De arbeidsmarkt van nurse practitioners en physician assistants

Frank Peters
Gerda Koenraadt
Hans Schuit

1 mei 2007

KBA-projectnummer 2007.602

Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

© 2007 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 3
1.1 Aanleiding 3
1.2 Vraagstelling 4
1.3 Opbouw van deze rapportage 4

2 Uitvoering van het onderzoek 5
2.1 Onderzoeksopzet 5
2.2 Onderzoeksinstrumenten 5
2.3 Respons en respondenten telefonische enquête 6
2.4 Respondenten mondelinge interviews 7

3 Resultaten literatuurstudie 9
3.1 Inleiding 9
3.2 Nurse practitioners en physician assistants: de beroepen 9
3.3 Nurse practitioners en physician assistants: de arbeidsmarkt 13
3.4 Een kijkje over de grens: de situatie in Amerika 17
3.5 Conclusie 18

4 Resultaten telefonische enquête 19
4.1 Inleiding 19
4.2 Resultaten 19
4.3 Conclusie 21

5 Resultaten interviews 23
5.1 Inleiding 23
5.2 Meerwaarde van de beroepen 23
5.3 Bekostiging van de opleiding 26
5.4 Ontwikkelingen 27
5.5 Conclusie 28

6 Conclusie 31

Literatuur 35

Bijlage I Interviewschema telefonische enquête 39
Bijlage II Interviewschema mondelinge interviews 43
Bijlage III Respondenten 45

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Waar in het buitenland al langer ervaringen bestaan met taakdifferentiatie op het snijvlak tussen arts-specialisten aan de ene kant en hoger opgeleide verpleegkundigen en paramedische functionarissen aan de andere kant, is de entree van nieuwe beroepen als *nurse practitioner* en *physician assistant*[1] binnen de Nederlandse zorgsector nog een betrekkelijk nieuw fenomeen. Het ontstaan van deze nieuwe beroepen is onlosmakelijk verbonden met de discussie over de aanpak van de knelpunten in de personeelsvoorziening waarmee de sector te maken heeft. Verwacht wordt dat die problematiek een structureel karakter zal krijgen en dat in onderdelen van de sector al op middellange termijn grote tekorten aan verzorgend, verplegend en medisch personeel ontstaan (SER, 2006). In de diverse adviezen die zijn uitgebracht over de knelpunten op de zorgarbeidsmarkt, wordt taakdifferentiatie beschouwd als één van de belangrijkste maatregelen om die knelpunten aan te pakken. De gedachte is dat door functiedifferentiatie het loopbaanperspectief in de zorg wordt vergroot, waardoor het werken in de sector aantrekkelijker wordt gemaakt. Nurse practitioner en physician assistant zijn voorbeelden van beroepen die de afgelopen jaren in dit verband zijn gecreëerd. In beide gevallen gaat het om gespecialiseerde beroepen op het snijvlak van het medisch en verpleegkundig domein die onderdelen van het werk van artsen en specialisten overnemen.

Maar ook vanuit het oogpunt van de kwaliteit van zorg, wordt gepleit voor functie- en taakdifferentiatie. In dat verband wordt ook wel gesproken van *taakherschikking*: 'het structureel herverdelen van taken tussen verschillende groepen' (Trendnota Arbeidszaken Overheid 2005). Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is dit niet alleen een maatregel waarmee 'de overheid snel en efficiënt wil bijdragen aan het oplossen van de personeelsproblematiek in de zorg' maar ook om de kwaliteit van zorg te borgen (RVZ, 2002). De RVZ geeft als voorbeeld van een andere taakverdeling, het verschuiven van taken van de huisarts naar de verpleegkundige. Overigens blijkt uit onderzoek naar praktijkvoorbeelden van taakherschikking, dat vaak sprake is van taakdelegatie (Van Essen, 2006).

Een laatste impuls voor taakdifferentiatie hangt samen met de invoering van de DBC-systematiek. Protocollisering van de zorgverstrekking en het streven naar kostenbeheersing bij overheid, verzekeraars en zorginstellingen zijn bevorderlijk voor het laten uitvoeren van eenvoudige medische handelingen op lagere functieniveaus dan die van artsen-specialisten.

De hbo-masteropleidingen Advanced Nursing Practice en Physician Assistant worden gezamenlijk bekostigd door OCW en VWS. OCW neemt daarbij de kosten voor de onderwijscomponent voor zijn rekening. VWS bekostigt de vervanging van dagen waarop deelnemers uit de

[1] Het gaat hier om nieuwe beroepen in Nederland: beide beroepen zijn in de jaren zestig ontstaan in de USA. In de USA waren in 2006 ongeveer 110.000 nurse practitioners en physician assistants werkzaam en jaarlijks studeren er zo'n 11.220 nieuwe nurse practitioners en physician assistants af (Hooker, 2006).

zorgsector niet beschikbaar zijn voor de werkgever vanwege het volgen van hun masteropleiding. Het volume van de beide opleidingen gezamenlijk en de daarvan afgeleide begrotingen bij OCW en VWS zijn gebaseerd op een jaarlijkse instroom van 325 masterstudenten.

1.2 Vraagstelling

Sinds enige tijd bestaan er bij het ministerie van VWS voornemens om het aantal bekostigde opleidingsplaatsen terug te brengen van 325 naar 250. De plannen van VWS baren zorgen in de kringen van de betrokken hogescholen, maar ook daarbuiten. Niet alleen bestaat er bezorgdheid over het rendement van de eigen investeringen in deze nog jonge opleidingen, maar tevens heeft men de indruk, dat het beleidsvoornemen van VWS indruist tegen de hiervoor geschetste ontwikkelingen met betrekking tot de arbeidsmarkt voor nurse practitioners and physician assistants in de richting van taakdifferentiatie, kwaliteitsborging en DBC-ontwikkeling.

Om de gerezen twijfels over de arbeidsmarkteffecten van de voorgenomen reductie van de opleidingscapaciteit door VWS beter te kunnen onderbouwen heeft de HBO-raad het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) gevraagd om een onderzoek uit te voeren naar de arbeidsmarktverwachtingen voor nurse practitioners en physician assistants. Het onderzoek moet antwoord geven op de volgende vraag:

> *Is de door het ministerie van VWS voorgenomen reductie van instroomcapaciteit bij de masteropleidingen Advanced Nursing Practice en Physician Assistant in overeenstemming met de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen van de arbeidsmarktvraag naar nurse practitioners en physician assistants in de komende jaren?*

1.3 Opbouw van deze rapportage

In hoofdstuk 2 beschrijven we eerst de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd. Daarna presenteren we de gegevens die in het onderzoek zijn verzameld. In hoofdstuk 3 staande resultaten van de literatuurstudie, in hoofdstuk 4 van de telefonische enquête en in hoofdstuk 5 van de mondelinge interviews. In hoofdstuk 6 volgen de conclusies en het antwoord op de onderzoeksvragen.

2 Uitvoering van het onderzoek

2.1 Onderzoeksopzet

De onderzoeksopzet bestaat uit drie delen:
- een literatuurstudie naar arbeidsmarktontwikkelingen;
- een telefonische enquête onder alle algemene en academische ziekenhuizen naar de behoefte aan nurse practitioners en physician assistants;
- interviews met sleutelfiguren over hun opvattingen over de introductie van en kansen voor nurse practitioners en physician assistants.

Literatuurstudie
In deze fase is door middel van literatuurstudie een eerste indicatie verkregen van de arbeidsmarktontwikkelingen voor nurse practitioners en physician assistants in de komende jaren en de voornaamste push- en pullfactoren op deze arbeidsmarkt. Om in de volgende fasen van het onderzoek respondenten gericht te kunnen vragen naar hun inschattingen ten aanzien van de arbeidsmarktontwikkelingen voor nurse practitioners en physician assistants (waarvoor een eenduidige profielschets is vereist) hebben we de literatuurstudie ook gebruikt om het profiel voor beide beroepen in de interviews aan te scherpen. De resultaten van de literatuurstudie beschrijven we in hoofdstuk 3.

Telefonische enquête
Dit deel van het onderzoek was gericht op een kwantitatieve onderbouwing van de onderzoeksvraag. Door middel van een telefonische enquête hebben we alle academische en algemene ziekenhuizen gevraagd naar het aantal fulltime equivalenten (fte) voor nurse practitioners en physician assistants binnen hun organisatie in de afgelopen jaren, op 1 januari 2007 en de verwachte aantallen fte's in de komende jaren. Ook hebben we gevraagd waarom ziekenhuizen nurse practitioners en physician assistants in dienst hebben genomen of niet meer in dienst hebben. In hoofdstuk 4 beschrijven we de resultaten van de enquête. In bijlage I staat het interviewschema dat we hebben gebruikt.

Interviews
In de laatste fase van het onderzoek hebben we interviews gehouden met vertegenwoordigers van koepelorganisaties, werkgeversorganisaties, beroepsverenigingen en enkele medici die ervaring hebben met de (opleiding van) nurse practitioners en physician assistants. Hen hebben we met name gevraagd naar de meerwaarde van deze beroepen in de zorg. Selectie van respondenten vond plaats in overleg met de begeleidingscommissie.

2.2 Onderzoeksinstrumenten

Voor de telefonische enquête hebben we een gestructureerd interviewschema gehanteerd met zowel gesloten als open vragen. Dit schema staat in bijlage II.

De interviews met sleutelfiguren vonden plaats met behulp van een semi-gestructureerd interviewschema, dat in bijlage III staat.

2.3 Respons en respondenten telefonische enquête

De doorlooptijd van dit deel van het onderzoek bedroeg anderhalve week: in die tijd hebben we alle 95 algemene en academische ziekenhuizen benaderd. Daarvan hebben er uiteindelijk 68 (dat is 72 procent) meegedaan aan het onderzoek (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1. Respons (aantal ziekenhuizen)

	Algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen	Algemene en academische ziekenhuizen	Totaal
Totale populatie	85	9	1	95
Juiste persoon niet bereikt tijdens doorlooptijd enquête	21	4	-	25
Te druk / geen tijd	2	-	-	2
Uiteindelijk respondent	62	5	1	68

Om de benodigde gegevens te verkrijgen hebben we steeds in eerste instantie telefonisch contact gezocht met een medewerker van de afdeling Personeel (Organisatie) & Opleiding. In een enkel geval verwees die ons door naar een medewerker van een andere afdeling. In tabel 2.2 staat met welke functionarissen we hebben gesproken.

Tabel 2.2. Functie van respondenten (aantal functionarissen)

	Algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen	Algemene en academische ziekenhuizen	Totaal
Hoofd, manager of directeur P(O)&O	15	2	-	17
Medewerker P(O)&O, personeelsfunctionaris, coördinator HRD	35	1	1	37
Hoofd opleidingen, opleidingscoördinator of medewerker opleidingen	6	-	-	6
Anders*	6	2	-	8
Totaal	62	5	1	68

* *Dit zijn functies zoals coördinator taakherschikking, secretaris zorgmanagers en communicatiemedewerker*

2.4 Respondenten mondelinge interviews

In totaal hebben we met 18 personen een interview gehouden. Dat waren voor een deel vertegenwoordigers van organisaties die op een of andere manier met de inzet van nurse practitioners en physician assistants te maken hebben. Ook hebben we gesproken met een aantal medici die betrokken zijn (geweest) bij de opleiding van nurse practitioners of physician assistants (zie tabel 2.3). In bijlage III staat een overzicht met de namen van de geïnterviewde personen.

Tabel 2.3 Overzicht respondenten

Type organisatie	Aantal	Naam organisatie / functie respondenten
Beroepsorganisaties	5	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde (KNMG)
		Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
		Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
		Orde van Medisch Specialisten
		Verpleegkundigen & Verzorgende Nederland / Nurse Practitioners (V&VN/NP)
Brancheorganisaties	5	ActiZ
		GGZ Nederland
		Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)
		Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU)
		NVZ vereniging van ziekenhuizen
Ziekenhuizen	5	Gesproken met individuele specialisten:
		- een reumatoloog van het Máxima Medisch Centrum, locatie Eindhoven
		- een uroloog van het VU medisch centrum, Amsterdam
		- een internist van het Medisch Centrum Leeuwarden
		- een cardioloog van het medisch Centrum Alkmaar
		- een anesthesist van het Catharina-ziekenhuis, Eindhoven
Overige organisaties	3	Capaciteitsorgaan
		Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH)
		Zorgverzekeraars Nederland CZ

3 Resultaten literatuurstudie

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren we de opbrengsten van de literatuurstudie. Het doel daarvan was om informatie te verzamelen over ontwikkelingen die zich voordoen in de vraag naar nurse practitioners en physician assistants. Ook hebben we de literatuurstudie gebruikt om goed zicht te krijgen op het profiel van beide beroepen en de verschillen en overeenkomsten daartussen. We hebben ons beperkt tot de meest recente literatuur die over deze beroepen beschikbaar was in Picarta, waarmee de collecties van vrijwel alle bibliotheken in Nederland kunnen worden geraadpleegd. Daarnaast hebben we gebruikgemaakt van rapporten en studies van commissies, adviesorganen en beroepsverenigingen, die we op het spoor kwamen via internet.

3.2 Nurse practitioners en physician assistants: de beroepen

Nurse practitioners
In hun rapport *Verpleegkundige Toekomst in Goede Banen* typeren de projectgroep Verpleegkundige Beroepenstructuur en OpleidingsContinuüm (VBOC) en de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) een nurse practitioner als: "… een geregistreerd verpleegkundige met kennis op expertniveau, met vaardigheid om te beslissen in complexe zorgvraagstukken en klinische competenties op een breed werkgebied (afhankelijk van de context of land waarin de nurse practitioner bevoegd is te werken). De beroepsuitoefening op het niveau van de nurse practitioner vereist doorgaans masterniveau." De ICN (International Council of Nurses) pleit voor de eis van een formeel erkende opleiding tot geaccrediteerd nurse practitioner, en voor een formeel systeem van certificering/diplomering, accreditatie en registratie (Meurs en Van Rooijen, 2006). Momenteel bestaan er nog geen landelijke eindkwalificaties voor opleiding voor nurse practitioners, maar de opleidingsinstituten zijn bezig deze te ontwikkelen (Kenbeek en Rademakers, 2006).

Het beroep van nurse practitioner karakteriseert zich door de combinatie van gespecialiseerde en niet-routinematige (verpleegkundige) care-taken enerzijds en gestandaardiseerd (medische) cure-taken anderzijds bij een specifieke, voorgeselecteerde patiëntencategorie (inclusief huisartsenpraktijk). Daarnaast houdt de nurse practitioner zich bezig met nieuwe taken op het gebied van deskundigheidsbevordering en zorgvernieuwing (MOBG, 2006).

De meest genoemde taken van de nurse practitioner zijn: het uitvoeren van lichamelijk onderzoek; afnemen van de medische anamnese; zelfstandig spreekuur houden; behandelplan/medisch beleid opstellen voor specifieke patiëntengroep; case management/ eigen case-load, werkzaam in palliatieve zorg, consultfuncties voor andere zorgverleners, ketenzorg, transmurale zorg en aanspreekpunt en contactpersoon voor cliënten, opleidings- en coachingtaken. Ook gaat het om een aantal specifieke medisch technische handelingen, bijvoorbeeld beenmergpuncties (Meurs en Van Rooijen, 2006; Offenbeek, Ten Hoeve en Roodbol, 2003)

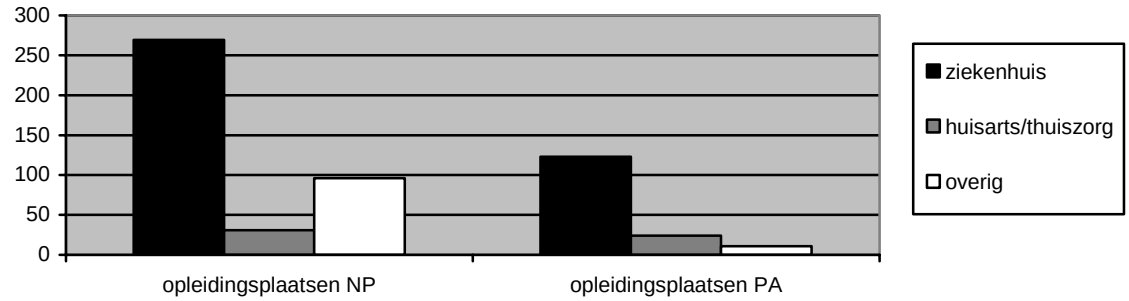
Physician assistants
Het beroep karakteriseert zich door gestandaardiseerde (medische) cure-taken voor een brede categorie patiënten binnen één medisch specialisme (ook het huisartsspecialisme) dan wel binnen enkele samenhangende medische specialismen bij één specifieke, voorgeselecteerde patiëntencategorie. Het beroep omvat geen (verpleegkundige) care-taken (MOBG, 2006). De physician assistant mag geen taken verrichten die buiten de competentie van de superviserende arts liggen.

In Nederland functioneert de physician assistant op hbo-masterniveau (Balen, 2005). Voor de opleiding zijn landelijk eindkwalificaties ontwikkeld, waar alle vijf de opleidingsinstituten zich aan houden. Zo moet de physician assistant onder meer in staat zijn om op een welomschreven terrein gangbare effectieve patiëntenzorg te leveren, specifiek medische handelingen te verrichten, complicaties te herkennen, vitale lichaamsfuncties te bewaken en zo nodig te herstellen en een bijdrage te leveren aan gezondheidsvoorlichting en ziektepreventie. Na afloop van de opleiding is de physician assistant in staat om gegevens uit anamnese, lichamelijk onderzoek en nader onderzoek te ordenen, te toetsen aan de bestaande richtlijnen en vervolgens met deze gegevens een differentiaaldiagnose op te stellen (Ibidem).

In de meeste ziekenhuizen bepaalt de specialist wat de taken van de physician assistant zullen zijn. Deze taken kunnen daarom ver uiteenlopen en zijn afhankelijk van de medische discipline waarbij de physician assistant werkzaam is, de mate waarin de superviserende arts taken wil delegeren, de ervaring die de physician assistant heeft opgedaan en de visie van de instelling op het functioneren van deze nieuwe beroepsgroep (Bruurs, 2005).

Werkterreinen
Op basis van een overzicht van de *opleidingsplaatsen* van eerste- en tweedejaars nurse practitioners en physician assistants van de HBO-raad (2006), hebben we een overzicht gemaakt van de belangrijkste werkterreinen van nurse practitioners en physician assistants (zie figuur 1).

Figuur 1: Opleidingsplaatsen van eerste- en tweedejaars nurse practitioners en physician assistants in het cursusjaar 2005-2006



Verantwoordelijkheden
Zowel de nurse practitioner als de physician assistant vallen voor de medische taken formeel onder de verantwoordelijkheid van een arts. Dit is vrijwel altijd de leidinggevende (medisch)

specialist. Beide typen functionarissen worden op grond van hun opleiding door de artsen 'bekwaam en bevoegd' geacht, voor zover zij werken binnen de afgesproken kaders. Er wordt vooraf afgesproken welke taken zelfstandig mogen worden uitgevoerd. Taken die tot het functiedomein behoren en waar een protocol voor is, mogen in de regel zelfstandig worden uitgevoerd. De nurse practitioner en physician assistant hebben die protocollen vaak zelf mee ontwikkeld (Kenbeek en Rademakers, 2006).

Voor de nurse practitioner en physician assistant is een wetswijziging voorgesteld waarbij zij zelfstandige bevoegdheden toebedeeld krijgen. Indien de voorgestelde wetswijzigingen doorgang vinden betekent dit voor de nurse practitioner dat wanneer zij worden opgenomen in de nieuwe beroepenstructuur als verpleegkundig specialist (conform artikel 14 van de Wet BIG) zij de noodzakelijke bevoegdheden krijgen via artikel 36 van de Wet BIG. Voor de physician assistant worden de bevoegdheden geregeld via een experimenteerbepaling (met bijbehorende AMvB) die aan de Wet BIG wordt toegevoegd (Inspectie voor de Volksgezondheid, 2006; Kenbeek en Rademakers, 2006).

Een en ander betekent dat beide beroepen op basis van wetswijzigingen in de nabije toekomst de bevoegdheid krijgen om bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten, inclusief het voorschrijven van geneesmiddelen, maar elk op basis van hun eigen beroepstitel (Inspectie voor de Volksgezondheid, 2006; Duchatteau en Hendrix, 2006). Bij de nurse practitioner gaat het in veel gevallen om handelingen als infusen inbrengen, katheteriseren, vena-, beenmerg-, lumbaal- en ascitespuncties. Bij de physician assistant gaat het meestal om kleine chirurgische ingrepen.

Positie in de beroepsstructuur

De stuurgroep Verpleegkundig Beroepsstructuur en OpleidingsContinuüm (VBOC) heeft op 11 mei 2006 een advies over de toekomstige verpleegkundige beroepenstructuur en het opleidingscontinuüm '*Verpleegkundige toekomst in goede banen* 'aangeboden aan minister Hoogervorst van VWS. Hierin wordt de nurse practitioner definitief gepositioneerd als verpleegkundig specialist; een BIG-geregistreerde verpleegkundig professional, met aanvullende competenties, verantwoordelijkheden en bevoegdheden (Kenbeek en Rademakers, 2006). In de nieuwe beroepsstructuur wordt de nurse practitioner dus niet als apart beroep gepositioneerd maar opgenomen binnen het verpleegkundige beroep, te weten als verpleegkundig specialist. De noodzakelijke bevoegdheden worden daarmee geregeld via artikel 36 van de wet BIG (Meurs en Van Rooijen, 2006).

De physician assistants moeten in het medisch continuüm gepositioneerd worden, omdat zij de rol van behandelaar in het medisch domein hebben en alleen de gestandaardiseerde medische taken uitvoeren voor een brede categorie patiënten binnen één specialisme. Omdat de physician assistants niet per definitie een verpleegkundige achtergrond hebben, is het noodzakelijk dat er voor deze groep een nieuw wettelijke beroepstitel komt. Op termijn krijgt de physician assistant waarschijnlijk een eigen registratie in een nieuw beroepsregister (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006; Duchatteau en Hendrix, 2006).

Beroepen vergeleken

Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de beroepen van nurse practitioner en physician assistant? Dat staat in tabel 3.2 op de volgende pagina.

Tabel 3.2. Vergelijking nurse practitioner en physician assistant

	Nurse practitioner	Physician assistant
Werkgebied	Gebonden aan ziektegerelateerde patiëntengroep(en)	Gebonden aan medisch specialisme; breder inzetbaar binnen medisch domein
	Behoort tot verpleegkundige én medische discipline	Behoort enkel tot medische discipline
Care-taken	Gespecialiseerd verpleegkundige taken	Geen
Cure-taken	Verricht verpleegkundige en een beperkt aantal medische taken (voorbehouden handelingen) gerelateerd aan één of enkele patiëntengroepen	Verricht medische handelingen (voorbehouden handelingen) gerelateerd aan medische differentiatie/specialisatie
	Werkt voor medische taken onder supervisie van een arts, voor overige taken autonoom	Werkt altijd onder supervisie van een arts
	Functioneert altijd binnen een door de medicus vastgestelde diagnose en therapie	Functioneert binnen de afspraken met de superviserende arts
Opleiding	HBO-masters	HBO-masters
	Vooropleiding Hbo-Verpleegkundige	Vooropleiding Hbo-Gezondheidszorg
	Gericht op meer specifieke medische kennis met betrekking tot patiëntencategorieën	Gericht op brede kennis binnen de geneeskunde
	Wetenschappelijke vorming betreft de toepassing van evidence based practice en het bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek	Wetenschappelijk vorming betreft de toepassing van evidence based practice
Eindprofiel	Gespecialiseerd verpleegkundige	Ondersteunend geneeskundige
Gelokaliseerd	Op verpleegkundig continuüm	Op medisch continuüm
Nieuwe taken	Deskundigheidsbevordering, zorgvernieuwing, ketenzorg	Substitutie van medische routine taken vanuit specialisme

Bron: HBO-raad (2006) en Bruurs (2005)

Beide beroepsgroepen nemen anamneses af, stellen diagnoses (bij de nurse practitioner binnen het kader van hun eigen voorgeselecteerde patiëntengroep), verrichten lichamelijk onderzoek, houden zelfstandig polikliniekspreekuren, ontwikkelen protocollen, doen (preoperatieve) screening en voeren (onderdelen van) onderzoek uit.

De nurse practitioner en physician assistant voeren beide medische taken uit. Bij de nurse practitioner is dat een kleiner deel van het beroep, voor de physician assistant het hoofdbestanddeel. Er is geen verschil tussen de soort medische taken dat de nurse practitioners en physician assistants verrichten. De aard van de medische taken is afhankelijk van de afdeling, het specialisme en/of patiënt en niet van het beroep. Beide soorten professionals verrichten medische taken die protocollair zijn vastgelegd en tot gestandaardiseerde ‘cure’ behoren. Ze voeren allebei (deels in opdracht, deels op eigen initiatief) voorbehouden handelingen uit (physician assistants wel vaker dan nurse practitioners) en schrijven ook allebei medicijnen voor.

Hierover zijn vooraf afspraken gemaakt met de medisch specialist. Meestal gaat het om 'standaardmedicatie' bij de betreffende patiëntengroep (Kenbeek en Rademakers, 2006).

Zowel nurse practitioners als physician assistants nemen taken over van artsen en arts-assistenten. De physician assistants dragen daar meer bij aan feitelijke taaksubstitutie dan de nurse practitioners, doordat zij meestal ingezet worden in plaats van arts-assistenten niet in opleiding (ANIOS) en ook grotendeels hetzelfde werk doen. De nurse practitioner substitueert deels de artsentaken, maar vervult daarnaast taken die aan het bestaande zorgaanbod worden toegevoegd. Nurse practitioners komen daarmee voor een deel boven op de bestaande formatie. Een voorbeeld van substitutie is het zelfstandig afhandelen van patiënten met klein traumatologisch letsel op een afdeling Spoedeisende Hulp (Offenbeek, Ten Hoeve en Roodbol, 2003).

Bij physician assistants ligt de focus op de individuele patiënt en het medisch specialisme en komt in de eindkwalificaties naar voren dat zij een eigen verantwoordelijkheid hebben bij het stellen van diagnose en behandeling. Er wordt niet gesproken over de physician assistant als onderdeel van de zorgketen. Volgens Kenbeek en Rademakers (2006) wordt in de opleiding voor physician assistants veel nadruk gelegd op het herkennen van de eigen grenzen en het zichzelf ontwikkelen binnen het beroep en niet zozeer op het verbeteren van het zorgproces. Volgens deze auteurs wordt in de opleiding voor physician assistants substantieel meer tijd besteedt aan het verwerven van (generieke) medische kennis en vaardigheden en in de opleiding voor nurse practitioners aan integratie en coördinatie van de zorg.

3.3 Nurse practitioners en physician assistants: de arbeidsmarkt

De laatste jaren zijn tal van studies, adviezen en nota's verschenen waarin ontwikkelingen in de zorgsector en op de zorgarbeidsmarkt in kaart zijn gebracht. Wij beperken ons in dit onderzoek daarom tot een aantal ontwikkelingen die direct te maken hebben met de behoefte aan nurse practitioners en physician assistants: taakdifferentiatie, het verwachte artsentekort, de groeiende behoefte aan verpleegkundig specialisten en het ontstaan van nieuwe werkterreinen. Ten slotte gaan we nog in op factoren die de invoering van beide nieuwe beroepen bevorderen of belemmeren.

Taakdifferentiatie / taakherschikking

De vraag naar zorg zal in de toekomst fors toenemen en er zullen personeelstekorten ontstaan in de sector, vooral tekorten aan hoog opgeleiden. Deze ontwikkelingen hebben een structureel karakter, waarbij het niet uitmaakt of de economie snel groeit of niet. Het bepaalt alleen het tijdstip waaróp en de intensiteit waarmee de spanningen zich aan dienen (Windt en Talma, 2006). Met preventieve maatregelen moet worden voorkomen dat er daardoor ongewenste effecten ontstaan, zoals loonopdrijving en tekortschietende publieke dienstverlening. Dit is in het belang van zowel de collectieve sector als de marktsector en daarmee van de gehele economie. Zo zijn, met het oog op kunnen voorzien in de vraag naar hoog opgeleiden, instrumenten nodig ter verhoging van de arbeidsproductiviteit. De aanbevelingen van de zogeheten commissie Van Rijn met betrekking tot het verbeteren van de arbeidsproductiviteit zijn nog steeds actueel en de *Trendnota Arbeidszaken Overheid 2006* borduurt hier op voort (SER, 2006).

Taakherschikking en arbeidsproductiviteit

De Stichting van de Arbeid merkt in de Nota *Op weg naar een meer productieve economie* (2005) op dat heel uiteenlopende factoren kunnen bijdragen aan het vergroten van de arbeidsproductiviteit: efficiency (kostenbesparende) maatregelen in de arbeidsorganisatie en het productieproces, automatisering en mechanisering van productieprocessen, het effectiever (dat wil zeggen beter of slimmer) organiseren van productieprocessen of het toepassen van nieuwe technologieën of vindingen, mede als gevolg van vernieuwingen binnen de arbeidsorganisatie (SER, 2006). Een voorbeeld van een innovatieve aanpak is taakdifferentiatie, dat wordt beschouwd als één van de belangrijkste maatregelen om de knelpunten aan te pakken in de personeelsvoorziening waarmee de zorgsector te maken heeft (RVZ, 2002; SER, 2006). Er wordt overigens ook wel gesproken van *taakherschikking*: 'het structureel herverdelen van taken tussen verschillende groepen' (RVZ, 2002). De raad stelt taakherschikking voor tussen de verschillende beroepsdomeinen, en pleit voor het verder doorvoeren van functiedifferentiatie en specialisatie, vooral in de curatieve sector op het gebied van de medische en verpleegkundige beroepen. Daarbij gaat het om uitsplitsen van taken in een functie, waardoor nieuwe functies ontstaan. Dat houdt volgens de raad niet alleen het afstoten van eenvoudiger taken in, maar ook het aantrekkelijker maken van een functie door taken eraan toe te voegen die de functie kunnen verdiepen.

Functiedifferentiatie maakt het mogelijk hoger opgeleiden in sterkere mate in te zetten voor het werk waarvoor zij zijn opgeleid, het primaire proces, waardoor de vraag naar deze groep kan worden beperkt. Een gevolg hiervan kan ook zijn dat daarmee de aantrekkelijkheid van de functies van hoger opgeleiden toeneemt, zeker wanneer dit gepaard gaat met een afname van de werkdruk doordat ondersteuning wordt verleend door hiervoor aangestelde medewerkers.

Afsplitsing van taken schept verder werkgelegenheid en loopbaanperspectieven voor personen met een lager kwalificatieniveau.

Taakherschikking en DBC-systematiek

Sinds 2005 werken ziekenhuizen met een nieuwe bekostigingssystematiek die gebaseerd is op zogenoemde DBC's: diagnosebehandelcombinaties. Een DBC is een beschrijving van de zorg die de een patiënt met een bepaalde zorgvraag krijgt en de kosten die daarmee zijn gemoeid. Door op deze manier te registreren krijgt het ziekenhuis (of andere zelfstandige behandelcentra) meer inzicht in de kosten van een behandeling. De prijs voor een DBC wordt in onderhandeling met de zorgverzekeraar vastgesteld en verwacht wordt dat ziekenhuizen op deze prijs met elkaar gaan concurreren. Een van de mogelijkheden om goedkopere en doelmatiger zorg te kunnen bieden dan andere ziekenhuizen, is taakdelegatie. Hierbij worden eenvoudige medische handelingen uitgevoerd op lagere functieniveaus (zoals die van nurse practitioners en physician assistants) dan die van specialisten.

Taakherschikking en kwaliteit

Vanuit het oogpunt van de kwaliteit van zorg, wordt gepleit voor functie- en taakdifferentiatie. De Stuurgroep MOBG heeft praktijkvoorbeelden van taakherschikking laten onderzoeken en beschrijft ze in haar folder '*Taakherschikking de moeite waard!*'. Hieruit blijkt dat door taakherschikking de zorg efficiënter wordt en de kwaliteit toeneemt. Het organiseren van taakherschikking blijkt in de praktijk mee te vallen: vele varianten zijn denkbaar. De beschreven cases illustreren dat de patiënt vaak baat heeft bij taakherschikking. De meerwaarde uit zich in verkorte wachttijden, en een betere coördinatie van het zorgproces. In de beschrijving van de NP-cases is de gemiddelde wachttijd verlaagd van ruim 63 naar 8 minuten. Patiënten kunnen sneller naar

huis en een indirect kostenvoordeel ontstaat doordat één bed soms twee keer per dag wordt bezet (CBOG, 2007).

Zoals in de inleiding van dit rapport al beschreven, zijn de nurse practitioner en physician assistant voorbeelden van beroepen die de afgelopen jaren zijn gecreëerd in het kader van taakdifferentiatie. De Raad stelt voor de introductie van beroepen als de physician assistant en de nurse practitioner te stimuleren (SER, 2006).

Artsentekort

De Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen (kortweg: het Capaciteitsorgaan) beschrijft de belangstelling van ziekenhuizen en medisch specialisten voor de inzet van nurse practitioners of physician assistants. In de tweede lijn kan de behoefte aan meer differentiatie aan personeel ook meer tot uitdrukking komen dan in de eerste lijn door de grootte van de schaal. Op ruim 14.000 medisch specialisten werken momenteel ongeveer 450 nurse practitioners en physician assistants (en zijn er zo'n 300 in opleiding). Het Capaciteitsorgaan (2005) gaat er in het Capaciteitsplan 2005 vanuit dat een jaarlijkse instroom nodig is van 325 nieuwe studenten nurse practitioners of physician assistants voor de tweede lijn.

Het Capaciteitsorgaan berekende dat, ondanks de toegenomen capaciteit in de laatste jaren, het tekort aan huisartsen in 2012 ongeveer zestien procent zal bedragen.

Het Capaciteitsorgaan voorspelt in de eerstelijnszorg in Nederland drie mogelijke tendensen, namelijk; schaalvergroting van de huisartsenpraktijken (het aantal solisten neemt af), huisartsenschaarste in enkele regio's in Nederland en het commercialiseren van de huisartsenzorg. Het Capaciteitsorgaan verwacht dat de gaten die vertrekkende huisartsen (in groter dienstverband) laten vallen opgevangen kunnen worden door nurse practitioners en physician assistants (Capaciteitsorgaan, 2005).

De behoefte aan een nurse practitioners of aan een physician assistant in de huisartsenpraktijk is afhankelijk van de *soort* behoefte die in de huisartsenpraktijk bestaat. Heeft de huisarts vooral te kampen met capaciteitsproblematiek dan kan de huisarts baat hebben bij het in dienst nemen van een physician assistant die vooral in het medische domein werkzaam is. De huisarts die vooral ondersteuning nodig heeft in het zorgdomein, zal het meeste profijt hebben van een nurse practitioner op het gebied van gezondheidsvoorlichting en preventie (Balen e.a., 2005).

Verpleegkundig specialisten

De nieuwe verpleegkundige beroepsstructuur gaat uit van een verticale tweedeling in het verpleegkundig beroep. In deze structuur is enkel nog sprake van de beroepsniveaus verpleegkundige en verpleegkundig specialist. De internationale ontwikkeling van de nurse practitioner vertoont zeer grote overeenkomst met het voorgestelde profiel van de verpleegkundig specialist in de nieuwe beroepsstructuur. De nurse practitioners worden in de nieuwe beroepsstructuur opgenomen als verpleegkundig specialist. Op de ongeveer 150.000 verpleegkundigen die daadwerkelijk in de zorg werkzaam zijn (peildatum 2004) bestaat een behoefte aan 5 procent verpleegkundig specialisten, dat wil zeggen 7.500 verpleegkundig specialisten. (Meurs en Van Rooijen, 2006).

Nieuwe werkterreinen?
De Raad voor Werk en Inkomen heeft voorstellen gedaan voor een markt voor persoonlijke dienstverlening (RWI, 2006). De totstandkoming daarvan is een belangrijke voorwaarde om de arbeidsparticipatie van zowel hoger als lager opgeleiden te vergroten. Het RWI wil ruimte creëren voor een structuur met arbeidsrelaties die wordt gekenmerkt door het opdrachtgever- en opdrachtnemerschap. Volgens de Raad zijn juridische concepten denkbaar voor werknemers die als zelfstandige op de nieuwe markt(en) willen opereren. Als een dergelijke markt tot stand komt is het nu nog niet mogelijk in te schatten wat het gaat betekenen voor het aanbod en aantrekken van arbeidskrachten in de zorgsector; zo wordt bijvoorbeeld een oproep gedaan CVA-verpleegkundigen in te zetten in de thuissituatie (Van den Bos, 2006; RVZ, september 2006).

In het onderzoek *Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants, nu en in de toekomst* geven de respondenten (managers, leidinggevenden en medici) aan dat ze *zelfstandigheid* een voorwaarde vinden om zich als nurse practitioner in Nederland goed te kunnen positioneren (Kenbeek en Rademakers, 2006).

De RVZ (2006) beschrijft de op langere termijn te verwachten flexibel georganiseerde zorgallianties die werknemers een aantrekkelijk loopbaanperspectief bieden. In zulke allianties kunnen verpleeghuizen, GGZ instellingen, thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen samenwerken, met de mogelijkheid van allianties met wijkcentra, huisartsenposten en zelfstandige praktijken van huisartsen en verpleegkundigen. Als dergelijke zorgallianties ontstaan, wordt de caresector gaandeweg meer een onderdeel van de gezondheidszorg als geheel. Dat biedt kansen voor de nurse practitioner en physician assistant.

Institutionalisering van de nieuwe beroepen
Om de meerwaarde van nurse practitioners en physician assistants te kunnen aantonen (effectmeting) zijn prestatie-indicatoren/outputcriteria nodig. Veel artsen verwachten (mede door hun onbekendheid met het beroep) dat taakherschikking tot inkomstenverlies bij henzelf leidt. Het maakt wel dat maatschappen huiverig zijn om als maatschap te worden belast met de kosten van een physician assistant. Van Driel spreekt van het meten van de ‘vervangingswaarde van de physician assistant’ betreffende productiviteit, kwaliteit en kosteneffectiviteit (HBO-raad, 2006).

De financiering van nurse practitioners en physician assistants door de zorgverzekeraars, maar ook binnen de ziekenhuizen zelf, is op dit moment een belangrijk probleem. Ziekenhuizen krijgen geld voor arts-assistenten in opleiding en slechts voor een deel salariscompensatie voor de aanstelling van nurse practitioners en physician assistants. De angst bij artsen is dat door de invulling van formatieplaatsen voor artsen in opleiding tot specialist (AIOS) of artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) door physician assistants, zij nooit meer hetzelfde aantal AIOS of ANIOS terugkrijgen.

Ziekenhuizen moeten zorg dragen voor een adequate inbedding van de beroepen binnen de organisatie. Voordat een ziekenhuis (afdeling) overgaat tot het implementeren van het beroep van nurse practitioner en physician assistant moet met alle betrokkenen bij het zorgproces een

goede afweging gemaakt worden over de gewenste organisatie van de zorg en de meerwaarde die nurse practitioners en physician assistants hierin kunnen hebben. Helderheid over het functieprofiel, het takenpakket en de afstemming met andere zorgverleners is immers een voorwaarde voor succes. Er moet een visie zijn, liefst neergelegd in een schriftelijk document. Bij leidinggevenden van het tweede en derde echelon bestaat de behoefte aan expliciet beleid: voordat wordt overgegaan tot de aanstelling van nurse practitioners en physician assistants is behoefte aan inhoudelijke èn financiële kaders vanuit de Raad van Bestuur.

In hoeverre de toegevoegde waarde van de inzet van nurse practitioners kan worden gerealiseerd, is in belangrijke mate afhankelijk van de rollen en veranderingen die betrokkenen in de praktijk wenselijk achten. De historisch gegroeide verhoudingen tussen beroepsgroepen zijn weerbarstig (Roodbol, 2005). Tussen artsen enerzijds en nurse practitioners en physician assistants anderzijds kunnen verschillende verwachtingspatronen bestaan over de verdeling van taken. Verpleegkundigen zouden zich door de nieuwe functionaris bedreigd kunnen voelen en er zouden door taakoverlap op het terrein van preventie en begeleiding mogelijk competitiegevoelens kunnen ontstaan. Kenbeek en Rademakers spreken van de noodzaak van een cultuuromslag door de entree van een nieuwe beroepsgroep in het zorgdomein (2006).

3.4 Een kijkje over de grens: de situatie in Amerika

Zoals in paragraaf 1.1 beschreven zijn de beroepen nurse practitioner en physician assistant in de jaren zestig ontstaan in Amerika. In Nederland werden de nurse practitioners in 1997 in de zorg geïntroduceerd en de physician assistants in 2001. Omdat de beroepen in Amerika hun oorsprong vinden, is het interessant te zien welke rol beide beroepen daar inmiddels vervullen en met welke ontwikkelingen ze te maken hebben. Dat doen we aan de hand van een artikel van Hooker (2006) dat vorig jaar werd verscheen in de *The Medical Journal of Australia*. Uit dit artikel blijkt dat er in 2006 in de ziekenhuizen zo'n 110.000 nurse practitioners en physician assistants werkzaam waren[2]. Bijna een kwart van hen werkt buiten de grote steden, vaak in gemeenten met minder dan 10.000 inwoners. Circa 50 procent van de physician assistants en 85 procent van de nurse practitioners werkt in de eerste lijn (waarin 30 procent van de artsen werken); de rest werkt in ziekenhuizen. In 16 van de 50 staten werken nurse practitioners onafhankelijk van een arts en in 11 staten mogen zij zelfstandig medicijnen voorschrijven. Physician assistants daarentegen, werken altijd onder supervisie van een arts. In de meeste staten is het echter toegestaan, zo lang er tenminste op een of andere wijze contact wordt onderhouden, dat zij op afstand van de arts werken. Hierdoor kunnen physician assistants ook werken in gebieden waar geen arts beschikbaar is.

Een groeiend aantal nurse practitioners en physician assistants (per jaar studeren er circa 11.200 nieuwe nurse practitioners en physician assistants af) wordt aangesteld in ziekenhuizen.

[2] Het gaat hier om het aantal beroepskrachten in ziekenhuizen. Het totale aantal nurse practitioners en 139.000 physician assistants bedraagt momenteel naar schatting zo'n 254.000 (115.00 nurse practitioners en 139.000 physician assistants). (Bronnen: websites van de American Academy of Physician Assistants en van de American Academy of Nurse Practitioners.)

Ze mogen geneesmiddelen voorschrijven en directe patiëntenzorg uitvoeren, waarbij minder beperkingen gelden dan op werkplekken buiten het ziekenhuis.

Volgens Hooker verschijnen er in Amerika steeds meer publicaties over de productiviteit van nurse practitioners en physician assistants. Deze tonen onder andere aan dat de inzet van nurse practitioners en physician assistants ertoe leidt dat er meer patiënten kunnen worden behandeld en dat de werkdruk en het inkomen van de betrokken arts verbetert. Over het verbeteren van de toegang tot de zorg (de belangrijkste reden in Amerika om nurse practitioners en physician assistants te introduceren) komen nog maar aarzelend onderzoeksgegevens beschikbaar.

Hooker concludeert dat de introductie van nurse practitioners en physician assistants een belangrijke innovatie in de zorg is geweest. Hoewel zij in eerste instantie niet met open armen werden ontvangen, hebben zij een steeds belangrijker rol gekregen. Meer dan een kwart van alle groepspraktijken in Amerika heeft nurse practitioners of physician assistants in dienst en verwacht wordt dat dit aandeel zal groeien. Volgens Hooker zal de vraag naar zorg in de nabije toekomst toenemen: nurse practitioners of physician assistants kunnen in die vraag voorzien.

3.5 Conclusie

Als iets duidelijk wordt uit de geraadpleegde documentatie, is dat de nieuwe beroepen nurse practitioner en physician assistant volop in de belangstelling staan. Het verslag van de interviews in hoofdstuk 5 zal dat bevestigen. In grote lijnen richt die belangstelling zich op het profiel (taken en verantwoordelijkheden) van de beroepen, hun positie in de beroepspraktijk ten opzichte van andere zorgverleners en hun kansen op de arbeidsmarkt. Deze zaken zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Iets anders dat duidelijk wordt, is dat we te maken hebben met twee beroepen die nog volop in ontwikkeling zijn. De uitkomst daarvan lijkt nog ongewis. Cruciaal zal zijn of de beroepen op brede schaal worden geaccepteerd en in het functiegebouw worden ingebed. Momenteel roepen beide beroepen ten minste in een deel van de zorg weerstand op en leiden ze tot spanningen bij collega's (specialisten, arts-assistenten, verpleegkundigen en soms patiënten), maar dat kan natuurlijk een kwestie van wennen zijn. Een positieve ontwikkeling is dat het VBOC heeft besloten de nurse practitioners op te nemen in de nieuwe beroepenstructuur verpleegkundigen. Als ook voor de physician assistant, via een experimenteerartikel in de Wet BIG, de juridische belemmeringen worden weggenomen, zal ook van deze functie de positie duidelijker worden. Ook de zorgarbeidsmarkt lijkt zich voor een verder groei van de beroepen gunstig te ontwikkelen. Niet alleen neemt de vraag naar zorg onder invloed van demografische en sociaal economische ontwikkelingen fors toe, maar verandert ze ook en zal er meer maatwerk en meer gedifferentieerde zorg nodig zijn. Ook hierbij geldt echter dat acceptatie van de beroepen en het aanpakken van institutionele belemmeringen (zoals de financiering van de beroepen) bepalen of de nurse practitioner en physician assistant gebruik kunnen maken van de kansen op de arbeidsmarkt.

4 Resultaten telefonische enquête

4.1 Inleiding

Het telefonische interview bestond uit vier kernvragen:
- Heeft het ziekenhuis nurse practitioners in dienst of in dienst gehad?
- Heeft het ziekenhuis physician assistants in dienst of in dienst gehad?
- Hoeveel nurse practitioners, physician assistants, arts-specialisten, artsen in opleiding tot specialist (AIOS) en artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) waren er in dienst in 2004, in 2007 en hoeveel zijn er naar verwachting in 2010 in dienst?
- Waarom verwacht u dat het aantal nurse practitioners en/of physician assistants in 2010 afneemt, toeneemt of gelijk blijft?

Het volledige interviewschema staat in bijlage I.

Voor het onderzoek was het belangrijk om binnen de ziekenhuizen functionarissen te vinden die voldoende inhoudelijke en kwalitatieve informatie over nurse practitioners en physician assistants zouden kunnen geven. Dat is in de meeste gevallen gelukt, maar voor een deel van de respondenten bleken onze vragen niet of niet volledig te beantwoorden. De redenen die daarvoor het vaakst werden gegeven, waren dat de cijfers niet centraal beschikbaar zijn en dat de functienamen *nurse practitioner* en *physician assistant* (nog) niet in de personeelsadministratie voorkomen. In een enkel geval wilde het ziekenhuis geen uitspraak doen over het aantal beroepskrachten in de toekomst. Het aantal ziekenhuizen dat de gevraagde functiegegevens niet kon leveren, kan erop wijzen dat vaak nog onduidelijk is hoe de personeelsopbouw er in de nabije toekomst uitziet en dat op centraal niveau het beleid op dit gebied ontbreekt. Overigens hebben we respondenten die meer tijd nodig hadden om gegevens op te zoeken (dat gold vooral voor vraag 4 over de aantallen functies), daar een formulier voor toegestuurd, die vervolgens ingevuld aan ons kon worden teruggezonden. In veel gevallen is dat niet gebeurd binnen de doorlooptijd van het onderzoek. Een overzicht van de respons en respondenten staat in paragraaf 2.3.

4.2 Resultaten

Eerst het aantal nurse practitioners en physician assistants dat de ziekenhuizen in dienst hebben of in dienst hebben gehad (zie tabel 4.1). Ziekenhuizen blijken om diverse redenen nurse practitioners of physician assistants in dienst te nemen. Genoemd werden onder andere: taakherschikking specialisten, kwaliteitsverhoging, financiële mogelijkheden, loopbaanmogelijkheden voor medewerkers en vanwege goede ervaringen met deze functie. Eén respondent gaf het volgende antwoord op de vraag waarom het ziekenhuis in kwestie nurse practitioners in dienst heeft genomen: “Om geclusterde expertise te kunnen aanbieden aan groepen patiënten. Deze patiënten komen alleen dan bij de medisch specialist als daar aanleiding voor is maar hebben tegelijkertijd de mogelijkheid om laagdrempelig advies in te winnen. De nurse practitioner verricht controles en houdt de ontwikkeling van het ziektebeeld in de gaten. De nurse practi-

tioner zorgt voor doorstroming van patiënten bij onderzoek, diagnose en behandeling en het opzetten en continueren van behandelpaden. Physician assistants hebben we aangenomen om relatief eenvoudige medische taken te verrichten (is groeimodel)."

Tabel 4.1. Aandeel ziekenhuizen dat nurse practitioners of physician assistants in dienst heeft of heeft gehad (percentage ziekenhuizen)

	In dienst	Wel in dienst gehad, maar nu niet meer
Nurse practitioners	76	2
Physician assistants	39	3

De vraag naar de wijze waarop het aantal *nurse practitioners, physician assistants, arts specialisten, artsen in opleiding tot specialist (AIOS)* en *artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS)* in ziekenhuizen zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld en de komende jaren zal ontwikkelen, was voor veel respondenten lastig te beantwoorden. Cijfers over de afgelopen jaren waren veelal niet voorhanden en op de cijfers voor de komende jaren was vaak geen zicht. In die gevallen (voor de ontwikkeling van het aantal functies tussen 2007 en 2010) hebben we de respondenten gevraagd daarover een kwalitatieve uitspraak te doen: verwacht u dat het aantal functionarissen zal toenemen, afnemen of gelijk zal blijven? De resultaten staan in tabel 4.2.

Tabel 4.2. Ontwikkeling van het aantal nurse practitioners, physician assistants, arts-specialisten, AIOS en ANIOS in ziekenhuizen (percentage ziekenhuizen)

	Aandeel ziekenhuizen waarin dit aantal functies is toegenomen tussen 2004 en 2007	Aandeel ziekenhuizen waarin dit aantal functies naar verwachting zal toenemen tussen 2007 en 2010
Nurse practitioner	74	76
	(n=27)	(n=33)
Physician assistant	38	56
	(n=24)	(n=25)
Arts-specialist	53	56
	(n=17)	(n=18)
Arts in opleiding tot specialist (AIOS)	53	69
	(n=17)	(n=16)
Arts niet in opleiding tot specialist (ANIOS)	54	29
	(n=24)	(n=21)

Tabel 4.2 laat zien dat in het geval van de nurse practitioner en de physician assistant, er geen enkele respondent is die verwacht dat dit aantal de komende jaren zal dalen: bij de overige beroepen komt dat een enkele maal wel voor.

Waarom verwachten ziekenhuizen dat het aantal nurse practitioners en/of physician assistants tussen nu en 2010 zal toenemen? Daarvoor geven de respondenten uiteenlopende redenen:

- vanwege de algemene stijging van de zorgvraag (genoemd door 8 respondenten);
- door verschuiving van taken van arts-specialisten naar nurse practitioners en physician assistants (4 respondenten);
- door verschuiving van taken van AIOS en ANIOS naar nurse practitioners en physician assistants (4 respondenten);
- andere redenen: vanwege de invoering van de DBC-systematiek, de grote vraag naar dit soort beroepen, de goede ervaringen met deze beroepen en vanwege de financiële mogelijkheden dergelijke beroepskrachten aan te stellen.

4.3 Conclusie

De onderzoeksresultaten maken duidelijk dat er in algemene en academische ziekenhuizen behoefte is aan nurse practitioners en physician assistants, maar niet hoe groot die behoefte precies is. De medewerkers van de ziekenhuizen die we daarvoor hebben benaderd (veelal P&O'ers) kunnen cijfers daarover vaak niet aanleveren omdat die niet beschikbaar zijn. Het onderzoek laat zien dat beide, nog relatief nieuwe beroepen al in veel ziekenhuizen een plaats hebben gevonden: de nurse practitioner werkt in 76 procent van de ziekenhuizen en de physician assistant in 39 procent. Een ander opmerkelijke uitkomst is dat 76 procent van de ziekenhuizen verwacht dat het aantal nurse practitioners dat ze in dienst nemen, de komende jaren zal stijgen. Van alle beroepen waarvoor we dat hebben gevraagd, is dat het grootse percentage ziekenhuizen. Voor de physician assistant verwacht 56 procent dat dit aantal functionarissen zal stijgen. Bovendien wordt in geen enkel ziekenhuis verwacht dat het aantal nurse practitioners of physician assistants de komende jaren zal afnemen. Kortom: hoewel de respondenten niet kunnen aangeven hoeveel nurse practitioners en physician assistants de ziekenhuizen in de toekomst nodig hebben, is aannemelijk dat de arbeidsmarkt voor deze beroepen zich gunstig zal ontwikkelen: er zijn geen aanwijzingen voor een terugloop van dit soort functies.

De redenen die de respondenten geven voor het aanstellen van nurse practitioners en physician assistants en hun verwachting dat dit aantal van deze beroepen de komende jaren zal toenemen, sluiten vrijwel naadloos aan bij de pleidooien voor taak- en functiedifferentiatie om de knelpunten op de zorgarbeidsmarkt aan te pakken. In diverse adviezen die de laatste jaren zijn uitgebracht (SER, 2002, 2006; Capaciteitsorgaan, 2005; RVZ, 2006; CBOG, 2007), wordt taakdifferentiatie beschouwd als één van de belangrijkste maatregelen om die knelpunten aan te pakken. Bovendien is de verwachting dat door taak- en functiedifferentiatie de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd, de kosten beter kunnen worden beheerst en het loopbaanperspectief kan worden vergroot. Ook voor de respondenten blijken dergelijke overwegingen de belangrijkste redenen te zijn om nurse practitioners en physician assistants in dienst te nemen en daarvan in de toekomst nog meer gebruik te gaan maken.

5 Resultaten interviews

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de opbrengsten van de interviews met vertegenwoordigers van beroepsorganisaties, brancheorganisaties en organisaties die anderszins relevant zijn voor de introductie van nurse practitioners en physician assistants. Ook hebben we gesproken met een aantal medici die betrokken zijn (geweest) bij de opleiding van deze functionarissen. In totaal hebben we 18 interviews gehouden. In bijlage 3 staat een overzicht van degenen met wie we hebben gesproken. In tabel 2.1 in paragraaf 2.4 staat het aantal gesprekken dat we hebben gevoerd naar soort organisatie.

Doel van de interviews was om in te zoomen op de motieven om beroepen als nurse practitioners en physician assistants in de zorgarbeidsmarkt te introduceren. Hoe geldig zijn die motieven volgens betrokkenen en waarin zit de meerwaarde van deze beroepen precies? Ook hebben we de respondenten gevraagd naar hun opvattingen over de bekostiging van dit soort beroepen. Ten slotte hebben we bij geïnventariseerd wat de belangrijkste factoren zijn die inzet van nurse practitioners en physician assistants zullen bevorderen of belemmeren.

5.2 Meerwaarde van de beroepen

In de inleiding beschreven we dat de introductie van de beroepen van nurse practitioner en physician assistant vanuit verschillende motieven wordt bepleit. In het kort komen die erop neer dat de inzet van deze beroepen een goede maatregel zou zijn om:

- de personeelsproblematiek in de zorg aan te pakken
- de kwaliteit van de zorg te borgen
- de kosten van de zorg beter te beheersen
- het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedici te vergroten.

Personeelsproblematiek

Een van de redenen om een aantal jaren terug (eind 1997) het beroep van nurse practitioner in de zorgsector te introduceren, was het dreigende tekort aan (huis)artsen dat destijds bestond. Enkele jaren later (begin 2001) startten de eerste physician assistants en ook toen werd er op gewezen dat deze functionaris het tekort aan artsen (deels) zouden kunnen opvangen. De idee is uiteraard dat doordat deze functionarissen bepaalde medische handelingen van een arts kunnen overnemen, er minder artsen nodig zijn. Het grootste deel van de respondenten onderschrijft dit argument niet. Dat geldt op de eerste plaats voor de respondenten van artsenorganisaties. Volgens hen was er weliswaar sprake van een tekort, maar was dat een tijdelijk probleem (dat tegenwoordig al helemaal niet meer aan de orde is), waarvoor de invoering van een nieuwe functie een veel te ingrijpende oplossing was. Bovendien was er al een oplossing voor dat probleem voorhanden: de praktijk ondersteuner huisarts (POH). Enkele respondenten wijzen er echter op dat er regionaal soms wel een tekort aan huisartsen bestond. Volgens een van

hen zijn er juist door de inzet van nurse practitioners (maar ook door de inzet van praktijk ondersteuners huisarts en het contracteren van Belgische artsen) nu geen tekorten meer.

De gesprekken met de specialisten (die allemaal physician assistants opleiden of dat hebben gedaan) laten een wat ander beeld zien dan de rest. Volgens een deel van deze specialisten is wel degelijk sprake van een artsentekort, dat (alleen) met de inzet van physician assistants kan worden teruggedrongen. Volgens een ander deel is onduidelijk of sprake is van een tekort.

Ten slotte: de introductie van beroepen als nurse practitioner en physician assistant zou volgens diverse respondenten niet moeten worden ingegeven door (tijdelijke) personeelstekorten, maar beredeneerd moeten plaatsvinden: hoe moet de zorg of het bedrijfsproces worden georganiseerd en wie hebben we daarvoor nodig? Deze uitspraken zijn in lijn met de bevindingen uit de literatuurstudie: de behoefte aan visie en beleid op dit gebied (zie par. 3.3). Nurse practitioners zouden bijvoorbeeld veel meer kunnen worden ingezet in de zogenoemde nulde lijn: preventie en informatie.

Kwaliteit van de zorg

Ook vanuit het oogpunt van de zorgkwaliteit wordt gepleit voor functie- en taakdifferentiatie. De gedachte hierbij is dat door de inzet van functionarissen zoals nurse practitioners en physician assistants, taken kunnen worden uitgevoerd waaraan de arts door tijdgebrek niet toekomt èn dat de arts ruimte krijgt om meer tijd te besteden aan complexere zorgvragen. Vrijwel alle respondenten onderschrijven dit argument, maar de een wat sterker dan de ander. Als pluspunten van werden genoemd:

- nurse practitioners en physician assistants informeren, motiveren, controleren en begeleiden de cliënt: allemaal taken waar artsen niet aan toekomen;
- nurse practitioners en physician assistants kunnen meer tijd en aandacht besteden aan patiënten en staan dichter bij de patiënt dan de arts;
- patiënten vragen gemakkelijker iets aan nurse practitioners en physician assistants dan aan de arts;
- de continuïteit van zorg: physician assistants zijn een min of meer constante factor op de afdeling, terwijl arts-assistenten na verloop van tijd weer weg zijn;
- nurse practitioners en physician assistants verrichten metingen bij de patiënt, waardoor calamiteiten kunnen worden voorkomen en de zorg beter kan worden gestuurd - bovendien kan door te registreren de kwaliteit van de zorg beter worden aangetoond.

De geïnterviewd specialisten wijzen er op dat wel van belang is dat nurse practitioners en physician assistants werken binnen goed doordachte kaders en volgens (internationale) richtlijnen die in protocollen zijn vastgelegd. Het is een voorwaarde dat nurse practitioners en physician assistants participeren in het opstellen van die protocollen.

Gevraagd naar ‘bewijzen’ dat hierdoor de kwaliteit van zorg verbetert, wijzen de respondenten op de grotere tevredenheid van patiënten, de toegenomen therapietrouw, de verkorting van de ligduur omdat patiënten sneller kunnen worden ontslagen (maar niet elke respondent is daarvan overtuigd) en vermindering van heropnames. Overigens werden bij de opbrengsten nog wel enkele nuancerende opmerkingen gemaakt:

- er ontbreekt nog veel onderzoek: op kleine schaal is al wel het een en ander onderzocht en zijn de ervaringen positief, maar dit is niet generaliseerbaar naar grotere delen van de zorg;

- kwaliteit is moeilijk te meten en er wordt nauwelijks kwaliteitsonderzoek uitgevoerd;
- in de huisartsenpraktijk neemt de kwaliteit alleen toe als een nurse practitioner meer kan dan een praktijk ondersteuner huisarts;
- als een arts meer tijd zou hebben, zou de kwaliteit van zorg ook toenemen.

Een van de vertegenwoordigers van een artsenorganisatie ziet pertinent geen meerwaarde van de nurse practitioners en physician assistants. Patiënten hebben recht op een huisarts, die te allen tijde degene is die de diagnose moet stellen. Als anderen dit gaan doen, gaat de kwaliteit van de zorg juist achteruit. Ook met protocollen kun je dit niet oplossen. Volgens deze respondent passen nurse practitioners en physician assistants absoluut niet in de eerste lijn.

Kosten van de zorg

Vanaf begin 2005 werken ziekenhuizen met een nieuw bekostigingssysteem: de DBC-systematiek. De afkorting DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een beschrijving van de zorg die de een patiënt met een bepaalde zorgvraag krijgt (van diagnose tot en met de laatste controle) en de kosten die daarmee zijn gemoeid. De prijs voor een DBC wordt in onderhandeling tussen een ziekenhuis en zorgverzekeraar vastgesteld. De verwachting is dat ziekenhuizen op deze prijs met elkaar gaan concurreren, wat kan betekenen dat er meer taakdelegatie plaatsvindt: eenvoudige medische handelingen laten uitvoeren op lagere functieniveaus (zoals die van nurse practitioners en physician assistants) dan die van specialisten. Worden hierdoor inderdaad de kosten van de zorg beter beheersbaar? Daarover verschillen de meningen. De respondenten die dat niet vinden, wijzen erop dat nurse practitioners bijna net zo duur zijn als arts-assistenten, huisartsen altijd het werk van de nurse practitioner zullen moet blijven controleren, de kosten van de gezondheidszorg niet zitten in het salaris van ondersteunend personeel, de physician assistants nieuwe zorg levert waar nooit betaling voor is geweest, en dat je weliswaar goedkopere mensen inzet maar je als specialist of arts er meer dingen omheen gaat doen en je dus per saldo niet goedkoper uit bent. Volgens de respondent die dit laatste opmerkte, werk je met de inzet van nurse practitioners en physician assistants dan ook niet kostenbesparend, wel kostenefficiënter. Bovendien wees deze respondent (een specialist) er op dat je met 1 physician assistants niet kunt volstaan, maar dat je er omwille van de continuïteit van het zorgproces meer moet hebben.

Degenen die denken dat met nurse practitioners en physician assistants de kosten wel beter beheersbaar worden, wijzen er op dat door de inzet van dit soort beroepen taken goedkoper worden uitgevoerd. Daarmee wordt de zorg in totaliteit niet goedkoper, maar dalen wel de kosten op productniveau.

Een deel van de respondenten kon niet goed konden bepalen of van kostenbesparing sprake zou zijn. Wederom werd daarbij gewezen op het ontbreken van onderzoek, ook op dit gebied. Daarnaast was voor een van de respondenten een mogelijke kostenbesparing afhankelijk van de wijze waarop (in dit geval) nurse practitioners worden ingezet: als die zich meer bezighouden met taaksubstitutie van de huisarts wel, maar niet als nurse practitioners vooral chronisch zieken gaan behandelen.

Een van de respondenten merkt op dat het werk van verpleeghuisartsen voor 70 procent bestaat uit verpleegkundig werk. Dat is geen goede situatie, omdat ze daarvoor te hoog zijn opgeleid en te duur zijn. Taakherschikking zou daarom een prima middel zijn om de kosten in de

zorg beter te beheersen. Maar ook de nurse practitioner en physician assistant is daarvoor te hoog opgeleid. Spreek daarom de capaciteit aan van de verpleegkundige op niveau 5. Deze verpleegkundigen worden onderschat en komen haast nooit aan de competentierollen op niveau 5 toe. De verpleeghuisarts heeft nu ongeveer 80 patiënten. Dat zou volgens deze respondent heel anders kunnen.

Loopbaanperspectief

De laatste overweging die we aan de orde hebben besteld is dat door functiedifferentiatie het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedici zou worden vergroot, waardoor het werken in de sector aantrekkelijker wordt gemaakt. Wat vinden de respondenten daarvan? Een kwart van de respondenten kan dit niet aangeven. Een ander kwart van de respondenten vindt dat het loopbaanperspectief niet of nauwelijks (want voor een heel beperkte groep) wordt vergroot of dat dit argument er niet toe doet. De rest (ongeveer de helft, waaronder op één na alle specialisten) vindt dat het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedici wel degelijk groter wordt. Voor een van de specialisten is dit juist het belangrijkste argument om physician assistants op te leiden. Een andere specialist wijst er op dat de ervaren beroepskrachten die de opleiding tot physician assistants gaan volgen, anders voor de zorg verloren zouden gaan.

5.3 Bekostiging van de opleiding

De opleidingen *Advanced nursing practice* en *Physician Assistant* zijn hbo-masteropleidingen. Op enkele uitzonderingen na worden hbo-masteropleidingen niet door OCW vergoed, maar moet de student (of diens werkgever) zelf betalen voor de opleiding. Ook de masteropleidingen *Advanced nursing practice* en *Physician Assistant* behoren in dit opzicht tot de uitzonderingen: de ministeries OCW en VWS financieren beide voor een deel de opleiding. Gezien het maatschappelijke belang van de opleidingen neemt OCW de kosten voor de onderwijscomponent voor zijn rekening. VWS bekostigt de vervanging van dagen waarop deelnemers uit de zorgsector niet beschikbaar zijn voor de werkgever omdat ze hun masteropleiding volgen. We hebben de respondenten gevraagd om, los van de huidige situatie, aan te geven hoe zij vinden dat de opleidingen gefinancierd zouden moeten worden. Dat levert een gevarieerd beeld op: ongeveer de helft van de respondenten weet dat niet en de andere helft noemt als mogelijke financiers: zorginstellingen, de zorgverzekeraar, OCW, het opleidingsfonds of ‘niemand’ (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1. Opvattingen over financiering opleidingen

Aantal respondenten	Financiering door…	Motivering
2	Zorginstelling (en verzekeraar)	Opleiding is hun belang: goedkopere zorg
2	OCW	Gaat om reguliere functie
1	Niemand	Geen behoefte aan deze beroepen
5	Opleidingsfonds	Opleiden is in belang van sector, voorkomen free-rider gedrag
8	Onbekend	Onbekend wat ziekenhuis gaat doen, hangt af van waar je ze plaatst

5.4 Ontwikkelingen

Welke ontwikkelingen bevorderen of belemmeren volgens de respondenten de inzet van nurse practitioners en physician assistants? Dat zijn er diverse waarbij de respondenten overigens ook een aantal ontwikkelingen benoemden die nog onzeker waren maar zeker effect zullen hebben op de positie van nurse practitioners en physician assistants. We geven van alle drie soorten ontwikkelingen een korte opsomming.

Belemmerende ontwikkelingen:
- De onzekere financiering van de beroepen: die is momenteel niet structureel en landelijk niet uniform geregeld.
- Nurse practitioners en physician assistants zijn duurder dan verpleegkundigen. Met de inzet van nurse practitioners en physician assistants zullen DBC's dan duurder worden.
- Geringe aantallen stageplaatsen voor physician assistants in de eerste lijn.
- Het feit dat beide beroepen niet in de CAO zijn geregeld.
- Uitblijven van wetgeving om de bevoegdheden van deze beroepen te regelen.
- Artsenorganisaties zijn tegen de invoering van de nieuwe beroepen. Ze hebben er niet om gevraagd, hebben al ondersteunende functionarissen in dienst (de doktersassistent en de praktijk ondersteuner huisarts) en hebben er moeite mee om diagnose en behandeling uit handen te geven.
- Specialisten die moeite hebben met taakdelegatie en vasthouden aan het domeindenken.
- Emotionele factoren bij artsen: niet bereid om deel van hun macht los te laten.
- Ontbreken van een landelijk (uitstroom)profiel van de nurse practitioner.
- De toenemende drukte rond het bed van de patiënt, die al te maken heeft met artsen, verpleegkundigen, co-assistenten, AIOS en ANIOS.

Bevorderende ontwikkelingen:
- De toename van de vraag naar zorg.
- De vergrijzing. Hierdoor wordt de care belangrijker, wat kansen biedt voor de nurse practitioner.
- Verschuiving van de tweedelijns zorg (ziekenhuis) naar de eerste lijn (huisarts).
- Het voornemen van de minister van VWS om van preventie een hoofdthema van zijn beleid maken. Nurse practitioners kunnen goed op dit gebied worden ingezet.
- De ontwikkeling van ketenzorg, waarin nurse practitioners en physician assistants een rol kunnen spelen. Bovendien werken deze functionarissen zelfstandiger dan de praktijk ondersteuner huisarts.
- De patiënten met steeds complexere zorgvragen, waarmee huisartsen te maken krijgen. Dit vereist een ander management van de praktijk en doet behoefte ontstaan aan andere zorgverleners.
- Het ontstaan van grotere samenwerkingsverbanden van huisartsen: grotere organisaties bieden betere mogelijkheden tot functiedifferentiatie.
- Huisartsen die al wat ouder zijn, zullen er voor kiezen langzaam hun praktijk af te bouwen: physician assistants zullen dan vooral bij huisartsen werk vinden.
- De marktwerking in de thuiszorg, die mogelijkheden biedt voor het inzetten van de nurse practitioners, waardoor de huisarts meer op afstand kan blijven.

- De toenemende marktwerking, waardoor zorgaanbieders meer dan voorheen moeten kijken naar een efficiënte inzet van personeel bij een bepaald zorgaanbod. Per zorgprogramma zal moeten worden beoordeeld wat de zorg is, wie die kan verlenen en op welke wijze dit het beste en goedkoopste kan.
- De goede ervaringen die nu met de inzet van nurse practitioners en physician assistants worden opgedaan. Die zullen werken als een olievlek.
- Financiële prikkels (van de zorgverzekeraar) om taken te herschikken.

Onzekere ontwikkelingen:
- Wat gebeurt er met de DBC: gaat de zorg daar helemaal toe over?
- Wat gaan nurse practitioners en physician assistants doen? Mogen ze straks ook geneesmiddelen voorschrijven?
- Hoe gaat het zorgaanbod zich ontwikkelen? Welke technische mogelijkheden komen er om functiedifferentiatie door te voeren?

Als we de eerste twee rijtjes nalopen, wordt duidelijk dat er in grote lijnen drie soorten ontwikkelingen worden genoemd die de vraag naar nurse practitioners en physician assistants kunnen belemmeren of bevorderen:
- institutionele ontwikkelingen: zaken op het gebied van regelgeving, financiering en profilering;
- veranderingen in de zorgvraag en het zorgaanbod: vergrijzing, complexere zorgvragen, inzet op preventie;
- de organisatie van de zorg: ketenzorg, functiedifferentiatie, marktwerking en samenwerkingsverbanden.

Naast deze *ontwikkelingen* is er nog een belangrijke *factor* die volgens de respondenten de inzet van nurse practitioners en physician assistants belemmert: de weerstand tegen deze beroepen bij veel artsen en specialisten.

5.5 Conclusie

Op grond van de interviews lijkt de meerwaarde van de beroepen nurse practitioners en physician assistants vooral te zitten in de verhoging van de kwaliteit van de zorg. De winst zit hem daarbij vooral in het feit dat deze functionarissen taken kunnen uitvoeren waaraan de arts niet toekomt. Andere winstpunten op kwaliteitsgebied zijn dat de continuïteit van zorg verbetert en behandelingen beter (want op basis van meetresultaten) kunnen worden aangestuurd. Over de andere argumenten om nurse practitioners en physician assistants in te zetten (terugdringen personeelstekorten, kostenbeheersing en groter loopbaanperspectief) zijn de meningen van degenen met wie we hebben gesproken, verdeeld. Dat geldt ook voor de wijze waarop de opleiding zou moeten worden bekostigd, waarbij moet worden aangetekend dat de helft van de respondenten dat niet kon aangeven.

Het overzicht van ontwikkelingen die de inzet van nurse practitioners en physician assistants kunnen bevorderen of belemmeren, laat zien dat er voor deze beroepen in potentie wel degelijk kansen op de arbeidsmarkt zijn. Het is echter afhankelijk van de acceptatie van dit soort beroe-

pen en de formele en juridische inbedding ervan, in welke mate en op welke termijn nurse practitioners en physician assistants deze kansen weten te verzilveren.

Ten slotte willen we niet onvermeld laten dat het opvallend is dat de specialisten die we hebben gesproken, zich over het algemeen veel beter herkenden in de verschillende argumenten om nurse practitioners en physician assistants in te zetten dan de andere respondenten. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat zij dagelijks met deze functionarissen te maken hebben en (zoals in de interviews bleek) erg tevreden over hen zijn, zowel over hun gedrevenheid als over hun meerwaarde voor de afdeling en de patiënt.

6 Conclusie

Uitgangspunt voor dit onderzoek was de vraag of de door het ministerie van VWS voorgenomen reductie van instroomcapaciteit bij de masteropleidingen Advanced Nursing Practice en Physician Assistant in overeenstemming is met de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen van de arbeidsmarktvraag naar nurse practitioners en physician assistants in de komende jaren. Die ontwikkelingen hebben we in kaart proberen te krijgen via een aantal activiteiten:

- een literatuurstudie naar arbeidsmarktontwikkelingen;
- een telefonische enquête onder alle algemene en academische ziekenhuizen naar de behoefte aan nurse practitioners en physician assistants;
- interviews met sleutelfiguren over hun opvattingen over de introductie van en kansen voor nurse practitioners en physician assistants

Wat leren ons deze activiteiten over de vraag naar nurse practitioners en physician assistants?

Op de eerste plaats is duidelijk geworden dat de positie van beide relatief nieuwe beroepen op de arbeidsmarkt en in de beroepspraktijk nog zeker niet is uitgekristalliseerd. Dat heeft niet alleen te maken met hun eigen profiel dat nog moet groeien, maar ook met de onzekerheid van wat er in de zorgsector gaat gebeuren op het gebied van bekostiging, taakherschikking, doelmatigheid, personeelsvoorziening, organisatie van de zorg, et cetera. Tegelijkertijd geven de onderzoeksresultaten aan dat nurse practitioners en physician assistants wel degelijk een rol van betekenis in de zorg kunnen spelen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de toenemende stroom onderzoekspublicaties die laten zien dat met de inzet van dit soort beroepen winst te halen is, de groeiende behoefte in ziekenhuizen aan deze beroepen, de meerwaarde van deze beroepen zoals in dit onderzoek verwoord door betrokken organisaties en specialisten (vooral op het gebied van kwaliteit van zorg) en de enthousiaste verhalen van specialisten die met deze beroepen ervaring hebben.

De opbrengsten van de onderzoeksactiviteiten maken duidelijk dat de kansen voor nurse practitioners en physician assistants op de arbeidsmarkt zich in beginsel positief ontwikkelen, zowel kwalitatief als kwantitatief. Dat laatste blijkt met name uit ons onderzoek onder ziekenhuizen. Een groot deel van de ziekenhuizen verwacht dat de groei van het aantal nurse practitioners en physician assistants van de afgelopen jaren, zich de komende jaren doorzet. Volgens 76 procent van de ziekenhuizen zal het aantal nurse practitioners dat ze in dienst nemen, de komende jaren stijgen. In het geval van de physician assistant is dat 56 procent. Bovendien wordt in geen enkel ziekenhuis verwacht dat het aantal nurse practitioners of physician assistants de komende jaren zal afnemen. Helaas bleek het niet mogelijk te zijn de verwachte groei te kwantificeren, maar dat doet niets af aan het feit dat groei wordt verwacht.

Voor wie de introductie van nurse practitioners en physician assistants op de zorgarbeidsmarkt heeft gevolgd, is duidelijk dat deze gepaard ging met weerstand tegen deze beroepen bij andere zorgverleners. Deze weerstand was overwegend afkomstig uit kringen van artsen, specialisten en verpleegkundigen die geen afstand willen doen van bepaalde medische taken. Die weerstand is er nog steeds. Daarmee is de verdere groei van beide beroepen, niet vanzelfsprekend,

ondanks de positieve reacties van verpleegkundigen, artsen en specialisten, die uit eigen ervaring kunnen oordelen over de meerwaarde van nurse practitioners en physician assistants. We kunnen niet beoordelen in hoeverre hierbij sprake is van principiële acceptatieproblemen met de komst van dit soort beroepen (er zijn immers ook situaties waarin de nurse practitioners en physician assistants naar volle tevredenheid functioneren) of van koudwatervrees. Wel is duidelijk dat als deze weerstand aanhoudt, de doorgroei van de beroepen in delen van de gezondheidszorg wordt belemmerd. Dat geldt dan vooral voor de eerste lijn.

Andere belemmeringen (maar van een andere orde) voor het verwerven van een stevige positie op de zorgarbeidsmarkt, liggen in de sfeer van randvoorwaarden als salariëring en wet- en regelgeving. De positie van beide beroepen is nog niet wettelijk geregeld en het is nog niet duidelijk wie de inzet van deze beroepskrachten gaat betalen. Volgens verschillende respondenten moet dit snel in orde worden gebracht, omdat dat anders de ontwikkeling van deze beroepen gefrustreerd wordt.

Terug nu naar de onderzoeksvraag:

> *Is de door het ministerie van VWS voorgenomen reductie van de instroomcapaciteit bij de masteropleidingen Advanced Nursing Practice en Physician Assistant in overeenstemming met de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen van de arbeidsmarktvraag naar nurse practitioners en physician assistants in de komende jaren?*

Op basis van onze bevindingen beantwoorden we deze vraag met ‘nee’.

Uit de uitgevoerde telefonische enquête blijkt dat het merendeel van de ziekenhuizen in de komende jaren een groei verwacht van het aantal nurse practitioners en physician assistants. Hoewel de omvang van deze groei op grond van het onderzoek niet goed gekwantificeerd kan worden, is het niet aannemelijk, dat er sprake zal zijn van een afnemende arbeidsmarktbehoefte. *Kwantitatief bezien* is er geen ondersteuning te vinden voor het reduceren van de instroomcapaciteit van de instroom in de opleidingen voor nurse practitioner en physician assistant.

Kwalitatief bezien lijkt er evenmin aanleiding om over te gaan tot een instroomreductie bij de opleidingen voor nurse practitioner en physician assistant. Uit de uitgevoerde literatuurstudie en de gehouden interviews komen weliswaar een aantal voorbehouden, tegenwerpingen en bedenkingen naar voren, maar de door adviesorganen (SER, 2002, 2006; Capaciteitsorgaan, 2005; RVZ, 2006; CBOG, 2007), onderzoekers en - in mindere mate - door respondenten veronderstelde meerwaarde van nurse practitioners en physician assistants hebben de overhand in de onderzoeksbevindingen. Deze meerwaarde wordt vooral gerelateerd aan:

- de mogelijkheden om personeelstekorten in de zorg te bestrijden
- aan het vorige punt gerelateerd: de mogelijkheden om het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedici te vergroten
- de kwaliteit van de zorg te vergroten en te borgen
- de mogelijkheden om de kosten van de zorg te beheersen.

De veronderstelde meerwaarde in de interviews blijft achter bij de door onderzoekers en adviesorganen veronderstelde meerwaarde van nurse practitioners en physician assistants. De geïnterviewde sleutelpersonen hebben met name twijfels over de meerwaarde van nurse practi-

tioners en physician assistants als middel om - veronderstelde - tekorten op de zorgarbeidsmarkt tegen te gaan. De meerwaarde van nurse practitioners en physician assistants vanuit het oogpunt van kwaliteit van de zorg wordt breed onderschreven door de sleutelpersonen. Wat betreft de meerwaarde voor kostenbeheersing in de zorg en het creëren van loopbaanperspectieven voor verpleegkundigen en paramedici is het onderzoeksbeeld bij de respondenten divers.

Ten slotte maken de gehouden interviews en de uitgevoerde literatuurstudie duidelijk dat de rijksoverheid zèlf een belangrijke factor is voor het uiteindelijke antwoord op de onderzoeksvraag. De beroepen van nurse practitioner en physician assistant zijn nog in ontwikkeling. Wet- en regelgeving van de rijksoverheid (financiering; opname in de Wet BIG) kunnen een belangrijk bevorderend effect hebben op de institutionalisering van de beroepen van nurse practitioner en physician assistant en daarmee ook op de arbeidsmarktvraag naar en de opleidingsbehoefte aan deze functionarissen.

Literatuur

Balen, F., B. Bottema, M. Andela en S. Zwart. (2005). Physician assistant in de huisartsenzorg: Nieuwe Loot of onkruid? *Tijdschrift voor huisartsgeneeskunde*, jrg. 22, nr. 4, pag. 14-16.

Broers, C., I. Van Haelst, V. Umans en M. Voorberg. (2006). Bekwaam, maar nog niet bevoegd. Nurse practitioners schrijven zelfstandig geneesmiddelen voor. *Medisch Contact,* jrg. 61, nr. 42, pag. 1652-1654.

Bruurs, M. c.s. (2005). Het ijs is gebroken. Eerste ervaringen met de physician assistant stemmen hoopvol. *Medisch Contact*, jrg. 60, nr. 10, pag. 443-447.

Bussemakers, H. c.s. (2005). *Praktijk overtreft verwachtingen*. *Nurse practitioner dringt huisartsentekort drastisch terug*. Medisch Contact, jrg. 60, nr. 44, pag. 1763-1767.

Capaciteitsorgaan. (2005). *Capaciteitsplan 2005.* Utrecht: Capaciteitsorgaan.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2006). *Gezondheid en zorg in cijfers 2006.* Voorburg/Heerlen: CBS.

College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg. (2007). *Taakherschikking de moeite waard. Aansprekende voorbeelden in het medische domein.* Utrecht: CBOG.

Crommentuyn, R. (2002). 'De physician assistant is geen loopjongen'. Opleiding tot 'tussendokter' start naar verwachting in 2003. *Medisch Contact*, jrg. 57, nr. 18, pag. 698-700.

Derckx, E, Y. van Leeuwen, T. Toemen en M. Legius. (2005). Tussen cure en care. Nurse practitioner in de huisartsenpraktijk verdient zichzelf terug*. Medisch Contact*, jrg. 60, nr. 49, pag. 1992-1995.

Duchatteau, M. en L. Schmit Jongbloed. (2005). *Nurse Practitioner en Physician Assistant: positionering en opleiding.* Leiden: LSJ Medisch Projectbureau.

Duchatteau, D. en H. Hendrix. (2006). Twee functies, vaak dezelfde taak. Geef opleidingen nurse practitioner en physician assistant common trunk. *Medisch Contact, jrg. 61,* nr. 43: pag. 1709-1712.

Essen, G. van, M. Derks en A. Bloemendaal. (2006). *Praktijkervaringen met taakherschikking in de zorgsector. Aansprekende voorbeelden in het medisch domein.* Utrecht: Prismant.

Grunsveld, J. E. en M. Derks. (2003). *Nieuwe professionals in het medisch domein. Een verkenning ten behoeve van het Capaciteitsorgaan Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen.* Utrecht: Prismant.

Hanzehogeschool Groningen. (z.j.). *Master opleiding Advanced Nursing Practice in detail.* Website: Hanze.nl

HBO-raad Vereniging van Hogescholen. (2005/2006). *Advanced Nursing Practice en Physician assistant*. *HBO-masteropleidingen in de gezondheidszorg*. Den Haag: HBO-raad.

Hoeve, Y, M. Knip, M. Offenbeek en P. Roodbol. (2006). Rollen voor de nurse practitioner. Naar een adequate positionering voor de NP'ers in zorgprocessen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen TVZ*, nr. 2, pag.31-37.

Hogeschool Utrecht. (2005). *Physician Assistant Studiegids Cohort 5.* Utrecht: HU.

Hooker, Roderick S. (2006). Physician assistants and nurse practitioners: the United States experience. In: *The medical journal of Australia*, jrg. 185, nr. 1, pag. 4-7.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2006). *Taakherschikking en voorschrijven geneesmiddelen.* Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Circulaire nr. 2006-02-IGZ. Den Haag.

Kenbeek, J en J. Rademakers. (2006). *Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants, nu en in de toekomst.* Utrecht: UMC Consult / Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding.

Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging. (2006). *Functiedifferentiatie. Zorg dat het werkt!* Utrecht: LEVV.

Lingsma, T. (2005). Meer doen met minder mensen. Toekomst vergt nieuwe kijk op zorg. *Zorgvisie*, 4A, april, pag. 6-9.

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. (2004). *Nieuwe Professionals in de gezondheidszorg.* Utrecht: NFU.

Nederlandse Vereniging Nurse Practitioners en AVVV Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. (2004). *Beroepsprofiel. Nurse practitioner.* Utrecht: NVNP.

Offenbeek, M. Y. ten Hoeve en P. Roodbol. (2003). Brede acceptatie, maar kwetsbare positie. Ervaringen van de eerste generaties nurse practitioners *Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TZT),* nr. 8, pag. 28-31.

Offenbeek, M., Y. ten Hoeve en P. Roodbol. (2004). Nurse practitioners combineren cure en care. De effecten van de substitutie van artsentaken in beeld. *Medisch Contact*, nr. 1/2.

Ott, M., P. Paardekoper en W. van der Windt. (2005). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2005. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang.* Utrecht: Prismant.

Pasch, T. van de en M. Vroom. (2004). Dossier actueel. Nurse practitioner en taakherschikking. Professional op zoek naar een plek. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TZV)*, nr. 11, pag. 14-23.

Pronk, E. en R. Crommentuyn. (2007). Herfstdepressie voor werkzoekenden*. Medisch Contact*, jrg. 62, nr. 2, pag. 52-54.

Roodbol, P. (2006). Nurse practitioners in Nederland: wat hangt de huisarts boven het hoofd? *Huisarts en Wetenschap,* jrg. 49, nr. 6, pag. 321-324.

Rooijen, A. (2003). *De zorg van morgen flexibiliteit & samenhang. Deel 1: hoofdlijnen.* Den Haag: VWS/Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg. Advies uitgebracht door de raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Zoetermeer: RVZ.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2006). *Arbeidsmarkt en zorgvraag. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: RVZ.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (z.j.). RVZ *Vijfduizend 'HBO-dokters' nodig.* Website: http://medischcontact.artsennet.nl

Sociaal Economische Raad. (2006) *Advies voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector.* [Advies 06/04]. Den Haag: SER.

Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg. *Advies van de Stuurgroep MOBG inzake de aanpak van de positionering van de Nurse Practitioner (NP) en de Physician Assistant(PA).* MOBG, mei 2005 CAB/KG.

Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg. (2006). *Brief van de Stuurgroep MOBG d.d. 28 september 2006 aan ministerie van VWS inzake de positie van de Nurse Practitioner (NP en de Physician Assistant (PA).*

Tempelman, J. (2005). *Het zelfbeeld van nurse practitioners anno 2005. Deel 1. Kerncijfers.* Groningen: Hanzeconnect.

Trendnota Arbeidszaken Overheid 2005, Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 801, nrs. 1-2.

Meurs, P. en A.P.N. van Rooijen. (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen*. *Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening.* Utrecht, VBOC, AVVV.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen.* Kamerstuk Den Haag: VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2006). *Arbeidsmarktbrief 2006.* Brief Minister VWS aan Tweede Kamer d.d. 28 november 2006. Den Haag: VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003). *Zorg voor opleidingen en beroepen noodzaak voor toekomst.* Den Haag: VWS.

Westert, GP. en H. Verkleij. *Hoe ontwikkelt de beroepen- en opleidingstructuur zich? Stand van zaken*. Website: www.rivm.nl

Windt, W. van der en H. Talma. (2006). *RegioMarge 2006. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2006-210*. Utrecht: Prismant.

Zwieten, J. van. (2006). Nurse Practitioner niet altijd de oplossing*. Medisch Contact*, jrg. 59, nr. 9, pag. 333.

Bijlage I Interviewschema telefonische enquête

Organisatie *(gegevens overnemen van adressenlijst; telefoonnummer opzoeken)*

Respondentnummer	
Telefoonnummer	
Plaats	
Type ziekenhuis	0 algemeen ziekenhuis 0 academisch ziekenhuis
Beddencapaciteit	

Respondent

Naam respondent	
Afdeling	0 Personeel en Opleiding (P&O) / Personeel, Organisatie en Opleiding (PO&O) 0 anders, namelijk:
Functie	0 hoofd P(O)&O / manager P(O)&O / directeur P(O)&O 0 anders, namelijk:

Afname interview

Tijdstip terugbellen	
Aantal malen gebeld	
Reden non-respons	0 respondent telefonisch niet bereikbaar (4 keer gebeld) 0 respondent langdurig afwezig 0 gegevens niet in doorlooptijd onderzoek aangeleverd 0 geen tijd / te druk 0 we doen nooit mee aan dergelijke onderzoeken 0 geen interesse 0 anders, namelijk:

1a Heeft ziekenhuis **nurse practitioners** (NP's) in dienst of in dienst gehad? *Aankruisen wat van toepassing is.*

	Ja	Nee
NP's in dienst	(1)	(2)
NP in dienst gehad	(3)	(4)

1b Bij combinatie (1) en (4): waarom heeft het ziekenhuis NP's in dienst genomen?

1c Bij combinatie (2) en (3): waarom heeft het ziekenhuis geen NP's meer in dienst?

2a Heeft ziekenhuis **physician assistants** (PA's) in dienst of in dienst gehad? *Aankruisen wat van toepassing is.*

	Ja	Nee
PA's in dienst	(1)	(2)
PA's in dienst gehad	(3)	(4)

2b Bij combinatie (1) en (4): waarom heeft het ziekenhuis PA's in dienst genomen?

2c Bij combinatie (2) en (3): waarom heeft het ziekenhuis geen PA's meer in dienst?

3a Deze laatste vraag gaat over nurse practitioners, physician assistants, arts-specialisten, artsen in opleiding en artsen niet in opleiding. Van elke functie vraag ik u aan te geven hoeveel fte's daarvan in dienst waren in 2004, op 1 januari 2007 en hoeveel fte's u verwacht in 2010 in dienst te hebben.

	Fte's in 2004?	Fte's op 1 januari 2007?	Fte's in 2010?
Nurse practitioners			
Physician assistants			
Arts-specialisten			
AIOS (voorheen: AGIO)			
ANIOS (voorheen: AGNIO)			

Gebruikte afkortingen:
- fte: fulltime-equivalent: dit is een rekeneenheid waarmee de omvang van een functie of de personeelssterkte kan worden uitgedrukt: 1 fte staat voor 1 volledige werkweek
- AIOS: arts in opleiding tot specialist; voorheen werd een AIOS aangeduid met AGIO: arts-geneeskundige in opleiding
- ANIOS: arts niet in opleiding tot specialist; voorheen werd een ANIOS aangeduid met AGNIO: arts-geneeskundige niet in opleiding tot specialist

Als het ziekenhuis meer locaties heeft, vragen:

3b Gelden deze gegevens voor alle locaties van het ziekenhuis samen of alleen voor uw locatie?
- 0 voor alle locaties → *andere locaties niet bellen*
- 0 alleen voor deze locatie → *andere locaties ook nog bellen*

3c Waarom verwacht u dat het aantal nurse practitioners en/of physician assistants in 2010 toeneemt, afneemt of gelijk blijft? *(Raadpleeg tabel voor de juiste formulering van de vraag.)*
- 0 vanwege de algemene stijging van de zorgvraag
- 0 vanwege de invoering van de DBC-systematiek
- 0 door verschuiving van taken van arts-specialisten naar nurse practitioners en physician assistants
- 0 door verschuiving van taken van AIOS en ANIOS naar nurse practitioners en physician assistants
- 0 anders, namelijk:

Bijlage II Interviewschema mondelinge interviews

1 Welke rol speelt uw organisatie bij (de discussie over) de inzet van NP's en/of PA's? Hoe kijkt uw organisatie daar tegenaan?

2 Vindt u dat de inzet van NP's en/of PA's een goede maatregel is om de personeelsproblematiek in de zorg aan te pakken? Leveren NP's en/of PA's in dit verband meerwaarde op?

3 Vindt u dat de inzet van NP's en/of PA's een goede maatregel is om de kwaliteit van de zorg te borgen? Leveren NP's en/of PA's in dit verband meerwaarde op?

4 Vindt u dat de inzet van NP's en/of PA's een goede maatregel is om de kosten van de zorg beter te beheersen? Leveren NP's en/of PA's in dit verband meerwaarde op?

5 Vindt u dat de introductie van de functies NP en/of PA het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedici vergroot?

6 Wie moet de opleidingskosten voor NP's en/of PA's betalen: de huisarts/zorginstelling, de overheid, de zorgverzekeraar of een combinatie van deze partijen samen? Wie heeft daarbij welk belang?

7 Wat zijn volgens u de belangrijkste ontwikkelingen die de inzet van NP's en/of PA's zullen bevorderen of belemmeren? Ontwikkelt de arbeidsmarkt voor NP's en/of PA's zich daardoor gunstig of niet?

Bijlage III Respondenten

Loes Amsterdam	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)
Angelique Bonte	Zorgverzekeraar CZ
Bart Bemelmans	VU medisch centrum
Emmy Derkx	Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH)
Quinten van den Driesschen	Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
Jan Willem Kapelle	Medisch Centrum Leeuwarden
Joris Meegdes	Capaciteitsorgaan
Marian Mens	Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU)
Annemiek Mulder	ActiZ
Niels Oerlemans	NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ)
Arno van Rooijen	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde (KNMG)
Karel van Rosmalen en Swanehilde Kooij	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Victor Umans	Medisch Centrum Alkmaar
Bianca Urgert-Tan	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland / Nurse Practitioners (V&VN/NP)
Rob Valentijn	Orde van Medisch Specialisten
Djieuwke Verseput	GGZ Nederland
Toon Westgeest	Máxima Medisch Centrum, locatie Eindhoven
André van Zundert	Catharina-ziekenhuis, Eindhoven