	10	7	17	4	6
Totaal (n)	55	17	9	19	14	20

Accent op kwalitatieve beschrijving

Voor de meeste respondenten blijkt het niet mogelijk om de substitutie-effecten van de inzet van NP's en PA's binnen hun organisatie te kwantificeren in termen van productieomvang en kostprijs van de zorg. Veelal had men geen exacte cijfers en was het kwantitatieve substitutie-effect moeilijk te isoleren van de specifieke kenmerken van de inzet van de betreffende NP's en PA's. Uit de gevoerde gesprekken kunnen de volgende factoren gedestilleerd worden als obstakels voor het uitvoeren van een betrouwbare en zuivere substitutieberekening:

- Wijzigingen in de samenstelling van de zorgvraag: introductie van nieuwe behandelingen, verschuivingen van individuele naar groepsgerichte interventies.
- Het ontbreken van een gespecificeerd inzicht (urenverantwoording) in de tijdsbesteding van NP's en PA's.
- Een diffuse wijze van bekostiging van de inzet van NP's en PA's: inzet binnen de maatschap, bekostiging door het ziekenhuis.
- AWBZ-bekostiging.
- Personeelsgebonden factoren als baanwisselingen, ziekte of zwangerschap.
- Het gebruik maken van de inzet van NP's of PA's door meerdere afdelingen.
- Het ontbreken van meerjarige ervaring met de inzet van NP's en PA's (eventuele cijfers zouden beïnvloed worden door inwerkeffecten van mensen die 'nieuw zijn in het werk').

Het trekken van algemeen geldende betrouwbare, kwantitatieve conclusies over de substitutie-effecten van de inzet van NP's en PA's is niet mogelijk op grond van gevoerde gesprekken. Wel zijn er in een aantal gevallen beredeneerde inschattingen gemaakt en concrete voorbeelden genoemd van zowel kwalitatieve als kwantitatieve substitutie-effecten. Deze voorbeelden zijn bij de uitwerkingen van de casestudies opgenomen en geven een eerste globale indicatie van de substitutie-effecten van de inzet van NP's en PA's.

Leeswijzer

In de voorliggende rapportage komen achtereenvolgens gevalsbeschrijvingen aan de orde vanuit de GGZ (hoofdstuk 2), de gehandicaptenzorg (hoofdstuk 3), huisartsenpraktijken (hoofdstuk 4), verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorgorganisaties (hoofdstuk 5), een instelling voor derdelijnszorg (hoofdstuk 6) en, ten slotte, de ziekenhuizen (hoofdstuk 7). De rapportage wordt afgesloten in hoofdstuk 8 met een samenvatting van de belangrijkste conclusies uit het onderzoek en een korte slotbeschouwing.

2 Geestelijke gezondheidszorg

Aantal cases:	2
NP's in dienst:	5 (waarvan 2 in opleiding)
PA's in dienst:	0

Altrecht Jeugd

Formatieomvang
Altrecht Jeugd is in 2007 begonnen met het inzetten van NP's (momenteel 2 fte). De inzet van de twee nieuwe NP's heeft verder geen direct effect gehad op de formatieomvang voor kinder-/jeugdpsychiaters en ANIOS.

Achtergronden voor aanstelling
De aanstelling van NP's binnen Altrecht Jeugd komt voort uit overwegingen van kwaliteitsmanagement. Zorginnovaties en de inzet van NP's zijn belangrijke speerpunten binnen dit kwaliteitsmanagement. Met de inzet van NP's en PA's beoogt de organisatie een hogere kwaliteit en een hogere productiviteit te realiseren. Een bijkomende factor voor het aanstellen van NP's is het arbeidsmarkttekort aan kinder- en jeugdpsychiaters.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
De taken die de NP's uitvoeren zijn onder andere het controleren van de medicatie, het leveren van een bijdrage diagnostisch onderzoek (intakes, lichamelijk onderzoek e.d.), behandeling en begeleiding. Door de inzet van NP's krijgen de kinder-/jeugdpsychiaters effectief de beschikking over meer onderzoekscapaciteit. Zij krijgen meer tijd voor hun eigen specifieke taken als de differentiaaldiagnostiek.

Er zijn indicaties (bij benadering en niet alleen te herleiden op de inzet van de betreffende NP's) dat door de inzet van NP's de productie met een derde is toegenomen.

De NP's nemen niet alleen taken over van kinder/jeugdpsychiaters, ze nemen ook een aantal nieuwe taken op zich. Voorbeelden hiervan zijn de gezamenlijke groepscontroles waarbij niet telkens hetzelfde 'verhaal' de revue passeert. Tevens is er een algeheel 'medicatiespreekuur' ontwikkeld en een betere aanmeldcoördinatie (triage). Dit soort ontwikkelingen draagt ertoe bij dat de doorlooptijd van de keten van aanmelding-diagnostiek-behandeling binnen Altrecht Jeugd verkort is.

Institutionalisering
Wat betreft de verdere institutionalisering van de beroepsgroepen denkt men vooral aan een transparant wettelijk kader (wet BIG), dat de bevoegdheden van NP's en PA's op een heldere manier regelt.

Overeenkomsten en verschillen
De respondent heeft geen goed zicht op de overeenkomsten en verschillen tussen beide beroepsgroepen.

UMC Utrecht (afdeling volwassenen-GGZ)

Formatieomvang
De afdeling volwassenen-ggz van het UMC Utrecht heeft sinds 2006 een NP in dienst en ten tijde van het onderzoek nog twee in opleiding. De aanstelling heeft geen directe gevolgen gehad voor de formatieomvang van de aanwezige AIOS en psychiaters.

Achtergronden voor aanstelling
De achtergronden voor het aanstellen van NP's bij de afdeling volwassenen-GGZ van het UMC Utrecht zijn primair terug te voeren op de wens om het kwaliteitsniveau binnen de organisatie (verder) te verhogen, mede omdat men zich profileert als een opleidingsziekenhuis. Om dit te bereiken heeft de afdeling een bewuste keuze gemaakt om met NP's te gaan werken. Enkele goed presterende verpleegkundigen, die zelf ook de ambitie hadden om door te groeien, zijn geselecteerd om de MANP-opleiding te mogen doen. Met het opleiden van NP's snijdt het mes dus aan twee kanten: de inzet van NP's levert een bijdrage aan de kwaliteitsverhoging van het werk op de afdeling en biedt tevens een loopbaanperspectief voor verpleegkundigen.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
De NP's binnen de afdeling volwassenen-ggz van UMC Utrecht besteden ongeveer 80 procent van hun takenpakket aan taken die ook door psychiaters en AIOS worden gedaan. Het betreft onder andere ondersteuning in de diagnostiek en het uitvoeren van lichamelijk onderzoek. De vraag op welke wijze het aantrekken van NP's van invloed is geweest op het werk van psychiaters is nog niet goed 'meetbaar'. Dit komt hoofdzakelijk vanwege het feit dat er relatief weinig NP's ten opzichte van het aantal specialisten werken. Daarmee is het lastig om de 'tijdswinst per psychiater te berekenen'. Het takenpakket van de psychiaters is in die zin ook onveranderd gebleven: verrichten van wetenschappelijk onderzoek, geven van onderwijs en het onderzoek van patiënten. De substitutie-effecten liggen bij deze psychiatrieafdeling dus vooral in een hogere kwaliteitsstandaard en een (bijkomende) productieverhoging door de extra ondersteuning op het gebied van diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten.

De resterende 20 procent van het takenpakket besteden de NP's aan projecten rondom zorgvernieuwing en overige taken. Voorbeelden van dergelijke projecten zijn het verbreden van de klantgroepen van de afdeling met jeugdige dak- en thuislozen of het opzetten van een polikliniek voor mensen die stemmen horen.

Institutionalisering
De volgende factoren worden genoemd als belangrijk voor verdere institutionalisering van de beroepen van NP en PA:

- Een transparant wettelijk kader (wet BIG). Wat betreft het voorschrijven van medicatie (onderdeel wet BIG) heeft de afdeling op zich voldoende psychiaters om het niet bevoegd zijn van NP's op te vangen. Het regelen van dergelijke bevoegdheden via de Wet BIG zou consequent en praktisch zijn, per slot van rekening: 'er van iedereen verwacht mee te denken over diagnostiek en het voorschrijven van medicatie'.

- De gesprekspartner van de afdeling volwassenen-ggz van het UMC beschouwt de subsidie vanuit VWS voor het opleiden van NP's en PA's als essentieel voor de groei van de beroepsgroep en de verdere institutionalisering daarvan.

Overeenkomsten en verschillen
Binnen de afdeling heeft men niet echt goed zicht op de overeenkomsten en verschillen tussen NP's en PA's. De afdeling hecht wel waarde aan een verpleegkundige achtergrond vanwege de daardoor opgebouwde kennis en vaardigheden op het gebied van omgang met de doelgroepen van de afdeling. Dit maakt de afdeling volgens de respondent mogelijk minder geschikt als werkplek voor PA's.

3 Gehandicaptenzorg

Aantal cases:	2
NP's in dienst:	9 (waarvan 3 in opleiding)
PA's in dienst:	0

Het Raamwerk

Formatieomvang
Momenteel werkt op de psychiatrische afdeling van Het Raamwerk één afgestudeerde NP. Vanwege het succesvolle functioneren van deze NP is nu ook de somatische afdeling begonnen met het opleiden van een NP. De artsenformatie is door de aanstelling van de NP niet veranderd.

Achtergronden voor aanstelling
De eerste NP, een psychiatrisch verpleegkundige, had voornamelijk zelf de ambitie om door te groeien naar een hoger niveau. Daarbij zag deze NP in het primaire proces mogelijkheden om vanuit een NP-functie meerwaarde te kunnen bieden voor de kwaliteit van het primair proces. Dit zat voornamelijk in de uitbreiding van de psychiatrische diagnostiek. Dit werd voorheen ook wel door de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) gedaan, echter niet zo gedegen als door de NP, die vanuit haar verpleegkundige achtergrond dichter bij de leefwereld van de patiënten staat. Naast deze kwalitatieve meerwaarde blijkt het voor Het Raamwerk ook lastig om extra AVG's te werven c.q. aan te stellen.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
Het dagelijkse werk van de afgestudeerde NP zit voornamelijk in de psychiatrische diagnostiek en het voorschrijven van medicatie. Dit doet ze vrijwel zelfstandig, echter de AVG blijft hierbij wel eindverantwoordelijk. In percentages uitgedrukt doet de NP ongeveer 30 à 40 procent van de taken die de AVG ook doet.

Naast het overnemen van AVG-taken pakt de NP nieuwe taken op en besteedt de NP veel aandacht aan preventieve zorg. De instelling ziet mede door de inzet van de NP op het gebied van extra psychiatrische diagnostiek en preventieve zorg, minder 'escalaties' voorkomen. Deze afname van het aantal escalaties is voor de afdeling een belangrijke kwaliteitsindicator.

Er is ook een aantal nieuwe taken die de NP op zich heeft genomen. Zo zijn relevante netwerken met locale huisartsen, psychiaters en apothekers verbeterd en vindt er naast intramurale zorg ook hulpverlening in de regio plaats. Hierdoor is de extramurale productie gestegen.

Los van de taken die zowel door arts als NP uitgevoerd worden en de extra preventieve zorg is het werk van de AVG vrijwel onveranderd gebleven. Overigens wordt het zicht hierop bemoeilijkt doordat er een aantal formatiewisselingen in het artsenbestand heeft plaatsgevonden. Omdat 'tijdswinst' voor de arts niet het primaire motief voor de aanstelling van de NP was, is hier geen gerichte registratie van bijgehouden.

De inzet van de NP wordt zeer positief beoordeeld op de afdeling, de afdeling wil niet meer zonder een NP werken.

Institutionalisering
De volgende voorstellen worden gedaan om tot verdere institutionalisering te komen:
- Beroepen moeten meer bekend worden, ook bij 'zittend' personeel.
- Duidelijkheid rondom bevoegdheden van NP's en PA's werkt ook goed.

Overeenkomsten en verschillen
Binnen de organisatie heeft men niet echt goed zicht op de overeenkomsten en verschillen tussen NP's en PA's.

Reinaerde

Formatieomvang
Momenteel werken er binnen Reinaerde 4,5 fte afgestudeerde NP's (5 personen) en worden er twee NP's opgeleid. De aanstelling van deze NP's heeft vooralsnog geen effect gehad op de formatieomvang van de aanwezige AVG's en huisartsen.

Achtergronden voor aanstelling
In de afgelopen jaren is er sprake geweest van decentralisatie van een groot deel van de woonfuncties binnen de instelling. Daarnaast is het aantal sociaalagogische medewerkers met verpleegkundige expertise afgenomen. Dit betekent dat er een verdunning van verpleegkundige en medische expertise binnen de woonhuizen heeft plaatsgevonden. De aangestelde NP's moeten daarom steeds meer de spil worden van de eerstelijnsgezondheidszorg. Kwaliteitsoverwegingen zijn dan ook de primaire reden geweest voor het creëren van NP-functies. Daarbij blijkt het ook lastig om AVG's te krijgen (secundaire overweging).

De gesprekspartners typeren hun instelling als niet typisch voor de sector, als een voorloper wat betreft de inzet van NP's. Cruciaal voor de doorbraak van NP's binnen de gehandicaptenzorg is de visie van management en artsen op de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg. In veel organisaties zit vaak nog angst voor het afbouwen van 'medische expertise'.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
De NP's voeren in principe alle eerstelijnstaken van AVG's uit. Door de inzet van NP's komt de focus van AVG's steeds meer te liggen bij het adviseren over de belastbaarheid van bewoners op het hele spectrum van 'snoezelen' tot en met productieve arbeid en sport&bewegen. De AVG heeft dus niet langer meer de eerstelijnstaken. Daarnaast doet de AVG meer specialistische zaken als epilepsiebehandeling en preventieve taken in relatie tot bacteriële en virologische ziekten.

Er is geen cijfermatige onderbouwing mogelijk wat betreft deze substitutie-effecten. Wel ervaart men een algemeen gevoel van grotere tevredenheid (bij groepsleiding, artsen, management en wettelijk vertegenwoordigers bewoners). Wat betreft deze laatste groep: het aantal klachten over de medische zorg is afgenomen (geen cijfers beschikbaar).

Een belangrijke, nieuwe taak van de NP's is de interne opleiding van groepsleiding en het vervullen van een consultatiefunctie voor de groepsleiding. Deze taak beslaat ongeveer een kwart van het takenpakket. De rest van de tijd wordt besteed aan patiëntgerelateerde eerstelijnszorg (spreekuren, behandelingen, verwijzingen, monitoring). Daarbij geldt dat NP's bij voorkeur afkomstig zijn uit de groepsleiding zelf en beter dan de artsen (de AVG's hebben een tweedelijnsopleiding gevolgd) de taal van de bewoners spreken. Dit leidt tot betere communicatie met de zorgvrager, betere diagnostiek en betere behandelingen.

Institutionalisering
In de ogen van de gesprekspartners zijn de volgende zaken van groot belang voor verdere institutionalisering van het beroep van NP en PA:

- De beroepen van NP en PA moeten beter bekend en zichtbaar worden binnen alle geledingen van zorgorganisaties;
- Een BIG-registratie van NP's en PA's is een belangrijke stap in de goede richting;
- Cruciaal voor de institutionalisering van het beroep van NP's en PA's is de visie van management, bestuur en artsen binnen zorginstellingen op kwaliteit van de zorg en de taakverdeling tussen artsen/specialisten, verpleegkundigen en NP's en PA's.

Overeenkomsten en verschillen
De PA wordt beschouwd als meer medisch-technisch georiënteerd, met in de regel een meer specialistische inzet (standaard operaties, hulp van specialist), met normaliter een inzet binnen de tweedelijnsgezondheidszorg. De NP is breder, meer eerstelijnsgericht en kan in beginsel het hele palet van eerstelijnsgezondheidstaken verrichten. Specifiek voor Reinaerde geldt de gepercipieerde meerwaarde van verpleegkundigen met sociaalagogische werkervaring. Die maakt hen bij uitstek geschikt om de functie van NP te vervullen. Vanwege deze opvattingen is het niet aannemelijk dat binnen Reinaerde PA's aangesteld zullen worden.

4 Huisartsenzorg

Aantal cases:	3
NP's in dienst:	1
PA's in dienst:	1 (in opleiding)

Gezondheidscentrum Perspectief

Formatieomvang
Gezondheidscentrum Perspectief maakt deel uit van een overkoepelende organisatie van eerstelijnsgezondheidszorg en ouderenzorg. Het huisartsenteam werkt momenteel met één NP (0,74 fte) en 4 huisartsen (3,20 fte). Vóór de aanstelling van de NP bedroeg de huisartsenformatie 3,50 fte. Volgens de respondent creëerde de reductie van de huisartsenformatie met 0,30 fte mogelijkheden voor de aanstelling van een NP.

Achtergronden voor aanstelling
Het gezondheidscentrum wil klantgericht werken en daarbij open staan voor nieuwe en toekomstige ontwikkelingen. De aanstelling van een NP is bedoeld om het mogelijk te maken om patiënten een langere consulttijd aan te bieden (consult bij NP in plaats van arts) en om de artsen meer tijd te geven voor complexere zorgvragen. Doordat het gezondheidscentrum in een wijk ligt met veel gezinnen met opgroeiende kinderen is er bovendien een toename van veelvoorkomende, laagcomplexe zorgvragen. Een secundair motief voor de aanstelling van de NP is gelegen in de inschatting, dat het in de toekomst moeilijker zal worden om huisartsen aan te trekken.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
De taken die de NP overneemt, zijn doorgaans laag complexe huisartstaken met een routinematig karakter (o.a. hoestklachten, griep bij kinderen). De kwaliteitsslag die de praktijk na aanstelling van de NP heeft gemaakt, zit voornamelijk in het feit dat de NP momenteel 25 procent meer tijd per patiënt kan besteden in vergelijking met de huisarts. Daarnaast krijgen de betreffende huisartsen door taaksubstitutie van laag complexe zorg meer tijd en ruimte voor de behandeling van hoog complexe zorg (o.a. psychosociale problematiek). De extra productiviteit en kostprijs van zorg zijn nog niet exact te becijferen. De inzet van de NP is in ieder geval kostendekkend. Daarnaast is er sprake van een lichte productieverhoging bij de behandeling van laag complexe problematiek bij kinderen.

Institutionalisering
Door de gesprekspartner worden de volgende voorstellen gedaan om tot verdere institutionalisering van de beroepen van NP's en PA's te komen:
- Werken aan een cultuuromslag bij artsen: lager opgeleiden kunnen taken van artsen overnemen onder gelijkblijvende c.q. betere kwaliteit van de zorg.
- Het regelen van een uniforme bekostigingswijze voor NP's en PA's (denkrichting: bekostigingsmethodiek praktijkondersteuners).

- Aanpassing van de Wet BIG: het verschaffen van een juridisch kader voor het voorschrijven van medicatie door NP's en PA's.

Overeenkomsten en verschillen
Beide beroepsgroepen zijn volgens de respondent identiek, er zijn nauwelijks fundamentele verschillen te benoemen.

HOED, Nieuwerkerk a/d IJssel

Formatieomvang
Sinds 2005 werkt de huisartsenpraktijk met een afgestudeerde PA. Er hebben verder geen relevante formatiewijzigingen plaatsgevonden na aanstelling van de PA.

Achtergronden voor aanstelling
De praktijkondersteuner van de huisartsenpraktijk had de ambitie om door te groeien en wilde graag de MPA-opleiding doen. Voor de praktijk zat de directe meerwaarde in aspecten als kwaliteitsbevordering en continuïteit van zorg. Bij het opleidingstraject heeft de beschikbare overheidssubsidie ook stimulerend gewerkt.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
Wat betreft het takenpakket draait de PA net als de huisartsen gewone spreekuren en houdt hij zich bezig met taken als lichamelijk onderzoek, zorg- en behandelplan opstellen, medische handelingen uitvoeren en medicatie voorschrijven.

Naast het uitvoeren van huisartsentaken heeft de PA nieuwe projecten opgezet en succesvol geïmplementeerd. Voorbeelden hiervan zijn het beter monitoren van patiënten met hart- en vaatzieken (cardiovasculair risicomanagement) en medicatiebewaking bij ouderzorg.

Een ander effect van de aanstelling van de PA naast de al aangehaalde taaksubstitutie en zorgvernieuwing betreft de kwaliteitsverbetering van de zorg. Deze kwaliteitsimpuls komt onder andere tot uiting in een sterkere eerste lijn en een afname van verwijzingen naar de tweede lijn. Tevens krijgen de huisartsen meer tijd en ruimte om complexe problematiek aan te pakken. De praktijk is verder kostendekkend blijven werken.

Institutionalisering
Suggesties vanuit de huisartsenpraktijk om de institutionalisering van NP's en PA's te bevorderen hebben vooral betrekking op het curriculum van de opleiding:
- Het lijkt wenselijk om de opleidingen MANP en MPA geheel of gedeeltelijk samen te voegen, in ieder geval lijkt een aantal gezamenlijke modules gewenst.
- Het lijkt zinnig om binnen de opleidingen te differentiëren naar eerste en tweedelijnszorg. De huidige opleidingen worden als relatief breed ervaren, omdat deze voor moeten bereiden op een inzet binnen sterk uiteenlopende sectoren en disciplines binnen de zorg. Een differentiatie naar eerste en tweedelijnszorg zal bijdragen aan de koppeling met de beroepspraktijk en daarmee aan de institutionalisering van het beroep c.q. de beroepen.

Overeenkomsten en verschillen
De gesprekspartners geven aan goed zicht te hebben op de inzet van NP's en PA's binnen de huisartsenpraktijk en zijn van mening dat het onderscheid tussen beide beroepsgroepen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg onvoldoende duidelijk en waarschijnlijk ook niet relevant is. Vandaar ook het pleidooi voor het geheel of gedeeltelijk samenvoegen van de opleidingen MANP en MPA.

Huisartsenpraktijk De Boer

Formatieomvang
Binnen de huisartsenpraktijk zijn nog geen afgestudeerde NP's of PA's werkzaam. Eén praktijkondersteuner (POH) volgt ten tijde van het onderzoek (najaar 2009) de opleiding tot Physician Assistant. Na afstuderen zal dit leiden tot omzetting van de POH-functie in een PA-functie.

Achtergronden voor aanstelling
Voor zowel de huisarts als de praktijkondersteuner (POH) waren loopbaanperspectieven een primaire aanleiding om het MPA-opleidingstraject in te gaan. Enerzijds wilde de huisarts zich verder specialiseren in onderdelen van de tweedelijnszorg (o.a. oogheelkunde), anderzijds had de praktijkondersteuner de ambitie om door te groeien. De opleidingstijd van de huisarts wordt momenteel opgevangen door de PA in opleiding. Naast beide loopbaanperspectieven heeft de praktijk de ambitie om de eerste lijn te versterken en minder doorstroom naar de tweede lijn te genereren.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
In de praktijk komt het takenpakket van de PA voor ongeveer 80 procent overeen met het takenpakket van de huisarts. Hierbij gaat het overwegend om reguliere aandoeningen als urine-, rug-, keel- en neusklachten. De overige 20 procent van het takenpakket van de huisarts betreft meer complexe problematiek (o.a. terminale zorg en psychiatrische klachten) en blijft voorbehouden aan de huisarts zelf.

Naast het verrichten van artsentaken heeft de PA zich beziggehouden met de uitbouw en verankering van nieuwe terreinen binnen de praktijk. Het gaat hierbij om behandelingen op het gebied van de gynaecologie en assistentie bij oogheelkundige behandelingen. De kwaliteit van de zorg en het vertrouwen van patiënten zijn hierdoor toegenomen. Illustratief voor de kwaliteit van de PA is dat er meer controleconsulten worden ingepland na een bezoek van een patiënt aan een waarnemend huisarts dan aan de PA. Naast het gegroeide vertrouwen is er ook een vlottere doorstroom van patiënten waar te nemen en is er (bij benadering) sprake van 20 procent minder verwijzingen naar de tweede lijn.

Institutionalisering
Met het oog op verdere institutionalisering van het beroep van PA pleit de huisarts voor:
- Het geven van meer bekendheid aan het beroep.
- Het bevorderen van verdere scholing voor afgestudeerde PA's, met name door het stimuleren van het volgen van kaderopleidingen (bij het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden, het CHBB). CHBB-opleidingen kunnen bijdragen aan de professionaliteit van huisartsen en PA's en daarmee ook aan de institutionalisering van PA's.

Overeenkomsten en verschillen

NP's zijn volgens de huisarts meer 'care' georiënteerd en de PA's meer 'cure' georiënteerd. Daarbij biedt de MPA opleiding, in de perceptie van de respondent, een meer wetenschappelijke basis dan de MANP-opleiding.

5 Verpleeghuis/verzorgingshuis/thuiszorg

Aantal cases:	2
NP's in dienst:	8
PA's in dienst:	0

ZZG zorggroep

Formatieomvang
De ZZG zorggroep biedt onder meer thuiszorg, verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg en kraamzorg aan. De organisatie werkt sinds 2003 met NP's en momenteel is de formatie uitgegroeid naar 5 NP's in de thuiszorg en 2 NP's in het verpleeghuis. De uitbreiding van de NP's heeft verder geen directe invloed gehad op overige relevante functiegroepen als verpleeghuisartsen, huisartsen en ANIOS.

Achtergronden voor aanstelling
De achtergronden voor het werken met NP's liggen voornamelijk op het gebied van kwaliteitsverbetering en eigen initiatief van goed presterende verpleegkundigen (loopbaanmotieven). De organisatie wilde zich ook graag als pionier profileren op het gebied van zorginnovatie.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
De NP's zijn verspreid over diverse disciplines. Voor de thuiszorg betreft dit longziekten, algemene ouderenzorg, palliatieve zorg en wondzorg. Binnen de verpleeghuiszorg gaat het om de specialisaties CVA en orthopedie.

Voor een deel verrichten NP's medische taken, die voorheen aan artsen voorbehouden waren. Daarnaast vervullen de NP's een aantal specialistische, verpleegkundige taken. Buiten het feit dat de betreffende NP's ieder hun eigen specialisatie uitoefenen, zijn volgens de respondent de overeenkomsten tussen de NP's als volgt te typeren: een verpleegkundige met extra specialistische en vakinhoudelijke kennis, met extra inzet op kwaliteit en samenwerking. Dit laatste aspect is ook te zien als een 'nieuwe taak' van de NP's. Er werd voorheen namelijk ook wel samengewerkt, maar niet op de methodische wijze zoals de ketenzorg zich in recente jaren heeft ontwikkeld. Een voorbeeld daarvan is het 'hulp-op-afstandprogramma' voor chronische longpatiënten (COPD), waarbij het ziekenhuis, de thuiszorg en een zorginnovatiebedrijf samenwerken bij de telemonitoring.

De betreffende artsen doen op het moment nog niet echt 'andere' taken in vergelijking met de situatie voordat de NP's aangesteld waren. Ze kunnen grosso modo dezelfde zorg aanbieden bij een toenemende vraag. Zonder de inzet van de NP's waren de artsen waarschijnlijk nog meer belast. De exacte substitutie- en productie-effecten van de inzet van NP's kunnen door de respondent niet gegeven worden.

Institutionalisering
De volgende voorstellen worden gedaan om tot verdere institutionalisering te komen:
- meer bekendheid aan beide beroepsgroepen geven;
- meer duidelijkheid over de financieringsvraag na de opleiding.

Overeenkomsten en verschillen
De PA begeeft zich volgens de respondent meer op het (para-)medische taakgebied, de NP heeft een duidelijke zorgachtergrond, die ook tot uitdrukking komt in het type werkzaamheden dat wordt verricht.

Evean Groep

Formatieomvang
Binnen de Evean Groep is in 2003 een NP begonnen met de opleiding MANP, die in 2005 is afgestudeerd. De aanstelling van de NP heeft geen effect gehad op de formatieomvang voor artsen.

Achtergronden aanstelling
Primaire aanleiding voor het creëren van een NP-opleidingsplek was het vertrek van een verpleegkundig specialist. Het vertrek van deze collega bood een gelegenheid om te reflecteren op de meest adequate invulling van het team met het oog op een hoogwaardige zorgverlening. Daarbij was het loopbaanperspectief van de betreffende NP ook een motief voor het creëren van een opleidingsplaats. Na een vergelijking van diverse verpleegkundige vervolgopleidingen is bewust gekozen voor de MANP-opleiding en daarmee voor het creëren van een NP-functie. De NP-functie leek de beste condities te bevatten voor de beoogde kwaliteit op het gebied van het behandelen en verzorgen van huiddefecten.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
De NP neemt zowel voor de thuiszorg als voor de verpleeg- en verzorgingshuizen taken van de (verpleeg)huisartsen over. De taken die overgenomen worden hebben betrekking op de volledige behandeling van cliënten met huiddefecten (o.a. opstellen behandelplan, aanmeten van therapeutische elastische kousen, indiceren AD materiaal, evaluatie). Daarbij is er meer tijd en aandacht gekomen voor relevante productinnovaties op het gebied van de behandeling van huiddefecten. De inzet van de NP binnen de Evean Groep is daarmee als een specialistische te typeren.

Er is nog geen cijfermatige onderbouwing mogelijk wat betreft de omvang van taaksubstitutie door de NP. Wel zijn er aanwijzingen dat door de inzet van de NP de kwaliteit en kwantiteit van de wondzorg zijn toegenomen zoals blijkt uit de toename van 2 naar 6 wondverpleegkundigen binnen de instelling. Daarnaast zijn er indicaties dat de behandelduur korter wordt o.a. door preventieve maatregelen en neemt de prevalentie van decubitus af.

Institutionalisering

De respondenten dragen de volgende voorstellen aan met het oog op verdere institutionalisering van de beroepen van NP en PA:

- Hef het onderscheid tussen NP en PA op. Het suggereert een tegenstelling tussen het verpleegkundig en het medisch domein. PA's worden in de huidige situatie te medisch-specialistisch opgeleid. Eén generiek profiel voor beide beroepen en samenvoeging van de MANP- en MPA-opleidingen zal bijdragen aan eenduidigheid, herkenbaarheid en institutionalisering van dit nieuwe medisch-verpleegkundige beroep op masterniveau. Tegelijkertijd pleiten de respondenten ervoor om binnen een dergelijke opleiding tijdig te beginnen met het differentiëren naar vakgebied/specialisme.
- Het zorg dragen voor een goede verankering van het beroep in de Wet BIG. Hierdoor krijgt de NP/PA meer verantwoordelijkheid en onafhankelijkheid, hetgeen verdere institutionalisering zal bevorderen.
- Het vaststellen van een landelijk erkend functieprofiel met een bijhorende salariëring.

Overeenkomsten en verschillen

De respondenten van de Evean Groep geven aan zicht te hebben op de verschillen en overeenkomsten tussen NP's en PA's. Het lijkt volgens hen niet onverstandig om beide beroepsgroepen samen te voegen, waardoor een eenduidiger beroepsbeeld ontstaat. Ook de beide beroepsopleidingen kunnen samengevoegd worden. Waar de respondenten zich voorstander tonen van samenvoeging van de MANP- en MPA-opleidingen, pleiten zij er tevens voor om binnen deze samengevoegde medisch-verpleegkundige opleiding tijdig te beginnen met het differentiëren naar vakgebied/specialisme.

6 Derdelijnszorg

Aantal cases:	1
NP's in dienst:	6 (waarvan 2 in opleiding)
PA's in dienst:	2 (waarvan 1 in opleiding)

Kempenhaeghe (afdelingen slaapgeneeskunde en epilepsie)

Formatieomvang
Kempenhaeghe is een derdelijnsvoorziening met grosso modo twee specialisaties: slaapgeneeskunde en epilepsiebehandelingen. Sinds 2005 is de instelling begonnen met het inzetten van NP's en een jaar later met PA's. De huidige NP-PA formatie is als volgt verdeeld over beide specialismen: slaapgeneeskunde 1 NP en 1 PA en epilepsie 3 NP's, 2 NP's in opleiding en 1 PA in opleiding. De aanstelling van NP's en een PA is niet van invloed geweest op de formatie voor artsen en specialisten.

Achtergronden aanstelling
Op de afdeling Slaapgeneeskunde was in de voorbije jaren sprake van een groeiende zorgvraag. De NP's waren noodzakelijk om extra behandelcapaciteit mogelijk te maken. Daarbij is het aantal specialisten op het gebied van de slaapgeneeskunde tamelijk schaars.

Binnen de afdeling Epilepsie bestaat een lange traditie van hoog opgeleide en gespecialiseerde verpleegkundigen. De meerwaarde van NP's binnen deze zorgsetting is dat zij in vergelijking met artsen beter in staat geacht worden om met patiënten te communiceren vanuit een verpleegkundige (psychosociale) achtergrond.

Tevens bestond binnen beide afdelingen de behoefte om de artsen te assisteren bij hun volle takenpakket, getalenteerde laboranten en verpleegkundigen een loopbaanperspectief te bieden en meer in te zetten op het verantwoord leveren van zorg (continuïteit van kwaliteit).

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
De NP's en PA's verrichten hoofdzakelijk geprotocolliseerde diagnostiek. PA's doen dit vrijwel zelfstandig (het volledige zorgtraject van intake, diagnose, behandeling tot en met ontslag), terwijl de NP's hierbij een meer ondersteunende rol innemen. Het zwaartepunt in het werk van de NP's ligt op de begeleiding van chronische problematiek. Het substitutiepercentage van artsentaken bedraagt voor de NP's ongeveer 40 procent en voor de PA's bijna 100 procent.

Binnen hun takenpakket voeren de NP's ook voor de instelling nieuwe taken uit zoals het ontwikkelen van zorgtrajecten. Een voorbeeld daarvan is het extra ondersteunen van patiënten bij de zogenoemde 'acceptatieproblematiek' (mate waarin de zorgvrager en omgeving de betreffende problematiek accepteren). Dankzij de grotere inzet op psychosociale begeleiding en de combinatie tussen cure en care in de persoon van de NP ziet de instelling op dit gebied betere resultaten.

Ook de PA's hebben een aandeel in het vernieuwen en uitbreiden van het zorgaanbod. In het geval van de PA's gaat het met name om de behandeling van tweedelijnspatiënten met slaapproblemen en epilepsie.

Het inzetten van NP's en PA's heeft ertoe geleid dat afdelingen productiever zijn geworden en artsen meer tijd hebben gekregen voor complexe patiënten en wetenschappelijk onderzoek. Een betrouwbare cijfermatige onderbouwing van de substitutie-effecten van de NP's en PA's is niet voorhanden. Wel kunnen de respondenten in algemene zin aangeven, dat de productiviteit binnen de betrokken afdelingen is toegenomen. Voor de afdeling Slaapgeneeskunde wordt de productiviteitstoename geschat op 25 procent. Voor de afdeling Epilepsie is stijging van de productiviteit moeilijker vast te stellen, al wordt van deze afdeling aangegeven dat de patiënten wel vaker gezien kunnen worden. Bovendien geven de respondenten aan, dat de opnameduur van patiënten door de extra aandacht en begeleiding vanuit de NP's, verkort is.

Institutionalisering
De respondenten bepleiten de volgende acties ten behoeve van de institutionalisering van het beroep van NP en PA:
- Continueer de VWS-bijdrage voor het opleiden van NP's en PA's.
- Verschaf helderheid over de bevoegdheden van NP's en PA's door middel van wetgeving (Wet BIG).
- Verschaf helderheid over de bekostiging en beloning van NP's.
- Creëer duidelijkheid over de reikwijdte van het takenpakket en plaats in de organisatie (op landelijk en instellingsniveau).
- NP's en PA's zouden zich meer moeten profileren door middel van wetenschappelijk onderzoek.

Overeenkomsten en verschillen
De respondenten hebben vanuit hun eigen organisatie een helder beeld van de verschillen tussen NP's en PA's. De NP's zijn meer verpleegkundig opgeleid en hebben door de combinatie van 'cure' en 'care' een meer diffuus uitstroomprofiel. Het is daarom in het geval van NP's nog belangrijker dan bij andere functionarissen, dat afdelingen die een NP willen aantrekken goed nadenken voor wat voor type taken zij de NP willen inzetten. De PA's daarentegen beschikken over een meer eenduidig beroepsprofiel. Ze zijn primair allround medisch geschoold en daarmee goed inzetbaar voor medische diagnostiek en andere medische taken.

NP's zijn beter inzetbaar voor chronische begeleiding, geprotocolliseerde behandelingen en het uitvoeren van ondersteunende taken in de diagnostiek. Daarnaast hebben ze vooral coördinerende en verzorgende taken.

De keuze wat betreft een NP of een PA is overigens mede afhankelijk van het 'type' arts: is de arts meer 'cure georiënteerd', dan zal er eerder voor een PA gekozen worden.

7 Ziekenhuiszorg

Aantal cases:	4
NP's in dienst:	33 (waarvan 10 in opleiding)
PA's in dienst:	24 (waarvan 17 in opleiding)

HagaZiekenhuis (afdeling anesthesiologie)

Formatieomvang
In het HagaZiekenhuis is binnen de specialisatie anesthesiologie en pijnbestrijding (de operatieve afdeling) sinds 2008 een afgestudeerde NP werkzaam en er bestaat ten tijde van het onderzoek het voornemen om op korte termijn een opleidingsplaats voor een PA te creëren binnen de preoperatieve afdeling. Bij de polikliniek chronische pijnpatiënten is er momenteel één NP in opleiding en wil men in de toekomst toewerken naar een formatie van 4 NP's. De aanstelling van een NP is volgens de respondent vermoedelijk niet van invloed geweest op de beschikbare formatieomvang voor artsen en specialisten.

Achtergronden voor aanstelling
Primaire aanleiding voor het aanstellen van de NP was een tekort aan anesthesiologen. Door dit tekort kunnen er minder operaties uitgevoerd worden: 'de anesthesiologen kunnen eigenlijk niet het werk doen, waarvoor ze primair zijn aangesteld'. Vanuit efficiency-overwegingen heeft het ziekenhuis het voornemen om de spreekuren van de anesthesioloog op de poli en preoperatieve afdeling in de toekomst over te dragen aan NP's, waarbij de anesthesioloog als 'achterwacht' fungeert.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
Wat betreft de behandeling van chronische pijnpatiënten draait de NP spreekuren en is deze verantwoordelijk voor de informatievoorziening aan patiënten. Daarnaast schrijft de NP protocollen en assisteert de NP bij pijnbehandelingen. Op de preoperatieve afdeling draait de NP voornamelijk spreekuren.

Binnen de specialisatie anesthesiologie en pijnbestrijding voert de NP niet zo zeer 'nieuwe taken' uit, maar pakt deze vooral taken op die snel in de vergetelheid raken zoals het bijwerken van protocollen en het controleren van kwaliteitseisen. Naast het overnemen van artsen houden NP's binnen het HagaZiekenhuis zich dus in belangrijke mate bezig met (aspecten van) kwaliteitszorg.

Door de relatief korte ervaring met NP's ontbreekt het nog aan concrete cijfermatige resultaten met betrekking tot de inzet van NP's. Het is de bedoeling van het ziekenhuis om de NP-formatie uit te breiden met 4 fte NP's, die de volledige poli zelfstandig kunnen draaien. Dan pas zal het mogelijk zijn om meer zicht te krijgen in effecten op de productie van anesthesiologen. Naar alle waarschijnlijkheid zullen er door de inzet van NP's meer operaties uitgevoerd kunnen worden. Tijdens operaties zullen anesthesiologen fungeren als achterwacht voor de poli. De invoering

van het EPD faciliteert deze ontwikkeling. De anesthesiologen kunnen dan digitaal, op afstand, meebeslissen over de juiste diagnose voor een patiënt.

Institutionalisering
Met het oog op institutionalisering van het beroep van NP en PA vraagt de respondent van het HagaZiekenhuis aandacht voor de volgende aspecten:
- Voortzetting van de subsidie vanuit VWS voor het opleiden van NP's en PA's.
- Meer informatie en kennisdeling binnen en tussen ziekenhuizen over de inzetbaarheid en kwaliteit van NP's en PA's.

Overeenkomsten en verschillen
De respondent is van mening over onvoldoende zicht te beschikken op de overeenkomsten en verschillen tussen NP's en PA's om hier gezaghebbende uitspraken over te doen.

Rijnland ziekenhuis (afdeling Cardiologie)

Formatieomvang
De afdeling cardiologie bestaat uit een polikliniek, CCU/EEH (coronary care unit, eerste hart hulp) en een verpleegafdeling. In 2006 is men begonnen met het opleiden van een NP. Momenteel bestaat de formatie uit 2 NP's en men wil toewerken naar een formatie van 7 NP's. De aanstelling van 2 NP's heeft niet geleid tot formatiereductie bij artsen of specialisten.

Achtergronden aanstelling
De primaire aanleiding voor het opleiden en aanstellen van de eerste NP is terug te voeren op het feit dat de afdeling CCU/EHH direct patiënten ging overnemen die voorheen door de spoedeisende hulp (SEH) werden behandeld. Deze patiënten kunnen binnen CCU/EHH afdeling efficiënter behandeld en verpleegd worden. Hierdoor is de zorgvraag op de afdeling fors toegenomen. De NP's zijn opgeleid en aangesteld om de toenemende zorgvraag mee op te vangen.

Daarnaast wil het ziekenhuis ook een goed loopbaanperspectief voor verpleegkundigen bieden die gemotiveerd zijn om professioneel door te groeien. Volgens de respondent is het voordeel van een NP ten opzichte van een ANIOS, dat deze laatste meestal geen vast dienstverband heeft en na een korte 'inwerkperiode' vertrekt met medeneming van de opgebouwde expertise. Een NP biedt daarom meer continuïteit. Een laatste overweging van de afdeling om NP's aan te stellen heeft te maken met de ambitie om mee te gaan met recente ontwikkelingen binnen het verpleegkundige vakgebied.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
De NP's verrichten zelfstandig de anamnese en begeleiden de onderzoeken en ontslagprocedures van patiënten. Vanwege de toename in de zorgvraag (het samengaan van de afdelingen) voeren de NP's voor ongeveer 90 procent van hun takenpakket artsentaken uit. De overige 10 procent van de tijd wordt besteed aan verpleegkundige taken. De substitutie-effecten van de NP's hebben nog niet echt geleid tot werkdrukvermindering bij de artsen. Zij hebben het ondanks de inzet van NP's nog steeds erg druk vanwege de toegenomen zorgvraag. Zonder de NP's zouden er waarschijnlijk opnamestops zijn ingesteld en zou de werkdruk nog groter zijn.

De productiviteit van de afdeling is in enkele jaren toegenomen van 1400 patiënten naar 2300 patiënten. De inzet van NP's is hiervoor overigens niet de enige of leidende factor. Samen met de artsen vangen ze de toegenomen werkdruk op en is hun bijdrage zonder meer noodzakelijk. De NP's worden vooralsnog uit de algemene kas van het ziekenhuis gefinancierd. Inmiddels is ziekenhuisbreed de vraag actueel om de maatschappen, waar de NP's hoofdzakelijk voor werken, mee te laten betalen aan hun inzet. Door de groei van de productie zijn de opbrengsten van de afdeling cardiologie namelijk navenant gestegen.

Institutionalisering
Vanuit het Rijnland Ziekenhuis worden de volgende voorstellen om verdere institutionalisering van de beroepen van NP en PA te bewerkstelligen:

- Het is belangrijk dat NP's en PA's op de goede plek ingezet worden. NP's en PA's lijken binnen ziekenhuizen beter op hun plek binnen afdelingen waar meer complexe medische zorg wordt geboden zoals bij de CCU/EEH-unit.
- Heldere afbakening van het takengebied van NP's en PA's ten opzichte van elkaar en ten opzichte van bestaande verpleegkundige en medische beroepen.
- Heldere wetgeving om de bevoegdheden van NP's en PA's te regelen (o.a. voorschrijven van medicatie).
- Duidelijkheid over de bekostiging van NP's en PA's.

Overeenkomsten en verschillen
De respondent heeft een heldere opvatting over het verschil tussen NP's en PA's. NP's beschikken over het algemeen over verpleegkundige en medische competenties (zwaartepunt op verpleegkundige competenties), terwijl PA's vrijwel uitsluitend over medische competenties beschikken. Op het snijvlak tussen verpleegkundige en artsenfuncties binnen de afdeling Cardiologie van het Rijnland Ziekenhuis zijn verpleegkundige competenties ter ondersteuning van de artsen net zo belangrijk als medische competenties. Vanwege deze eisen vanuit het werk zou een PA minder gemakkelijk kunnen functioneren binnen de afdeling.

Scheper Ziekenhuis

Formatieomvang
In het Scheper Ziekenhuis zijn sinds 2005 NP's werkzaam en sinds 2006 PA's. De huidige formatie bedraagt 3 NP's en 4 PA's en is verdeeld over diverse specialismen. Voor de NP's betreft dit Chirurgie, Cardiologie en Interne Geneeskunde. Voor de PA's gaat het om de specialisaties flebologie, orthopedie en bariatrie. Men verwacht in de toekomst een behoorlijke groei van zowel het aantal NP's als PA's. De aanstelling van NP's en PA's is niet van invloed geweest op de omvang van het aantal artsen en specialisten.

Achtergronden voor aanstelling
Een aantal overwegingen heeft meegespeeld met betrekking tot de inzet van NP's en PA's. Als eerste reden wordt kwaliteitsverbetering door efficiëntere zorgpaden genoemd ('one-stop en 1-loketservice'). Een tweede overweging wordt gevormd door financiële motieven: de NP's en PA's worden lager ingeschaald dan artsen en specialisten. Ten slotte heeft het ziekenhuis de doelstelling om met de inzet van NP's en PA's meer patiënten te behandelen.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
In hun werk richten de NP's zich voornamelijk op herhaalbezoeken, het voorschrijven van medicatie en het 'voorwerk' in de diagnose (samen ongeveer 50 procent van het takenpakket). Het overige deel van hun takenpakket besteden ze vooral aan vernieuwing en verbetering van de zorg. In dit verband worden een efficiëntere coördinatie van zorgpaden en het geven van (groeps-)voorlichting genoemd. Deze groepsvoorlichting is overigens als een nieuwe taak te beschouwen die voorheen nog niet door het ziekenhuis werd uitgevoerd. Een ander voorbeeld van een nieuwe taak is de invoering van een telefonisch spreekuur. De patiënten hebben nu de mogelijkheid om na een bezoekuur in het ziekenhuis nog openstaande vragen te kunnen beantwoorden.

De PA's voeren voornamelijk artsentaken uit (ongeveer 90 procent van het takenpakket). Ze werken hoofdzakelijk zelfstandig en zijn minder afhankelijk van de specialist in vergelijking met de NP.

Het aanstellen van NP's en PA's heeft tot gevolg gehad dat de artsen en specialisten nu meer tijd hebben voor hun patiënten. Ze kunnen dus meer productie draaien. Een cijfermatige onderbouwing van substitutie-, kwaliteits- en productie-effecten ontbreekt echter, mede omdat de NP's en PA's uit de algemene middelen van het ziekenhuis worden gefinancierd. Tevens kunnen de betrokken afdelingen tegen een lagere kostprijs werken omdat NP's en PA's goedkoper zijn. Hierdoor verbetert de concurrentiepositie ten opzichte van afdelingen die een hogere kostprijs rekenen. De versterking van de concurrentiepositie van de desbetreffende afdelingen is op dit moment nog enigszins kunstmatig doordat de kosten voor de NP's ten tijde van het onderzoek volledig en de kosten voor de PA voor 50 procent door het ziekenhuis bekostigd worden en niet voor rekening komen van de betrokken maatschappen.

Institutionalisering
De volgende voorstellen worden gedaan om tot verdere institutionalisering te komen:
- cultuuromslag bij artsen en specialisten;
- helderheid over de reikwijdte van het takenpakket van de NP-PA;
- goed vermarkten van successen die door NP's en PA's worden geboekt.

Overeenkomsten en verschillen
De respondent heeft een helder beeld van de onderscheiden beroepen van NP en PA. De NP heeft vooral coördinerende en verzorgende taken en vervult een ondersteunde rol in de diagnostiek. De PA daarentegen verricht hoofdzakelijk medisch technische handelingen en doet dit vrijwel zelfstandig. De PA heeft in vergelijking met de NP een meer autonome positie ten opzichte van arts en specialist. In de woorden van de respondent: 'het zijn gewoon andere beroepen met een andere insteek'.

Isala klinieken

Formatieomvang
De Isala klinieken zijn sinds 2002 begonnen met het inzetten van NP's. Vanaf 2008 zijn daar PA's bijgekomen. De huidige formatieomvang (27 NP's, 9 NP's i.o., 3 PA's, 17 PA's i.o.) is verdeeld over diverse specialismen: cardiothoracale chirurgie, orthopedie, cardiochirurgie, cardiologie, nucleaire geneeskunde, vaatchirurgie, thoraxchirurgie, intensive care, chirurgie, revalida-

tie, longgeneeskunde, traumatologie, sportgeneeskunde, kindergeneeskunde, vaatpoli, dialyse, neonatologie, oncologie, gynaecologie, hartfalenpoli. De inzet van NP's en PA's binnen de Isala klinieken kenmerkt zich dus door een grote verscheidenheid aan vakgebieden en specialismen. De inzet van NP's en PA's is volgens de respondenten niet van invloed geweest op het aantal artsen en specialisten. Wel is er sprake van een afname van het aantal ANIOS, maar het is lastig om dit volledig toe te schrijven aan de introductie van NP's en PA's.

Achtergronden voor aanstelling
Het inzetten op kwaliteit wordt door alle drie de gesprekpartners als de belangrijkste overweging genoemd bij het aanstellen van NP's en PA's. Zo zijn er bijvoorbeeld nieuwe zorglijnen ontwikkeld (oncologie en hoestpoli) waarbij de NP een coördinerende rol inneemt. Een patiënt wordt daardoor niet meer van het kastje naar de muur gestuurd. Er wordt ook aangegeven, dat er meer behandeltijd voor patiënten is ontstaan. Een PA heeft twee keer zo veel gesprekstijd voor een patiënt (14 minuten) als een specialist (7 minuten).

Binnen de afdeling Neonatologie was een andere overweging om over te gaan tot het aantrekken van NP's en PA's door de tekorten aan ANIOS'en: 'en als ze er al zijn, hebben ze in de regel te weinig ervaring voor dit specifieke vakgebied. De ANIOS is bovendien meestal relatief snel vertrokken naar een volgende afdeling om daar een ander deel van het opleidingstraject te volgen. Een NP of PA biedt in vergelijking met een ANIOS meer continuïteit van zorg en vakinhoudelijke kennis'. Een laatste motief voor het creëren van NP- en PA-functies is gelegen in het bieden van een loopbaanperspectief voor gemotiveerde en gekwalificeerde verpleegkundigen.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
Op de specialisatie neonatologie bestaat ongeveer 80 procent van het takenpakket van de NP's uit medische taken. Dit zijn onder andere: de dagelijkse patiëntenzorg onder supervisie van de neonatoloog, meewerken bij het inwerken van ANIOS, technische handelingen zoals het inbrengen van lijnen**,** onder supervisie acute opvang van NICU-patiënten en de zelfstandige opvang van pasgeborenen.

De overige 20 procent van het takenpakket bestaat uit verpleegkundige en organisatorische taken, en het leveren van een bijdrage aan de bij- en nascholing van verpleegkundigen. De NP's nemen vooral taken van ANIOS over. Hierdoor worden er (ongeveer) 3 ANIOS'en minder ingezet. Het is overigens lastig om dit cijfer exact te bepalen omdat de ANIOS-inzet 'gedeeld' wordt met de IC-afdeling.

Ook bij de specialisatie interne geneeskunde voeren de betreffende NP's en PA's artsentaken uit op gebieden als diabeteszorg, infectie ziekten, nefologie en pre-dialyse. De afdeling beschikt niet over een cijfermatige onderbouwing wat betreft substitutie- en productie-effecten. Kostenneutraal werken is hierbij in ieder geval het uitgangspunt. De informant geeft aan dat artsen door de inzet van NP's en PA's nu meer tijd beschikken voor complexe problematiek. Daarnaast noemt hij als effect van de inzet van NP's en PA's het feit dat er meer patiënten gezien en behandeld kunnen worden. Zo is de vaatpoli bij voorbeeld uitgebreid met 350 patiënten.

Institutionalisering

Door de respondenten worden de volgende voorstellen gedaan met het oog op verdere institutionalisering van het beroep van NP en PA:

- Er moet veel meer informatie- en kennisuitwisseling komen over de mogelijkheden en kwaliteiten van NP's en PA's ('goed vermarkten van succesverhalen'), maar tegelijkertijd moeten de beroepen zich zelf 'uitrollen' doordat er mensen werken als NP of PA en doordat ze kwalitatief goed werk afleveren.
- Het is belangrijk om uniforme opleidingseisen stellen, er zijn nu nog redelijk veel verschillen tussen opleidingen.
- NP's en PA's bevinden zich net als artsen en specialisten in het medische domein, verplichte nascholing en het bijhouden daarvan in een register is dus wenselijk.
- Biedt meer differentiatie in de opleidingen en laat deelnemers eerder kiezen in welke discipline ze gaan specialiseren.
- Voeg de MANP- en MPA-opleidingen samen, kies in ieder geval voor gezamenlijke modules.
- Regel de bevoegdheden van NP's en PA's (medicatie voorschrijven) in de Wet BIG.
- Creëer op instellingsniveau duidelijkheid over de inschaling van NP's en PA's.

Overeenkomsten en verschillen

De respondenten zijn van mening dat de institutionalisering van de beroepen NP en PA mede belemmerd wordt door onduidelijkheden in de profilering van beide beroepsgroepen. In de optiek van de respondenten is er geen fundamenteel verschil tussen beide beroepsgroepen.

8 Samenvatting, conclusies en slotbeschouwing

8.1 Samenvatting en conclusies

Formatieomvang
In het najaar van 2009 is een kwalitatieve studie uitgevoerd naar de inzet van NP's en PA's binnen een breed spectrum van zorginstellingen. Hierbij zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, instellingen voor gehandicaptenzorg, GGZ-instellingen, organisaties van verzorgings-/verpleeghuizen en een thuiszorgpoot alsmede een derdelijnsinstelling voor gezondheidszorg. In totaal zijn gesprekken gevoerd met 20 vertegenwoordigers van 14 zorginstellingen.

De casestudies hebben betrekking op 45 afgestudeerde NP's en 17 NP's in opleiding. Voor de PA's betreft dit 8 afgestudeerde PA's en 19 PA's in opleiding. Tijdens de vraaggesprekken is met name in de cases vanuit de ziekenhuis- en gehandicaptenzorg aangegeven dat men de formatie van NP's en PA's in de komende jaren verder wil uitbreiden. Bij andere organisaties in het onderzoek zijn eventuele uitbreidingsplannen voor NP's en PA's minder concreet.

Op grond van de interviews lijkt het niet waarschijnlijk dat de aanstelling van NP's en PA's ten koste is gegaan van de formatieomvang van andere functiegroepen. Slechts één organisatie geeft expliciet een lichte formatieafname aan bij artsen in relatie tot het aanstellen van een NP.

Achtergronden voor aanstelling
Als primaire overweging voor de aanstelling van NP's en PA's noemen de respondenten kwaliteitsoverwegingen. De wens om te komen tot verbetering van de zorg komt onder andere tot uiting in aspecten als het versterken van de eerste lijn, het verminderen van wachtlijsten, het creëren van nieuwe zorglijnen en de wens om meer tijd te kunnen bieden aan patiënten. Bij het nastreven van een hogere kwaliteitsstandaard snijdt het mes in veel gevallen aan twee kanten. Het verbeteren van de zorgkwaliteit gaat in veel gevallen hand in hand met de wens om een loopbaanperspectief te creëren voor goed functionerende zorgprofessionals (meestal verpleegkundigen) met een carrièrewens.

Ook spelen in de cases relatief vaak arbeidsmarkttekorten van artsen, arts-specialisten of ANIOS'en een rol bij het aanstellen van NP's en PA's en beschouwt men de aanstelling van NP's en PA's als een instrument om de productiecontinuïteit te waarborgen of de productie te vergroten. Verder worden in een paar gevallen argumenten genoemd op het gebied van zorginnovatie. Een lagere kostprijs lijkt geen belangrijke beweegreden te zijn om met NP's of PA's te gaan werken.

Taken, taaksubstitutie en andere effecten
De NP's en PA's nemen in alle beschreven cases taken over van artsen, waarbij de substitutiepercentages voor NP's en PA's tussen instellingen en specialisaties kunnen verschillen. Het takenpakket van PA's bestaat doorgaans volledig uit artsentaken. Het aandeel artsentaken bij NP's fluctueert per instelling en per specialisme en varieert van circa 40 tot circa 90 procent van het takenpakket. Dit onderscheid komt ook terug in de aard van de werkzaamheden. De NP

wordt binnen het medisch taakgebied ingezet op ondersteunende taken in de diagnostiek, begeleiding en behandeling van (chronische) patiënten of laag complexe en reguliere problematiek. Bij de inzet van de PA wordt vaker aangegeven dat deze een zelfstandige positie ten opzichte van de arts/specialist inneemt. Hun taken worden dan geassocieerd en getypeerd met het 'medisch-technische domein' binnen de zorg.

Over het algemeen heeft de taaksubstitutie van artsen en specialisten door NP's en PA's in de cases een relatief breed karakter, waarbij PA's meestal een breder takenpakket overnemen van artsen dan NP's, die verhoudingsgewijs meer taken oppakken op het gebied van zorgvernieuwing en zorgverbetering. Bij de twee cases binnen de verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg annex thuiszorg is de inzet van NP's daarentegen tamelijk specialistisch (wondzorg, palliatieve zorg, CVA en andere specialismen).

NP's besteden vergeleken met PA's een relatief groot deel van hun tijd aan taken op het gebied van zorgvernieuwing en zorgverbetering. Deze constatering spoort met de eerder gesignaleerde motivatie van zorginstellingen om met de aanstelling van NP's en PA's een bijdrage te leveren aan de verbetering van de geboden zorg. Een deel van deze nieuwe taken heeft betrekking op het efficiënter inrichten van het bestaande primaire proces. Hierbij kan gedacht worden aan zaken als het geven van groepsvoorlichting, het houden van groepsspreekuren, een efficiëntere coördinatie van de aanmelding van nieuwe patiënten, het entameren van 1-loketservice en een grotere inzet op ketenzorg. Daarnaast worden ook nieuwe doelgroepen aangeboord en nieuwe zorglijnen ontwikkeld zoals het ontwikkelen van een aanbod voor jeugdige dak- en thuislozen, het opstarten van een polikliniek voor mensen die stemmen horen, de ontwikkeling van een behandelaanbod voor 'acceptatieproblematiek'.

Met name voor NP-functies geldt dat zij gecreëerd worden vanuit kwaliteitsambities binnen de cases. In lijn met deze kwaliteitsambities blijkt uit de gevoerde gesprekken dat kwaliteitsverhoging een zeer belangrijk effect is van de inzet van NP's en PA's naast het overnemen van taken van artsen en specialisten: in alle cases wordt dit effect benoemd. Als indicatoren voor de toegenomen kwaliteit noemen de respondenten zaken als een betere samenwerking en communicatie over alle zaken die de patiënt betreffen, meer tijd voor de patiënten, minder doorstroom naar de tweede lijn, minder escalaties bij patiënten met psychische problematiek en geestelijk gehandicapten, minder wachtlijsten, de toegenomen aandacht voor productinnovatie en een snellere doorlooptijd voor patiënten.

Ondanks het feit dat veel respondenten moeite hebben met het kwantificeren van productieeffecten van de inzet van NP's en PA's, bevestigen de gevoerde gesprekken de indruk dat de NP's en PA's een belangrijke bijdrage leveren aan de productie van de afdeling of instelling. Naast een bijdrage aan verhoging van de productie leidt de inzet van NP's en PA's ook tot het beschikbaar komen van extra tijd voor artsen en specialisten voor de behandeling van complexe problematiek.

Het merendeel van de respondenten geeft aan geen harde informatie te kunnen verschaffen over het effect van de inzet van NP's en PA's op de kostprijs van de geleverde zorg, hoewel deze respondenten bevestigen dat de desbetreffende NP's en PA's tegen beduidend lagere salariskosten werken dan de artsen en specialisten van wie zij (een deel van de) taken overnemen. Met name in ziekenhuizen blijken de salariskosten voor NP's en PA's nogal eens uit de algemene middelen afkomstig te zijn, terwijl de werkzaamheden van de desbetreffende NP's en

PA's ten goede komen van het resultaat van de maatschappen waarvoor zij werkzaam zijn. Met andere woorden, het is zeer aannemelijk dat de inzet van NP's en PA's kostenverlagend werkt op de prijs van medische verrichtingen, maar het blijkt vooralsnog moeilijk om dit cijfermatig te onderbouwen. Dit gebrekkige zicht op de kostprijsreductie door de inzet van NP's en PA's lijkt een oplosbaar probleem, dat vraagt om een meer eenduidige organisatie van de financiële verantwoordelijkheden binnen met name ziekenhuizen: de afdeling die profiteert, betaalt.

Daarnaast lijken NP's en - in minder mate - PA's ook op een andere manier bij te dragen aan kostenverlaging binnen de zorg. Dit financiële effect is een nevenproduct van het motief van zorginstellingen om door de aanstelling van NP's en PA's de kwaliteit van de zorg te verhogen. Hoewel de respondenten ook in dit opzicht geen harde financiële cijfers kunnen overleggen, is het plausibel dat de bijdragen van NP's - en in mindere mate - PA's aan het stroomlijnen van zorgpaden en het verhogen van de kwaliteit (kortere ligduur, minder complicaties) niet alleen tot verhoogde patiënttevredenheid zullen leiden maar ook tot kostenbesparingen.

Institutionalisering
Door de respondenten zijn er diverse voorstellen gedaan om de institutionalisering van beide beroepsgroepen verder te bevorderen. Bij de beschrijving van deze voorstellen maken we een onderscheid tussen voorstellen en maatregelen die gericht zijn op respectievelijk de rijksoverheid, de zorginstellingen en de hogescholen, die de MANP- en MPA-opleidingen aanbieden.

Maatregelen rijksoverheid
Een grote groep respondenten pleit voor het regelen van de bevoegdheden van NP's en PA's binnen het kader van de Wet BIG. Hierbij wordt vooral gedoeld op de bevoegdheid om medicatie voor te schrijven. Een wettelijke regeling ontslaat artsen en specialisten van een papieren 'afdektaak' ten opzichte van zorgprofessionals die feitelijk goed in staat zijn om - binnen een helder wettelijk kader - zelfstandig te functioneren.

Een tweede punt, dat niet direct actie van de rijksoverheid vraagt, is voortzetting van het huidige bekostigingsregime voor de opleiding van NP's en PA's. De rijksbekostiging in de voorgaande jaren is van grote invloed geweest op de introductie en verspreiding van NP's en PA's binnen de zorg. Continuering van de huidige financiering van de opleiding van NP's en PA's wordt door organisaties bepleit als middel voor de verdere institutionalisering van deze beroepen.

Omdat NP's en PA's zich net als artsen in het medische domein bevinden, zou nascholing een verplicht karakter moeten hebben. Nascholing van NP's en PA's draagt bij aan professionalisering en institutionalisering van beide beroepsgroepen. Dit punt vraagt om actie op het niveau van de rijksoverheid.

Maatregelen zorginstellingen
Op het niveau van zorginstellingen wordt gepleit voor meer duidelijkheid over de reikwijdte van het takenpakket van NP's en PA's. Wat zijn taken en bevoegdheden van NP's en PA's? Waar houden de taken van artsen, specialisten, verpleegkundigen en paramedische functionarissen op en waar beginnen de taken van NP's en PA's? Dit vraagt om een heldere visie binnen zorginstellingen (bestuur, management en artsen) en een goede vertaling van deze visie naar de werkvloer.

In het verlengde van een dergelijke visie op de positionering en takenpakket van NP's en PA's dienen zorginstellingen, met name ziekenhuizen, ook duidelijkheid te verschaffen over de bekostiging van de inzet van NP's en PA's. Binnen een substantieel aantal cases is er geen sprake van een een-op-eenrelatie tussen de werkplek van NP's en PA's en de bekostiging van de betrokken beroepsbeoefenaren. Op dit punt wordt door respondenten voor meer duidelijkheid gepleit.

Visieontwikkeling ten aanzien van takenpakket, positionering en bekostiging van NP- en PA-functies kan ook bijdragen aan een cultuuromslag bij artsen en specialisten. Binnen een aantal zorginstellingen in het onderzoek, vormen artsen en specialisten vanuit hun relatieve onbekendheid met de beroepen van NP en PA en hun zorgen over mogelijke 'broodroof' een obstakel voor de entree van NP's en PA's, ook in disciplines waarin NP's en PA's zich - binnen andere instellingen - al ruimschoots bewezen hebben.

Het voorgaande punt wijst op de noodzaak van een goede communicatie en kennisuitwisseling over de mogelijkheden en kwaliteiten van NP's en PA's tussen en - soms ook - binnen zorginstellingen. Een goede 'marketing' is nodig om voor beide beroepsgroepen meer bekendheid en meer draagvlak te genereren.

Maatregelen beroepsverenigingen
De institutionalisering van de beroepen van NP's en PA's wordt volgens een aantal respondenten mede belemmerd door onduidelijkheden in de profilering van beide beroepsgroepen. Dit kan worden aangepakt door het profiel (de taken) van NP's en PA's goed af te bakenen en hun meerwaarde te verhelderen. Daarnaast kan, zoals eerder aangegeven, institutionalisering van beide beroepsgroepen worden bevorderd door verdere legitimering van de beroepen: beroepen regelen in de wet BIG en DBC's. Stimuleren van deze regelgeving is een taak van beide beroepsverenigingen.

8.2 Slotbeschouwing

De kwalitatieve bevindingen uit de studie bevestigen en verrijken het kwantitatieve beeld ten aanzien van de beroepspraktijk van NP's en PA's zoals dat eerder[8] beschreven is in studies van Peters en anderen uit 2008 en Schuit en Kauffman uit 2009. Omdat het gaat om een beperkt aantal cases verspreid over 6 deelgebieden binnen de gezondheidszorg, met per case 1 tot 3 respondenten, dienen de onderzoeksbevindingen met voorzichtigheid beschouwd te worden. De cases geven een beeld van diverse aspecten van de inzet van NP's en PA's binnen 14 zorginstellingen, niet meer en ook niet minder. De beschreven praktijk binnen 14 cases is geen blauwdruk voor de situatie binnen andere zorginstellingen binnen het zelfde werkveld, maar bevat wel een indicatieve beschrijving van de mogelijke inzet van NP's en PA's binnen deze organisaties. Een aanwijzing voor de geldigheid van de bevindingen uit de gevalsstudie is dat de onderzoeksbevindingen over het algemeen in lijn liggen met de bevindingen van de hiervoor aangehaalde studies (aanstellingsmotieven, substitutie- en andere effecten). Anders dan de aangehaalde studies bieden de 14 beschreven cases kwalitatief inzicht in de 'verhalen' en overwegingen binnen zorginstellingen ten aanzien van de inzet van NP's en PA's.

8 Peters, F., Keppels, E., Schuit, H. en K. Kauffman (2008). *De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: KBA.
Bijlage 1: *NP/PA-monitor 2009-2010*.

De uitgevoerde studie maakt zichtbaar dat NP's en PA's voor de organisaties en de afdelingen waarbinnen zij werkzaam zijn, eigenlijk niet meer weg te denken zijn. De gevalsbeschrijvingen maken dan ook duidelijk dat aan de meerwaarde van NP's en PA's geen recht wordt gedaan, wanneer hun inzet uitsluitend in termen van taaksubstitutie van artsen wordt beoordeeld. Het primaire motief van zorginstellingen om NP's en PA's aan te stellen is gelegen in de wens om betere zorgkwaliteit af te leveren. Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat de kwaliteitsambities van de instellingen in de praktijk ook worden waargemaakt door NP's en PA's. Hoewel de gesprekspartners niet in staat zijn gebleken om hun positieve ervaringen kwantitatief 'hard' te onderbouwen, kan de meerwaarde van NP's en PA's op grond van de bestudeerde cases als volgt worden samengevat:

- NP's en PA's leveren een bijdrage aan de verhoging van kwaliteit, efficiency en productie van de zorg.
- NP's en PA's bieden meer continuïteit dan AIOS en ANIOS voor zorginstellingen en dragen aldus bij aan opbouw en behoud van expertise en kwaliteit binnen deze organisaties.
- NP's en PA's nemen op een kwalitatief verantwoorde wijze taken over van artsen en specialisten, zodat artsen en specialisten meer tijd krijgen om zich bezig te houden met meer complexe zorgvragen.
- NP's en PA's leveren een bijdrage aan vernieuwing van de zorg.
- NP's en PA's leveren een bijdrage aan kostenbeheersing en kostenreductie in de zorg.
- NP- en PA-functies bieden een goed loopbaanperspectief voor goed functionerende verpleegkundigen en paramedici met een carrièrewens en dragen daarmee bij aan het behoud van deze professionals voor de zorg.

Uit de bestudeerde cases blijkt ook dat NP's en PA's binnen een breed spectrum van organisaties en specialismen, van eerstelijnsgezondheidszorg tot en met derdelijnsinstellingen, werkzaam kunnen zijn tot tevredenheid van deze organisaties. De inzetbaarheid van NP's en PA's is daarmee veel breder dan het ziekenhuisdomein, waar tot nu toe de bulk van de afgestudeerde NP's en PA's terecht is gekomen. Maar ook het grote aantal specialismen waarbinnen NP's en PA's werkzaam zijn binnen ziekenhuizen illustreert hun brede inzetbaarheid.

Op grond van de bestudeerde cases lijken er niet veel specialisaties en werkvelden binnen de zorg te zijn, waar NP's en PA's niet zouden kunnen functioneren. De afwezigheid van NP's en PA's binnen sommige organisaties en afdelingen lijkt eerder het gevolg van koudwatervrees, van onbekendheid bij bestuur, management en artsen dan dat deze afwezigheid gebaseerd is op kennis van de toegevoegde waarde van NP's en PA's binnen andere, vergelijkbare organisaties en afdelingen. Diverse respondenten hebben gewezen op het belang van een uitgekristalliseerde visie binnen zorginstellingen op het niveau van bestuur, management en artsen als een sleutelfactor bij afwegingen ten aanzien van het al dan niet creëren van NP- en PA-functies.

De waargenomen brede inzetbaarheid van en waardering voor NP's en PA's lijken al met al te wijzen op een erkende behoefte aan zorgprofessionals op masterniveau op het snijvlak van cure en care. De institutionalisering van deze beroepen is in volle gang, zoals bij voorbeeld ook blijkt uit de suggesties om nascholing voor NP's en PA's een verplichtend karakter te geven, de pleidooien voor het wettelijk regelen van de bevoegdheden van NP's en PA's en het op gang komen van discussies binnen ziekenhuizen over de bekostiging van de inzet van NP's en PA's. Dit institutionaliseringsproces is nog allerminst afgerond, wat onder andere wordt geïllustreerd door het feit dat tussen de beschreven cases verschillen in opvatting blijken te bestaan over de

mate van overeenkomsten en verschillen tussen NP's en PA's. Dit kan te maken hebben met het profiel van beide beroepgroepen, maar ook met het ontbreken van een uitgekristalliseerde visie op de inzet van NP's en PA's in relatie tot andere beroepsgroepen.

Het feit dat in cases verschillende opvattingen bestaan over de verschillen en overeenkomsten tussen NP's en PA's, is niet op te vatten als een bewijs voor de eigenstandigheid of de vergelijkbaarheid van de beroepen van NP en PA. Het laat zien dat de inzet van nieuwe zorgprofessionals binnen de nog jonge beroepspraktijk veelzijdig en veelkleurig is. Mogelijk zullen de ervaringen in de beroepspraktijk er toe leiden dat beide beroepen in de komende jaren verder naar elkaar toegroeien of zich juist sterker ten opzichte van elkaar zullen gaan profileren. Maar het is ook denkbaar dat de invulling van NP- en PA-functies tussen instellingen zal blijven verschillen, waardoor NP's en PA's voor de ene zorginstelling nagenoeg uitwisselbaar zijn en door de andere instelling als eigenstandige beroepen worden beschouwd. De tijd zal het leren.

Bijlage: Overzicht respondenten en zorginstellingen

Geestelijke gezondheidszorg
Dhr. H. Attema, algemeen manager
Altrecht Jeugd, Utrecht
Formatie: 2 NP's
Specialisatie: jeugd GGZ

Mevr. V. Donk, hoofd zorg volwassenen psychiatrie
UMC, Utrecht
Formatie: 1 NP, 2 NP's i.o.
Specialisatie: volwassenen GGZ

Gehandicaptenzorg
Mevr. K. van der Vegte, nurse practitioner & dhr. W. Kleingeld, arts
Gezondheidscentrum Reinaerde, Woudenberg
Formatie: 4,5 NP, 2 NP i.o.
Specialisatie: geestelijk gehandicapten

Dhr. J.D. van der Borght, manager RVE Hafakker
Het Raamwerk, Noordwijkerhout
Formatie: 1 NP, 1 NP i.o.
Specialisatie: somatische en psychiatrische patiënten

Huisartsenzorg
Dhr. E. van der Heijden, teammanager huisartsen
Zorgroep Almere, gezondheidscentrum Perspectief, Almere
Formatie: 1 NP
Specialisatie: huisartsenpraktijk

Mevr. S. Pereboom, physician assistant & dhr. F.C. Petersen, huisarts
HOED, Nieuwerkerk a/d IJssel
Formatie: 1 PA
Specialisatie: huisartsenpraktijk

Dhr. M.P.J. de Boer, huisarts
Huisartsenpraktijk De Boer, Ter Apel
Formatie: 1 PA i.o.
Specialisatie: huisartsenpraktijk

Verpleeghuis-/thuiszorg
Mevr. I. Cox-Claessens, Specialist ouderengeneeskunde / medisch directeur
ZZG zorggroep, Nijmegen
Formatie: 7 NP's (2 NP's verpleeghuiszorg, 5 NP's thuiszorg)
Specialisatie: verpleeghuis-/thuiszorg
Dhr. H. Admiraal, manager Evean Behandelzaken & dhr. H. Post, nurse practitioner
Evean, Amsterdam
Formatie: 1 NP
Specialisatie: thuiszorg

Derdelijnszorg
Mevr. A.M.J. de Ruijter, algemeen hoofd sector diagnostiek en behandeling (ziekenhuis)
Kempenhaeghe (3de lijnszorg), Heeze
Formatie: 4 NP's, 2 NP's i.o., 1 PA, 1 PA i.o.
Specialisatie: slaapgeneeskunde en epilepsie

Mevr. M. van Beers-Schellekens, manager Polikliniek (Diagnostiek & Behandeling)
Kempenhaeghe (3de lijnszorg), Heeze
Formatie: zie mevr. De Ruijter.
Specialisatie: slaapgeneeskunde en epilepsie

Ziekenhuiszorg
Mevr. M. Tours, unithoofd anesthesiologie
Haga ziekenhuis, Den Haag
Formatie: 1 NP, 1 NP i.o.
Specialisatie: chronische pijnpatiënten, preoperatieve patiënten

Mevr. V. Lummen, teamleider CCU en EHH
Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp
Formatie: 2 NP's
Specialisatie: cardiologie, EHH

Mevr. van Koelen, manager polikliniek
Scheper ziekenhuis, Emmen
Formatie: 3 NP's, 4 PA's
Specialisatie: chirurgie, cardiologie, interne geneeskunde, flebologie, orthopedie, bariatrie

Mevr. T. Bekkers, senior beleidsadviseur Isala academie (leerhuis Isala), dhr. J. E. Heeg, internist & Mevr. D. van Zoeren, neonatoloog
Isala klinieken, Zwolle
Formatie: 27 NP's, 9 NP's i.o., 3 PA's, 17 PA's i.o.
Specialisaties: cardiothoracale chirurgie, orthopedie, cardiochirurgie, cardiologie, nucleaire geneeskunde, vaatchirurgie, thoraxchirurgie, intensive care, chirurgie, revalidatie, longgeneeskunde, traumatologie, sportgeneeskunde, kindergeneeskunde, vaatpoli, dialyse, neonatologie, oncologie, gynaecologie, hartfalenpoli.