



# Capaciteitsplan 2021-2024

Deelrapport 9a

Physician Assistant

# Capaciteitsplan 2021-2024

## Deelrapport 9a

### Physician Assistant

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2021-2024 voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen

**Statutaire doelstellingen:**

1. het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
2. advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgoopleidingen.

## Inhoud

<b>Samenvatting</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>11</b>
1.1 Totstandkoming van dit rapport .....	11
1.2 Doelstelling Capaciteitsorgaan .....	13
1.3 Leeswijzer .....	14
<b>2 Beroep</b> .....	<b>15</b>
2.1 Introductie van het beroep in Nederland .....	15
2.2 Taken en verantwoordelijkheden .....	17
2.3 Wet- en regelgeving .....	18
<b>3 Opleiding</b> .....	<b>23</b>
3.1 Beschrijving .....	23
3.2 Bekostiging .....	25
3.3 Opleidingsduur .....	26
3.4 Aantal opleidingsplaatsen: instroom en subsidie .....	27
3.5 Intern rendement opleidingen .....	33
3.6 Rendement personen in opleiding .....	34
3.7 Man-vrouwverhouding .....	34
3.8 Leeftijdsverdeling .....	34
3.9 Parameterwaarden 'Opleidingen' .....	35
<b>4 Zorgaanbod</b> .....	<b>37</b>
4.1 Omvang beroepsgroep .....	37
4.2 Instroom .....	39
4.3 Sectoren .....	39
4.4 Uitstroom en extern rendement .....	40
4.5 Leeftijdsopbouw en geslacht beroepsbeoefenaren .....	42
4.6 Parameterwaarden 'Zorgaanbod' .....	43
<b>5 Zorgvraag</b> .....	<b>45</b>
5.1 Onvervulde vraag .....	45
5.1.1 Ontwikkelingen vacatures .....	46
5.1.2 43% PA's ervaart een tekort op de arbeidsmarkt .....	49
5.1.3 Arbeidsmarkt op sectorniveau .....	50
5.1.4 Aansluiting vraag en aanbod stimulators voor opleiden .....	50
5.2 Demografie .....	51
5.2.1 Meer zorgprofessionals nodig door bevolkingsgroei .....	52
5.2.2 Het aantal en aandeel 65-plussers stijgt .....	52
5.2.3 Vrouwen hebben een lagere gezonde levensverwachting .....	54

5.3	Epidemiologie .....	56
5.3.1	Meer chronische aandoeningen en multimorbiditeit .....	56
5.3.2	Toename vaccinaties in huisartsenzorg .....	57
5.4	Sociaal-culturele ontwikkelingen .....	57
5.4.1	Meer zorg in de eerste lijn en acute zorg .....	58
5.4.2	Transities stuwen behoefte aan een regierol .....	60
5.4.3	Bekostiging stimuleert en remt vraag naar PA's .....	61
5.4.4	Voorziene toenemende vraag gehandicaptenzorg .....	62
5.5	Parameterwaarden 'Zorgvraag' .....	64
<b>6</b>	<b>Werkproces .....</b>	<b>65</b>
6.1	Vakinhoudelijke ontwikkelingen .....	65
6.1.1	Structurele inzet op additionele taken .....	65
6.1.2	Schouwen .....	66
6.1.3	Stappen richting verdere vakinhoudelijke ontwikkelingen .....	67
6.2	Efficiency .....	68
6.3	Horizontale taakverschuivingen .....	68
6.3.1	Taakverschuivingen tussen PA's en VS'en-AGZ .....	68
6.3.2	Taakverschuivingen vanuit aiossen .....	69
6.4	Verticale taakverschuivingen .....	70
6.4.1	Physician assistants kunnen meer taken overnemen .....	71
6.4.2	Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen .....	72
6.4.3	Toenemende bekendheid .....	74
6.4.4	Borging van continuïteit draagt bij aan verbetering zorg .....	74
6.4.5	(Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocumenten .....	75
6.4.6	De juiste professional op de juiste plek .....	75
6.4.7	Geen structurele verschuivingen vanuit PA's naar andere beroepen .....	76
6.4.8	Voorziene taakverschuivingen ramingen geneeskundig specialisten .....	76
6.5	Arbeidstijdverandering .....	80
6.6	Parameterwaarden 'Werkproces' .....	80
<b>7</b>	<b>Overwegingen en advies .....</b>	<b>81</b>
7.1	Het instroomadvies .....	81
7.2	Toekomstscenario's .....	83
7.3	Adviesvarianten per toekomstscenario .....	84
7.4	Keuze voor adviesvarianten .....	88
<b>8</b>	<b>Sectorspecifieke trends .....</b>	<b>89</b>
8.1	Medisch specialistische zorg (incl. acute zorg) .....	90
8.2	Huisartsenzorg .....	105
8.3	Overige sectoren .....	117

<b>Bijlage 1:</b>	<b>Aandachtspunten voor een volgende raming .....</b>	<b>129</b>
<b>Bijlage 2:</b>	<b>Conceptuele weergave ramingsmodel .....</b>	<b>132</b>
<b>Bijlage 3:</b>	<b>Overzicht parameterwaarden .....</b>	<b>133</b>
<b>Bijlage 4:</b>	<b>Procedure en betrokkenen .....</b>	<b>136</b>
<b>Bijlage 5:</b>	<b>Afkortingen en begrippen .....</b>	<b>137</b>



## Samenvatting

Dit rapport bevat een advies over het aantal instromers in de opleidingen tot physician assistant (PA), dat jaarlijks nodig is om een evenwicht te bereiken en te behouden op de arbeidsmarkt. Dit advies is opgesteld op verzoek van het ministerie van VWS, in samenwerking met veldpartijen. Het Capaciteitsorgaan beschrijft de ontwikkelingen die aan dit advies ten grondslag liggen in dit Capaciteitsplan.

### Het instroomadvies

Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van VWS en veldpartijen om in de periode 2021-2024 jaarlijks **181** tot **250** studenten te laten instromen in de opleidingen tot PA. Een jaarlijks aantal instromers binnen die bandbreedte zorgt voor voldoende instromers op de arbeidsmarkt om een evenwicht te bereiken en te behouden tussen vraag en aanbod. Het voorkeursadvies luidt **250** instromers per jaar.

Over het geheel genomen valt de gemiddelde instroom in de afgelopen jaren binnen de bandbreedte van het advies. In de afgelopen vijf jaar stroomden er gemiddeld jaarlijks 204 studenten in de opleiding tot PA. Hoewel het een eerste richtinggevend advies betreft is duidelijk dat een grote bijstelling van de instroom niet nodig is. Wel treedt er een verschuiving op van de zorgvraag tussen de sectoren. In alle sectoren stijgt de zorgvraag. Met name in de huisartsenzorg valt een sterke toename van de vraag te voorzien. Het aantal instromers in de MPA-opleidingen binnen de huisartsenzorg zal moeten stijgen om ook in de toekomst aan de zorgvraag te blijven voldoen. Ook in overige sectoren zoals de ouderenzorg overstijgt de (toekomstige) vraag de huidige instroom. In de gehandicaptenzorg wordt eveneens een toenemende behoefte aan PA's voorzien. In de medisch specialistische zorg wordt het huidige tekort bij gelijkblijvende trends binnen enkele jaren ingelopen. Hierdoor kan binnen het ramingsadvies worden volstaan met een lagere instroom. Aangezien er een aantal ontwikkelingen van invloed is op de benodigde capaciteit aan PA's waarvan de impact nog niet precies ingeschat kan worden, kent het advies een bandbreedte. Voorbeelden van onzekerheden zijn de snelheid en omvang van de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en de precieze hoeveelheid werk die verschuift van geneeskundig specialisten en aiossen naar PA's.

Een eerste richtinggevende raming kent altijd een wat grotere onzekerheid dan ramingen die vaker zijn uitgevoerd. Daarom heeft het de voorkeur om binnen de bandbreedte van het advies te kiezen voor een aantal instromers dat dichtbij de instroom in de afgelopen jaren lag. Dit biedt gelegenheid om de opleidingscapaciteit stapsgewijs aan te passen en voorkomt grote schommelingen in de instroom. Aangezien er in 2018 en 2019 een zeer sterke stijging te zien is in het aantal instromers, komt het voorkeursadvies overeen met de bovenkant van de bandbreedte. Het voorkeursadvies bedraagt daarmee **250** instromers per jaar. Zie Tabel 1. Bij opvolging van dit advies stijgt het aantal fte aan PA's de komende 10 jaar met circa 200%.



**Tabel 1: Advies jaarlijks benodigd aantal instromers PA totaal en per sector**

	Medisch specialistische zorg	Huisartsenzorg	Overige sectoren	Totaal beroepsgroep
<b>Voorkeursadvies</b>				
	128	85	37	250
<b>Bandbreedte advies</b>				
Minimum	112	35	34	181
Maximum	128	85	37	250
<b>Gemiddelde instroom 2015 t/m 2019</b>				
	161	24	19	204

### Overige sectoren

Het merendeel van de PA's werkt in de medisch specialistische zorg of de huisartsenzorg. Voor deze sectoren zijn sectorspecifieke ramingsadviezen uitgebracht. In verband met het relatief kleine aantal PA's binnen de revalidatie, gehandicaptenzorg en ouderenzorg bleek het voor deze (sub)sectoren niet mogelijk om tot betrouwbare sectorspecifieke adviezen te komen. Uiteraard zijn de onderzochte ontwikkelingen in deze overige sectoren wel meegenomen bij de totstandkoming van het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep. In deze overige sectoren wordt door de grootste groep betrokkenen een toenemende vraag naar PA's voorzien. Betrokkenen zijn onder andere geneeskundig specialisten, managers en werkgevers. Op dit moment is het aantal PA's in deze sectoren echter nog klein. Ook lopen inschattingen over de toekomstige vraag naar PA's vooral in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg sterk uiteen. Op dit moment is nog niet te zeggen hoe snel en in hoeverre de vraag naar PA's in deze sectoren zal toenemen. Hierdoor was er slechts een beperkte doorrekening in de raming voor het gehele beroep mogelijk. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat er bij de verdeling van opleidingsplaatsen voldoende plekken beschikbaar zijn voor deze kleinere (sub)sectoren. In de revalidatiezorg zijn er signalen dat er de afgelopen jaren een krapte aan opleidingsplaatsen werd ervaren. Geadviseerd wordt om de bandbreedte van 34 tot 37 instromers per jaar aan te houden.

Diverse trends zijn bepalend geweest bij de totstandkoming van dit instroomadvies:

### Huidige krapte op de arbeidsmarkt

In het merendeel van de sectoren bestaat een krapte aan PA's. Op iedere 100 werkzamen zijn er bijna 9 vacatures. 43% van de PA's ervaart een tekort aan collega's. De krapte doet zich vooral voor in de ouderenzorg. Het aantal vacatures is daar het grootst ten opzichte van het aantal werkzame PA's. Maar liefst 81% van de PA's in deze sector ervaart een tekort aan collega's. Om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen, is in het advies meegerekend dat de huidige krapte moet worden ingelopen. Gezien de relatief hoge instroom in 2019 en de voorziene hoge instroom voor 2020 worden deze tekorten bij continuering van de huidige trends binnen enkele jaren ingelopen. Daarna kan in de medisch specialistische zorg volstaan worden met een lager aantal instromers.

### **Relatief jonge beroepsgroep**

Met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar zijn PA's relatief jong. Slechts 2% is 60 jaar of ouder. Hierdoor is de uitstroom laag. Verwacht wordt dat de komende 5 jaar 4% van de huidige beroepsgroep uitstroomt. Hierdoor is het aantal PA's dat opgeleid moet worden om aan de vervangingsvraag te voldoen nog zeer beperkt.

### **Bevolkingsgroei en vergrijzing stuwen zorgvraag**

Het aantal inwoners van Nederland neemt toe en de levensverwachting stijgt. Vanwege demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie zijn er over 5 jaar 5% meer PA's nodig. Vergrijzing speelt hierbij een grote rol. In de ouderenzorg stijgt de vraag naar PA's hierdoor sneller dan in de medisch specialistische en de huisartsenzorg. In de ouderenzorg werkt echter slechts een klein deel van de PA's.

### **Toenemende behoefte aan regierol**

Diverse ontwikkelingen maken dat de behoefte aan een zelfstandig handelende zorgprofessional in de regierol toeneemt. Zo stijgt het aantal mensen met een chronische aandoening en multimorbiditeit. In combinatie met vergrijzing, het overheidsbeleid dat erop gericht is om zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, extramuralisering en de transitie van zorg naar de eerste lijn, leidt dit tot meer vraag naar onder andere PA's in de huisartsenzorg, acute zorg en in mindere mate in de ouderenzorg. Patiënten met multimorbiditeit hebben vaak te maken met een veelheid aan zorgprofessionals en -organisaties. Daardoor ontstaat er behoefte aan een zorgprofessional die zicht houdt op het integrale traject en zorgt voor coördinatie van de betrokken zorgprofessionals. Ook wordt er, onder andere door 'de Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP), meer samenwerking voorzien tussen de sectoren. Hierbij ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die zelfstandig kan handelen en regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. De PA wordt net als de verpleegkundig specialist (VS) gezien als een geschikte professional om deze regierol op te pakken. Vanuit deze rol vormt de PA als het ware een 'transmurale brug': de schakel tussen diverse zorgorganisaties en -sectoren. Daarnaast neemt de behoefte aan een regierol toe door de toename van ketenzorg en value based healthcare.

### **Toename taakverschuivingen**

Het inzetten van de juiste zorgprofessional op de juiste plek is zowel in de medisch specialistische zorg als in de huisartsenzorg één van de meest genoemde redenen voor het opleiden en/of aanneemen van PA's. Taakverschuivingen naar de PA gaan samen met sub- of taakspecialisatie van de geneeskundig specialist en aiossen. Medisch specialisten richten zich vaker op een deelgebied of op nieuwe behandelmogelijkheden en (wetenschappelijke) innovaties binnen hun specialisme. De meer algemene en/of geprotocolleerde zorg gaat richting de PA of VS.

Er wordt vooral in de medisch specialistische zorg in toenemende mate gestuurd op doelmatigheid en efficiënte inzet van middelen. Omdat de salariskosten van PA's lager liggen dan die van een medisch specialist is dit voor een deel van de respondenten een stimulans om te kiezen voor de inzet van deze professional. Daarnaast vormen krapte aan en werkdruk van geneeskundig specialisten in alle sectoren een aanjager voor taakverschuivingen. In de ziekenhuizen verschuiven, mede vanwege

een ervaren krapte aan aiossen, de minder complexe patiëntgebonden werkzaamheden onder andere naar de PA. In de huisartsenzorg is naast krapte en een hoge werkdruk ook opvolgingsproblematiek een veelgenoemde stimulans voor het opleiden en aannemen van een PA.

Vooralsnog lijkt de limiet van taakverschuivingen nog niet bereikt. Twee derde van de PA's geeft aan dat ze inhoudelijk gezien meer taken over kunnen nemen van geneeskundig specialisten. Gemiddeld gaat het om 11 uur per week. Ook geneeskundig specialisten en andere stakeholders voorzien verdere taakverschuivingen in de komende jaren. In de medisch specialistische zorg liggen de inschattingen voor de omvang van deze taakverschuivingen lager dan in andere sectoren. Hierdoor is het effect op de benodigde opleidingscapaciteit in deze sector minder groot dan in andere sectoren. Mogelijk zijn de inschattingen lager doordat PA's (en VS'en) al langer en in grotere getale actief zijn in deze sector waardoor er al veel taken zijn verschoven. Een andere verklaring is dat PA's en VS'en vaker taken overnemen van geneeskundig specialisten bij uitbreiding van de zorgvraag. In de medisch specialistische zorg groeit de zorgvraag minder sterk dan in andere zorgsectoren.

### **Verbetering van de zorg**

PA's nemen niet alleen taken over van geneeskundig specialisten, maar pakken ook additionele taken op. Hierbij verrichten PA's werkzaamheden die voorheen niet of slechts in beperkte mate werden uitgevoerd. Dit zijn bijvoorbeeld taken op het vlak van: preventie, communicatie met patiënten en naasten, projecten/innovaties en organisatie van de zorg. Het beoogde doel van deze inzet op additionele taken is bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van zorg, tijdige start van behandelingen en/of verbetering van de patiënttevredenheid. Hoewel het overgrote deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites, vormen additionele (project)taken voor bijna de helft van de PA's een structureel onderdeel van het werk.

### **Voorziene groei**

In vrijwel alle sectoren voorziet de grootste groep stakeholders een toename van het aantal PA's in de komende 5 jaar. De grootste groep in de medisch specialistische zorg gaat hierbij uit van een toename van 5% tot 25%. De inschattingen in de huisartsenzorg lopen sterk uiteen, maar de grootste groep voorziet een toename. Vanaf 2012 steeg het aantal fte aan PA's over alle sectoren bezien met circa 16% per jaar. De wens tot verbetering van de zorg, arbeidsmarktfactoren, verandering van de zorgvraag en bekostiging zijn de belangrijkste stimulerende factoren voor zorgorganisaties voor het aannemen en opleiden van PA's. Remmende factoren hierbij zijn bekostiging en onbekendheid met het beroep. In de huisartsenzorg spelen ook praktische bezwaren, zoals een gebrek aan behandelruimtes.

## Aanbevelingen

Aanvullend op het ramingsadvies doen wij nog enkele aanbevelingen aan het ministerie van VWS en veldpartijen.

### Belemmeringen in de huisartsenzorg

Een aandachtspunt is de realisatie van dit advies op sectorniveau. In de huisartsenzorg worden minder PA's opgeleid dan nodig is met het oog op de toekomstige zorgvraag. In deze sector worden meer dan in andere sectoren knelpunten ervaren op het vlak van het aannemen en opleiden van PA's (en VS'en). Het betreft hier vooral belemmeringen op het vlak bekostiging. Huisartsen ervaren de huidige bekostiging van zorgverzekeraars van de inzet van PA's (en VS'en) als gebrekkig en vinden de toekomstige bekostiging onduidelijk. Huisartsen en managers noemen de volgende belemmeringen bij het opleiden: te lage subsidie, beperkte tijd om op te leiden, onvoldoende behandelruimtes, onduidelijkheid over toekomstige subsidies, het niet kunnen bieden van een dienstverband na afronding van de opleiding, onvoldoende opleidingsplaatsen en ervaren belasting van het werkgeverschap. Ook noemen zij dat te weinig hogescholen opleiden voor de eerste lijn.

Op dit moment is er sprake van toenemende arbeidsmarkttekorten in de huisartsenzorg. De meningen over welke zorgprofessionals naast de huisarts het beste kunnen worden ingezet, lopen sterk uiteen. Om te borgen dat er in de huisartsenzorg voldoende zorgprofessionals, waaronder PA's, opgeleid worden, is het raadzaam om met veldpartijen in overleg te gaan over benodigde maatregelen en/of investeringen. Door middel van sectorbreed arbeidsmarktbeleid kan het verder oplopen van arbeidsmarkttekorten wellicht worden voorkomen.

### Toekomstbestendig opleiden

Diverse ontwikkelingen beïnvloeden de vraag naar PA's in de huisartsenzorg ten opzichte van de medisch specialistische zorg. Dit zijn: vergrijzing, de juiste zorg op de juiste plek, het langer thuis wonen van ouderen en de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Op dit moment is de snelheid en de omvang van de verschuivingen nog onzeker, evenals de hoeveelheid werk die bij de PA's in de huisartsenzorg terecht zal komen. Hoewel PA's tijdens hun opleiding in de vorm van coschappen praktijkervaring opdoen in meerdere sectoren, blijft het overgrote deel werkzaam in de sector waarin ze zijn opgeleid. Het is de vraag of er voldoende PA's die zijn opgeleid in de medisch specialistische zorg, zullen overstappen naar de huisartsenzorg (en in mindere mate de ouderenzorg), wanneer de vraag verder verschuift naar deze sectoren.

Geadviseerd wordt om te verkennen of er (meer) PA's in een samenwerkingsverband met meerdere sectoren kunnen worden opgeleid. Daarbij zijn goede afspraken over de inzet na diplomering van belang. Intersectoraal opgeleide PA's kunnen fungeren als 'transmurale brug' tussen sectoren en bijdragen aan de verdere totstandkoming van de anderhalvelijnszorg en de transitie van zorg. Opleiden vanuit een intersectoraal samenwerkingsverband neemt daarnaast mogelijk een deel van de belemmeringen in de huisartsenzorg weg die ervaren worden bij het opleiden van PA's.

Voor een deel van de betrokkenen is het ontbreken van herscholingstrajecten een belemmering voor het aannemen van elders opgeleide PA's. Het overstappen van PA's naar een andere sector kan mogelijk vergemakkelijkt worden met het aanbieden van herscholingstrajecten voor gediplomeerde PA's.

#### **Stapsgewijze implementatie adviezen op sectorniveau**

In verhouding zijn er meer opleidingsplaatsen nodig in de huisartsenzorg en overige sectoren ten opzichte van de medisch specialistische zorg. Op dit moment is er echter nog een tekort aan PA's in de medisch specialistische zorg. Dit wordt bij de huidige instroom en gelijkblijvende trends binnen enkele jaren ingelopen. Om abrupte schommelingen in de opleidingscapaciteit binnen sectoren te voorkomen is het raadzaam om de adviezen op sectorniveau stapsgewijs door te voeren.

#### **Onbekendheid met de beroepen**

Parallel aan de totstandkoming van dit Capaciteitsplan Physician Assistant 2021-2024 liep het ramingstraject voor de verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg (VS-AGZ). Gedurende de dataverzameling werd duidelijk dat op bestuurs- en beleidsniveau het onderscheid tussen PA's en VS'en in de meeste sectoren veelal bekend is. Dit blijkt op de werkvloer en binnen het (mid-den)management lang niet altijd het geval. De besluiten over welke zorgprofessional wordt ingezet, worden inmiddels meestal genomen op dit niveau. Daardoor zijn er grote verschillen tussen (en binnen) zorgorganisaties in het type werkzaamheden dat PA's en VS'en verrichten. Het effect hiervan op de ramingen is toegelicht in paragraaf 1.1. Zowel op sector- als op specialisme- en organisatieniveau kunnen een gemeenschappelijke visie en samenwerkingsafspraken binnen multidisciplinaire teams borgen dat de juiste professional op de juiste plek wordt ingezet. Zie ook Laurant & Van Vught (2018).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Laurant, M. & Van Vught, A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

## 1 Inleiding

Dit Capaciteitsplan bevat een eerste richtinggevend instroomadvies voor de opleiding tot physician assistant (PA). Het instroomadvies betreft de jaarlijks benodigde instroom in de opleidingen om in de toekomst een evenwicht op de arbeidsmarkt te bereiken en te behouden. Het Capaciteitsplan geldt voor de periode 2021 t/m 2024. Dit instroomadvies wordt uitgebracht op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).<sup>2 3</sup> Het instroomadvies en dit Capaciteitsplan zijn aangeboden aan de bewindspersonen van VWS en veldpartijen.

PA's zijn in veel uiteenlopende zorgsectoren werkzaam. Daarom is op verzoek van het ministerie van VWS niet alleen op beroepsniveau een instroomadvies uitgebracht, maar waar mogelijk ook op sectorniveau. Op basis van de betrouwbaarheid van de brongegevens bleek dit mogelijk voor de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg. Voor deze twee sectoren bevat dit Capaciteitsplan instroomadviezen, naast het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep van de PA. Voor de overige sectoren zijn uiteraard ook data verzameld en geanalyseerd. Ook deze data zijn meegewogen in de raming voor de gehele beroepsgroep PA. In hoofdstuk 8 zijn de relevante gegevens en trends per sector opgenomen. De belangrijkste ontwikkelingen voor de gehele beroepsgroep zijn beschreven in hoofdstuk 3 tot en met 6.

Parallel aan de totstandkoming van dit Capaciteitsplan Physician Assistant 2021-2024 liep het ramingstraject voor de verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg (VS-AGZ). Het Capaciteitsplan Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg 2021-2024 is tegelijkertijd met dit Capaciteitsplan aangeboden aan het ministerie van VWS en veldpartijen. Beide plannen zijn te raadplegen op de website van het Capaciteitsorgaan, [www.capaciteitsorgaan.nl](http://www.capaciteitsorgaan.nl).

### 1.1 Totstandkoming van dit rapport

Dit eerste richtinggevend advies is tot stand gekomen in samenwerking met de beroepsgroep, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. Zie bijlage 4. Waar mogelijk is gebruik gemaakt van feitelijke gegevens op basis van onderzoekpublicaties en bestaande bronnen, zoals het BIG-register. Aanvullend hierop zijn in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoeken uitgevoerd naar de arbeidsmarktsituatie van de PA<sup>4</sup>, de demografische prognose van de patiëntenpopulatie<sup>5 6</sup>, sociaal-culturele en werkprocesontwikkelingen<sup>7</sup> en de besluitvorming binnen zorgorganisaties rondom het al dan niet aannemen en opleiden van en voor dit beroep<sup>8</sup>. Hoewel dit ramingstraject met alle zorgvuldigheid doorlopen is, betreft dit advies nadrukkelijk een eerste richtinggevend advies. Indien er in

<sup>2</sup> Ministerie van VWS (2018). Verzoek om capaciteitsraming PA en VS. 06-03-2018.

<sup>3</sup> Ministerie van VWS (2017). Toezeggingen plenair debat d.d. 7 september 2017. 02-10-2017.

<sup>4</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>5</sup> Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

<sup>6</sup> Van der Meulen, L. & Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

<sup>7</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>8</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

de toekomst nogmaals een raming uitgebracht wordt voor dit beroep, dan zijn op basis van geleerde lessen uit dit traject nauwkeurigheidsslagen mogelijk. Meer hierover leest u in bijlage 1 'Aandachtspunten voor een volgende raming'.

### **Hoe verhoudt dit advies zich tot dat van de verpleegkundig specialisten?**

Parallel aan de totstandkoming van dit Capaciteitsplan Physician Assistant 2021-2024 liep het ramingstraject voor de verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg (VS-AGZ). Gedurende de dataverzameling werd duidelijk dat op bestuurs- en beleidsniveau het onderscheid tussen PA's en VS'en in de meeste sectoren inmiddels veelal bekend is. Dit blijkt op de werkvloer en binnen het (midden)management lang niet altijd het geval. De besluiten over welke zorgprofessional wordt ingezet, worden inmiddels meestal genomen door hoofden behandeldienst en zorg-, medisch-, RVE- en clustermanagers en in de eerste lijn door huisartsen. Daardoor zijn er grote verschillen tussen (en binnen) zorgorganisaties in het type werkzaamheden dat PA's en VS'en verrichten. Waar een bepaalde taak of functie in de ene zorgorganisatie vrijwel vanzelfsprekend door een PA wordt ingevuld, kan deze taak of functie in een andere zorgorganisatie voorbehouden zijn aan een VS of een arts. Daarnaast bestaan er overeenkomsten in taken en verantwoordelijkheden binnen de beroepen van de PA en de VS. Door deze overlap zijn veel ontwikkelingen van invloed op beide de beroepsgroepen.

Landelijk gezien spelen op dit moment vergelijkbare invloeden een rol bij de inzet van PA's dan wel VS'en. Voorbeelden zijn een toenemende zorgvraag vanwege chronische aandoeningen en multimorbiditeit, aandacht voor verbetering van de zorg, behoefte aan een regierol en focus op doelmatigheid. De verschillen zitten hem vooral in de mate waarin deze invloeden een rol spelen en waar accenten worden gelegd. Zo is de zorg voor specifieke aandoeningen en patiëntengroepen vaker een reden om een VS op te leiden of aan te nemen dan bij de PA's. Ook spelen verbetering van de organisatie van de zorg en het uitvoeren van projecten/innovaties vaker een rol bij de keuze voor een VS. Echter ook PA's worden vanwege deze redenen opgeleid en aangenomen. In de MSZ worden PA's weer vaker dan VS'en aangenomen en opgeleid vanwege een hoge werkdruk van of beperkte capaciteit aan medisch specialisten en aiossen. In de huisartsenzorg zijn opvolgingsproblematiek en de wens van de huisarts om minder uren te werken wat vaker een stimulans voor de inzet van een PA, dan dat voor VS'en het geval is. Echter ook bij de VS'en spelen deze zaken een stimulerende rol bij het opleiden en aannemen.

De zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen in de Capaciteitsplannen van de PA's en de VS'en-AGZ komen dus veelal met elkaar overeen. Verschillen zijn er in de mate waarin deze trends effect hebben op de benodigde capaciteit aan PA's en VS'en-AGZ. Deze zijn uitgedrukt in de omvang van de parameterwaarden en daarmee verwerkt in het instroomadvies. In deze raming en die van de VS-AGZ zijn de huidige trends in de inzet van PA's en VS'en-AGZ doorgerekend naar de toekomst, ook waar deze afwijken van wat stakeholders beschouwen als wenselijke trends.

## 1.2 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen van het Capaciteitsplan zijn:

- a. het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgoopleidingen.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in diverse erkende (vervolg)opleidingen voor zorgprofessionals. Beroepen waarvoor het Capaciteitsorgaan instroomadviezen uitbrengt zijn: de medisch specialisten, klinisch technologisch specialisten, huisartsen, kaakchirurgen, orthodontisten, specialisten ouderengeneeskunde, sociaal geneeskundigen en artsen verstandelijk gehandicapt. Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen geestelijke gezondheid. In 2011 is een eerste, richtinggevend advies over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Medio 2012 heeft VWS het Capaciteitsorgaan verzocht deze beroepen structureel te gaan ramen, waarbij de doelgroep in 2018 is uitgebreid met de verslavingsarts. In 2014 verscheen op verzoek van het ministerie van VWS de eerste raming van de opleidingen die vallen onder het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO). Daaropvolgend heeft VWS het Capaciteitsorgaan verzocht om ook deze opleidingen structureel te ramen. Ook hier vinden geregeld uitbreidingen plaats met nieuwe beroepen, zoals de oncologieverpleegkundige en de ambulanceverpleegkundige. Ook adviseert het Capaciteitsorgaan sinds 2009, met een korte onderbreking tussen 2014 en 2018, over de instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Ten slotte heeft het ministerie van VWS begin 2019 gevraagd om ramingen op te stellen voor de verpleegkundig specialist in de algemene gezondheidszorg (VS-AGZ) en voor de PA.

Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en op termijn te voorkomen. Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken voor bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, horizontale en verticale taakverschuivingen en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkte het Capaciteitsorgaan tussen 2013 en 2016 mee aan een initiatief van de Europese Unie om ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en te vergelijken. Ten slotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert' meetings en klankbordsessies.

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt maximaal 27 zetels, welke gelijk verdeeld zijn onder de zorgverzekeraars, de opleidingsinstellingen en de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is doorgevoerd in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.



### **1.3 Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 beschrijft het beroep en de positie die PA's innemen in diverse zorgsectoren.

Vervolgens leest u in hoofdstuk 3 meer over de opleiding tot PA en kenmerken van opleidingen. Ook bevat dit hoofdstuk een overzicht van de gerealiseerde instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren en de verwachting voor de toekomst.

Hoofdstuk 4 beschrijft het huidige aanbod aan PA's. Voor een deel zijn de zorgprofessionals die in de toekomst (nog) werkzaam zijn, nu al opgeleid. Beschreven wordt hoe de beroepsgroep zich heeft ontwikkeld wat betreft aantallen en fte's en hoeveel uitstroom verwacht kan worden in de toekomst.

In hoofdstuk 5 komt de verwachte omvang van de zorgvraag aan bod. Het Capaciteitsorgaan houdt zoveel mogelijk rekening met voorziene demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Ook de eventuele onvervulde vraag, oftewel de actuele discrepantie tussen vraag en aanbod, wordt in de raming betrokken.

De afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod: het werkproces, wordt beschreven in hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk wordt het effect besproken van vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, taakverschuivingen en arbeidstijdverandering op de benodigde capaciteit aan PA's.

Aan het eind van elk van de voorgaande hoofdstukken staan de invoerwaarden, oftewel de parameterwaarden, voor het ramingsmodel.

Hoofdstuk 7 bevat het instroomadvies voor de PA. Ook beschrijft dit hoofdstuk de uitkomsten van het ramingsmodel in vijf toekomstscenario's met adviesvarianten, waarvan het uiteindelijke instroomadvies er één is. Dit hoofdstuk bevat eveneens de overwegingen bij de keuze voor een adviesvariant.

Lezers die zich willen beperken tot relevante ontwikkelingen binnen de eigen sector, worden verwezen naar hoofdstuk 8. In dit hoofdstuk zijn de gegevens per sector weergegeven. Voor de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg wordt ook een instroomadvies op sectorniveau gegeven.

## 2 Beroep

### Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de ontstaansgeschiedenis van de PA in Nederland. Ook het wettelijk kader, taken en verantwoordelijkheden van de PA's en de sectoren waarin zij werkzaam zijn komen aan bod.

### 2.1 Introductie van het beroep in Nederland

De oorsprong van de PA ligt in de Verenigde Staten. In de Tweede Wereldoorlog werd ervaring opgedaan met het snel opleiden van artsen door middel van korte en intensieve trainingen. Toen zich in de jaren '60 in de Verenigde Staten een artsentekort voordeed - vooral in de eerstelijns zorg en dunbevolkte gebieden - was dit aanleiding voor het ontwikkelen van de opleiding tot PA. De eerste PA's waren veteranen die na terugkeer uit de Vietnamoorlog een loopbaan als PA startten.<sup>9 10 11</sup> Het beroep kon in de jaren '70 rekenen op steun vanuit de federale overheid die PA's zag als een creatieve oplossing voor het tekort aan artsen. Medici ondersteunden het nieuwe beroep en zetten aan tot het vaststellen van accreditatienormen, het opstellen van een nationaal certificeringsproces en gestandaardiseerd onderzoek en het ontwikkelen van medische onderwijsvereisten.<sup>12</sup>

Rond de eeuwwisseling werd ook de zorg in Nederland geconfronteerd met nieuwe uitdagingen: een toenemende zorgvraag gecombineerd met een beleid van kosteneffectiviteit. Tezamen met, regionale tekorten aan artsen en een minister van VWS die inzette op innovatieve oplossingen<sup>13</sup>, droeg dit bij aan de introductie van PA's en VS'en in de Nederlandse gezondheidszorg. In 2001 startte de opleiding aan de Hogeschool Utrecht in samenwerking met het UMC Utrecht met vijf studenten. In 2004 kwamen de eerste gediplomeerde PA's beschikbaar op de Nederlandse arbeidsmarkt.

#### Omvang van de beroepsgroep en sectoren

Het aantal werkzame PA's is sinds de introductie van het beroep in de Nederlandse zorg sterk toegenomen. Het aantal werkzamen liep op van 149 in het jaar 2009 naar 1.058 in januari 2019. In september 2019 zijn er 1.238 BIG-geregistreerde PA's. PA's worden hoofdzakelijk ingezet in de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, revalidatie en ouderenzorg. Daarnaast worden de mogelijkheden verkend voor inzet van (meer) PA's in de anderhalve lijn en de GGZ. Meer informatie over de beroepsgroep en de sectoren waarin PA's werkzaam zijn is te vinden in hoofdstuk 4.

<sup>9</sup> Crommentuyn, R. (2002). De physician assistant is geen loopjongen. Medisch Contact, mei 2002. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/de-physician-assistant-is-geen-loopjongen.htm>

<sup>10</sup> Van Vught, A., Van den Brink, G., Harbert, K. & Ballweg R. (2014). Physician Assistant Profession. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society, First Edition*.

<sup>11</sup> Leighton J. (2018). Vietnam created physician assistants for rural, native care. *Faces of Sanford Health*, 23-03-2018.

<sup>12</sup> History of the PA Profession. Geraadpleegd op 5-7-2019, van <https://www.aapa.org/about/history/>

<sup>13</sup> Roodbol P. (2018). The maturation of the Nurse Practitioner in the Netherlands. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <http://www.npapr2018.com/presentations/>

Aanvankelijk lag de nadruk op taakherschikking vanuit artsen naar PA's. Dit werd gedreven door een verwacht tekort aan artsen en een toenemende zorgvraag. In de jaren daarna ontstaat er meer aandacht voor de kwaliteit van zorg, met name waar het de continuïteit van zorg betreft.<sup>14</sup> Vanuit de politiek en maatschappij worden, onder andere gedreven door de Triple-Aim gedachte, hogere eisen gesteld aan de ervaren kwaliteit van zorg. Daarmee wordt bijvoorbeeld communicatie en samenwerking van zorgprofessionals met patiënten en naasten belangrijker. Ook verschuift de focus van gezondheid van een individu naar gezondheid van populaties, waarmee er meer aandacht komt voor preventie. Hierbij blijven doelmatigheid, de toegankelijkheid van zorg en de beheersing van zorgkosten aandachtspunten voor de politiek en maatschappij.

Zowel internationaal als nationaal wordt veel onderzoek gedaan naar de mate waarin PA's kunnen bijdragen aan het behalen van deze doelen. De implementatie van nieuwe beroepen in de zorg brengt vragen met zich mee over de resultaten van hun inzet. Vanaf het moment dat PA's in Nederland in de zorg actief zijn, is er dan ook een veelheid aan onderzoeken uitgezet naar met name de kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en doelmatigheid of (kosten)efficiency.

Op het vlak van kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid blijken PA's even goed of beter te scoren dan (huis)artsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten.<sup>15 16 17</sup> Daarnaast zijn er signalen dat de inzet van PA's mogelijkheden biedt om een bijdrage te leveren aan het betaalbaar houden van de zorg. Enerzijds doordat een 'goedkopere' functionaris taken overneemt van een functionaris met een hoger uurtarief. Anderzijds kunnen de zorgkosten lager worden doordat PA's een bijdrage leveren aan het verbeteren van kwaliteit. Denk hierbij aan minder heropnames en een laagdrempelig aanspreekpunt voor patiënten.<sup>18</sup> Op het vlak van (kosten)efficiency laten internationale studies veelal gelijke of gereduceerde zorgkosten zien bij vergelijking van de inzet van PA's en artsen.<sup>19 20</sup> Er zijn geen eenduidige resultaten over in hoeverre een PA meer (of minder) tijd nodig heeft voor het uitvoeren van taken in vergelijking met een geneeskundig specialist. Zie paragraaf 6.4.

Er is veel belangstelling vanuit overheden en financiers van zorg voor de inzet van PA's binnen de gezondheidszorg. Dit komt door de positieve resultaten op het vlak van kwaliteit van zorg en patiënt-

<sup>14</sup> NAPA. (2017). Beroepsprofiel Physician Assistant.

<sup>15</sup> Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

<sup>16</sup> Timmermans, M., Van Vught, A., Peters, Y., Meermans, G., Peute, J., Postma, C. T. & Laurant, M. (2017). The impact of the implementation of physician assistants in inpatient care: A multicenter matched-controlled study. *PLoS one*, 12(8), e0178212. doi:10.1371/journal.pone.0178212

<sup>17</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (2019). Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg. Utrecht: Auteur. Pagina 28 en verder.

<sup>18</sup> Kleven, P., Leferink, N., Van den Brink, G. & Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking. Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc.

<sup>19</sup> Halter, M., Wheeler, C., Pelone, F., Gage, H., de Lusignan, S., Parle, J., Grant, R., Gabe, J., Nice, L. & Drennan V. (2018). Contribution of physician assistants/associates to secondary care: a systematic review. *BMJ Open*. 2018 Jun 19;8(6):e019573. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019573.

<sup>20</sup> Timmermans, M., Van den Brink, G. T., Van Vught, A., Adang, E., Van Berlo, C., Boxtel, K. V. & Laurant, M. (2017). The involvement of physician assistants in inpatient care in hospitals in the Netherlands: a cost-effectiveness analysis. *BMJ open*, 7(7), e016405. doi:10.1136/bmjopen-2017-016405

tevredenheid en kansen voor (kosten)efficiency, in combinatie met de stijgende zorgvraag en -kosten. Diverse (internationale) overheden voeren daarom beleid ter bevordering van de inzet van PA's in de gezondheidszorg. Voorbeelden van dit beleid zijn het toekennen van gelimiteerde tot brede zelfstandige bevoegdheden voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen en het creëren van randvoorwaarden voor instroom in de opleidingen door middel van subsidies of beurzen.<sup>21</sup> Ook in Nederland hebben landelijke overheden en financiers van zorg diverse maatregelen ingevoerd om de (verdere) implementatie van deze beroepen te stimuleren. Zie paragraaf 2.3.

## 2.2 Taken en verantwoordelijkheden

De PA is een op hbo-masterniveau opgeleide zorgprofessional die medische zorg verleent binnen een deelgebied van de geneeskunde. De deskundigheid van de PA is volgens het beroepsprofiel toegepast op een deelgebied van de geneeskunde, de zogenoemde deelspecialismen, en bouwt voort op een brede medische basiskennis. Het doel van het beroep is het verlenen van geneeskundige zorg. Deze taken omvatten het onderzoeken, diagnosticeren, behandelen en begeleiden van patiënten met veel voorkomende aandoeningen binnen een bepaald medisch specialisme. Andere taken zijn: het geven van onderwijs, het bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek en het (mee) organiseren van de medische zorgketen voor patiënten ter bevordering van kwaliteit en continuïteit van zorg.<sup>22</sup>

Werkzaamheden die de PA verricht in de directe patiëntenzorg zijn beschreven in het beroepsprofiel. De volgende werkzaamheden worden genoemd: spreekuur houden, visite lopen, indicatie stellen voor medische behandelingen en onderzoeken, het beoordelen van uitkomsten van aangevraagde diagnostiek, behandelplannen opstellen, spoedeisende hulp verlenen, zorgdragen voor medische verslaglegging, voorlichting geven en informeren, doorverwijzen, optreden als eerste operateur bij kleine chirurgische ingrepen en assisteren als tweede operateur bij (middel)grote ingrepen.<sup>23</sup>

De PA heeft een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van medisch voorbehouden handelingen overeenkomstig zijn of haar competentiegebied. In het beroepsprofiel staat beschreven dat de grenzen van het werkterrein van de PA in de praktijk worden bepaald door specifieke medische taken die met (de) geneeskundig specialist(en) waarmee de PA een samenwerkingsverband heeft, zijn overeengekomen en in een heldere taakomschrijving zijn vastgelegd.

De werkzaamheden reiken van geneeskundige basistaken tot geneeskundig specialistische taken binnen het geneeskundig proces van anamnese, onderzoek, diagnose en behandeling. Op het afgesproken werkterrein handelt de PA zelfstandig en draagt deze verantwoordelijkheid voor de behandeling van patiënten. Waar de bevoegdheidsgrens precies wordt gelegd, is afhankelijk van de beleidskaders van een gezondheidszorginstelling, de samenwerkingsafspraken met de geneeskundig specialist/arts waarvan de PA taken overneemt en de bekwaamheid van de individuele PA. De PA kan dus conform het beroepsprofiel (complexe) risicovolle (medisch technische) handelingen verrichten

<sup>21</sup> Kuhns, D. Consultant on International Development of the Physician Assistant/Associate (PA) Education and Clinical Roles. 'There are scholarships in the US [...] Health Education England/British Government has been offering bursaries to PA students for the past couple of years, at most, if not all Programs in England.' 29-07-2019.

<sup>22</sup> NAPA. (2017). Beroepsprofiel Physician Assistant.

<sup>23</sup> NAPA. (2017). Beroepsprofiel Physician Assistant.

binnen vigerende afspraken met een geneeskundig specialist en binnen de vigerende professionele standaard, zodat doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg wordt verleend.<sup>24</sup>

### 2.3 Wet- en regelgeving

Sinds de introductie van het beroep in Nederland zijn door de overheid en veldpartijen uiteenlopende stappen gezet ter bevordering van de implementatie van de beroepsgroep, onder andere door het wegnemen van barrières in wet- en regelgeving en het toekennen van bevoegdheden.

Zo trachten Nederlandse overheden belemmeringen voor de inzet van PA's (en VS'en) te verminderen en de inzet van deze beroepen te stimuleren. Mede vanuit dit oogpunt wordt een kennisplatform gefinancierd en is onderzoek uitgezet.<sup>25 26</sup> Inmiddels zijn meerdere onderzoeken gedaan naar factoren die de inzet van PA's en VS'en binnen zorgorganisaties kunnen belemmeren of stimuleren.<sup>27 28 29</sup> <sup>30</sup> De resultaten van deze onderzoeken liggen mede aan de basis van enkele beleidsmaatregelen die Nederlandse overheden inzetten om belemmeringen voor de inzet PA's (en VS'en) binnen zorgorganisaties weg te nemen. Een voorbeeld hiervan is dat in onderzoek van Kouwen et.al. (2016) werd geïdentificeerd dat intercollegiaal consult verricht door een VS of PA niet declarabel is en dat deze beleidsregel belemmerend werkt.<sup>31</sup> Per 2019 mogen PA's en VS'en ook bij intercollegiaal consult en medebehandeling een DBC op eigen naam registreren en declareren.<sup>32 33</sup> Eerder werd het face-to-face criterium met een medisch specialist voor registratie van een eerste consult aangepast, waardoor PA's en VS'en zelfstandig DBC's mogen openen.<sup>34</sup> Deze belemmering kwam onder andere in beeld in het advies Taakherschikking van de NZa (2011).<sup>35</sup> Door deze aanpassing van het face-to-face criterium voeren PA's en VS'en naast controlebezoeken ook zelfstandig eerste kliniekbezoeken uit.<sup>36</sup>

<sup>24</sup> NAPA. (2017). Beroepsprofiel Physician Assistant.

<sup>25</sup> Platform Zorgmasters. Geraadpleegd op 28-06-2019, van <https://zorgmasters.nl/over-ons/>

<sup>26</sup> De Bruijn-Geraets, D., Bessems-Beks, M., Van Eijk-Hustings, Y., & Vrijhoef, H. (2015). voorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. Maas-tricht UMC+, Patiënt & Zorg.

<sup>27</sup> Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

<sup>28</sup> Timmermans, M., Laurant, M. & Van Vught, A. (2016). De effecten van het inzetten van Physician Assistants in de functie van zaalarts. Radboudumc, IQ healthcare.

<sup>29</sup> Wallenburg, I., Janssen, M. & de Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

<sup>30</sup> Van Klaveren, S. & Van der Meer, E. (2017). De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Een verkenning van haar positie. *BMC Advies*. januari 2017.

<sup>31</sup> Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Radboudumc.

<sup>32</sup> Nederlandse Zorg Autoriteit. Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a. Publicatiedatum: 11-09-2018. Geraadpleegd op 25-06-2019, van [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_211874\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_211874_22/)

<sup>33</sup> Voorneveld-Nieuwenhuis, J. (2018). NZa regelt ook DBC voor ICC en medebehandeling door VS en PA in het ziekenhuis. *Dè verpleegkundig specialist*, 4.

<sup>34</sup> Nederlandse Zorgautoriteit. Regeling medisch specialistische zorg - NR/CU-260. Publicatiedatum: 18-11-2014. Geraadpleegd op 25-06-2019, van [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_1839\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_1839_22/)

<sup>35</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (2011). Advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Auteur.

<sup>36</sup> Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Radboudumc.

Ook op het vlak van bevoegdheden werden stappen gezet. Zo kregen PA's (en VS'en) vanaf 1 januari 2012 bij wijze van experiment voor 5 jaar een wettelijke zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen.<sup>37 38</sup> De zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen betreft risicovolle handelingen die schade kunnen toebrengen aan de gezondheid van de patiënt indien zij ondeskundig worden uitgevoerd. Hierbij gaat het om handelingen van beperktere complexiteit, die routinematig worden verricht en waarvan de risico's goed zijn te overzien. Ook worden daarbij landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen gevolgd.<sup>39</sup> Evaluatieonderzoek toonde de effectiviteit en doelmatigheid van het experiment aan.<sup>40 41</sup> Op basis van deze bevindingen is vanaf september 2018 de wettelijke zelfstandige bevoegdheid van de PA voor bepaalde voorbehouden handelingen definitief geworden.<sup>42</sup>

In de wet is vastgelegd welke voorbehouden handelingen PA's mogen verrichten. Zij mogen de volgende voorbehouden handelingen zelfstandig indiceren, uitvoeren en delegeren conform wet- en regelgeving. Deze handelingen zijn: het verrichten van heelkundige handelingen, het verrichten van endoscopieën, het verrichten van katheterisaties, het geven van injecties, het verrichten van puncties, het verrichten van electieve cardioversie, het toepassen van defibrillatie en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.<sup>43</sup> Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen kan niet gedelegeerd worden.

In 2012 werd de opstap gemaakt naar opname van de PA in Artikel 3 van de Wet BIG door een gedurende 5 jaar geldend zogenaamde experimenteerartikel (artikel 36a) van de Wet BIG en de bijbehorende Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB).<sup>44 45</sup> Het beroep van PA werd vanaf september 2018 definitief in de Wet BIG opgenomen in de lijst registerberoepen onder artikel 3 en 33a en b. Hiermee verkregen PA's onder andere een beschermde beroepstitel, zelfstandige bevoegdheid voor het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen (art. 36a) en vallen zij onder het tuchtrecht.

<sup>37</sup> Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant. *Staatsblad 2011, 658.*

<sup>38</sup> Deze bevoegdheden werden verlengd tot aan de opname van het beroep in de Wet BIG. Zie: Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant. Geldend van 01-01-2017 t/m 31-08-2018. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0030978/2017-01-01>

<sup>39</sup> Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant. *Staatsblad 2018, 130.*

<sup>40</sup> De Bruijn-Geraets, D., Bessems-Beks, M., Van Eijk-Hustings, Y. & Vrijhoef, H. (2015). voorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg.

<sup>41</sup> De Bruijn-Geraets, D., Van Eijk-Hustings, Y., Castro-Van Soerland, N. & Vrijhoef, H. (2016). voorBIGhouden 2. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant: Electieve cardioversie, defibrillatie, endoscopie. Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg, KEMTA.

<sup>42</sup> Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant. *Staatsblad 2018, 130.*

<sup>43</sup> Eerste Kamer der Staten-Generaal. Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met het opnemen van de physician assistant in de lijst van registerberoepen, het toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen aan physician assistants en verpleegkundig specialisten en het opnemen van de mogelijkheid tot het instellen van een tijdelijk register voor experimenteerberoepen. Kamerstuk, 13-09-2017. dossiernummer 34630. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34630-A.html>

<sup>44</sup> NAPA. Beroepsprofiel PA herzien. Geraadpleegd op 5-7-2019, van <https://www.napa.nl/kwaliteit-nascholing/dossiers/beroepsprofiel-voor-de-physician-assistant/>

<sup>45</sup> Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant. *Staatsblad 2011, 658.*

Naast de bovengenoemde maatregelen stimuleert het ministerie van VWS de implementatie van de beroepsgroepen PA en VS door middel van subsidiëring van de opleiding. Meer informatie hierover is te vinden in hoofdstuk 3.

Daarnaast bieden zorgverzekeraars in Nederland ook meer mogelijkheden om de inzet van PA's te bekostigen. Zo worden per 1 januari 2018 verwijzingen van PA's in de eerste lijn naar de tweede lijn door alle zorgverzekeraars geaccepteerd.<sup>46</sup> Uit onderzoek van de NZa blijkt dat taakherschikking in de medisch specialistische zorg nog nauwelijks een rol speelt bij het inkoopproces. De NZa verwacht van zorgverzekeraars en –aanbieders dat zij in de contractering afspraken maken over taakherschikking. De NZa ziet hierop toe via een jaarlijkse monitor.<sup>47</sup>

In het verlengde van de hiervoor genoemde maatregelen van landelijke overheden en bekostigers, voeren ook koepelorganisaties - zoals sectororganisaties en wetenschappelijke verenigingen - beleid op de inzet van PA's binnen hun zorgvelden. Zo worden bijvoorbeeld landelijke kaders voor werkafspraken en kwaliteitsnormen gemaakt en vastgelegd. Voorbeelden hiervan zijn: de Handreiking Implementatie Taakherschikking, Handreiking voorschrijfbevoegdheid, een registratiewijzer en consensus-/taakherschikkingsdocumenten.<sup>48 49 50 51 52 53</sup> Recent is de inzet van de PA opgenomen in de richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom. Daarbij is deze gelijk gesteld aan de inzet van een arts.<sup>54</sup>

Diverse landen, waaronder Nederland, hebben uiteenlopende maatregelen op het vlak van beleid en bekostiging genomen om de implementatie van PA's te bevorderen. Vooralsnog ontbreken impactanalyses hiervan. Beschikbare informatie beperkt zich tot nu toe tot een evaluatie van de subsidieregeling voor de opleidingen tot PA en VS. Geconcludeerd werd dat het aantal opleidingsplekken sinds de subsidieregeling fors is toegenomen. Zonder de subsidie zou het financieel onaantrekkelijk zijn een VS of een PA op te leiden. Hierbij kon niet worden vastgesteld hoe groot de invloed van de subsidiehoogte is op het al dan niet opleiden van PA's en VS'en. Specifiek voor de huisartsenzorg werden het werkgeversrisico, de kosten van opleiden en een beperkt aantal werkkamers genoemd als een barrière voor het opleiden.<sup>55</sup>

<sup>46</sup> NAPA (2018). Verwijzingen PA's per 2018 door alle zorgverzekeraars geaccepteerd. 02-02-2018. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://www.napa.nl/2018/02/4639/>

<sup>47</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (2019). Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg. Utrecht: Auteur.

<sup>48</sup> Federatie Medisch Specialisten & NAPA (2012). Werkformulier Implementatie Taakherschikking. *Momenteel in doorontwikkeling*.

<sup>49</sup> KNMG, V&VN & NAPA. (2012) Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken. Tweede, aangevulde versie.

<sup>50</sup> NAPA. TAAKHERSCHIKKING. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://www.napa.nl/thema/taakherschikking/>

<sup>51</sup> Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) & Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP). (2012). Handreiking voorschrijfbevoegdheid Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants. Aanvulling voor ziekenhuisapothekers op Handreiking implementatie taakherschikking.

<sup>52</sup> Federatie Medisch Specialisten (2016). REGISTRATIEWIJZER Federatie Medisch Specialisten. Versie 2.1. 07-01-2016.

<sup>53</sup> Platform Zorgmasters. Praktijk. Geraadpleegd op 27-06-2019, van <https://zorgmasters.nl/praktijk/>.

<sup>54</sup> Timen, A. et. al. (2019). Multidisciplinaire LCI-richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom. RIVM.

<sup>55</sup> Ecorys & SEOR. (2016). Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants. Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B. Rotterdam: Auteur.

Het is dus niet duidelijk in hoeverre deze beleidsmaatregelen van invloed zijn op de omvang van de inzet van het beroep. Mogelijk zijn ook andere factoren van invloed op de omvang van de inzet van PA's, zoals onbekendheid met het onderscheid tussen VS en een PA. Uit onderzoek blijkt dat een visie op welke professional het beste kan worden ingezet veelal ontbreekt. De keuze voor het in dienst nemen van een PA of VS berust veelal op toeval.<sup>56 57 58 59</sup>

Ook over de invloed van arbeidsmarktfactoren is weinig bekend. Eén van de aanleidingen voor de introductie van PA's in de Nederlandse zorg was de krapte op de arbeidsmarkt aan artsen. Toch zijn er tot dusver slechts zeer beperkt gegevens voorhanden over de invloed van dergelijke arbeidsmarktfactoren op de omvang van de inzet van PA's. De gegevens die voorhanden zijn betreffen vooral buitenlandse studies waarbij een gebrek aan artsen (in een perifere gebied) als stimulerende invloed op de inzet van PA's en VS'en wordt beschouwd.<sup>60 61 62</sup> Uit enkele Nederlandse studies blijkt dat een (lokaal) tekort aan artsen een rol kan spelen in de besluitvorming over het aannemen van een PA of VS.<sup>63 64</sup> Voor deze raming is hier meer zicht op verkregen door middel van een zorgbreed onderzoek.<sup>65</sup> Zie hoofdstuk 5 en 6.

<sup>56</sup> Laurant, M. & Van Vught, A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

<sup>57</sup> Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant M. (2017). Eindrapport. Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc.

<sup>58</sup> Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

<sup>59</sup> Kouwen, A.J., Van der Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vugt, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016) Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Nijmegen: Radboudumc.

<sup>60</sup> Xue, Y., Kannan, V., Greener, E., Smith, J., Brasch, J., Johnson, B. & Spets, J. (2018). Full Scope-of-Practice Regulation Is Associated With Higher Supply of Nurse Practitioners in Rural and Primary Care Health Professional Shortage Counties. *Journal of Nursing Regulation*, 8(4), 5-13.

<sup>61</sup> Halter, M., Wheeler, C., Drennan, V., De Lusignan, S., Grant, R., Gabe, J., ... Parle, J. (2017). Physician associates in England's hospitals: a survey of medical directors exploring current usage and factors affecting recruitment. *Clinical medicine (London, England)*, 17(2), 126–131. doi:10.7861/clinmedicine.17-2-126

<sup>62</sup> Gruca, T. S., Nelson, G. C., Thiesen, L., Asprey, D. P., & Young, S. G. (2018). The workforce trends of physician assistants in Iowa (1995-2015). *PloS one*, 13(10), e0204813. doi:10.1371/journal.pone.0204813

<sup>63</sup> Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M., & Laurant, M. (2017). Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC family practice*, 18(1), 16. doi:10.1186/s12875-017-0587-3

<sup>64</sup> Timmermans, M. J., van Vught, A. J., Maassen, I. T., Draaijer, L., Hoofwijk, A. G., Spanier, M., Laurant, M. G. (2016). Determinants of the sustained employment of physician assistants in hospitals: a qualitative study. *BMJ open*, 6(11), e011949. doi:10.1136/bmjopen-2016-011949

<sup>65</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.





## 3 Opleiding

### Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van kenmerken van de opleidingen tot PA. Er wordt aandacht besteed aan variabelen die van invloed zijn op de instroom van gediplomeerden op de arbeidsmarkt. Deze variabelen wegen als parameterwaarden mee in het ramingsmodel. Bij de hogescholen die opleiden tot PA zijn gegevens opgevraagd. Waar mogelijk zijn deze gecontroleerd en vergeleken met andere data, maar registerdata zijn nog onvoldoende bruikbaar voor de raming (zie bijlage 1). De gegevens die hieronder worden beschreven, zijn waar mogelijk ook gemeten op sectorniveau. Deze resultaten komen terug in hoofdstuk 8 waar dieper wordt ingegaan op de resultaten per sector. De gegevens in dit hoofdstuk zijn steeds weergegeven per kalenderjaar.

### 3.1 Beschrijving

PA's worden opgeleid via de 2,5 jarige gezondheidszorg brede opleiding 'Master Physician Assistant' (MPA). De masteropleiding tot PA wordt momenteel aan 5 hogescholen in Nederland aangeboden.<sup>66</sup> De opleiding is een door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) geaccrediteerde professionele masteropleiding en is duaal van opzet. In 2001 startten de eerste opleidingen aan de Hogeschool Utrecht in samenwerking met het UMC Utrecht.

Om te worden toegelaten tot de opleiding tot PA dient een instromer onder andere te beschikken over: een afgeronde hbo-opleiding in de gezondheidszorg en minimaal 2 jaar praktijkervaring in de directe patiëntenzorg op hbo-niveau. Verder zijn een werkplek waar de toekomstige functie van PA kan worden uitgevoerd en een leermeester/opleider een vereiste. Het cursorisch deel beslaat één dag per week. Geschikte hbo-vooropleidingen zijn onder andere: verpleegkunde, fysiotherapie, ergotherapie, verloskunde, diëtetiek en voeding, logopedie, Medische Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken, oefentherapie Cesar of Mensendieck, huidtherapie en de Bachelor Medische Hulpverlening. Bij het succesvol afronden van een assessment is instroom met een vooropleiding als operatieassistent, in-service opgeleide verpleegkundige of anesthesiemedewerker mogelijk.<sup>67</sup>

De opleiding bevindt zich op masterniveau (NLQF niveau 7). PA's die vanaf 1 september 2016 zijn afgestudeerd krijgen de onderwijsgraad Master of Science (MSc) vermeld op hun getuigschrift.<sup>68</sup> Dege-  
nen die hiervoor zijn afgestudeerd behouden de graad Master Physician Assistant. Na diplomering kunnen PA's zich registreren in het openbaar Kwaliteitsregister dat beheerd wordt door de beroepsvereniging NAPA. Sinds september 2018 kunnen gediplomeerden zich ook registreren als PA in het BIG-register. Het beroep valt hiermee onder artikel 3 van Wet BIG. Artikel 3 beroepen kennen een wettelijk beschermde beroepstitel en vallen onder het complete tuchtrecht.

<sup>66</sup> De opleiding wordt aangeboden in Amsterdam (InHolland), Groningen (Hanze Hogeschool), Arnhem en Nijmegen (HAN), Rotterdam en Utrecht.

<sup>67</sup> NAPA. HOE WORD JE PHYSICIAN ASSISTANT/WAT ZIJN DE TOELATINGSEISEN? Geraadpleegd op 15-07-2019, van <https://www.napa.nl/hoewordjefpa/>.

<sup>68</sup> Overheid.nl. Regeling titulatuur hoger onderwijs. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018486/2016-09-01>

### Physician assistant-klinische verloskunde

De Hogeschool Rotterdam biedt sinds 2005 de MPA-opleiding specifiek aan voor Klinisch Verloskundigen (MPA-KV). Deze opleiding is alleen toegankelijk voor hbo-verloskundigen werkzaam in een klinische setting en leidt klinisch verloskundigen op tot het beroep van PA binnen het specialisme Obstetrie (verloskunde) en eventueel Gynaecologie. Gediplomeerden kunnen zich in het BIG-register registreren als PA en beschikken over alle bevoegdheden van de PA. Hiermee kunnen gediplomeerden van de MPA-KV-opleiding beschikken over twee BIG-registraties: één registratie als verloskundige (basisberoep art. 3) en één registratie als PA (basisberoep art. 3).

In 2016 tekenden diverse partijen een samenwerkingsovereenkomst voor de ontwikkeling van een tweejarige duale Masteropleiding tot Klinisch Verloskundige (MKV). Dit waren de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en Hogeschool Rotterdam. Het doel is dat deze masteropleiding de bestaande opleiding Physician Assistant – Klinisch Verloskundige (MPA-KV) zal vervangen. De opleiding moet in combinatie met een specialistenregister het deskundigheidsterrein van de klinisch verloskundigen waarborgen.<sup>69</sup> Bestaande vervolgoopleidingen voor verloskundigen in de klinische setting zijn niet NVAO-geaccrediteerd of het zwaartepunt ligt meer op wetenschappelijk onderzoek en beleid dan op het verdiepen van praktisch toepasbare kennis en vaardigheden. Uit doelmatigheidsonderzoek blijkt dat er een behoefte aan master opgeleide klinisch verloskundigen is die waarschijnlijk ook in de toekomst blijft bestaan.<sup>70</sup>

Hoewel de MKV opleiding per mei 2018 NVAO-geaccrediteerd is<sup>71</sup>, blijkt er echter vanuit het ministerie van OCW nog geen bekostiging beschikbaar voor een tweejarige master (120 EC). De bekostiging beperkt zich tot éénjarige hbo-master opleidingen (60 EC).<sup>72 73</sup> Wel heeft het ministerie van OCW wetgeving in voorbereiding die ervoor moet zorgen dat hbo-masters van 120 studiepunten gelijke bekostiging krijgen met wo-masters.<sup>74</sup> De (bekostigde) masteropleiding is een voorwaarde voor inrichting van een specialistenregister voor klinische verloskundigen. Een stuurgroep van de KNOV/NVOG voorziet de komende jaren een toenemende vraag naar gerichte scholing voor klinisch verloskundigen. Hierdoor zal de instroom voor de MPA-KV blijven bestaan zolang de MKV-opleiding niet van start kan gaan. Op het moment dat de bekostiging van de MKV geregeld is, voorziet de stuurgroep dat de algehele instroom voor de MPA-KV opleiding fors zal afnemen.<sup>75</sup>

<sup>69</sup> KNOV-nieuws. Masteropleiding tot Klinisch Verloskundige in ontwikkeling. 26-04-2016. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/masteropleiding-tot-klinisch-verloskundige-in-ontwikkeling/1855>

<sup>70</sup> Van Druten, L. & Frietman, J. (2016). Macrodoelmatigheid Master Klinisch Verloskundige. KBA Nijmegen.

<sup>71</sup> KNOV-nieuws. Master Klinisch Verloskundige geaccrediteerd. 07-06-2018. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/master-klinisch-verloskundige-geaccrediteerd/2333>

<sup>72</sup> Ministerie van OCW (2016). Betreft: Besluit macrodoelmatigheid hbo master Klinisch Verloskundige. 07-09-2016.

<sup>73</sup> Vereniging Hogescholen (2018). Onderwerp: Inventarisatie knelpunten bij hogescholen i.v.m. vertraging bekostiging van nieuwe professionele masters in het hbo van meer dan 60 EC. 30-04-2018.

<sup>74</sup> Van Heest, F. (2019). Tweejarige masters in het hbo krijgen extra bekostiging. *ScienceGuide*. 16-07-2019. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://www.scienceguide.nl/2019/07/tweejarige-masters-in-het-hbo-krijgen-extra-bekostiging/>

<sup>75</sup> Stuurgroep Klinisch Verloskundigen KNOV-NVOG (2019). Antwoord Stuurgroep NVOG-KNOV m.b.t. klinisch verloskundige. 18-10-2019.

Tussen 2012 en 2019 zijn er gemiddeld 24 opleidingen per jaar ingestroomd in de opleiding MPA-KV. Het cohort 2019 kende 27 opleidingen. De verwachting van de Hogeschool Rotterdam is dat de instroom in de MPA-KV variant de komende jaren zal toenemen of gelijk zal blijven. Stimulerende factoren hierbij zijn een toename van het aantal bevallingen in ziekenhuizen, een stijging van het aantal medische indicaties, de wens tot borging van de kwaliteit van zorg door de inzet van hoger opgeleide en zelfstandig bevoegde zorgprofessionals en het gegeven dat er voorlopig geen alternatieve (bekostigde) masteropleiding in de klinische verloskunde aangeboden wordt.

### 3.2 Bekostiging

De masteropleiding tot PA wordt gezamenlijk bekostigd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van VWS. Er is vanuit VWS één subsidieregeling van kracht voor zowel de MPA-opleiding tot PA als de tweejarige MANP-opleiding tot VS.<sup>76</sup> Vanuit deze subsidieregeling worden de salariskosten vergoed voor vervanging van de ingeschreven opleidingen. Dit betreft het buitenschoolse deel. Het ministerie van OCW neemt het binnenschoolse deel voor haar rekening. De OCW-vergoeding kent twee delen: de reguliere bekostiging van de opleiding en een vergoeding van de begeleiding op de werkplek.

De subsidieregeling geldt zowel voor de opleiding tot PA als de tweejarige opleiding tot VS. Er is geen formele verdeling van het aantal gesubsidieerde plaatsen tussen de opleidingen MPA en MANP. Het aantal beschikbare instroomplaatsen wordt jaarlijks in overleg met de hogescholen verdeeld door de Vereniging Hogescholen. Dat gebeurt via de landelijke opleidingsoverleggen MANP en MPA, waarin de hogescholen zijn vertegenwoordigd die een opleiding MANP (9 hogescholen) en/of MPA (5 hogescholen) aanbieden. In eerste instantie wordt door de voorzitters van de overleggen onderling een verdeling gemaakt tussen het totale aantal op te leiden VS'en en PA's. Die aantallen worden vervolgens in de opleidingsoverleggen verder verdeeld onder de hogescholen.<sup>77</sup> Als vuistregel voor de verdeling is steeds een derde (MPA) – twee derde (MANP) aangehouden. Na 2013 is de verdeling van de gesubsidieerde plaatsen op 250 voor de MPA- en 450 voor de MANP-opleidingen vastgesteld.

Tot 2003 kwamen de salariskosten voor vervanging van de opleiding tijdens de opleiding voor rekening van de werkgever. In 2003 kwam hiervoor voor het eerst een projectsubsidie beschikbaar vanuit het ministerie van VWS. Vanaf 2004 werd deze subsidie meer structureel van aard. Er kwam toen één subsidieregeling voor zowel de tweejarige MANP-opleiding als de MPA-opleiding tot PA.<sup>78</sup> Doelen van de regeling betroffen het doelmatiger organiseren van de zorg, verbetering van het carrièreperspectief, voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt doordat taakherschikking de vraag naar

<sup>76</sup> Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020517/2017-07-01>

<sup>77</sup> Peters, F. (2016). Tweede evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'. KBA-Nijmegen.

<sup>78</sup> Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020517/2017-07-01>

(schaarse) artsen vermindert en zorgpersoneel meer doorgroeiperspectieven biedt en kwaliteit van zorg<sup>79 80</sup>

Vereniging Hogescholen heeft namens de MPA- en MANP-opleidingen in april 2019 een verzoek aan VWS gedaan voor ophoging van het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Als reden hiervoor werd een forse groei in het aantal aanmeldingen genoemd.<sup>81</sup> Voor het collegejaar 2019-2020 zijn door het ministerie van VWS 30 extra plaatsen voor de MPA-opleidingen en 60 extra plaatsen voor de MANP-opleidingen toegekend.<sup>82</sup>

### **Project Versterking Opleiding VS en PA Huisartsenzorg**

Naast de hiervoor genoemde reguliere subsidieregeling via de hogescholen financiert het ministerie van VWS het project 'Versterking Opleiding VS en PA Huisartsenzorg'. Binnen dit project kunnen huisartsen- en/of hun organisaties een aanvraag doen voor aanvullende subsidie, de zogenaamde 'stimuleringssubsidie'. Deze is bedoeld voor het opleiden en na opleiding aanstellen van een PA of een VS in de huisartsenzorg. De bedoeling van het project is om het financiële tekort voor de huisarts(organisatie) tijdens de opleiding van een PA (of VS) te beperken en zodoende huisartsen(organisaties) te stimuleren om PA's (of VS'en) te gaan opleiden en inzetten. Om in aanmerking te komen voor stimuleringssubsidie vanuit het project dienen de aanvragen te voldoen aan bepaalde randvoorwaarden en criteria. De aanvragen worden beoordeeld door een onafhankelijke commissie. De stimuleringssubsidie is aanvullend op de reguliere subsidieregeling. Dit project wordt uitgevoerd door Stichting KOH en loopt tot en met cohort 2019.

### **3.3 Opleidingsduur**

De nominale opleidingsduur van de opleiding tot PA is 2,5 jaar. Om nauwkeurig te berekenen wanneer de opleidingen op de arbeidsmarkt komen, is de werkelijke opleidingsduur van belang. Deze kan immers afwijken: opleidingen kunnen eerder of later klaar zijn, bijvoorbeeld door tijdelijke uitval (vanwege zwangerschap of ziekte). Hier bestaan geen landelijke nauwkeurige cijfers over. Dat komt onder meer doordat de diploma-uitreiking vaak (substantieel) later is dan de feitelijke afronding van de opleiding. Er is geen sprake van een substantiële invloed van verkorte trajecten op de gemiddelde opleidingsduur.

Onderzoeksbureau Prismant heeft daarom in de aanbodenquête onder alumni gevraagd naar de start- en einddatum van de opleiding. Hieruit bleek dat de feitelijke opleidingsduur gemiddeld 2 jaar en 7 maanden is.<sup>83</sup> Deze waarde is bepaald op basis van alle cohorten en daardoor waarschijnlijk niet representatief voor de huidige instromers.<sup>84</sup>

<sup>79</sup> Ecorys & SEOR. (2016). Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants. Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B. Rotterdam: Auteur.

<sup>80</sup> De 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner' (2004 t/m 2005) wordt opgevolgd door de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant (2006 t/m 1 juli 2022).

<sup>81</sup> Vereniging Hogescholen (2019). Onderwerp: opleidingsplaatsen MANP en MPA cohort 2019. 02-04-2019.

<sup>82</sup> Ministerie van VWS (2019). Betreft: opleidingsplaatsen MPA en MANP cohort 2019-2020. 30-04-2019.

<sup>83</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>84</sup> Deze grondslag wijkt af van de gebruikelijke werkwijze van het Capaciteitsorgaan: de gemiddelde opleidingstijd wordt doorgaans berekend op basis van de meest recente cohorten. Deze informatie is echter niet voorhanden.

De waarde is ook niet goed te controleren met de door de hogescholen aangeleverde cijfers. Daaruit blijkt dat enkele opleidingen uit cohort 2014 en 2015 nog bezig zijn. Er is echter geen zicht op opleidingen die enkele maanden korter of langer over de opleiding hebben gedaan; dit wordt niet als zodanig geregistreerd. Vaak is het diplomamoment bekend en niet het feitelijke moment van het afronden van de opleiding. Een indicatieve berekening waarbij voor alleen de opleidingen uit cohort 2014 en 2015 met een andere dan de nominale opleidingsduur wordt gerekend, levert geen wezenlijk andere waarde op.

Een gemiddelde opleidingsduur van de meest recente cohorten is niet exact te bepalen.<sup>85</sup> In de raming wordt daarom de nominale opleidingsduur gehanteerd. Deze bedraagt na afronding 2 jaar.

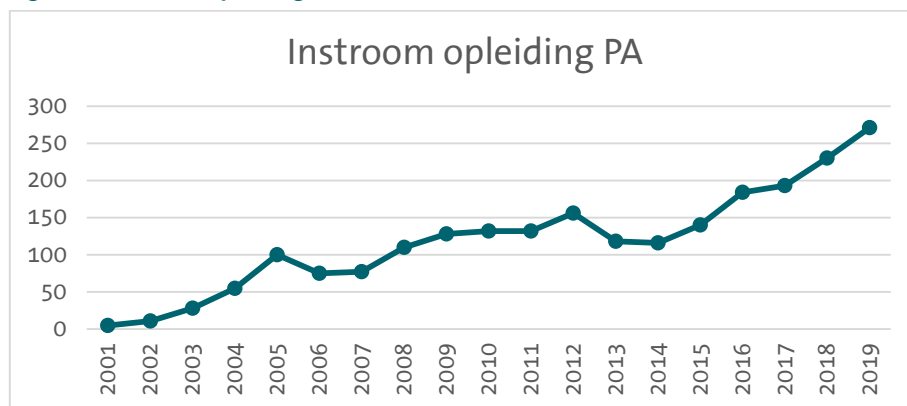
### 3.4 Aantal opleidingsplaatsen: instroom en subsidie

In deze paragraaf gaan we in op de instroom in de afgelopen jaren, de verhouding tussen deze instroom en de gesubsidieerde opleidingsplaatsen en de voorlopige instroomcijfers voor het cohort 2019.

#### 3.4.1 Instroom 2001-2019

De instroom sinds 2001 op basis van de opgave van de hogescholen<sup>86</sup> staat in Figuur 1.

Figuur 1: Instroom opleiding MPA



De opgegeven aantallen zijn vergeleken met de registratie op de site [www.vereniginghogescholen.nl](http://www.vereniginghogescholen.nl). De cijfers zijn niet exact gelijk. Het verschil is echter klein en verklaarbaar door onder meer andere meetmomenten en stapelaars (opleidingen die aan meerdere hogescholen een opleiding hebben gevolgd). Hieruit volgt dat de door de hogescholen opgegeven aantallen betrouwbaar en bruikbaar zijn.<sup>87</sup> Zie verder de volgende paragraaf voor een verdiepende blik op de cijfers.

<sup>85</sup> In andere ramingen van het Capaciteitsorgaan wordt de parameterwaarde 'opleidingsduur' gebruikt om te bepalen hoeveel opleidingen per jaar op de arbeidsmarkt komen. Hiervoor wordt het aantal in opleiding gedeeld door de opleidingsduur. Omdat wij de actuele daadwerkelijke opleidingsduur niet precies weten, is gekozen voor 2,0 jaar (de nominale opleidingsduur naar beneden afgerond). Bepalend voor de berekening is het aantal in opleiding zoals opgegeven in Tabel 5.

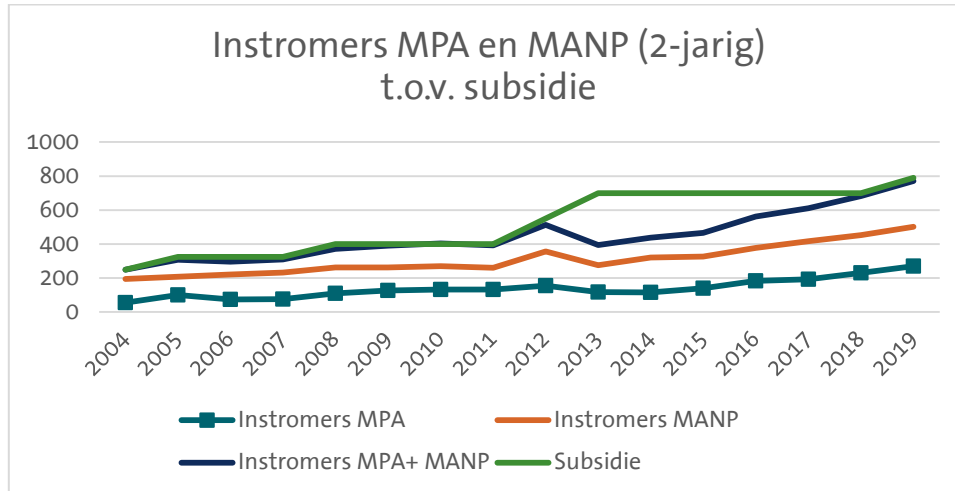
<sup>86</sup> Ontvangen in december 2018. In september 2019 zijn voorlopige cijfers over 2019 ontvangen.

<sup>87</sup> Over de periode 2011-2017 komt [www.vereniginghogescholen.nl](http://www.vereniginghogescholen.nl) op 1.027 opleidingen, de opgave van de hogescholen op 1.039 opleidingen. De verschillen zijn ongeveer gelijk verdeeld over de jaren en over de hogescholen; er is geen sprake van

### 3.4.2 Instroom ten opzichte van subsidie

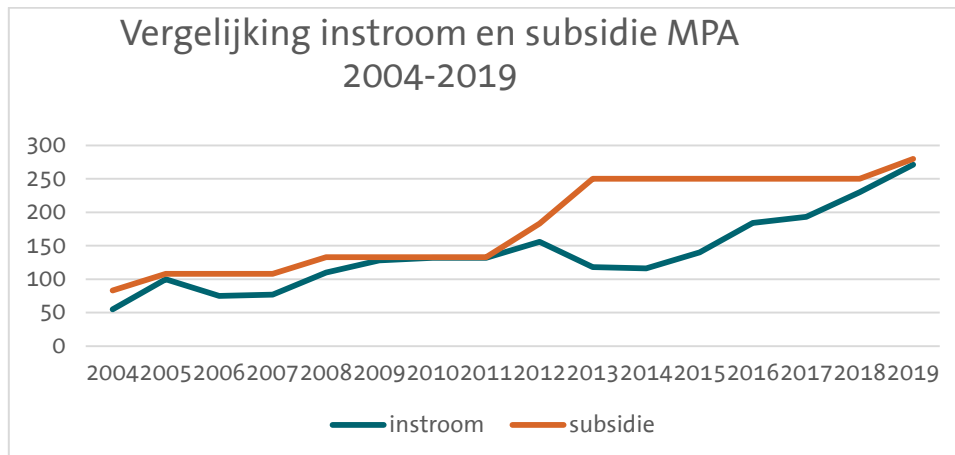
De MPA-opleiding is in 2001 gestart. Vanaf 2004 is het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de MPA- en MANP-opleidingen stapsgewijs uitgebreid van 250 naar 790 plaatsen in 2019. Figuur 2 geeft deze cijfers weer.<sup>88</sup>

**Figuur 2: Vergelijking instroom en subsidie MPA en 2-jarige MANP**



In Figuur 3 wordt de instroom in de MPA-opleiding vergeleken met het deel van de subsidie dat normaliter wordt bestemd voor de MPA-opleiding (zie paragraaf 3.2).

**Figuur 3: Vergelijking instroom en subsidie MPA-opleiding**



De voorlopige cijfers 2019 duiden dus op een vrijwel volledige benutting van het aantal plaatsen (250+30) voor MPA. De gestage groei van het aantal instromers werd gestuurd door een aantal beleidsontwikkelingen. In de volgende tabel zijn per jaar het aantal instromers, de subsidie en de relevante beleidsontwikkelingen genoemd.

een kennelijke fout in één van de jaren of van de hogescholen. Zie <https://www.vereniginghogescholen.nl/kennisbank/feiten-en-cijfers/artikelen/dashboard-instroom-inschrijvingen-en-diploma-s>, geraadpleegd 21-08-2019.

<sup>88</sup> Exclusief de 3-jarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ.

**Tabel 2: Ontwikkelingen MPA-opleidingen: instromers en gesubsidieerde opleidingsplaatsen**

Jaar	Instromers MPA	Instromers MPA+ MANP (2-jarig)	Subsidie	Ontwikkelingen MPA
2001	5	50		Start MPA-opleiding Hogeschool Utrecht
2002	11	55		
2003	28	155		Start MPA-opleiding Hogeschool HAN
2004	55	250	250	Start 'Subsidieregeling opleiding tot physician assistant' met 250 plaatsen (incl. opleidingsplaatsen vanuit 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner')
2005	100	308	325	Verhoging gesubsidieerde opleidingsplaatsen naar 325 in 2005 en 2006 (nog niet structureel), start MPA-opleidingen Hogeschool InHolland, Hanze Hogeschool, Hogeschool Rotterdam
2006	75	297	325	Samenvoeging subsidieregelingen opleidingen NP en PA tot 1 regeling 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'. Continuering na 2006.
2007	77	310	325	Structurele verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen MPA en MANP naar 325
2008	110	372	400	Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen MPA en MANP naar 400
2009	128	391	400	
2010	132	403	400	
2011	132	393	400	
2012	156	513	550	Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen MPA en MANP naar 700: 150 per studiejaar 2012-2013 en 150 per studiejaar 2013-2014, verhoging tegemoetkoming buitenschoolse kosten van € 1.750,- per opleiding naar maand naar €1.875,- vanaf 1-9-2012
2013	118	394	700	Start tijdelijke stimuleringssubsidie voor het opleiden van PA's en VS'en in de huisartsenzorg, uitgevoerd door stichting KOH.
2014	116	437	700	
2015	140	466	700	
2016	184	562	700	MPA die vanaf 1-9-16 zijn afgestudeerd krijgen graad Master of Science (MSc).
2017	193	611	700	Verlenging 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant' t/m 1 juli 2022
2018	230	683	700	
2019	271	782 <sup>89</sup>	790	Besluit ministerie van VWS tot het beschikbaar stellen van 30 extra gesubsidieerde plaatsen voor de MPA-opleiding en 60 plaatsen voor de tweejarige MANP-opleiding

Te zien is dat er per saldo nooit ongesubsidieerd is opgeleid, maar dat tot en met 2012 het verschil tussen gesubsidieerde plaatsen en aantal instromers erg klein was. De uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen in 2013 ging echter samen met een daling van het aantal instromers. Dit effect deed zich vooral voor in de medisch-specialistische zorg (incl. PA-KV) en in de revalidatie, terwijl de instroom in de huisartsenzorg steeg. De daling hangt volgens betrokkenen in het veld samen met veranderingen in financiering van de zorg, waardoor het opleiden van PA's door zorgorganisaties tijdelijk op een laag pitje werd gezet.<sup>90</sup> Werkgevers gaven toen prioriteit aan het bieden van passende werkplekken aan gediplomeerde PA's ten opzichte van het opleiden van nieuwe PA's. Vanaf 2015 is het aantal opleidingen weer sterk gestegen. Volgens betrokkenen in de medisch specialistische zorg (MSZ) is deze stijging onder meer toe te rekenen aan meer zekerheid rondom de inbedding van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Ook noemden zij de aanpassing van het face-to-face

<sup>89</sup> Op basis van voorlopige cijfers d.d. 19 september (MANP) en 27 september (MPA) 2019 door de hogescholen aangeleverd. Het is mogelijk dat de definitieve instroomcijfers hiervan verschillen.

<sup>90</sup> Zie start stimuleringssubsidie Huisartsenzorg in 2013 en 'Begrotingsakkoord 2013. Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd' (bezuinigingen in curatieve zorg (incl. curatieve GGZ) en langdurige zorg)



criterium waardoor PA's zelfstandig een DBC mogen openen. De groei van de instroom heeft zich de afgelopen jaren voortgezet.

### 3.4.3 Jaarlijkse instroom

Voor de berekening moeten we inschatten hoeveel opleidingen de komende jaren zullen instromen bij voortzetting van de huidige trends. Deze opleidingen betreden, gecorrigeerd voor intern rendement, over enkele jaren de arbeidsmarkt.

Deze parameter wordt doorgaans berekend op basis van het aantal opleidingen van de laatste 5 jaar. Kenmerkend voor de opleiding MPA is echter dat er sprake is van een daling in 2013 en 2014 en groei vanaf 2015. Het gemiddelde van de laatste 5 jaar zou daarmee geen betrouwbare waarde geven voor de verwachte jaarlijkse instroom.

Voor het cohort 2019 heeft het ministerie van VWS bekendgemaakt dat er 90 gesubsidieerde plaatsen bijkomen voor PA en VS gezamenlijk, waarvan er 30 bestemd zijn voor de PA.<sup>91</sup> Dit omdat er zowel bij de MPA- als bij de MANP-opleidingen meer inschrijvingen dan gesubsidieerde plaatsen zijn.<sup>92</sup> Echter, deze extra 30 plaatsen zijn nog niet structureel. Daarom rekenen we deze niet mee voor de komende jaren.

Voorlopige cijfers van de hogescholen laten zien dat er voor het cohort 2019 voor de opleiding tot PA 271 instromers zijn. Niet alle extra plaatsen zijn benut. Door de stijging van het aantal instromers zijn vorige jaren niet meer voorspellend voor de komende jaren. Het ligt daarom in de rede om de instroom van 2019, gecorrigeerd voor incidentele financiering, als uitgangspunt te nemen. Dat zou betekenen dat de te verwachten instroom in de komende jaren  $271 - 30 = 241$  opleidingen is. Dit aantal wordt gehanteerd voor de raming.

### Binden en boeien stimuleert opleiden

Deze inschatting veronderstelt een blijvende hoge instroom. Vooral nog lijkt er voldoende belangstelling onder hbo-professionals te zijn om in te stromen in de opleidingen tot PA. Veel zorgorganisaties hebben te maken met krapte op de arbeidsmarkt voor zorgprofessionals. Dit maakt dat er naast meer aandacht voor het ophogen van het aantal instromers, ook meer aandacht komt voor het binden en boeien van de huidige werknemers binnen de organisatie. Werkgevers zien het aanbieden van de mogelijkheid tot het volgen van een opleiding tot PA als een manier om zorgprofessionals langere tijd te behouden voor de organisatie. Een opleiding tot PA is voor een deel van de zorgprofessionals op hbo-niveau een interessante loopbaanstap op inhoudelijk (medisch) vlak. Het bieden van carrièreperspectief aan hbo'ers is dan ook veelgenoemde reden voor het opleiden van PA's.<sup>93 94</sup> Om die reden is het aannemelijk dat het ingeschatte aantal daadwerkelijk wordt gehaald in sectoren

<sup>91</sup> Ministerie van VWS. (2019). Voortgangsrapportage Actieprogramma Werken in de Zorg mei 2019. 22-05-2019. Geraadpleegd op 28-07-2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/22/kamerbrief-voortgangsrapportage-actieprogramma-werken-in-de-zorg-mei-2019>

<sup>92</sup> In 2018 was de opleiding ook overschreven, maar was er door dubbele inschrijvingen toch geen sprake van volledige benutting.

<sup>93</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>94</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

met voldoende hbo-professionals, zoals de medisch specialistische zorg. In de huisartsenzorg en de ouderenzorg zal het realiseren van de instroom meer aandacht vragen (zie hoofdstuk 8).

### 3.4.4 Aantal in opleiding per leerjaar

Om te bepalen hoeveel opleidingen de komende jaren de arbeidsmarkt betreden, wordt in het model gerekend met een gemiddeld aantal personen dat nog in opleiding is. Dit wordt berekend door het huidige aantal opleidingen, gecorrigeerd voor intern rendement, te delen door de opleidingsduur. Dat is bij de MPA-opleiding echter niet goed mogelijk, aangezien het aantal opleidingen op peildatum 1 januari 2019 geen directe samenhang heeft met de gemiddelde opleidingsduur van 2 jaar en 7 maanden. Dit komt onder meer door de diplomamomenten. Specifiek waren er op 1 januari 2019 geen opleidingen van het cohort 2016 die op dat moment al klaar waren.

Daarom wordt voor deze raming het totaal aantal in opleiding per 1 januari 2019 gebruikt. Dat aantal is **591** opleidingen. Door de gekozen methodiek wordt de gemiddelde opleidingsduur niet gebruikt als parameterwaarde in het ramingsmodel. Het aantal personen in opleiding is gedeeld door twee leerjaren (naar beneden afgerond). De invoerwaarde is dan **295,5**.

### 3.4.5 Instroom per sector

De hogescholen hebben aangegeven in welke sectoren opleidingen zijn ingestroomd. Hierbij geldt dat dit tot en met 2011 nog niet standaard werd bijgehouden. Vanaf 2012 is voor alle opleidingen bekend binnen welk werkveld zij worden opgeleid. De verdeling is weergegeven in Tabel 3.

**Tabel 3: instroom in sectoren MPA-opleiding**

	MSZ <sup>95</sup>	Kl. verlosk.	huisarts	VPL-huis	Wijkzorg/ELV	GHZ	Revalidatie	Soc. Genees.	GGZ	Anders	Totaal
2012	94	22	12	3	0	1	14	0	5	5	156
2013	71	15	16	2	0	0	10	1	1	2	118
2014	70	22	18	0	0	1	4	0	1	0	116
2015	94	21	14	0	0	0	9	1	1	0	140
2016	125	23	23	2	0	0	9	0	0	2	184
2017	128	24	19	5	3	0	11	0	1	2	193
2018	153	36	19	11	2	1	6	1	1	0	230
2019	173	27	43	11	0	0	12	0	1	1	271
Totaal	908	190	164	34	5	3	75	3	11	12	1.408

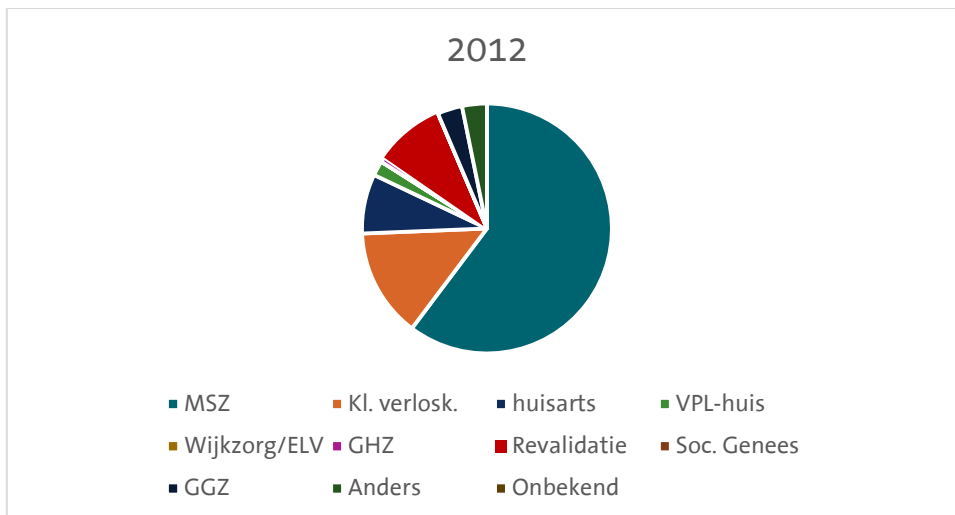
Afkortingen: MSZ= medisch specialistische zorg, Kl. Verlosk.= klinische verloskunde, VPL-huis= verpleeghuiszorg, Wijk/ELV= wijkzorg, wijkteam en eerstelijnsverblijf, GHZ= gehandicaptenzorg, Soc.Genees.= sociale geneeskunde, GGZ= geestelijke gezondheidszorg.

Duidelijk is dat de sector MSZ het grootste deel (meer dan de helft) van de opleidingen bevat. De verhoudingen zijn echter niet ingrijpend gewijzigd; het aandeel MSZ is iets gestegen. Dit wordt weergegeven in Figuur 4: instroom opleiding MPA 2012: verdeling over Figuur 4 en Figuur 5.<sup>96</sup>

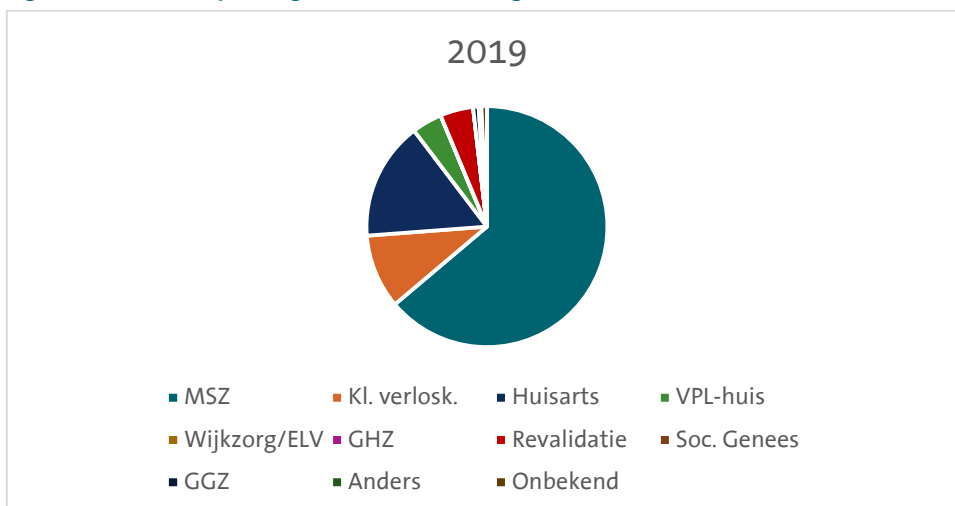
<sup>95</sup> Inclusief het werkveld acute zorg, exclusief (PA) klinische verloskunde.

<sup>96</sup> De cijfers over 2019 kwamen te laat om hierin mee te nemen. De trend is overigens niet gewijzigd.

Figuur 4: instroom opleiding MPA 2012: verdeling over sectoren



Figuur 5: instroom opleiding MPA 2019: verdeling over sectoren



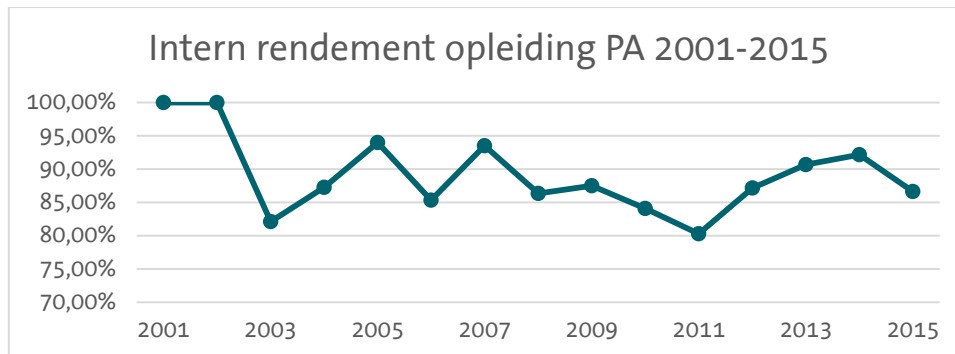
Het aandeel MSZ is gestegen van 60% naar 64%. Het aandeel (PA) klinische verloskunde is over 2019 10%, iets lager dan in andere jaren. Het aandeel in de huisartsenzorg is verdubbeld van 8% naar 16%. In de revalidatie worden relatief gezien minder PA's opgeleid. Het aandeel daalde van 9% in 2012 naar 4% in 2019.

In hoofdstuk 8 wordt dieper ingegaan op de bewegingen voor de sectoren MSZ, huisartsenzorg, ouderenzorg en revalidatiezorg.

### 3.5 Intern rendement opleidingen

Het intern rendement van een opleiding geeft weer welk deel van de instromers daadwerkelijk het diploma haalt. Deze cijfers zijn vanaf 2001 bekend, en zijn weergegeven in Figuur 6.

Figuur 6: intern rendement opleiding MPA



Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het in eerste jaren nog om relatief kleine aantallen ging, waardoor het (niet) diplomeren van één of enkele opleidingen sterke invloed had op het intern rendement. Tegelijkertijd betrof het de eerste jaren sterk gemotiveerde pioniers van de opleiding MPA.

Voor de raming moeten we een intern rendement inschatten voor de komende cohorten, op basis van de reeds afgeronde jaren. Omdat het intern rendement per leerjaar/cohort kan wisselen, wordt dit gegeven doorgaans berekend over tien afgeronde cohorten. Dat is bij deze raming echter lastig. Er wordt een raming gemaakt voor het gehele beroep, maar ook voor de sectoren medisch specialistische zorg en huisartsenzorg. Gezien de verschillen die er bestaan tussen de interne rendementen van de sectoren is het voor de ramingen op sectorniveau van belang om te werken met sectorspecifieke rendementscijfers.<sup>97</sup> Er kan dus niet worden volstaan met één generiek rendementscijfer voor alle sectoren. De opleidingscijfers geven echter pas vanaf cohort 2012 een onderscheid in sectoren. Een berekening over tien afgeronde cohorten is daarom wel mogelijk voor het gehele beroep, maar niet voor de sectoren.

Daarnaast heeft de opleiding een sterke groei doorgemaakt, waarin diverse externe ontwikkelingen een rol hebben gespeeld (zie Tabel 2). Het is daarom niet raadzaam over 10 jaar te rekenen, maar een peilperiode te zoeken tussen 2012 en nu.

Daarvoor geldt dat de jaren 2014 en 2015 nog niet volledig zijn afgerond: op 1-1-2019 waren er nog resp. 1 en 5 opleidingen bezig. Wanneer we deze jaren niet zouden meerekenen, wordt de parameterwaarde gebaseerd op te oude jaren. Daarom zijn over cohorten die bijna volledig zijn afgerond, degenen die nog bezig zijn niet meegerekend. Het uiteindelijke rendement over deze cohorten kan dus nog licht verschillen. De cijfers vanaf cohort 2012 staan in Tabel 4.<sup>98</sup>

<sup>97</sup> Het intern rendement in de MSZ is met 89% hoger dan dat in de huisartsenzorg (85%).

<sup>98</sup> Bron: opgave hogescholen december 2019. Bij 2013, 2014 en 2015 is het aantal gestart niet gelijk aan de som van het aantal geslaagd + nog bezig + gestopt. Uit navraag bij de hogescholen blijkt dat zij sommige opleidingen niet meer exact toe kunnen wijzen aan een opleidingscohort. Het effect op de berekening van het intern rendement is erg klein. Verder bleek een update per september 2019 niet mogelijk.

Tabel 4: intern rendement 2012-2018 opleiding MPA

	Gestart	Geslaagd	Nog bezig	Gestopt	IR
2012	156	136	0	20	87,18%
2013	118	107	0	13	90,68%
2014	116	106	1	8	92,17%
2015	140	117	5	16	86,67%
2016	184	0	171	13	
2017	193	0	185	8	
2018	230	0	229	1	
Totaal	1.137	466	591	79	88,93%

Het intern rendement over de jaren 2012, 2013, 2014 (exclusief één opleiding) en 2015 (exclusief vijf opleidingen) is **88,93%**. Dit percentage hanteren we als uitgangspunt voor de raming.

### 3.6 Rendement personen in opleiding

Van degenen die nu in opleiding zijn, zal niet iedereen zijn diploma behalen. Echter, de meeste gestopte opleidingen stoppen enkele maanden na de start van de opleiding. Daarom is het in ramingen van het Capaciteitsorgaan gebruikelijk om een hoger rendement te hanteren voor de groep die al in opleiding is. Het Capaciteitsorgaan hanteert een intern rendement van **96,1%**<sup>99</sup> voor de groep die al in opleiding is.

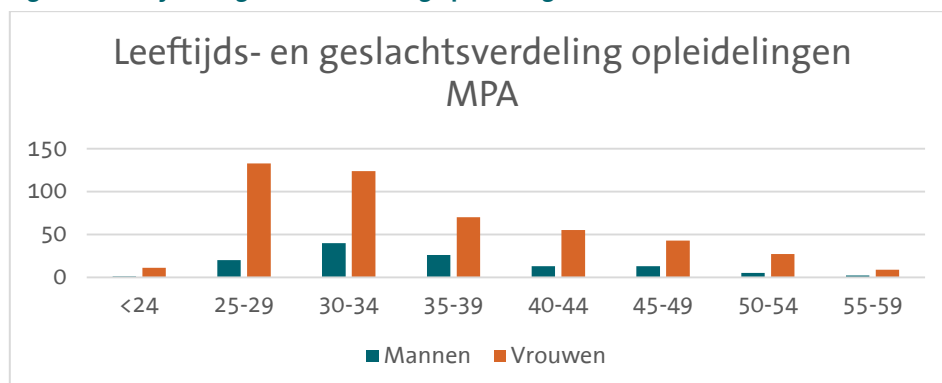
### 3.7 Man-vrouwverhouding

Volgens de gegevens van de hogescholen bestaat de populatie opleidingen uit 120 mannen en 472 vrouwen. **79,7%** is dus vrouw.

### 3.8 Leeftijdsverdeling

Volgens de gegevens van de hogescholen is de leeftijdsopbouw van de populatie opleidingen zoals in Figuur 7 vermeld.

Figuur 7: leeftijds- en geslachtsverdeling opleidingen MPA



<sup>99</sup> Derdemachtswortel van intern rendement = rendement personen in opleiding bij een (afgerond) driejarige opleiding.

Deze getallen zijn geen parameterwaarde voor het ramingsmodel, maar geven wel inzicht in de leeftijd van de nieuwe toetreders op de arbeidsmarkt. Gezien deze leeftijden is te verwachten dat zij voor langere tijd werkzaam zijn als PA.

### 3.9 Parameterwaarden 'Opleidingen'

Op basis van de informatie in de voorgaande paragrafen zijn de parameterwaarden voor het onderdeel 'Opleidingen' bepaald. (zie Tabel 5). Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel en als zodanig meegewogen in het ramingsadvies.

**Tabel 5: Parameterwaarden 'Opleidingen' MPA**

	Physician assistant
Intern rendement voor instroom vanaf 1-1-2019	88,93%
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2019	96,1%
Aantal in opleiding per leerjaar per 1-1-2019	295,5
Opleidingsduur in (hele) jaren	2
Jaarlijkse instroom	241
Percentage vrouwen (instroom)	79,7%



## 4 Zorgaanbod

### Inleiding

Het zorgaanbod staat voor de huidige capaciteit aan PA's per 1 januari 2019. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het zorgaanbod, zoals: het aantal werkzamen en fte's dat PA's werken, sectoren waarin PA's actief zijn, de uitstroom uit het beroep en de man-vrouw verdeling. Ook bevat dit hoofdstuk informatie over de verdeling van PA's over de zorgsectoren. De gegevens over het zorgaanbod zijn ten eerste verkregen met een arbeidsmarktonderzoek onder alumni van de opleidingen tot PA. Hiervoor zijn via hogescholen die de opleiding tot PA aanbieden (hierna MPA-opleidingen) gediplomeerden benaderd met het verzoek om een digitale enquête in te vullen. Hieraan gaf 38% gehoor.<sup>100</sup> De gegevens zijn waar mogelijk vergeleken met andere bronnen. De gegevens die als parameterwaarden zijn doorgerekend in de raming zijn steeds vetgedrukt weergegeven.

### 4.1 Omvang beroepsgroep

Op basis van het alumnionderzoek zijn er momenteel circa **1.058** PA's werkzaam als PA, met in totaal 951 fte. Zie onderstaande tabel.<sup>101</sup>

Tabel 6: aantal werkzame PA's

	Aantal	Aandeel	Aantal FTE
Werkzaam als PA of (PA) klinisch verloskundige	<b>1.058</b>	88%	951
Niet werkzaam als PA, wel werkzaam in de zorg <sup>102</sup>	66	6%	-
Niet werkzaam als PA, werkzaam buiten de zorg <sup>103</sup>	66	6%	-
Niet werkzaam	17	1%	-
Totaal	1.207	100%	-

Dit aantal is vergeleken met het kwaliteitsregister dat beheerd wordt door de Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA) en met het ledenbestand van de NAPA.<sup>104</sup> Per 1-1-2019 staan er 965 personen in het kwaliteitsregister<sup>105</sup>. De NAPA kent 1.171 leden, waarvan 944 gewone leden, 214 juniorleden en 13 buitengewone en ereleden. Het verschil tussen het aantal werkzamen en het aantal gewone leden is verklaarbaar door de (PA) klinische verloskundige, die vaak geen lid zijn van de NAPA en (nog) niet geregistreerd zijn in het kwaliteitsregister. Verder is het aantal vergeleken met het aantal BIG-geregistreerde PA's. Dat was volgens een opgave van dit voorjaar 1.047 geregistreerde PA's, waarbij bekend is dat de registratie in het BIG op dat moment nog niet compleet was.<sup>106</sup> In september 2019 zijn er 1.238 BIG-geregistreerde PA's. Het in het alumnionderzoek verkregen aantal aan werkzame PA's is daarmee plausibel.

<sup>100</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>101</sup> Zie vorige noot.

<sup>102</sup> Bijvoorbeeld als verpleegkundige of verloskundige.

<sup>103</sup> Bijvoorbeeld als docent of adviseur.

<sup>104</sup> NAPA. Jaarverslag 2018. Geraadpleegd op 31-07-2019, van <https://www.napa.nl/2019/06/jaarverslag-2018/>

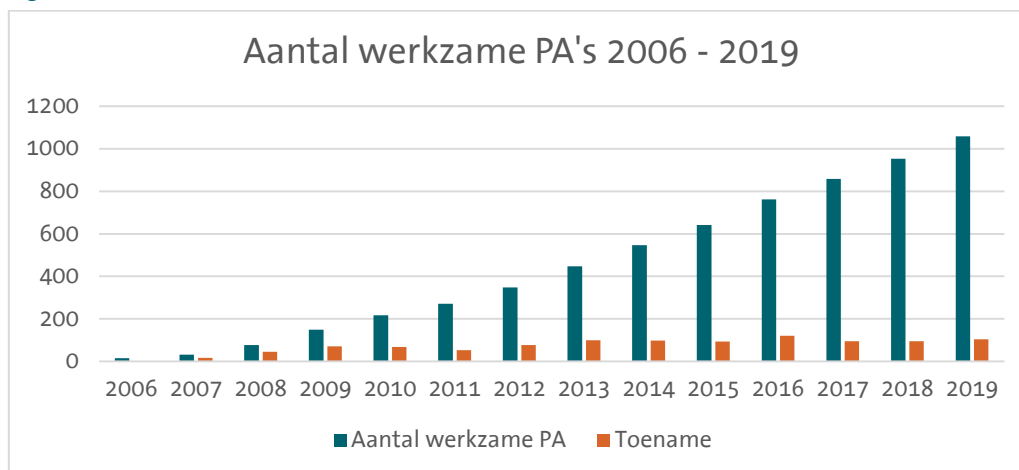
<sup>105</sup> NAPA. Eerste registratie. Geraadpleegd op 21-08-2019, van <https://www.napa.nl/kwaliteit-nascholing/kwaliteitsregister/eerste-registratie/>. Opname in het kwaliteitsregister is niet verplicht.

<sup>106</sup> Geraadpleegd op 05-02-2019, van <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers>



Het aantal werkzame PA's is in de loop der tijd fors gestegen. De uitstroom uit het beroep is nog relatief laag, omdat de beroepsgroep met gemiddeld 43 jaar nog relatief jong is.<sup>107</sup> De jaarlijkse groei op basis van de alumnonderzoeken van 2012, 2016 en 2019 is weergegeven in Figuur 8.<sup>108 109</sup>

**Figuur 8: aantal werkzame PA's 2006 – 2019**



De deeltijdfactor van de PA is niet gelijk voor mannen en vrouwen. Mannen werken gemiddeld **0,96** fte, vrouwen gemiddeld **0,87** fte. Zie onderstaande tabel.<sup>110</sup>

**Tabel 7: deeltijdfactor PA per geslacht 2012-2019**

Gemiddelde deeltijdfactor			
	2012	2016	2019
Man	0,97	0,98	<b>0,96</b>
Vrouw	0,90	0,90	<b>0,87</b>
Totaal	0,93	0,92	0,90

In het alumnonderzoek was van een deel van de respondenten het geslacht niet bekend. Deze respondenten (geëxtrapoleerd 83,30 van de 1.058) hebben een iets lagere deeltijdfactor. Om deze cijfers goed mee te nemen, moeten we de deeltijdfactor van zowel de mannen als de vrouwen iets muteren. Het resultaat is dat de deeltijdfactor van de mannen uitkomt op **0,962** en van de vrouwen op **0,875**. Deze factoren hebben wij verwerkt in de raming. We zien een lichte daling van de deeltijdfactor ten opzichte van 2016: deze daalt bij zowel mannen als vrouwen.

<sup>107</sup> Ter vergelijking: huisartsen zijn gemiddeld circa 47,3 jaar, medisch specialisten gemiddeld 48,5 jaar en verpleegkundig specialisten 47,5jaar.

<sup>108</sup> Steeds per 1 januari van het weergegeven jaar.

<sup>109</sup> 2006-2016 conform de eerdere onderzoeken, 2019 conform het meest recente alumnonderzoek. De tussenliggende jaren zijn geïnterpoleerd met behulp van het aantal behaalde diploma's en het extern rendement van de opleiding na 1 jaar. Tot en met 2016 exclusief alumni van de opleidingsvariant MPA-KV die aangaven niet in de functie van PA te werken.

<sup>110</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant. (tabel 4.2)

## 4.2 Instroom

De instroom van PA's op de Nederlandse arbeidsmarkt komt vrijwel uitsluitend van in Nederland nieuw opgeleide zorgprofessionals. Er lijkt geen sprake te zijn van zijinstroom vanuit het buitenland.

## 4.3 Sectoren

In hoofdstuk 3 was te zien dat PA's worden opgeleid in diverse sectoren. Een dergelijke verdeling zien we ook in het alumnionderzoek, waarin aan PA's is gevraagd in welke werkvelden zij werkzaam zijn. Dit is weergegeven in Tabel 8.

**Tabel 8: werkzame PA's: aandeel per sector**

Sector	Aantal werkzamen	Aantal FTE	Deeltijdfactor
Medisch specialistische zorg <sup>111</sup>	838	752	0,90
Huisartsenzorg	131	91	0,69
Verpleeghuiszorg	32	27	0,82
Revalidatie	76	61	0,80
GGZ	11	4	0,40
Anders	30	16	0,51
Totaal	- <sup>112</sup>	951	- <sup>113</sup>

Veruit het grootste deel van de werkzame PA's werkt in de medisch specialistische zorg. Dat is sinds 2012 niet echt veranderd. Wel is het aandeel van de huisartsenzorg licht gestegen. Verpleeghuiszorg en de restcategorie 'Anders' nemen iets af. 94% van de werkzame PA's werkt in één sector. Waar in meer sectoren wordt gewerkt, zijn combinaties van MSZ en huisartsenzorg en van MSZ en revalidatiezorg het meest gebruikelijk. 10% van het totaal aantal fte aan PA's wordt ingevuld binnen het specialisme obstetrie en gynaecologie, inclusief klinische verloskunde.

**Tabel 9: fte werkzame PA's: ontwikkeling aandeel sectoren**

Sector	2019	2016	2012
Medisch specialistische zorg	79,1%	77,3%	78,8%
Huisartsenzorg	9,6%	8,6%	7,7%
Verpleeghuiszorg	2,8%	4,7%	3,2%
Revalidatie	6,4%	6,4%	5,6%
Anders	2,1%	3,0%	4,7%

In hoofdstuk 8 gaan we verder in op de verschillende sectoren.

<sup>111</sup> Inclusief acute zorg en (PA) klinische verloskunde

<sup>112</sup> Een optelling is niet zinvol, aangezien een aantal PA's in meerdere sectoren werkzaam is.

<sup>113</sup> In deze tabel is de deeltijdfactor per sector en niet per persoon. De deeltijdfactor over het totaal is daarom weggelaten.

## 4.4 Uitstroom en extern rendement

### 4.4.1 Uitstroom

In het model berekenen we welk deel van de nu werkzame PA's vermoedelijk stopt tussen nu en 5 jaar, tussen 5 en 10 jaar, tussen 10 en 15 jaar en tussen 15 en 20 jaar. Dit bepaalt hoeveel zorgprofessionals vervangen moeten worden, indien alle andere factoren gelijk blijven.

Normaal gesproken wordt de uitstroom berekend op basis van twee methoden. Ten eerste kijken we naar de daadwerkelijke uitstroom op basis van beschikbare registratiedata zoals beroepsregisters, per leeftijdscohort. Die kunnen dan vervolgens worden geprojecteerd op de leeftijdsgroep daar net onder. Zo kan worden ingeschat hoeveel PA's de komende jaren zullen uitstromen. Daarnaast vragen we de alumni naar hun verwachting wanneer zij verwachten te stoppen met het beroep. Vanuit andere ramingen weten we dat zij dit vaak te laag of te hoog inschatten. Daarom worden retrospectief en prospectief daarna gecombineerd om tot een betrouwbare parameterwaarde te komen.

Omdat er voor de PA onvoldoende geschikte registratiedata beschikbaar is, kunnen we enkel de tweede methode gebruiken. Prismant heeft aan de respondenten gevraagd wanneer zij verwachten te stoppen met werken in het beroep. De uitkomst staat in Tabel 10.<sup>114</sup>

Tabel 10: uitstroomverwachting PA's

Periode	Aandeel	Cumulatief aandeel
Binnen nu en 5 jaar	4%	4%
Tussen 5 en 10 jaar	14%	18%
Tussen 10 en 15 jaar	16%	34%
Tussen 15 en 20 jaar	18%	52%

Dit betekent dat (bijvoorbeeld) 34% van de in 2019 werkzame PA's verwacht over 15 jaar niet meer werkzaam te zijn in het beroep. Dit heeft vaak met de huidige leeftijd van de nu werkzame PA te maken, waarbij het grootste deel denkt door te werken tot of na hun 67<sup>e</sup> jaar.<sup>115</sup>

Omdat er verschil zit tussen de fte die mannen en vrouwen werken, is dit vervolgens gesplitst in uitstroomverwachtingen voor mannen en vrouwen. Dat levert de volgende tabel op.

Tabel 11: uitstroomverwachting PA's per geslacht

	Aandeel			Cumulatief aandeel		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
Binnen nu en 5 jaar	4%	4%	4%	<b>4%</b>	<b>4%</b>	4%
Tussen 5 en 10 jaar	12%	14%	14%	<b>16%</b>	<b>19%</b>	18%
Tussen 10 en 15 jaar	21%	14%	16%	<b>37%</b>	<b>33%</b>	34%
Tussen 15 en 20 jaar	20%	17%	18%	<b>57%</b>	<b>50%</b>	52%

<sup>114</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant. (tabel 8.2).

<sup>115</sup> Idem. (figuur 8.1).

De ervaring van het Capaciteitsorgaan is dat een uitgevraagde uitstroomverwachting voor jongere zorgprofessionals doorgaans een onderschatting is, aangezien respondenten de kans dat zij uitvallen vanwege bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid onderschatten. Bij oudere zorgprofessionals is er vaker sprake van een overschatting: zij voorzien vaak eerder te stoppen met werken dan daadwerkelijk het geval is. Daar is bij het beroep van PA (en VS) nog geen ervaring mee opgedaan, er zijn dus ook geen historische cijfers beschikbaar. De beroepsgroep groeit nog steeds, waardoor het lastig is in te schatten wat de daadwerkelijke uitstroom zal zijn. Wij gebruiken daarom voorgaande waarden: de uitstroomverwachting zoals alumni die opgeven. Daarin zien we dat tot 10 jaar er meer vrouwen denken te stoppen als PA, maar dat na 15 en na 20 jaar het aandeel mannen dat denkt te gaan stoppen groter is. De komende 5 jaar stopt naar verwachting een relatief klein deel van de nu werkzame PA's, daarna neemt het aandeel uitstromers snel toe. Dit correspondeert met de leeftijdsopbouw van de nu werkzame PA's.

#### 4.4.2 Extern rendement

Het extern rendement is het deel van de toekomstige alumni van de opleidingen MPA dat na een aantal jaar na diplomering nog steeds in het beroep werkzaam is. Dit geeft een indicatie van het aantal opleidingen dat nodig is om over voldoende capaciteit te beschikken. Het extern rendement wordt berekend door van de gediplomeerden te onderzoeken of zij na 1, 5, 10 en 15 jaar nog steeds in het beroep werkzaam zijn. Het bepalen van dit cijfer was alleen mogelijk voor de extern rendementen na 1, 5 en 10 jaar, aangezien 15 jaar geleden (2004) er nog niet veel gediplomeerden waren.<sup>116</sup>

Tabel 12: extern rendement alumni MPA

Extern rendement na x aantal jaar	Alumni Hogescholen
Extern rendement na 1 jaar	95%
Extern rendement na 5 jaar	89%
Extern rendement na 10 jaar	80%

In het model hanteren we aparte externe rendementen voor mannen en vrouwen. De onderliggende cijfers zijn weergegeven in Tabel 13.

Tabel 13: extern rendement alumni MPA naar geslacht

Extern rendement	totaal	man	vrouw	onbekend
10 jaars	80%	62%	88%	100%
5 jaars	89%	90%	88%	100%
1 jaars	95%	71%	100%	100%

Ook hier zien we dus een groep 'onbekend', die in dit geval een hogere waarde vertegenwoordigt dan de groepen waarvan het geslacht wel bekend is. Als we deze waarnemingen verdisconteren over de mannen en de vrouwen, dan worden deze rendementen voor mannen **71,82%** (na 1 jaar), **90,55%** (na 5 jaar) en **63,30%** (na 10 jaar). Voor vrouwen is dat respectievelijk **100%**, **88,33%** en **90,42%**.

<sup>116</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

Voor het 15-jaars rendement zijn onvoldoende gegevens beschikbaar, aangezien er erg weinig alumni zijn die 15 jaar geleden zijn afgestudeerd. Normaliter wordt de trend dan doorgetrokken, maar zoals te zien is, is er nauwelijks sprake van een heldere trend. Daarom hanteren we de laagste waarde van zowel mannen als vrouwen voor het 15-jaars rendement: resp. **63,30%** en **88,33%**.

#### 4.5 Leeftijdsopbouw en geslacht beroepsbeoefenaren

De leeftijdsopbouw van de respondenten is geëxtrapoleerd naar de totale groep werkzamen. Zie Tabel 14.

Tabel 14: leeftijd werkzame PA's

Leeftijdscategorie	Aantal werkzame PA	Aandeel	Cumulatief aandeel
25-29 jaar	29	3%	3%
30-34 jaar	162	17%	20%
35-39 jaar	216	22%	42%
40-44 jaar	162	17%	59%
45-49 jaar	141	15%	73%
50-54 jaar	149	15%	88%
55-59 jaar	92	10%	98%
60-69 jaar	20	2%	100%
Subtotaal	970	100%	
Onbekend	88		
Totaal	1.058		

Bijna drie kwart van de beroepsgroep is onder de 50 jaar, gemiddeld is men 43 jaar. De beroepsgroep is relatief jong<sup>117</sup> en redelijk gelijkmatig verdeeld. De leeftijdsopbouw hangt sterk samen met de uitstroomverwachtingen (zie paragraaf 4.4).<sup>118</sup> De leeftijdsverdeling is weergegeven in Figuur 9.

Figuur 9: leeftijdsverdeling werkzame PA's



<sup>117</sup> Ter vergelijking: huisartsen zijn gemiddeld circa 47,3 jaar, medisch specialisten gemiddeld 48,5 jaar en verpleegkundig specialisten 47,5 jaar.

<sup>118</sup> Circa 2/3<sup>e</sup> van de uitstroomverwachting is rechtstreeks verklaarbaar uit de leeftijdsopbouw.

Van de werkzame PA is **73%** vrouw en **27%** man. In tabel 15 is de leeftijd van de PA's in de diverse sectoren weergegeven.<sup>119</sup>

**Tabel 15: leeftijd en geslacht PA's per sector**

	MSZ	Huisartsenzorg	Verpleeghuiszorg	Revalidatie
Gemiddelde leeftijd	42,6	44,2	48,0	40,6
Aandeel vrouw	71%	76%	74%	71%

#### 4.6 Parameterwaarden 'Zorgaanbod'

In Tabel 16 staan alle parameterwaarden voor het 'Zorgaanbod'. Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel. Op de uitkomsten hiervan is het instroomadvies gebaseerd (zie hoofdstuk 7).

**Tabel 16: parameterwaarden 'zorgaanbod' PA**

		Physician assistant
Werkzame zorgverleners		1.058
Percentage werkzame vrouwen		73%
Gemiddeld aantal fte's man		0,96
Gemiddeld aantal fte's vrouw		0,87
Uitstroom mannen	tot 2024	4%
	tot 2029	16%
	tot 2034	37%
	tot 2039	57%
Uitstroom vrouwen	tot 2024	4%
	tot 2029	19%
	tot 2034	33%
	tot 2039	50%
Extern rendement mannen na	1 jaar	71,82%
	5 jaar	90,55%
	10 jaar	63,30%
	15 jaar	63,30%
Extern rendement vrouwen na	1 jaar	100,00%
	5 jaar	88,33%
	10 jaar	90,42%
	15 jaar	88,33%

<sup>119</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant. (hoofdstuk 5).



## 5 Zorgvraag

### Inleiding

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag voor het beroep van PA. De zorgvraag betreft het aantal fte's aan zorgprofessionals dat nodig is om aan de behoefte, oftewel de vraag, te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige zorgvraag vast op basis van het zorgaanbod (het aantal fte's aan werkzame zorgprofessionals) aangevuld met de onvervulde vraag (het tekort of overschot aan zorgprofessionals). De toekomstige zorgvraag wordt vervolgens bepaald door de huidige zorgvraag te corrigeren voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze onderwerpen zijn als parameters opgenomen in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. Sectorspecifieke ontwikkelingen komen in hoofdstuk 8 verder aan bod.

### Dataverzameling

Bij het in kaart brengen van de onvervulde vraag is gebruik gemaakt van een online vacaturespider, ervaringen van PA's en inschattingen van betrokkenen binnen zorgorganisaties.<sup>120 121 122</sup> Voor de inventarisatie van de demografische en epidemiologische ontwikkelingen zijn onder andere onderzoeken naar de kenmerken van de patiëntenpopulatie geraadpleegd.<sup>123 124</sup> Bronnen voor de sociaal-culturele ontwikkelingen zijn interviews en de resultaten van een digitale enquête onder 651 betrokkenen bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van PA's en/of VS'en. De enquête is ingevuld door betrokkenen op verschillende niveaus binnen zorgorganisaties, zoals bestuurders, directeuren, managers, geneeskundig specialisten, praktijkopleiders, HR-professionals en onderwijsadviseurs.<sup>125</sup> Daarnaast is geput uit veldgesprekken met PA's, interviews met beroeps- en sectororganisaties en 6 focusgroepen met geneeskundig specialisten, managers, werkgevers, PA's en VS'en uit diverse sectoren.<sup>126 127</sup> Op basis van deze verzamelde gegevens heeft het bureau van het Capaciteitsorgaan voorstellen voor de parameterwaarde(n) gedaan aan de werkgroep PA/VS.

### 5.1 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt van PA's. De onvervulde vraag betreft zorg die niet wordt verleend door een gebrek aan voldoende PA's. Indicatoren voor onvervulde vraag zijn wachttijden, moeilijk vervulbare vacatures, ervaren krapte op de arbeidsmarkt en een hoge vacaturegraad. Er kan ook sprake zijn van een negatieve onvervulde vraag. Er zijn dan teveel PA's op de arbeidsmarkt. Dan is er bijvoorbeeld sprake van werkloosheid, een

<sup>120</sup> Bron: vacatures aangeleverd door Jobfeed.

<sup>121</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>122</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>123</sup> Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

<sup>124</sup> Van der Meulen, L. & Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

<sup>125</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>126</sup> Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

<sup>127</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.



korte doorlooptijd van vacatures, ervaren overvloed op de arbeidsmarkt en geen of korte wachtlijsten. Aangezien er geen wachttijdgegevens beschikbaar zijn die direct zijn te herleiden tot de inzet van PA's, kon deze indicator niet gebruikt worden binnen de analyses.

### **5.1.1 Ontwikkelingen vacatures**

De vacatures zijn een eerste bron om te analyseren of er sprake is van onvervulde vraag. In deze paragraaf gaan we achtereenvolgens in op de methodiek, de uitgevoerde analyse en de hieruit volgende vacaturegraad.

#### **5.1.1.1 Methodiek**

Vacatures bieden op twee manieren informatie over de vraag op de arbeidsmarkt: het aantal op peil-data openstaande vacatures en het aantal vacatures dat maandelijks wordt geplaatst. Wanneer deze gegevens vergeleken worden met de ontwikkeling van het aanbod op de arbeidsmarkt geeft dat een indicatie van de onvervulde vraag, oftewel in hoeverre er sprake is van krapte op de arbeidsmarkt. Uit de analyse blijkt dat de beschikbare data rondom openstaande vacatures van minder goede kwaliteit zijn dan van vacatures die in een maand nieuw zijn geplaatst. Zo waren er relatief veel vacatures die volgens het algoritme nog openstonden, maar op de website van de werkgever niet meer te vinden zijn. Daarom zijn de nieuw geplaatste vacatures gebruikt als indicator voor de onvervulde vraag. Deze gegevens zijn beschikbaar vanaf medio 2016.

De nieuw geplaatste vacatures over 2017, 2018 en 2019 zijn geanalyseerd.<sup>128</sup> Deze analyse hield in dat de vacatures die volgens het algoritme gericht zijn op een PA, eerst gecontroleerd zijn op een aantal punten. Namelijk (1) of de vacature bedoeld is voor een opgeleide PA (en dus geen opleidingsplaats is), (2) of de vacature daadwerkelijk bedoeld is voor een PA (en niet bijvoorbeeld een verpleegkundige) en (3) of de vacature geen doublure bevat met eerder geplaatste vacatures. Vervolgens hebben de analyses plaatsgevonden.

Om zicht te krijgen op de onvervulde vraag wordt gekeken naar vacatures voor gediplomeerde zorgprofessionals. Vacatures zijn normaal gesproken gericht op een gediplomeerde beroepsbeoefenaar óf op een opleidingsplaats. De vacatures voor PA wijken hier enigszins van af: er wordt geregeld gevraagd naar gediplomeerde PA's, waarbij kandidaten die de bereidheid hebben om de opleiding te volgen ook mogen reageren. Deze vacatures zijn meegeteld. Vacatures voor enkel opleidingsplaatsen zijn niet meegenomen, aangezien deze niet primair gericht zijn op het (direct) wegnemen van de zorgvraag. Van een opleiding kan immers niet verwacht worden dat deze dezelfde productie levert als een gediplomeerde PA.

Bij relatief veel vacatures is er sprake van een grote variëteit aan functie-eisen en taakomschrijving. Zo zien we ook combinaties met andere beroepen, zoals een basisarts. Voor de berekening nemen we elke vacature mee waarin om een PA wordt gevraagd, tenzij uit de combinatie blijkt dat er echt iets anders wordt bedoeld.<sup>129</sup>

<sup>128</sup> Bron: vacatures aangeleverd door Jobfeed.

<sup>129</sup> Voorbeeld: een vacature waarin een verpleegkundige werd gevraagd, en één van de mogelijke vooropleidingen die tot physician assistant was. Het is onwaarschijnlijk dat een PA daarop solliciteert.

Een ruime steekproef van vacatures over 2017 en 2018 is geanalyseerd. De bevindingen kunnen worden geëxtrapoleerd naar aantallen per tijdsperiode of sector. De vacatures over 2019 zijn geëxtrapoleerd uit een volledige analyse van het eerste kwartaal van 2019. Omdat dit twee verschillende selecties zijn, is onderzocht of de vraag naar PA's geraakt wordt door seizoensinvloeden, door de eerste kwartalen van de verschillende jaren te vergelijken met andere kwartalen en door een steekproef over het tweede kwartaal van 2019 uit te voeren. Hieruit kwam dat er geen sprake is van substantiële seizoensinvloeden en de resultaten van beide methoden (2017-2018 via een steekproef, 2019 via het eerste kwartaal) onderling vergelijkbaar zijn.

#### 5.1.1.2 De uitgevoerde analyse

In het eerste kwartaal van 2019 zijn 85 vacatures nieuw uitgezet, circa 28 per maand. Dat is fors meer dan over 2017 en 2018: in het hele jaar 2017 zijn er in totaal 87 vacatures voor PA uitgezet, in 2018 waren dit er 175. Grofweg verdubbelt elk jaar het aantal nieuwe vacatures. Uiteraard moet er gezien de methodiek (steekproef, handmatige analyse) rekening worden gehouden met enige onzekerheid, maar dat het aantal vacatures zowel absoluut als relatief stijgt, is een feit.

Opmerkelijk is dat 22 van de 85 vacatures zoeken naar een PA óf VS. 63 vacatures zijn specifiek voor een PA. Voor het bepalen van de vacaturegraad worden de vacatures die zoeken naar een VS of een PA voor de helft meegeteld. Verder zijn er 3 vacatures waarop zowel een opgeleide PA als iemand die de opleiding wil volgen mag solliciteren. 5 vacatures die specifiek gericht zijn op opleidingsplaatsen zijn niet meegeteld.

Wanneer gekeken wordt naar de verdeling over sectoren, dan zien we dat zowel de MSZ als de verpleeghuiszorg (VPL) een groot deel van deze vacatures innemen. Het aandeel vacatures in de verpleeghuiszorg is ten opzichte van eerdere jaren sterk gestegen. Ook het aandeel 'anders' neemt een relatief groot deel in.

Wanneer we het aantal nieuwe vacatures vergelijken met het aantal werkzamen, dan zien we een duidelijke stijging. Zie Tabel 17.

**Tabel 17: nieuwe vacatures PA en werkzame PA's, per jaar**

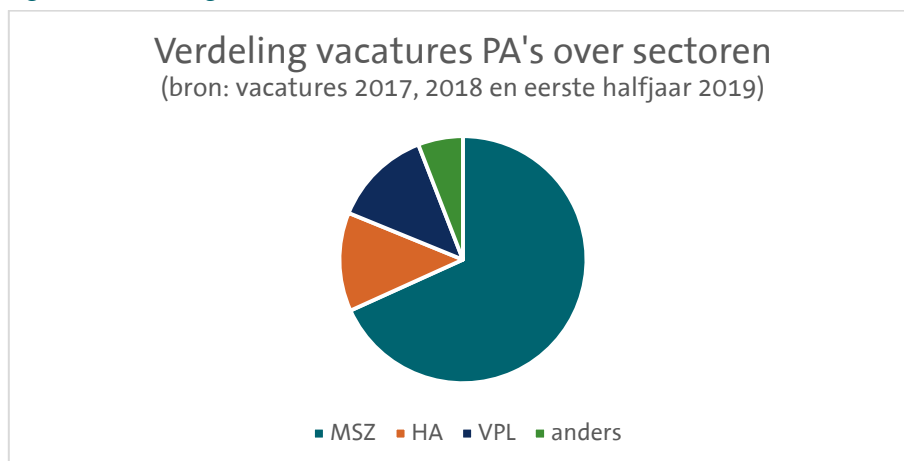
Jaar	vacatures	werkzamen
2017	87	864
2018	175	964
2019	252 <sup>130</sup>	1.058

Het aantal vacatures stijgt dus harder dan het aantal werkzamen: de verhouding vacatures / werkzamen is gestegen van circa 10% naar bijna 34%. Het tempo waarin deze verhouding groeit, is in 2019 niet afgenomen.

<sup>130</sup> Geëxtrapoleerd van Q1 2019.

Wanneer gekeken wordt naar de verdeling over sectoren, dan zien we dat iets meer dan twee derde gericht is op de sector MSZ. Zie Figuur 10: verdeling nieuwe vacatures PA's over sectoren Deze verdeling zien we in grote lijnen ook over 2017 en 2018.

**Figuur 10: verdeling nieuwe vacatures PA's over sectoren**



Ongeveer 68% van de vacatures heeft betrekking op de MSZ, 13% op de huisartsenzorg, 13% op de verpleeghuiszorg/ouderenzorg en 6% op anders. De onderliggende getallen komen terug in hoofdstuk 8.

### 5.1.1.3 De vacaturegraad

De analyse is uitgevoerd om zicht te krijgen op de vraag die momenteel niet wordt vervuld door gebrek aan PA's: de onvervulde vraag. Het is daarom nodig om de gevonden resultaten om te zetten in een kengetal dat daar iets over zegt. Gebruikelijk binnen het Capaciteitsorgaan is om hiervoor een vacaturegraad te berekenen: dat is de verhouding tussen het aantal openstaande vacatures en het aantal werkzame beroepsbeoefenaren.

Zoals gezegd geeft voorgaande analyse enkel zicht op het aantal vacatures dat gemiddeld genomen in een maand wordt geplaatst. Het aantal openstaande vacatures is doorgaans hoger. Om een vacaturegraad te kunnen berekenen, is inzicht nodig in het aantal openstaande vacatures. Wanneer het aantal openstaande en het aantal nieuwe vacatures in Jobfeed wordt vergeleken, blijkt de verhouding relatief constant te zijn: tegenover elke nieuwe vacature staan circa 2,5 openstaande vacatures. De openstaande vacatures zijn echter niet goed bruikbaar omdat van circa 20% niet te verifiëren is of ze daadwerkelijk open staan.<sup>131</sup> Wanneer we hiervoor corrigeren, kunnen we stellen dat er ongeveer 61 openstaande vacatures in een maand zijn.

<sup>131</sup> De internetlink naar deze vacatures zijn bijvoorbeeld vervallen, of het is zeer aannemelijk dat ze niet meer open staan omdat ze heel oud zijn.

Uit onderzoek van HHM (2019) blijkt dat circa 67% van de vacatures voor gediplomeerde PA's en VS'en in de algemene gezondheidszorg AGZ online wordt uitgezet. Overige manieren om vacatures in te vullen zijn: via het sociale netwerk of zelf opleiden.<sup>132</sup>

Wanneer het aantal vacatures wordt geëxtrapoleerd, dat wil zeggen gecorrigeerd voor het deel dat niet online wordt geplaatst, zouden er ongeveer 91 openstaande vacatures in een maand zijn. Om de vacaturegraad te berekenen is het aantal vacatures afgezet tegen het aantal PA's dat werkzaam is. Per 1 januari 2019 gaat het om circa 1.058 werkzamen. We komen dan op  $91 / 1.058 = 8,6\%$ . Er zijn dus bijna 9 vacatures per 100 werkzamen.

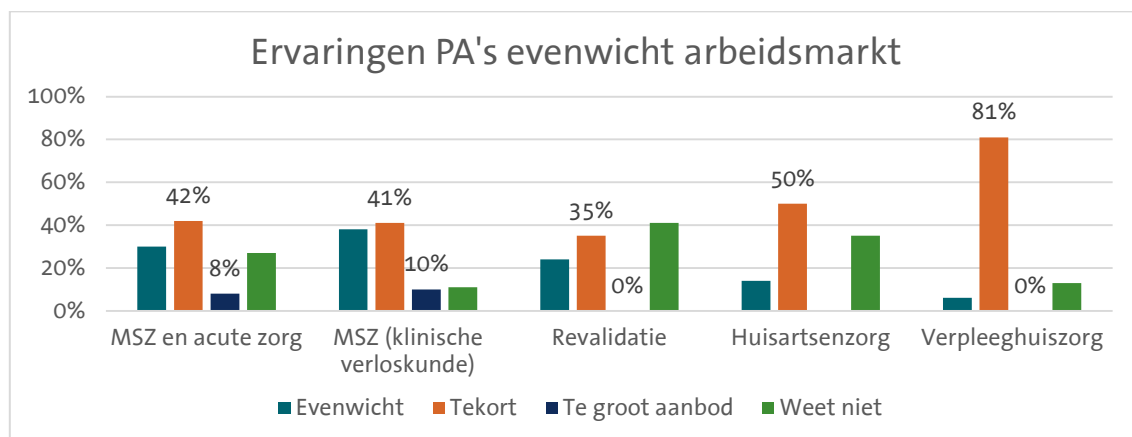
De vacaturegraad moet tenslotte gecorrigeerd worden voor gebruikelijke frictiewerkloosheid, die niet duidt op onvervulde vraag. Frictiewerkloosheid duidt de tijd die nodig is voor het wisselen van banen op een normaal functionerende arbeidsmarkt. Gebruikelijk is om hiervoor een correctie van 2% te hanteren. Gecorrigeerd voor frictiewerkloosheid bedraagt de vacaturegraad 6,6%.

### 5.1.2 43% PA's ervaart een tekort op de arbeidsmarkt

Aan PA's is gevraagd in hoeverre zij denken dat er landelijk een evenwicht is op de arbeidsmarkt van PA's binnen hun sector. 43% van de PA's ervaart een tekort aan PA's. 27% denkt dat er sprake is van een evenwicht op de arbeidsmarkt. 2% geeft aan dat er een te groot aanbod aan PA's is. 27% geeft aan hier geen zicht op te hebben.

Degenen die aangeven dat er een te groot aanbod is, zijn vooral werkzaam in de MSZ. 8% van de PA's in deze sector rapporteert een te groot aanbod. Voor de PA's in de klinische verloskunde ligt dit percentage met 10% nog wat hoger. Het gaat hier echter om een klein aantal respondenten, waarvan het merendeel werkzaam is in de provincie Zuid-Holland. De grootste tekorten worden ervaren in de verpleeghuiszorg. 81% van de PA's in de verpleeghuiszorg signaleert een tekort.

Figuur 11: Ervaringen omtrent evenwicht op de arbeidsmarkt<sup>133</sup>



<sup>132</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>133</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

### 5.1.3 Arbeidsmarkt op sectorniveau

Hoewel PA's bevoegd zijn om in uiteenlopende sectoren te werken, lijkt de arbeidsmarkt zich grotendeels op sectorniveau te bevinden. 83% van PA's geeft aan nooit in een ander sector dan hun huidige sector te hebben gewerkt. Van degenen die gewisseld zijn van sector, komen de meesten uit de MSZ (zie tabel 18). Deels komt dit, omdat dit ook een veld is waarin een groot aantal PA's werkzaam is. Na vertrek uit de MSZ is de grootste groep gaan werken in de huisartsenzorg en een deel in de verpleeghuiszorg. 3,3% van de huidige groep werkzame PA's is ooit begonnen in de MSZ en werkt nu in de huisartsenzorg. Andersom stapte 2,2% van de huidige werkzamen ooit over van de huisartsenzorg naar de MSZ. 1,1% verliet de MSZ voor een loopbaan in de verpleeghuiszorg.<sup>134</sup>

Dat de arbeidsmarkt van PA's zich op sectorniveau bevindt, onderstreept de relevantie van het uitbrengen van ramingsadviezen op sectorniveau. Het is niet aannemelijk dat (eventuele) tekorten of een te groot aanbod aan PA's zich oplossen, doordat deze zorgprofessionals overstappen van de ene naar de andere sector. Er is met andere woorden slechts beperkt sprake van communicerende vaten.

Tabel 18: Wisseling van sector (gewogen)

Vorige sector	Huidige sector				
	MSZ	HA	Wijk/ELV	VPL-huis	REV
MSZ	-	3,3%	-	1,1%	*
HA	2,2%	-	-	-	*
VPL/Wijk/ELV	*	*	-	-	*
REV	*	-	-	*	-
Anders	1,2%	*	-	-	-

Afkortingen: MSZ= medisch specialistische zorg, HA= huisartsenzorg, Wijk/ELV= wijkzorg, wijkteam en eerstelijnsverblijf, VPL-huis= verpleeghuiszorg, REV=revalidatie. \* Aantal respondenten te klein om weer te geven

### 5.1.4 Aansluiting vraag en aanbod stimulators voor opleiden

Een deel van de geneeskundig specialisten geeft aan dat het lastig is om gediplomeerden te werven met ervaring in de eigen sector en/of het eigen specialisme of expertisegebied. De voorkeur gaat dan snel naar het zelf opleiden van een collega tot PA. Voordelen die hierbij gerapporteerd worden zijn: bekendheid met de persoon, maatwerk en de subsidie op opleiden. Het aannemen van een gediplomeerde PA met ervaring in een andere sector, specialisme of expertisegebied kent volgens de geïnterviewde geneeskundig specialisten nadelen. De geneeskundig specialist moet nog veel tijd steken in het herscholen van deze persoon en heeft minder zicht op de kennis en ervaring waarover iemand beschikt.<sup>135</sup> Ongeveer 30% van de respondenten in diverse zorgsectoren geeft aan alleen zelf op te leiden en geen elders gediplomeerde PA's en/of VS'en aan te nemen. In de revalidatiezorg is dit percentage met 38% wat hoger.<sup>136</sup>

<sup>134</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>135</sup> Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

<sup>136</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

### Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van voorgaande bevindingen hanteert het Capaciteitsorgaan voor de parameter onvervulde vraag een bandbreedte van 5,6-7,6%. Uitgangspunt hierbij is de vacaturegraad van 6,6%.<sup>137</sup> Deze vacaturegraad sluit aan bij de informatie uit de andere bronnen (ervaren tekorten, ervaren te groot aanbod en krapte als stimulans voor opleiden). Gezien de aandachtspunten rondom de data die aan de vacaturegraad ten grondslag liggen, is de gehanteerde vacaturegraad het midden van de bandbreedte. Aangezien de aanvullende informatie niet afwijkt van de vacaturegraad is besloten om het midden van de bandbreedte te hanteren. De parameterwaarde voor onvervulde vraag wordt daarmee **6,6%**. Voor de ramingen op sectorniveau zijn per sector aparte waarden voor onvervulde vraag opgesteld (zie hoofdstuk 8).

## 5.2 Demografie

De demografische ontwikkeling van de bevolking en daarmee van de patiëntenpopulatie, is van invloed op de vraag naar zorgverleners. Wanneer de bevolking toeneemt, zijn er vanuit demografisch perspectief ook meer zorgverleners nodig. Daarnaast heeft de verdeling van de leeftijdscategorieën, in combinatie met de ziektebeelden die voor deze leeftijdscategorieën kenmerkend zijn, invloed op het benodigde type zorgverleners. In sommige sectoren behandelen PA's relatief meer jeugdigen (huisartsenzorg), in andere sectoren rekenen PA's vaker jonge vrouwen tot hun patiëntenpopulatie (MSZ, vanwege PA's in de klinische verloskunde).

### Dataverzameling

Om zicht te krijgen op de demografische samenstelling van de patiëntengroepen van PA's kon geen gebruik gemaakt worden van registratiedata van zorgverbruik, omdat deze in geen enkele sector (volledig) op beroepsniveau voorhanden zijn. Daarom is in een enquête onder alumni van de opleidingen, gevraagd naar de leeftijd en het geslacht van vier patiënten van hun meest recente werkdag, die zij op bepaalde momenten verspreid over de dag hebben gezien (te weten de eerste patiënt, de laatste patiënt voor de lunch, de eerste patiënt na de lunch en de laatste patiënt). Er is hierbij geen onderscheid gemaakt tussen type patiëntcontacten of setting (bijv. klinisch of poliklinisch). De som van alle enquêtes levert per sector een beeld op van de samenstelling van de patiënten naar leeftijd en geslacht.

Deze gegevens zijn vergeleken met de patiëntenpopulatie van geneeskundig specialisten. De patiëntenpopulatie van geneeskundig specialisten is bepaald op basis van zorggebruikregistraties.<sup>138 139</sup> Gezien de uiteenlopende aard van de data is een exacte vergelijking niet mogelijk. Wel kan geconcludeerd worden dat de patiëntenpopulatie van geneeskundig specialisten afwijkt van de patiëntcontactmomenten van de PA. De zorggebruikregistraties van huisartsen omvatten bijvoorbeeld meer ouderen dan de patiëntcontacten van PA's. PA's in de huisartsenzorg zien relatief veel jeugdigen en minder vrouwen ten opzichte van deze categorieën binnen de zorgregistraties van de huisartsen.

<sup>137</sup> Incl. correctie voor frictiewerkloosheid

<sup>138</sup> Bronnen hiervoor zijn Vektis (medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten) en Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Zie Capaciteitsplannen geneeskundig specialisten via [www.capaciteitsorgaan.nl/publicaties](http://www.capaciteitsorgaan.nl/publicaties)

<sup>139</sup> Bron: demografiestudies ten behoeve van ramingen geneeskundig specialisten. Zie Publicaties op [www.capaciteitsorgaan.nl/publicaties](http://www.capaciteitsorgaan.nl/publicaties)

In de MSZ is de man-vrouw verhouding binnen de zorggebruikregistraties van de medisch specialisten ongeveer gelijk aan die van de patiëntcontacten van de PA's. Dit komt echter met name door de relatief grote groep PA's die werkt in de klinische verloskunde. Zij zien veel vrouwen in de leeftijd 25 tot 34 jaar. Wanneer voor deze groep wordt gecorrigeerd omvatten de registraties van de medisch specialisten relatief meer vrouwen dan de patiëntcontacten van de PA's.<sup>140</sup> Gezien deze verschillen was het niet mogelijk om de parameterwaarden demografie van de ramingen van de geneeskundig specialisten te gebruiken voor de ramingen van de PA.<sup>141 142</sup>

Daarom is een eigenstandige berekening gemaakt voor de te verwachten demografische groei voor de PA. Hiervoor zijn de verzamelde gegevens over patiëntencontacten afgezet tegen bevolkingsprognoses van het CBS naar leeftijd in vijfjaarscohorten en geslacht. Op basis van de voorziene ontwikkeling van de bevolking zijn groeipercentages opgesteld die laten zien hoe de vraag naar PA's zich vanuit demografisch vlak zal ontwikkelen. Er zijn groeipercentages opgesteld voor de gehele beroepsgroep van de PA's en voor de sectoren MSZ en huisartsenzorg (zie hoofdstuk 8).<sup>143</sup> Op basis van deze gegevens is vervolgens geïnventariseerd welke demografische trends de komende jaren de vraag naar PA's beïnvloeden.

### 5.2.1 Meer zorgprofessionals nodig door bevolkingsgroei

Het aantal inwoners van Nederland neemt naar verwachting met ruim 6% verder toe van 17,3 miljoen in 2019 naar 18,3 miljoen in 2040.<sup>144</sup> De levensverwachting stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040. Het aantal mensen van 100 jaar en ouder zal tussen nu en 2040 bijna verviervoudigen.<sup>145</sup> Door de groei van de bevolking neemt de zorgvraag toe en zijn er meer zorgprofessionals nodig, waaronder PA's.

### 5.2.2 Het aantal en aandeel 65-plussers stijgt

In Figuur 12 is de geprognosticeerde demografische ontwikkeling per leeftijdscategorie te zien. Vooral het aantal en aandeel 65-plussers stijgt de komende jaren. In 2019 bedraagt het aandeel 65-plussers bijna een vijfde van de bevolking. De komende jaren neemt dit aandeel tot 2040 verder toe tot ruim een kwart van de bevolking terwijl de middencategorie (20-65 jaar) zowel absoluut als relatief krimpt. Het aandeel jongeren blijft stabiel.<sup>146</sup>

<sup>140</sup> Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

<sup>141</sup> Idem.

<sup>142</sup> Voor de overige sectoren bleken de gegevens dermate verschillend van aard of de groep physician assistants dermate klein dat geen vergelijking mogelijk was.

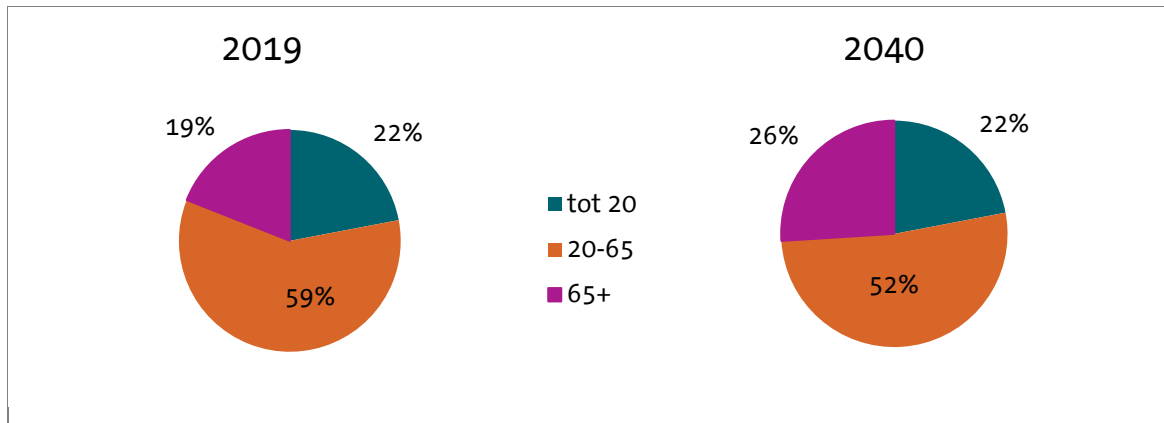
<sup>143</sup> Van der Meulen, L. & Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

<sup>144</sup> CBS StatLine (2017). Prognose bevolking; kerncijfers, 2017-2060. Geraadpleegd op 30-07-2019, van <https://open-data.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83783NED/table?ts=1564489596704>

<sup>145</sup> RIVM (2018). VTV-2018. Levensverwachting Geraadpleegd op 30-07-2019, van <https://www.vtv2018.nl/Levensverwachting>

<sup>146</sup> CBS Statline. Prognose bevolking kerncijfers 2018-2060. Geraadpleegd op 30-07-2019, <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70737ned/table?ts=1564490755020>.

Figuur 12: Prognose demografische ontwikkeling bevolking naar leeftijdscategorie en aantal inwoners



De toename van het aantal ouderen, die bovendien vaker langer zelfstandig wonen, leidt tot meer multimorbiditeit, ouderdomsziekten (zoals artrose, diabetes en coronaire hartziekten) en geriatri-sche syndromen.<sup>147</sup> Er komen zodoende steeds meer mensen met een complexe, domein overstij-gende zorgvraag. Hierdoor stijgt de vraag naar eerstelijnszorg. Het aantal mensen met dementie neemt toe van 154.000 in 2015 tot 330.000 in 2040, een ruime verdubbeling. Dementie komt daar-mee in 2040 op de eerste plaats te staan als doodsoorzaak in Nederland. Bovendien is dementie, sa-men met artrose, de aandoening die tot 2040 de grootste toename in ziektelast veroorzaakt. Met het stijgen van de leeftijd neemt ook het aantal consulten bij de huisarts voor klachten aan het be-wegingsstelsel toe.<sup>148 149 150</sup>

Door de toename van de bevolking stijgt de vraag naar PA's. In Figuur 13 en Figuur 14 is het aantal patiënten van PA's naar leeftijdscategorie zichtbaar. PA's in de huisartsenzorg zien relatief minder ou-deren dan PA's in de MSZ. 21% van de patiëntcontacten van de PA's in de huisartsenzorg is met 65-plussers, in de MSZ is dat 35%. Omdat de groei van de bevolking de komende 10 jaar in de oudere leeftijdscategorieën hoger is dan in de jongere, is te voorzien dat de zorgvraag voor de PA in de MSZ hierdoor sneller toeneemt.<sup>151</sup> Zie Figuur 13 en Figuur 14.<sup>152</sup>

<sup>147</sup> Geriatri-sche syndromen zijn gezondheidsproblemen die relatief vaak bij ouderen voorkomen, zoals polyfarmacie, vallen, geheugenproblemen en dementie, gezichts- en gehoorstoornissen, incontinentie, depressie, beperkingen in het dagelijks functioneren en eenzaamheid.

<sup>148</sup> RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven: Auteur.

<sup>149</sup> De ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY (Disability-Adjusted Life-Years). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte.

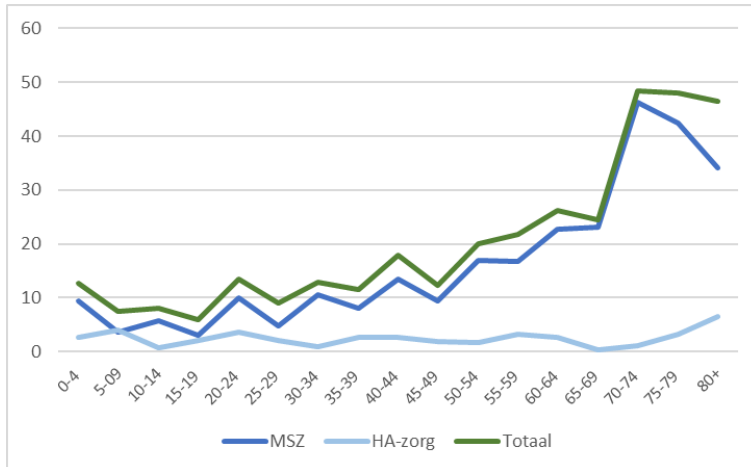
<sup>150</sup> Omdat de stijging van het aantal mensen met dementie hoofdzakelijk te verklaren is vanuit demografie is deze aandoe-ning in deze parameter meegenomen en niet bij epidemiologie.

<sup>151</sup> Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

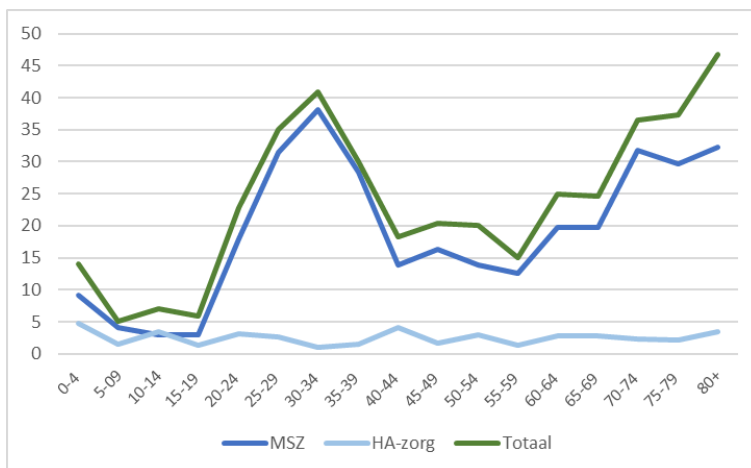
<sup>152</sup> Van der Meulen, L., Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Pris-mant.



**Figuur 13: Het aantal mannelijke patiënten met zorg geleverd door PA's, uitgesplitst naar sector en leeftijd in 2019, per 100.000 van de desbetreffende groep**



**Figuur 14: Het aantal vrouwelijke patiënten met zorg geleverd door PA's, uitgesplitst naar sector en leeftijd in 2019, per 100.000 van de desbetreffende groep**



### 5.2.3 Vrouwen hebben een lagere gezonde levensverwachting

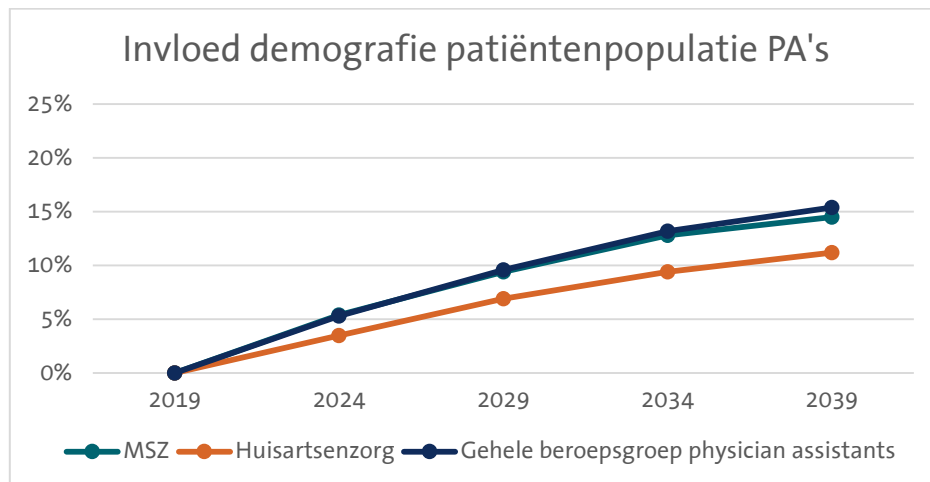
In 2017 leefden vrouwen gemiddeld 3,3 jaar langer dan mannen. Maar vrouwen hebben een lagere gezonde levensverwachting dan mannen. Vrouwen leven gemiddeld 1,2 jaar korter in goede ervaren gezondheid, 2,5 jaar korter zonder matige of ernstige beperkingen en 4,6 jaar korter zonder chronische ziekten. Vrouwen brengen veel meer jaren met chronische ziekten door dan mannen. De jaren die vrouwen langer leven dan mannen, leven ze dus niet in goede gezondheid. De levensverwachting

zonder chronische ziekten was in 2017 voor mannen gemiddeld 4,6 jaar hoger dan voor vrouwen: 46,0 jaar versus 41,4 jaar.<sup>153 154 155</sup>

### Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van de verzamelde gegevens wordt geconcludeerd dat de vraag naar PA's door de demografische ontwikkeling van de bevolking zal toenemen (zie Figuur 15). Opvallend is dat de vraag door demografische ontwikkeling voor de beroepsgroep als geheel iets sterker stijgt dan de vraag in de sectoren medisch specialistische zorg en huisartsenzorg. Dit komt doordat in de overige sectoren, waaronder ouderenzorg, er relatief veel oudere patiënten worden gezien. Gezien de grote groep werkzamen in de MSZ is het verschil met de gehele beroepsgroep erg klein en niet zichtbaar in de figuur.

**Figuur 15: Invloed demografische ontwikkeling bevolking op patiëntenpopulatie PA's**



Voorzien wordt dat de vraag voor de gehele beroepsgroep van **PA's** vanwege demografische ontwikkelingen in de komende 5 jaar met **5,3%** zal groeien. Na 10 jaar met **9,6%**, na 15 jaar met **13,2%** en na 20 jaar met **15,4%**. Zie Figuur 15.<sup>156</sup>

<sup>153</sup> Volksgezondheidszorg.info. Gezonde levensverwachting→Cijfers & Context→Huidige situatie. Geraadpleegd op 30-07-2019, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/gezonde-levensverwachting/cijfers-context/huidige-situatie#node-gezonde-levensverwachting-naar-geslacht>

<sup>154</sup> Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

<sup>155</sup> Voor de overige sectoren bleken de gegevens dermate verschillend van aard of de groep PA's dermate klein dat geen vergelijking mogelijk was.

<sup>156</sup> Van der Meulen, L. & Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

### 5.3 Epidemiologie

Epidemiologische ontwikkelingen duiden veranderingen in de prevalentie van ziektebeelden of aandoeningen die leiden tot een grotere of kleinere benodigde inzet van zorgprofessionals. Het afgelopen decennium steeg de prevalentie van de meeste ziekten en die stijging zet naar verwachting door.<sup>157</sup> De patiëntencontacten van PA's en de patiëntenpopulatie van de geneeskundig specialisten zijn vergeleken. Er is geïnventariseerd in hoeverre de waarden voor epidemiologie van de ramingen voor de geneeskundig specialisten gevolgd kunnen worden in deze raming. Ook is gekeken naar verschillen in aandoeningen en patiëntengroepen. Er blijken verschillen te zijn in patiënten en aandoeningen die PA's en geneeskundig specialisten zien. Daarom kunnen de waarden niet 1-op-1 worden overgenomen. Om deze reden zijn de trends meegenomen waarvan aangenomen kan worden dat zij van invloed zijn op de benodigde capaciteit aan PA's.<sup>158</sup> Hierna zijn de trends beschreven die van invloed zijn op de benodigde capaciteit aan PA's.

#### 5.3.1 Meer chronische aandoeningen en multimorbiditeit

De levensverwachting stijgt (zie paragraaf 5.2). We worden steeds ouder doordat mensen vaker aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker overleven, onder meer door betere behandelingen. Dit betekent dat er steeds meer mensen te maken krijgen met de langetermijngevolgen van die aandoeningen. Zij krijgen op termijn vaak met daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen te maken. Dit zijn bijvoorbeeld vermoeidheids- en concentratieklachten, depressies of angsten en problemen in het dagelijks functioneren. Het grootste deel van deze groep zal zich met hun klachten wenden tot eerstelijnszorgverleners. Het aantal mensen met een chronische aandoening en multimorbiditeit stijgt.<sup>159</sup> Mensen blijven daarnaast langer thuis wonen. Dit komt waarschijnlijk door een combinatie van de wens van ouderen om langer thuis te wonen en het op langer thuis wonen gerichte beleid van extramuralisering.<sup>160 161</sup>

Meer (kwetsbare) mensen vragen zorg, met name in de eerste lijn en wijkzorg. Dit komt door een combinatie van demografische ontwikkelingen, het overheidsbeleid dat erop gericht is zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Bovendien is er een toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Zij hebben vaak te maken met een veelheid aan zorgprofessionals en -organisaties, waardoor behoefte ontstaat aan iemand die zicht houdt op het integrale traject en zorgt voor coördinatie van de betrokken zorgprofessionals. Vanuit diverse sectoren wordt benoemd dat PA's (of VS'en) deze regierol vaker op zich kunnen nemen. De toename van comorbiditeit en complexiteit

<sup>157</sup> RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Auteur.

<sup>158</sup> In de raming van de medisch specialisten is als parameterwaarde 0% aangehouden, omdat er geen eenduidige bronnen beschikbaar zijn of omdat trends te verklaren zijn vanuit demografie. Trends die niet overgenomen zijn voor de huisartsenzorg zijn te herleiden tot demografie (vergrijzing), te onzeker om door te rekenen (effect verandering SES, vroeg opsporing dementie) of minder relevant voor de inzet van physician assistants (toename psychische problematiek).

<sup>159</sup> RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven: Auteur.

<sup>160</sup> Het overheidsbeleid is er sinds 2013 (introduktie scheiding wonen en zorg) op gericht om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Met de invoering van de Wlz in 2015 is dit beleid nog versterkt. Het resultaat is dat ouderen steeds vaker langer thuis blijven wonen of leven in kleinschalige, geclusterde woonvormen.

<sup>161</sup> Bijl, R., Boelhouwer, J., & Wennekers, A. (Red.). (2017). De sociale staat van Nederland 2017. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

van zorg vraagt volgens zorgprofessionals en managers in de acute zorg om de inzet van professionals met een meer generalistische inslag en brede opleiding, zoals PA's.<sup>162</sup>

### 5.3.2 Toename vaccinaties in huisartsenzorg

Huisartsen krijgen steeds meer werk aan vaccinatieprogramma's vanwege oprukkende infectieziekten. Zo heeft het ministerie van VWS in 2018 aangegeven het advies van de Gezondheidsraad om ouderen te vaccineren tegen pneumokokken te zullen opvolgen.<sup>163 164</sup> Een ander voorbeeld is de RIVM-campagne voor meningokokkenvaccinatie bij tieners uit september 2018. Daarbij kregen alle 14- tot 18-jarigen een uitnodiging voor vaccinatie. Aanleiding was de snelle toename van het aantal ernstig zieken en dodelijke gevallen veroorzaakt door meningokokken type W. Veel (ongeruste) patiënten wendden zich met vragen over de ziekte en de vaccinatie tot de huisarts, wat veel extra werk-druk opleverde.<sup>165 166</sup> Ook is de vraag naar griepvaccinaties eind 2018 toegenomen in vergelijking met voorgaande jaren.<sup>167</sup> Een deel van deze werkzaamheden kan ingevuld worden door een PA, POH, doktersassistent of VS in de huisartsenpraktijk.

#### Impact van deze ontwikkelingen

Vanwege de hiervoor genoemde epidemiologische ontwikkelingen stijgt de vraag naar PA's. Deze stijging doet zich vooral voor in de huisartsenzorg en acute zorg. Naar verwacht stijgt de benodigde capaciteit aan PA's daarmee **0,1%-0,2%** per jaar.<sup>168 169</sup>

### 5.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

In deze paragraaf worden sociaal-culturele ontwikkelingen besproken die de omvang van de zorgvraag naar PA's beïnvloeden. Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. We gaan hieronder in op vier ontwikkelingen: (1) meer zorg in eerste lijn en acute zorg, (2) transitie stuwen behoefte aan een regierol, (3) bekostiging stimuleert en remt vraag naar PA's en (4) voorziene toenemende vraag gehandicaptenzorg. Uiteraard houden deze ontwikkelingen verband met elkaar en met epidemiologische ontwikkelingen.

<sup>162</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA. / Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

<sup>163</sup> Gezondheidsraad (2018). Vaccinatie van ouderen tegen pneumokokken. Geraadpleegd op 02-08-2019, van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/02/28/vaccinatie-van-ouderen-tegen-pneumokokken>

<sup>164</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Kamerbrief 'Beleidsreactie pneumokokkenvaccinatie bij ouderen'. 09-10-2018.

<sup>165</sup> Landelijke Huisartsen Vereniging (2018). Vaccinatie meningokokken zorgt voor sterke stijging zorgvraag. 27-09-2018.

<sup>166</sup> Algemeen Dagblad (2018). Campagne voor meningokokken-vaccinatie zorgt voor extreme drukte bij huis-arts. 27-09-2018.

<sup>167</sup> Blikopnieuws (2018). Steeds meer mensen met griep naar de dokter. 19-12-2018.

<sup>168</sup> Parameterwaarden epidemiologie geneeskundig specialisten: Medisch specialisten: 0%, Huisartsen: 0,5%/1,0% (met name vanwege GGZ en toename zorg ouderen en kwetsbare groepen), Specialist ouderengeneeskunde: 0,4/1%, Arts verstandelijk gehandicapten: 0,1/0,2%.

<sup>169</sup> In de raming van de medisch specialisten is als parameterwaarde 0% aangehouden, omdat er geen eenduidige bronnen beschikbaar zijn of omdat trends te verklaren zijn vanuit demografie. Trends die niet overgenomen zijn voor de huisartsenzorg en verpleeghuiszorg zijn: te herleiden tot demografie (vergrijzing), te onzeker om door te rekenen (effect verandering SES, vroegopsporing dementie), minder relevant voor de inzet van PA (toename psychische problematiek).

#### 5.4.1 Meer zorg in de eerste lijn en acute zorg

Steeds meer zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn en de thuissituatie.<sup>170 171 172</sup> Op het vlak van diagnostiek is een toename zichtbaar van anderhalvelijnszorginitiatieven, zoals gezamenlijke spreekuren van huisartsen, medisch specialisten en/of paramedici. Ook relatief eenvoudige (chirurgische) ingrepen verschuiven naar de eerste lijn. Voorbeelden zijn sterilisatie van de man en kleine dermatologische ingrepen.<sup>173 174</sup> Daarnaast nemen de mogelijkheden tot het bieden van zorg in de eerste lijn en in de thuissituatie toe, zoals immunotherapie thuis.<sup>175</sup> De huisartsenzorg neemt controles over van het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij buisjes in het oor van kinderen, atriumfibrilleren bij hartpatiënten en stabiele epilepsiepatiënten. Verder zijn er experimenten met het postoperatief monitoren van patiënten in de thuissituatie.<sup>176</sup>

Stelselwijzigingen leiden tot een heroriëntatie op de keten. De transitie van zorg van de tweede naar de anderhalve en eerste lijn, het langer thuis wonen van ouderen, de toename van comorbiditeit en de complexiteit van zorgvragen en 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP) zijn stimulerende factoren voor de inzet van PA's in met name de huisartsenzorg en acute zorg. Ook in de ouderenzorg wordt een toenemende vraag naar PA's voorzien.<sup>177 178</sup>

Het langer thuis wonen van ouderen zorgt voor een toenemende vraag in de gehele spoedzorgketen. Er moet beter gestroomlijnd worden welke patiënt waar terecht komt: bij de huisarts, de huisartsenpost, de spoedeisende hulp of de ambulancezorg. Hierover zijn afspraken gemaakt in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.<sup>179</sup> Bij de beslissing of een zorgvraag eerste, tweede of derdelijnszorg is, ontstaat een grijs gebied. Hier is een zorgverlener nodig die zelfstandig kan handelen. Deze kan dan door spoedvisites de vraag in kaart brengen en voor de juiste routing zorgen. Dit kan het domein zijn/worden van de PA of VS. Een remmende factor is de bekostigingssystematiek: consulten van PA's en VS'en worden niet of beperkt vergoed.<sup>180</sup> Het aantal SEH's is afgenomen van 107 naar 88 in de periode 2003-2018. Door de grotere schaalgrootte van de resterende SEH's ontstaat daar een toenemende behoefte aan zelfstandig werkende en bevoegde zorgprofessionals.

<sup>170</sup> FWG (2018). Trendrapport. Brancheboekje Eerstelijnszorg. Utrecht.

<sup>171</sup> Zorgvisie (2018). Succesvolle substitutie: omzet Beatrix Ziekenhuis daalt 8,3 procent. 16-05-2018

<sup>172</sup> V&VN (2019). Ziekenhuis op Wielen: 'Nee is geen optie'. 21-05-2019. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/3096687/Ziekenhuis-op-Wielen-Nee-is-geen-optie>

<sup>173</sup> FWG (2018). Trendrapport. Brancheboekje Eerstelijnszorg. Utrecht.

<sup>174</sup> Van Erp, R., Van Doorn-Klomborg, A., Laurant, M., Van den Brink, G. & Van Vught, A. (2019). De rol van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialist in de Anderhalvelijnszorg een systematische literatuurstudie. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

<sup>175</sup> Rijnstate (2017). Rijnstate gaat immunotherapie bij de patiënt thuis geven. 31-08-2017. Geraadpleegd op 22-07-2019, van [www.rijnstate.nl/over-rijnstate/nieuws/2017/rijnstate-gaat-immunotherapie-bij-de-patient-thuis-geven/](http://www.rijnstate.nl/over-rijnstate/nieuws/2017/rijnstate-gaat-immunotherapie-bij-de-patient-thuis-geven/)

<sup>176</sup> Rijnstate (2019). Vitalys start onderzoek naar thuismonitoring van bariatrische patiënten samen met Rijnstate en Philips. 25-06-2019. Geraadpleegd op 22-07-2019, van [www.rijnstate.nl/over-rijnstate/nieuws/2019/vitalys-start-onderzoek-naar-thuismonitoring-van-bariatrische-patienten-samen-met-rijnstate-en-philips/](http://www.rijnstate.nl/over-rijnstate/nieuws/2019/vitalys-start-onderzoek-naar-thuismonitoring-van-bariatrische-patienten-samen-met-rijnstate-en-philips/)

<sup>177</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>178</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>179</sup> Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Geraadpleegd op 11-09-2019, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/spoedzorg/kwaliteitskader-spoedzorgketen>

<sup>180</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

De beschikbare capaciteit op de arbeidsmarkt in de eerste lijn en de acute zorg lijkt een knelpunt bij de realisatie van de verschuiving van zorg naar de eerste lijn en het langer thuis wonen van ouderen. Zorgprofessionals, wetenschappelijke verenigingen en managers in meerdere sectoren achten de verschuiving van zorg naar de eerste lijn minder waarschijnlijk gezien de hoge werkdruk, groeiende zorgvraag en/of beperkte capaciteit in de eerste lijn.<sup>181 182 183 184</sup> Ook zou geld nog onvoldoende mee verschuiven van de tweede naar de eerste lijn.<sup>185</sup> Volgens stakeholders kan er vakinhoudelijk gezien meer zorg vanuit de tweede lijn verschuiven dan nu daadwerkelijk gebeurt, zoals follow-ups en chemotherapie thuis. Desondanks is de verwachting dat de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn verder doorgang vindt.<sup>186</sup> In het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 is afgesproken dat er in 2022 sprake is van 0% volumegroei in 2022. Dit staat in relatie tot de wens om zorg op andere plekken te bieden dan in het medisch-specialistisch domein. Dat leidt tot een lagere volumegroei voor de medisch-specialistische zorg en hogere volumegroei voor (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging en ELV. Er is incidenteel geld beschikbaar gesteld voor instellingen die overgaan naar de JZOJP en een krimpscenario volgen.<sup>187</sup> Experts uit ziekenhuizen en van de zorgverzekeraars zien voor de komende ramingsperiode duidelijk kansen voor de verplaatsing van zorg naar de eerste lijn. De zorg zou dan direct naar patiënten of huisartsen kunnen worden overgedragen.<sup>188</sup>

Hoe snel en omvangrijk de verschuivingen zullen zijn is vooralsnog ongewis. Initiatieven in het kader van JZOJP, zoals diverse pilots en Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg, bieden geen uitsluitend over de snelheid en omvang van de transitie van zorg en nieuwe zorgconcepten op landelijk niveau. Deze initiatieven zijn veelal nog niet structureel van aard en/of kennen nog geen toekomstbestendige bestoelving of brede uitrol. De beschikbare evaluaties geven een overwegend positief beeld op uitkomstmaten zoals gezondheid en kwaliteit van zorg op interventieniveau. Om de proeftuinen in te zetten voor de gehele populatie zijn onder andere investeringen nodig voor een regionale informatie- en kennisinfrastructuur.<sup>189</sup> Veel initiatieven lopen tegen schotten aan, wanneer het gaat om financiële aspecten (investeringen en verdeling lasten/risico's), regulering en toezicht en praktische punten. Initiatieven zijn vaak lokaal en hebben moeite met opschalen en duurzaamheid op de langere termijn.<sup>190</sup>

<sup>181</sup> Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019.

<sup>182</sup> Skipr. Zorgen om groeiend tekort doktersassistenten. 18-07-2019.

<sup>183</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1. Medische specialismen, Klinische technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Auteur.

<sup>184</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde.

<sup>185</sup> FWG (2018). Brancheboekje ziekenhuiszorg. Utrecht: Auteur.

<sup>186</sup> Idem.

<sup>187</sup> Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. 4 juni 2018.

<sup>188</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1. Medische specialismen, Klinische technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde. Utrecht.

<sup>189</sup> RIVM (2018). Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen.

<sup>190</sup> Mesman R, Hesselink G. & Groenewoud S. (2019). Verzilveren met ontschotting. Onderzoek naar succes- en faalfactoren, opschaling, maatschappelijke kosten en baten. IQ Scientific Center for Quality of Healthcare. Radboudumc.

Mogelijk verhuizen PA's vanuit de ziekenhuizen mee om zorg te gaan bieden in de eerste lijn. Als gevolg van verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, wordt gesignaleerd dat er zorgverleners 'mee verplaatsen'.<sup>191</sup> Aangezien PA's tijdens hun opleiding zowel in de ziekenhuiszorg als in de huisartsenzorg theoretische en praktische ervaring hebben opgedaan, kan deze beroepsgroep mogelijk relatief vlot (deels) ingezet worden in een andere sector. Desondanks wordt het aannemen van PA's die zijn opgeleid in een andere sector nu soms als een barrière ervaren.<sup>192 193</sup> Intersectoraal opleiden of het aanbieden van herscholingstrajecten bij het (deels) inzetten van PA's in een andere sector kan de verschuiving van zorg en bijbehorende capaciteit aan zorgprofessionals over de sectoren mogelijk vergemakkelijken. Ook kunnen huisartsen PA's opleiden om verschoven taken uit de tweede lijn op zich te nemen. In de huisartsenzorg worden echter vaker belemmeringen ervaren bij het opleiden van PA's (zie hoofdstuk 8).

#### 5.4.2 Transitie stuwen behoefte aan een regierol

Een van de sociaal-culturele ontwikkelingen die invloed kan hebben op de benodigde capaciteit aan PA's is de toenemende behoefte aan een zorgprofessional in de regierol. Deze behoefte wordt onder andere ingegeven door veranderingen in het zorgstelsel. Bewegingen zoals JZOJP, netwerkzorg en de transitie van zorg naar de eerste lijn en de thuissituatie, zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd. Er wordt door stakeholders vanuit het initiatief JZOJP meer samenwerking voorzien tussen de ziekenhuizen, eerste lijn, acute zorg en thuis-/wijkzorg.<sup>194 195 196</sup> Stakeholders zijn onder andere sector- en beroepsorganisaties, PA's, geneeskundig specialisten en managers. Verder maken zorgverzekeraars afspraken over het verplaatsen van ziekenhuiszorg.<sup>197</sup> Hierbij ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. Voor de PA worden mogelijkheden gezien om meer de regie op zich te nemen in de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De PA kan de communicatie en afstemming met de huisarts op zich nemen en de verbinding zijn tussen de eerste en de tweede lijn. De PA vormt als het ware een 'transmurale brug': de schakel tussen diverse zorgorganisaties en -sectoren.<sup>198</sup>

In de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg is behoefte aan een coördinerende zorgprofessional voor een deel van de respondenten een reden voor het opleiden en aannemen van een PA. In de huisartsenzorg geven enkele respondenten aan dat zij de transitie van zorg naar de eerste lijn en zorg op de juiste plek als stimulerende factoren zien voor het opleiden en aannemen van PA's.<sup>199</sup>

<sup>191</sup> FWG (2018). Brancheboekje Eerstelijnszorg. Utrecht: Auteur.

<sup>192</sup> Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019.

<sup>193</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>194</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>195</sup> Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

<sup>196</sup> ZonMw. Programma Juiste Zorg op de Juiste Plek. Over dit programma. Geraadpleegd op 22-07-2019, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programma-detail/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/>

<sup>197</sup> Zorgvisie (2019). Isala doet 10 procent ziekenhuiszorg naar huis. 15-02-2019. Geraadpleegd op 22-07-2019, van <https://www.zorgvisie.nl/isala-doet-10-procent-ziekenhuiszorg-naar-huis/>

<sup>198</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>199</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

Ook vanwege het toenemende aantal patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit neemt de behoefte aan een zorgprofessional in de regierol toe (zie paragraaf 5.2). Daarnaast neemt de behoefte aan een regierol toe door de toename van ketenzorg en value based healthcare. Het streven naar shared decisionmaking en één vast aanspreekpunt per patiënt maakt dat er meer tijd nodig is voor begeleiding van patiënten. Daarnaast is er ook behoefte aan een coördinerende rol op afdelingen in ziekenhuizen, vanwege een toenemende zorgvraag terwijl de capaciteit aan aiossen niet mee stijgt (zie paragraaf 6.3).<sup>200</sup>

#### 5.4.3 Bekostiging stimuleert en remt vraag naar PA's

Het financiële plaatje speelt een belangrijke rol bij de besluitvorming over het al dan niet aannemen en/of opleiden van een PA. Bekostiging is een stimulans voor het aannemen van PA's in de revalidatiezorg, de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg. In de medisch specialistische zorg en huisartsenzorg geeft een derde van de betrokkenen aan dat bekostiging een stimulans is voor het opleiden en aannemen van PA's (en VS'en). In de MSZ en revalidatiezorg worden hierbij lagere salariskosten dan artsen, het zelfstandig DBC's openen en sluiten en doelmatigheid het vaakst genoemd. In de huisartsenzorg spelen lagere salariskosten dan die van een huisarts en innovatiegelden een stimulerende rol.<sup>201</sup>

Bij de keuze voor een zorgprofessional bij het invullen van een vacature wordt door zorgorganisaties veelal geen business-case gemaakt, maar gekeken naar de hoogte van het salaris van de PA in vergelijking met een geneeskundig specialist of basisarts/anos. Bij enkele geneeskundig specialisten en managers leven zorgen over hogere salariseisen die PA's mogelijk gaan stellen, naarmate de professionalisering van deze beroepsgroepen vordert. Wanneer deze looneisen sterk stijgen, kan dit het beroep minder aantrekkelijk maken voor werkgevers is de gedachte. In de huisartsenzorg wordt de PA voor het eerst beschreven in de CAO Huisartsenzorg 2019-2020.<sup>202 203</sup> In de MSZ is de FWG voornemens de functie 'physician assistant' te omschrijven en opnieuw te wegen.<sup>204 205</sup>

In de MSZ en de huisartsenzorg is 'bekostiging' naast een stimulerende factor ook de meest genoemde remmende factor voor het opleiden of aannemen van PA's. In de MSZ betreft het dan vooral onduidelijkheid over toekomstige (DBC-)vergoedingen van zorgverzekeraars, de verdeling van (salaris)kosten tussen het medisch specialistisch bedrijf en het ziekenhuis, de verdeling van formatie over de medische en verpleegkundige staf<sup>206</sup> en onduidelijkheid over deze verdelingen.<sup>207</sup> Soms kiest een

<sup>200</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>201</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>202</sup> InEen. Nieuwe cao Huisartsenzorg 2019-2020. 6 juni 2019. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://in-een.nl/nieuws/2019/06/06/nieuwe-cao-huisartsenzorg-2019-2020/>

<sup>203</sup> PRINCIPLEAKKOORD CAO HUISARTSENZORG 1 maart 2019 – 31 december 2020

<sup>204</sup> FWG. Physician assistant. Geraadpleegd op 22-07-2019, van [https://www.fwg.nl/physician-assistant\\_update2018/](https://www.fwg.nl/physician-assistant_update2018/)

<sup>205</sup> NAPA (2019). Jaaroverzicht: NAPA in 2018.

<sup>206</sup> Hoewel er geen casuïstiek bekend is waarbij de formatie van PA's onder de verpleegkundige staf wordt gerekend, geeft 9% van de respondenten aan dat onduidelijkheid op dit punt een remmende factor is bij het aannemen of opleiden van PA's. Vermoedelijk komt dit voort uit onbekendheid met het beroep.

<sup>207</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.



vakgroep onder andere voor een VS-AGZ, omdat het ziekenhuis dan een groter deel van de salaris-kosten op zich neemt dan wanneer gekozen zou worden voor een PA. 75% van de PA's is in dienst van het ziekenhuis en 6% bij een medisch specialistisch bedrijf.<sup>208</sup> De belangrijkste remmende factoren in de huisartsenzorg zijn onduidelijkheid over toekomstige bekostiging door zorgverzekeraars en gebrekkige bekostiging door zorgverzekeraars. Veranderingen op dit vlak zullen de vraag naar PA's waarschijnlijk doen stijgen.

Het overgrote deel van de gesprekspartners in alle sectoren geeft aan dat de subsidie op opleiden essentieel is bij de keuze voor het al dan niet opleiden.<sup>209</sup> Ook in een evaluatie van de subsidieregeling voor de opleidingen tot PA en VS gaven hogescholen aan dat de subsidie voor werkgevers een belangrijk punt is wanneer deelname aan de opleiding aan de orde is. Hierbij kon niet worden vastgesteld hoe groot de invloed van de subsidiehoogte is op het al dan niet opleiden van PA's en VS'en.<sup>210</sup> De meningen over in hoeverre de subsidie dekkend is lopen sterk uiteen. Met name in de huisartsenzorg wordt aangegeven dat de subsidie te laag is. Ook vormt onduidelijkheid over toekomstige subsidies voor het opleiden van PA's in deze sector een remmende factor.<sup>211</sup>

Het overheidsbeleid is er de laatste jaren op gericht om meer gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor PA's en VS'en te realiseren.<sup>212 213 214</sup> In paragraaf 3.4.2 'Instroom ten opzichte van subsidie' is beschreven dat veranderingen in wet- en regelgeving en financiering van de zorg van invloed zijn op de instroom in de opleiding. De verwachting is dat zolang er zich geen grote wijzigingen voordoen in de financiering, het aantal instromers in de opleidingen binnen de MSZ de komende jaren het aantal gesubsidieerde plaatsen zal volgen. In onder andere de huisartsenzorg spelen een aantal remmende factoren hierbij een rol (zie hoofdstuk 8).

#### 5.4.4 Voorziene toenemende vraag gehandicaptenzorg

In de gehandicaptenzorg voorziet 41% van de betrokkenen bij de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's een stijging van de inzet in de komende 5 jaar. Hierbij speelt onder andere de toenemende vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten in het laatste decennium een rol. De hervormingen van de langdurige zorg, het extramuraliseringsbeleid en het participatiebeleid hebben tot gevolg dat van kwetsbare groepen, zoals ouderen en verstandelijk gehandicapten, steeds meer zelfredzaamheid en ondersteuning vanuit het eigen sociale netwerk wordt verwacht. Het overheidsbeleid stimuleert dat mensen met een beperking zoveel mogelijk zelfstandig wonen en deelnemen aan de samenleving, onderwijs en werk. De praktijk wijst echter uit dat dit niet voor iedereen haalbaar is. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen bijvoorbeeld lang niet altijd kiezen

<sup>208</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (2019). Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg. Utrecht: Auteur.

<sup>209</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>210</sup> Ecorys & SEOR. (2016). Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants. Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B. Rotterdam: Auteur.

<sup>211</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>212</sup> Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. 4 juni 2018.

<sup>213</sup> Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022. 11 juli 2018.

<sup>214</sup> Ministerie van VWS (2019). Betreft: opleidingsplaatsen MPA en MANP cohort 2019-2020. 30-04-2019.

waar en met wie ze wonen.<sup>215</sup> Ook is het vinden en behouden van betaald werk voor hen vaak veel moeilijker dan voor de algemene bevolking.<sup>216 217</sup>

### Impact van deze ontwikkelingen

Gezien de voorziene aanhoudende aandacht voor doelmatigheid is te verwachten dat het kostenplaatje ook de komende jaren een stimulerend effect heeft op het opleiden van PA's. Wijzigingen in bekostiging kunnen de omvang van de vraag naar PA's beïnvloeden. Dit betreft eventuele veranderingen in de subsidieregeling op opleiden<sup>218</sup> en de stimuleringssubsidie in de huisartsenzorg. Het betreft ook wijzigingen in de bekostiging van door PA's (en VS'en) verleende zorg door zorgverzekeraars en regelgeving hierover. Tenslotte spelen ook aanpassingen in zorgbudgetten op sectorniveau een rol.

Een grote onzekere factor is de transitie van zorg naar de eerste lijn en thuis en in het verlengde daarvan de opkomst van de anderhalve lijn en nieuwe zorgconcepten. Er is geen zicht op hoe snel en omvangrijk de verschuivingen van zorg zullen zijn en hoeveel van de verschoven zorg daadwerkelijk terecht komt bij de PA. Naar verwachting bevinden de transitie van zorg en het ontstaan van nieuwe zorgconcepten zich nog in een beginfase. Gezien de gemaakte afspraken in bestuurlijke en hoofdlijnenakkoorden, het veelvoud aan initiatieven en onderzoeken en de eerste voorzichtige positieve resultaten, is het aannemelijk dat ingezette veranderingen in ieder geval deels doorgang vinden. De omvang en snelheid van deze transities zullen echter onder andere afhangen van de mogelijkheden die overheden en zorgorganisaties op het vlak van financiën, toezicht, kennisinfrastructuur en cultuur kunnen creëren voor de totstandkoming van nieuwe initiatieven. Daarnaast zal de behoefte aan een regierol de komende jaren waarschijnlijk toenemen.

Met het oog op de hiervoor genoemde sociaal-culturele ontwikkelingen en de aanzienlijke onzekerheden daarin hanteert het Capaciteitsorgaan een bandbreedte voor de parameter sociaal-cultureel. Deze bandbreedte ligt tussen **2,5%** en **4,0%**. Dit betekent dat de benodigde capaciteit aan PA's alleen door sociaal-culturele ontwikkelingen per jaar met 2,5% tot 4,0% zal moeten toenemen om aan de vraag te voldoen.

---

<sup>215</sup> Putter, I. de, Oldenkamp, M., Hulsbosch, L., & Boeije, H. (2018). *Meting indicatoren voor de monitoring van het VN Verdrag voor de rechten van mensen met een handicap: Stand van zaken 2012-2016 in Nederland*. Utrecht: Nivel.

<sup>216</sup> Sadiraj, K., Hoff, S., & Versantvoort, M. (2018). *Van sociale werkvoorziening naar participatiewet: Hoe is het de mensen op de Wsw-wachlijst vergaan?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

<sup>217</sup> Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht: Auteur.

<sup>218</sup> Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020517/2017-07-01>

## 5.5 Parameterwaarden 'Zorgvraag'

De parameterwaarden uit Tabel 19 over de zorgvraag, zijn gebruikt voor de totstandkoming van het instroomadvies. De waarden vormen de invoer van het ramingsmodel.

Tabel 19: Parameterwaarden 'Zorgvraag'

		Physician assistant
Demografie	2024	5,3%
	2029	9,6%
	2034	13,2%
	2039	15,4%
Epidemiologie		0,1-0,2%
Sociaal-cultureel		2,5%-4,0%
Onvervulde vraag		6,6%

## 6 Werkproces

### Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod: het werkproces. Aan de orde komen de effecten van vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale en verticale taakverschuivingen en arbeidstijdverandering op de benodigde capaciteit aan PA's. Sectorspecifieke ontwikkelingen in het werkproces komen in hoofdstuk 8 aan bod.

### Dataverzameling

Om de ontwikkelingen in het werkproces in kaart te brengen, is onderzoek gedaan naar: de besluitvorming binnen zorgorganisaties over het al dan niet aannemen en/of opleiden van PA's, hun beweegredenen en de invloed van beleid, bekostiging en arbeidsmarktfactoren.<sup>219</sup> Ook rapporteerden PA's over hun werkzaamheden en tijdsbesteding en de mogelijkheden die zij zien voor het overnemen van taken van geneeskundig specialisten.<sup>220</sup> Daarnaast zijn focusgroepen georganiseerd met managers, PA's, VS'en, geneeskundig specialisten en werkgevers.<sup>221</sup> Verder zijn interviews afgenomen met PA's en stakeholders en heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden. Tenslotte zijn de parameterwaarden voor verticale taakverschuivingen uit de ramingen van de geneeskundig specialisten geïnterviewd.

Op basis van deze veelal kwalitatief verzamelde gegevens heeft het Capaciteitsorgaan voorstellen voor de parameterwaarde(n) gedaan aan de werkgroep PA/VS. De parameterwaarden in dit hoofdstuk duiden de jaarlijks benodigde groei in fte's om aan de vraag die voortkomt uit een ontwikkeling te voldoen. In de voorstellen voor de parameterwaarden is ook rekening gehouden met de omvang van de beroepsgroepen en sectoren. 1% in een beroep of sector waarin relatief weinig fte gewerkt wordt, heeft een minder groot effect in absolute aantallen dan 1% in een beroep of sector waar een groot aantal fte werkzaam is. De parameterwaarden van verschillende beroepen, bijvoorbeeld PA, VS of geneeskundig specialist, zijn dus niet een-op-een vergelijkbaar ook al zijn de onderliggende trends wellicht gelijk.

### 6.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Vakinhoudelijke ontwikkelingen kunnen verschillen naar sector, specialisme en type zorgorganisatie. Deze paragraaf behandelt de vakinhoudelijke ontwikkelingen die voor de meeste PA's gelden.

#### 6.1.1 Structurele inzet op additionele taken

Uit de dataverzameling blijkt dat PA's niet alleen taken overnemen van geneeskundig specialisten, maar ook additionele taken oppakken. Hierbij verrichten PA's werkzaamheden die voorheen niet of slechts in beperkte mate werden uitgevoerd, bijvoorbeeld op het vlak van preventie, communicatie met patiënten en naasten en organisatie van de zorg. Het betreft taken op het vlak van taakdiversificatie, waarbij taken en verantwoordelijkheden worden uitgebreid zonder dat daarbij het domein van

<sup>219</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>220</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>221</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

een andere 'gevestigde' beroepsgroep wordt overschreden.<sup>222</sup> Het beoogde doel van deze inzet op additionele taken is bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van zorg, tijdige start van behandelingen en/of verbetering van de patiënttevredenheid. Er wordt ook wel gesproken van 'taakvernieuwing' of 'suppletie'.

Beoogde inzet op additionele taken, bijvoorbeeld met als doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg of het uitbreiden van diensten, is voor sommigen een reden om een PA aan te nemen of op te leiden.<sup>223</sup> Ook het verbeteren van de organisatie van de zorg wordt in onder andere de huisartsenzorg, revalidatiezorg en medisch specialistische zorg genoemd als reden voor het opleiden en aannemen van PA's. Het investeren in preventie, het uitvoeren van projecten en innovaties door PA's en meer tijd voor communicatie met patiënten en naasten worden hierbij eveneens genoemd. Respondenten geven aan dat deze additionele werkzaamheden een stimulans zijn voor het opleiden en aannemen van PA's (en VS'en).<sup>224</sup>

Exacte cijfers over de omvang van de inzet van PA's op additionele taken ontbreken. Wel zijn cijfers voorhanden over de top vijf aan werkzaamheden waaraan PA's de meeste werktijd besteden. Het overgrote deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites (91% van de PA's besteedt hier gemiddeld 49% van de werktijd aan). Toch vormen additionele (project)taken voor bijna de helft van de PA's een structureel onderdeel van het werk. Bij 49% van de werkzame PA's bestaat een vast deel van hun werktijd uit het uitvoeren van projecttaken. Projecttaken omvatten taken die zich richten op innovatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en organisatie van de zorg. Zij besteden hier gemiddeld 11% van hun tijd aan. Dit is los van overleg en afstemming, zoals intercollegiaal-, farmacotherapeutisch- en multidisciplinair overleg. Ook participatie in werkgroepen en commissies en het doen van wetenschappelijk onderzoek valt hierbuiten.<sup>225</sup>

### 6.1.2 Schouwen

PA's (en VS'en) beschikken momenteel niet over een zelfstandige bevoegdheid tot schouwen. Artikel 3 van de Wet op de lijkbezorging bepaalt dat lijkschouwing zo spoedig mogelijk na het overlijden geschiedt door de behandelend arts of door een gemeentelijk lijkschouwer. Bij verwacht overlijden in de huisartsenzorg en de ouderenzorg geven PA's (en VS'en) aan dat zij deze taak ook op zich zouden kunnen nemen. Vanwege vergrijzing is er de komende jaren een grote toename in de vraag naar 'schouwen' te voorzien. Op dit moment zijn PA's hiertoe echter nog niet bevoegd en voeren zij deze taak dus niet uit.

<sup>222</sup> Wallenburg, I., Jansen, M., & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

<sup>223</sup> Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017 Feb 7; 18(1):16.

<sup>224</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>225</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

Op 2 februari 2018 is het rapport van de Taskforce lijkschouw aan de Tweede Kamer aangeboden. De Taskforce heeft in een van de aanbevelingen aangegeven de mogelijkheden te willen verkennen om forensisch verpleegkundigen en PA's in te zetten voor lijkschouwing. Zij kunnen de behandelend arts assistentie verlenen en daarmee ontlasten bij het verrichten van de lijkschouw. Bezien zal moeten worden of wetwijziging gewenst is om anderen dan de behandelend arts de lijkschouw te kunnen laten verrichten. Dit kan worden betrokken bij de lopende herziening van de Wlb.<sup>226 227</sup>

### 6.1.3 Stappen richting verdere vakinhoudelijke ontwikkelingen

Los van de hiervoor genoemde bevindingen, zijn er geen vakinhoudelijke ontwikkelingen in beeld die een structureel effect sorteren op de benodigde capaciteit aan PA's. Wel is het aannemelijk dat ook op het vlak van innovatie en verbetering van de kwaliteit van zorg in de toekomst vakinhoudelijke stappen worden gezet. De beroepsgroep is inmiddels bijna twee decennia actief in de Nederlandse gezondheidszorg en er zijn grote stappen gemaakt. Toch vraagt positionering en afbakening van werkzaamheden en verantwoordelijkheden binnen zorgorganisaties nog steeds veel aandacht en tijd van de beroepsgroep.

Naar verwachting vragen deze zaken in de toekomst minder tijd. Er komen ook meer PA's per specialisme en steeds meer PA's sluiten zich aan bij de beroepsvereniging en de vakgroepen die hierbinnen actief zijn. Daarnaast wordt door de beroepsgroep actief samenwerking gezocht met geneeskundig specialisten bij bijvoorbeeld het opstellen van richtlijnen, het doen van onderzoek, het opstellen van beleid en het volgen van scholing. Naar verwachting zal er in de komende jaren op specialismeniveau meer aandacht komen voor deskundigheidsbevordering, betrokkenheid bij de (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen, wetenschappelijk onderzoek en innovatie naar expertisegebied, waardoor er een voedingsbodemplooi ontstaat voor verdere vakinhoudelijke ontwikkelingen. Mogelijk komt er dan ook meer ruimte voor PA's om onderzoek te doen en te promoveren. Hierdoor zou er dan relatief minder capaciteit beschikbaar zijn voor de directe patiëntenzorg, wat dus meer instroom in de opleidingen vraagt om aan dezelfde vraag te blijven voldoen.

#### Impact van deze ontwikkelingen

Gezien voorgaande bevindingen hanteert het Capaciteitsorgaan in deze raming voor de parameter 'vakinhoudelijke ontwikkelingen' de waarde **2%**.<sup>228</sup> Er is meer benodigde inzet van PA's te voorzien vanwege de inzet op additionele taken. Op dit moment ontbreekt de zelfstandige bevoegdheid tot schouwen nog. Om deze reden is deze ontwikkeling nog niet meegenomen in de parameterwaarde.

<sup>226</sup> Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). Onderwerp: Rapport "De dood als startpunt" van de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. 02-02-2018.

<sup>227</sup> Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie (2018). De dood als startpunt. een onderzoek naar de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie.

<sup>228</sup> Deze waarde is binnen deze raming lager dan die in de raming van de VS-AGZ. Reden is dat de inzet van PA's op additionele taken in de onderzoeken minder vaak genoemd wordt als reden voor het opleiden en aannemen van PA's dan bij VS'en. Ook is de huidige inzet op additionele taken minder omvangrijk dan die van de VS-AGZ.

## 6.2 Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande op het vlak van ICT en technologie<sup>229</sup> en het verminderen van administratieve lasten in veel sectoren.<sup>230</sup> Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan PA's.

Ook volgens KPMG (2018) is verdere efficiencywinst in de productiviteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg beperkt. Oplossingen voor de toekomst moeten volgens KPMG gezocht worden in slimmer werken en het anders organiseren van de zorg.<sup>231</sup> In de e-health monitor (2018) wordt geconcludeerd dat het digitaliseren van zorgprocessen het overschrijven en dus de registratielast kan terugdringen, maar dat zorgprofessionals in de praktijk juist meer registratielast ervaren.<sup>232</sup> De gehanteerde parameterwaarde is vastgesteld op **0%**.

## 6.3 Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Hieronder bespreken we taakverschuivingen tussen PA's en VS-AGZ en PA's en aiossen. Op basis van veldgesprekken is het aannemelijk dat er ook taken verschuiven van aiossen naar PA's. Er is echter geen zicht op de mate waarin dit gebeurt, of het gaat om incidentele of structurele verschuivingen en in hoeverre dergelijke verschuivingen in de toekomst van invloed zullen zijn op de benodigde capaciteit aan PA's.

### 6.3.1 Taakverschuivingen tussen PA's en VS'en-AGZ

Uit de veldgesprekken en interviews bleek dat er met name in de medisch specialistische zorg toenemende aandacht is voor het gericht positioneren van PA's en VS'en. Uit eerder onderzoek bleek dat een visie op welke professional het beste kan worden ingezet veelal ontbrak en dat de keuze voor een PA of VS veelal op toeval berust.<sup>233 234 235 236</sup>

Ook uit onderzoek van HHM blijkt dat de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en in 2019 vrijwel geheel door dezelfde factoren beïnvloed wordt. De verschillen zitten hem vooral in de mate waarin deze invloeden een rol spelen en waar accenten worden gelegd. Zo is de zorg voor specifieke aandoeningen en patiëntengroepen vaker een reden om een VS op te leiden of

<sup>229</sup> Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

<sup>230</sup> (Ont)regel de zorg.

<sup>231</sup> KPMG (2018). Healthcheck. Ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg.

<sup>232</sup> Wouters, M. et. al. (2018). eHealth-monitor. E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor 2018. Nictiz. Nivel.

<sup>233</sup> Laurant M, Van Vught A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

<sup>234</sup> Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant, M. (2017) Eindrapport. Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc.

<sup>235</sup> Van der Biezen, M, Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

<sup>236</sup> Kouwen, A.J., Van der Brink, G.T.W.J., Kleven, P., Leferink, N., Van Vugt, Y., Grijsen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016) Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Nijmegen: Radboudumc.

aan te nemen dan bij de PA's. Ook spelen verbetering van de organisatie van de zorg en het uitvoeren van projecten/innovaties vaker een rol bij de keuze voor een VS. Echter ook PA's worden vanwege deze redenen opgeleid en aangenomen. In de MSZ worden PA's weer vaker dan VS'en aangenomen en opgeleid vanwege een hoge werkdruk van of beperkte capaciteit aan medisch specialisten en aiossen. En in de huisartsenzorg zijn opvolgingsproblematiek en de wens van de huisarts om minder uren te werken wat vaker een stimulans voor de inzet van een PA, dan dat voor een VS'en het geval is. Echter ook bij de VS'en spelen deze zaken een stimulerende rol bij het opleiden en aannemen.<sup>237</sup>

Inmiddels zijn diverse ziekenhuizen bezig met trajecten of visieontwikkeling om de PA en de VS op de juiste plek in te zetten. Dit leidt veelal niet tot herpositionering van bestaande professionals. Wel dragen deze trajecten bij aan gerichte positionering van nieuw aan te nemen PA's en/of VS'en. Op dit moment zijn er geen signalen dat de vraag naar PA's hierdoor zal dalen of stijgen. Om deze reden wordt er aangenomen dat er geen sprake is van structurele en substantiële horizontale taakverschuivingen tussen PA's en VS'en.

### 6.3.2 Taakverschuivingen vanuit aiossen

In de medisch specialistische zorg ervaren managers dat de zorgvraag en het aantal medisch specialisten toeneemt, terwijl de capaciteit aan aiossen niet mee stijgt. Aiossen kunnen niet zo veel meer worden ingezet tijdens de diensten.<sup>238</sup> Dit komt onder andere door effectuering van de individualisering van de opleidingsduur.<sup>239</sup>

Managers ervaren knelpunten in de formatie wanneer het gaat om het rondkrijgen van roosters voor niet-complexe en/of generalistische taken, zoals het invullen van de zaalartsfunctie. Managers zetten daarom andere zorgprofessionals in om de roosters rond te krijgen. Dit zijn bijvoorbeeld aiossen, ziekenhuisartsen, PA's en VS'en. 13% van de respondenten in de MSZ geeft aan dat beperkte capaciteit aan aiossen een reden is voor het opleiden en aannemen van PA's.<sup>240</sup> Een andere oplossing waarvoor een deel van de managers kiest, is het aanbieden van een 'bijbaan' aan aiossen. Zij worden dan buiten hun opleiding om, betaald ingezet in het ziekenhuis.

De individualisering van de opleidingsduur van aiossen wordt gemonitord.<sup>241</sup> Vanaf juli 2014 is de opleidingsduur met circa 3 maanden verkort. Momenteel spreken veldpartijen over het beoogde

---

<sup>237</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>238</sup> Zorgvisie (2019). Verkorting opleiding medisch specialist geeft roosterproblemen ziekenhuis. 11-02-2019.

<sup>239</sup> SOM (2016). Taakherschikking als reactie op individualiseren van de opleiding. "Met het Opleidingsakkoord van oktober 2013 is afgesproken de medisch specialistische vervolgopleidingen te versnellen met 7,5%. [...] Door de verminderde aios-inzet zal taakherschikking in toenemende mate worden ingezet."

<sup>240</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>241</sup> RGS (2019). Monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019.



doel van de geïndividualiseerde versnelling van de opleidingsduur.<sup>242 243 244</sup> Wanneer de opleidingsduur van aiossen na 2019 verder afneemt en het oorspronkelijke doel van een inkorting van 6 maanden in 2022 wordt aangehouden, dan is te voorzien dat de extra vraag naar PA's die hieruit voortkomt de komende jaren aanhoudt. Om het effect van deze trend op de benodigde capaciteit aan PA's mee te kunnen nemen in de raming is op basis van aannames een doorrekening gemaakt (zie paragraaf 8.1.4 voor de berekening en verdere achtergrondinformatie). Aangenomen wordt dat het doorzetten van de inkorting van de opleidingsduur van aiossen tot het beoogde doel een jaarlijkse taakverschuiving van **0,60%** per jaar betekent voor de gehele beroepsgroep van PA's.<sup>245</sup> In andere sectoren dan de MSZ zijn er geen signalen dat er sprake is van structurele horizontale taakverschuivingen van aiossen naar PA's.

### Impact van deze ontwikkelingen

Gezien de onzekerheid over verdere inkorting van de opleidingsduur van aiossen in de medisch specialistische zorg wordt voor de parameter 'horizontale taakverschuivingen' wordt een bandbreedte van **0,0%** tot **0,60%** aangehouden. Bij 0,0% is het uitgangspunt dat er geen verdere inkorting van de opleidingsduur plaatsvindt. Bij 0,60% is de aanname dat dit wel het geval is.

## 6.4 Verticale taakverschuivingen

In deze paragraaf worden de belangrijkste ontwikkelingen op het vlak van verticale taakverschuivingen benoemd. Hiervan wordt verwacht dat deze de komende jaren de meeste invloed zullen hebben op de benodigde capaciteit aan PA's op het vlak van verticale taakverschuivingen. Hieronder vindt u eerst een toelichting op de gehanteerde begrippen en een beschrijving van de dataverzameling.

### Taakverschuiving, -herschikking, -vernieuwing en -delegatie

Taken verschuiven van geneeskundig specialisten en a(n)ios naar beroepen zoals PA's, VS'en, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunende beroepen. Wanneer gespecialiseerd verpleegkundigen of ondersteunende zorgprofessionals medische taken uitvoeren onder supervisie van een arts is er sprake van 'taakdelegatie'. De verantwoordelijkheid voor de medische zorg ligt bij de arts. PA's (en VS'en) beschikken over zelfstandige bevoegdheden voor bepaalde voorbehouden handelingen. Bij deze beroepen wordt veelal niet gesproken van taakdelegatie, maar van 'taakherschikking'. Hierbij worden taken structureel herverdeelt met bijbehorende overdracht van bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Naast taakverschuiving kan er sprake zijn van 'taakvernieuwing' of 'suppletie'. Hierbij verrichten PA's of VS'en werkzaamheden die voorheen niet of slechts in beperkte mate werden uitgevoerd. Voorbeelden zijn taken op het vlak van preventie, organisatie van de zorg, innovatieprojecten of meer

<sup>242</sup> Federatie Medisch Specialisten. Opleidingsakkoord. Geraadpleegd op 29-07-2019, van <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/opleidingsakkoord>.

<sup>243</sup> Voor de actuele status zie: <http://www.medischevervolgopleidingen.nl/individualisering>.

<sup>244</sup> RGS (2019). Monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019. Inkorting bedraagt per 12-03-2019 -2,78 maanden vanaf 1-7-2014.

<sup>245</sup> Aangenomen dat 35% van deze taken wordt overgenomen door de PA gaat het om  $16,36 \times 0,35 = 5,73$  fte per jaar. Dit betekent een jaarlijkse benodigde groei in fte van 0,60% ten opzichte van de huidige fte's aan PA's, te weten 951. Dit percentage wijkt af van de waarde binnen de raming voor de PA in de MSZ, omdat de waarde daar betrekking heeft op een kleinere groep en daarmee hoger uitvalt.

aandacht voor communicatie met patiënten en/of naasten. Deze additionele taken worden besproken in paragraaf 6.1.

In deze raming corrigeren wij de parameter 'verticale taakverschuivingen' voor het aantal fte aan zorg van geneeskundig specialisten dat wordt overgenomen door PA's. Hierbij gaat het alleen om taken waarvan aangenomen wordt dat deze ook in de komende jaren door PA's zullen worden uitgevoerd. Omdat het hier taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van verschillende opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over 'verticale' taakverschuivingen.

### **Dataverzameling**

Om zicht te krijgen op de verticale taakverschuivingen naar (en van) PA's zijn zes (deel)onderzoeken uitgevoerd. Ten eerste is bij circa 460 PA's geïnventariseerd hoeveel zorg zij over kunnen nemen van de geneeskundig specialist waarmee zij het meeste samenwerken. Dit wordt uitgedrukt in uren. Ten tweede zijn focusgroepen georganiseerd, waarbij PA's, geneeskundig specialisten, VS'en, managers en werkgevers zijn gevraagd om hun visie te geven op onder andere taakverschuivingen in hun sector. Ten derde zijn interviews gehouden met betrokkenen bij de besluitvorming over het aannemen en/of opleiden van PA's. Aan hen is gevraagd welke redenen zij hebben om dit wel of niet te doen. Deze bevindingen zijn vervolgens getoetst in een digitale enquête onder 651 bestuurders, managers, HR-professionals, onderwijsadviseurs en geneeskundig specialisten die betrokken zijn bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van PA's. Besluiten over het opleiden en aannemen van PA's worden het vaakst genomen door het management van een Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE) of cluster, zorgmanagers en hoofden van een (medische) behandeldienst.<sup>246</sup> Verder zijn veldgesprekken gevoerd met PA's en branche- en sectororganisaties en vond literatuurstudie plaats. Tenslotte zijn deze bevindingen vergeleken met de taakverschuivingen die voorzien worden vanuit de ramingen voor de geneeskundig specialisten (zie paragraaf 6.4.8). De bevindingen van de hiervoor genoemde uitvragen zijn hierna weergegeven.

#### **6.4.1 Physician assistants kunnen meer taken overnemen**

Ongeveer twee derde van de PA's geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de geneeskundig specialist worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een PA. Het betreft dan werkzaamheden van de geneeskundig specialist met wie zij het meeste samenwerken. Het gaat volgens deze groep om gemiddeld 15,6 uur per week. Wanneer gekeken wordt naar het aantal uren inclusief de groep die aangeeft dat er geen werkzaamheden naar de PA kunnen, dan gaat het om gemiddeld 11,2 uur per week.<sup>247</sup>

Hoewel deze inschattingen van het aantal uur aan taken dat overgenomen kan worden van geneeskundig specialisten omvangrijk zijn, wil het niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk gerealiseerd

<sup>246</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>247</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uitlopende belemmeringen.<sup>248 249 250 251 252</sup> Om deze reden zijn ook aanverwante beroepsgroepen en betrokkenen bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van PA's bevraagd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen.

De grootste groep respondenten voorziet dat het aantal PA's in de medisch specialistische zorg, onder andere door taakverschuivingen, in de komende 5 jaar met 5-25% zal stijgen.<sup>253 254</sup> De voorziene groei in de focusgroepen ligt voor de meeste sectoren wat hoger met bijvoorbeeld 20-25% in de heelkunde en bijna een verdubbeling in de interne geneeskunde.<sup>255</sup> De daadwerkelijke historische groei van PA's in Nederland bedroeg gemiddeld circa 16% per jaar vanaf 2012.

#### 6.4.2 Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen

Door (regionale) tekorten aan zorgprofessionals en een hoge werkdruk kiezen werkgevers en geneeskundig specialisten vaker voor de inzet van een PA (of een VS). Arbeidsmarktfactoren zijn één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het aannemen of opleiden van een PA. Met name de krapte aan en werkdruk van medisch specialisten en huisartsen worden in dit kader regelmatig genoemd.<sup>256</sup> Diverse stakeholders geven aan dat ze liever alleen vanuit inhoudelijke overwegingen voor een PA zouden kiezen. De arbeidsmarktcrapte maakt dat de inzet van andere zorgprofessionals dan een geneeskundig specialist, eerder overwogen wordt. Wanneer de keuze voor een PA eenmaal gemaakt is, is dit vaak naar tevredenheid en betreft het een toekomstbestendige positie. Het gaat dus niet om tijdelijke invulling van vacatures voor artsen.

In de huisartsenzorg is naast krapte en een hoge werkdruk ook opvolgingsproblematiek een veelgenoemde stimulans voor het opleiden en aannemen van een PA.<sup>257</sup> Wanneer er geen opvolger gevonden wordt en/of er een lokale krapte aan huisartsen is, kiezen huisartsenpraktijken vaak voor de inzet van een HIDHA, waarnemer, PA en/of VS. Sinds 2012 neemt het aantal fte aan PA's in de huisartsenzorg met een jaarlijkse groei van circa 20% sneller toe dan in andere sectoren. In de huisartsenzorg zijn de meningen sterk verdeeld over de ontwikkeling van het aantal PA's in de sector. Het

<sup>248</sup> Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

<sup>249</sup> Van Klaveren, S. & Van der Meer, E. (2017). De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Een verkenning van haar positie. *BMC Advies. januari 2017.*

<sup>250</sup> Timmermans, M., Laurant, M. & Van Vught, A. (2016). De effecten van het inzetten van Physician Assistants in de functie van zaalarts. Radboudumc, IQ healthcare.

<sup>251</sup> Wallenburg, I., Janssen, M. & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijngzorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

<sup>252</sup> Kouwen, A.J., Van der Brink, G.T.W.J., Kleven, P., Leferink, N., Van Vugt, Y., Grijsen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016) Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Nijmegen: Radboudumc.

<sup>253</sup> Modus en mediaan komen veelal overeen.

<sup>254</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>255</sup> Over een vijfjaarsperiode.

<sup>256</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>257</sup> Idem.

merendeel voorziet een toename in de komende 5 jaar, waarbij de schattingen uiteenlopen van 5% tot >50%.<sup>258 259</sup>

Ook binnen de acute zorg speelt krapte op de arbeidsmarkt een rol bij taakverschuivingen naar PA's. Zowel op de SEH (SEH-artsen) als bij de Ambulancezorg (Ambulanceverpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen, masters) is er sprake van personele tekorten, waardoor taakherschikking en -verschuiving plaatsvindt.<sup>260</sup>

In de gehandicaptenzorg en ouderenzorg fungeert de werkdruk van en krapte aan artsen verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde eveneens als een stimulans voor het opleiden en aannemen van PA's. Voor de medisch specialistische zorg geldt dat ook de capaciteit en de veranderde capaciteit aan aiossen een rol speelt bij de keuze voor een PA (zie paragraaf 6.3).<sup>261</sup>

De krapte aan geneeskundig specialisten is in de huisartsenzorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg landelijk (zeer) hoog.<sup>262 263 264 265</sup> In de medisch specialistische zorg zijn er regionale verschillen in de werkdruk en ervaren krapte aan medisch specialisten. In regio Noord en in iets mindere mate in regio Zuid lijken deze zaken vaker een rol te spelen bij de keuze voor een PA dan in andere regio's. Een beperkte capaciteit aan aiossen en het bieden van carrièreperspectief aan hbo'ers worden in regio Oost vaker genoemd als stimulans voor het opleiden en aannemen van PA's.<sup>266</sup> Voorzien wordt dat (regionale) tekorten de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van PA's. Landelijk gezien valt in de medisch specialistische zorg de krapte aan gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunende beroepen op, terwijl er juist een lage onvervulde vraag is naar medisch specialisten.<sup>267 268</sup>

<sup>258</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>259</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA..

<sup>260</sup> Idem.

<sup>261</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>262</sup> Batenburg, R. et.al. (2018). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Nivel. Prismant.

<sup>263</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Auteur. '*parameterwaarde onvervulde vraag huisartsen: 3-5%*'.

<sup>264</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Auteur. '*parameterwaarde onvervulde vraag specialisten ouderengeneeskunde: 10,5-16%*'.

<sup>265</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten. Utrecht: Auteur. '*parameterwaarde onvervulde vraag Arts voor Verstandelijk Gehandicapten: 20-26%*'.

<sup>266</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>267</sup> Capaciteitsorgaan (2018). Capaciteitsplan 2018-2021. Deelrapport 8. FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen. Utrecht: Auteur. *Vanaf pagina 48 'Onvervulde vraag'. De vacaturegraad loopt uiteen van 3,7% voor dialyseverpleegkundigen tot 14% voor IC-verpleegkundigen.*

<sup>268</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1. Medische specialismen, klinisch technologische specialismen en spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Auteur. '*Het ongewogen gemiddelde van de onvervulde vraag over alle medisch specialismen is 1,66%. De onvervulde vraag varieert van 0% (heelkunde) tot 12,5% (SEH).*'

### 6.4.3 Toenemende bekendheid

De arbeidsmarktkrapte is in sommige organisaties een reden om te beginnen met het verschuiven van taken. Toch komt er vaak een proces op gang zodra de eerste PA's in een organisatie werkzaam zijn. Men gaat de meerwaarde zien, waarna er visie en beleid ontstaat op taakverschuiving en een verdere uitwerking van inhoudelijke taakverdeling plaatsvindt.

Vrijwel alle stakeholders benoemen dat bekendheid van PA's een belangrijke rol speelt bij de omvang van taakverschuivingen. Alleen al doordat het aantal PA's toeneemt, stijgt ook de bekendheid van het beroep. Daarnaast vindt vaak ook kruisbestuiving plaats: een geneeskundig specialist of manager heeft bij een eerdere werkgever samengewerkt met een PA en introduceert het beroep bij zijn nieuwe werkgever en collega's. Een kanttekening hierbij is dat wanneer een geneeskundig specialist ooit een slechte ervaring heeft gehad met een PA deze ervaring niet zelden gegeneraliseerd wordt naar de gehele beroepsgroep.

In de medisch specialistische zorg is 'geen ervaring met samenwerking' één van de meest genoemde belemmeringen bij het opleiden en aannemen van een PA. In de gehandicaptenzorg speelt vaker dan in andere sectoren onbekendheid met het beroep.<sup>269</sup> Door deze onbekendheid is er met name bij artsen terughoudendheid bij het aanstellen of opleiden. Hierin lijkt, mogelijk mede vanwege arbeidsmarktkrapte of toenemende bekendheid, de laatste jaren een kentering te komen. Organisatiebreed beleid of een visie op de inzet van PA's ontbreekt echter vaak nog binnen zorgorganisaties.<sup>270 271 272</sup>

### 6.4.4 Borging van continuïteit draagt bij aan verbetering zorg

Een groot deel van de betrokkenen bij de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's noemt als reden hiervoor de verbetering van de zorg. Het borgen van de continuïteit van zorg wordt hierbij door 29% van de respondenten in de medisch specialistische zorg genoemd.<sup>273</sup> De PA wordt door managers en geneeskundig specialisten beoordeeld als een beroepsgroep met een relatief lage arbeidsmobiliteit: ze blijven relatief lang werkzaam binnen een functie en bij een werkgever. De continuïteit die dit met zich meebrengt, wordt door collega's en leidinggevendenden gewaardeerd vanwege het vaste aanspreekpunt en de opbouw van kennis en ervaring. Ook patiënten hechten waarde aan een 'vast gezicht'. Vanwege de geboden continuïteit van zorg wordt de PA ook gezien als een mogelijke oplossing voor een hoge werkdruk of (regionale) tekorten aan artsen. In dergelijke situaties kiest een deel van de zorgorganisaties voor een PA, omdat een tijdelijke waarnemer of een basisarts/anios naar verwachting sneller vertrekt.

<sup>269</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>270</sup> Lovink, M., Van Vught, A. Van den Brink G., Laurant M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ Healthcare & Eerstelijngeneeskunde.

<sup>271</sup> Van der Biezen, M., Vermeulen, H., Laurant, M., & Derckx, E.. (2017). Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg. IQ Healthcare en Stichting KOH.

<sup>272</sup> Kleven, P., Leferink, N., Van den Brink, G. Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking. Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc.

<sup>273</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

#### 6.4.5 (Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocumenten

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. PA's zijn steeds vaker betrokken bij deze (door)ontwikkeling. Recent is de inzet van de PA opgenomen in de richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom. Daarbij is deze gelijk gesteld aan de inzet van een arts.<sup>274</sup>

Een studie van het RIVM naar de effecten van veranderingen in richtlijnen toonde voor drie richtlijnen aan dat wijzigingen hierin zorgden voor een stijging van het zorggebruik. Demografische of epidemiologische veranderingen droegen daarentegen nauwelijks bij aan een stijging van het zorggebruik. De (door)ontwikkeling van kwaliteitseisen van wetenschappelijke verenigingen betekent eveneens dat er meer gemeten wordt in de medisch specialistische zorg. Een deel van het werk dat dit met zich meebrengt wordt uitgevoerd door PA's.<sup>275</sup>

Naast het toenemende aantal richtlijnen, normeringen en uitkomstseisen komen er ook steeds meer consensusdocumenten. Hierin worden op specialisameniveau samenwerkingsafspraken worden gemaakt en vastgelegd door wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen. De opname van een beroep in richtlijnen vergemakkelijkt taakverschuiving en samenwerking volgens enkele betrokkenen in de heekunde.<sup>276</sup>

#### 6.4.6 De juiste professional op de juiste plek

Het inzetten van de juiste zorgprofessional op de juiste plek is in de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg één van de meest genoemde redenen voor het opleiden en aannemen van PA's.<sup>277</sup> Er wordt vooral in de medisch specialistische zorg in toenemende mate gestuurd op doelmatigheid en efficiënte inzet van middelen. Omdat de salariskosten van PA's lager liggen dan die van een medisch specialist is dit voor een deel van de respondenten een stimulans om te kiezen voor de inzet van dit beroep.<sup>278 279</sup>

Taakverschuivingen naar de PA gaan samen met sub- of taakspecialisatie van de geneeskundig specialist en aiossen. Medisch specialisten richten zich vaker op een deelgebied of op nieuwe behandel mogelijkheden binnen hun specialisme. Voor vrijwel alle medisch specialisten geldt dat er verdere subspecialisatie plaatsvindt. Dit lijkt deels toe te schrijven aan technologische mogelijkheden voor bijvoorbeeld interventie-cardiologie, deels aan volumennormen en deels aan kwaliteitsrichtlijnen.<sup>280</sup>

Ook van de specialisten ouderengeneeskunde nemen PA's en VS'en minder-complexe taken over.<sup>281</sup> In de gehandicaptenzorg zijn naar schatting zo'n vijf tot tien PA's werkzaam. In deze sector kunnen zij

<sup>274</sup> RIVM (2019). Multidisciplinaire LCI-richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom.

<sup>275</sup> Plasmans, M.H.D. & Koopmanschap, M.A. (2014). De invloed van veranderingen in richtlijnen op zorggebruik. Analyse van cholesterolverlagers, TNF-alfaremmers en oogoperaties. Bilthoven: RIVM.

<sup>276</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>277</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>278</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>279</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>280</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan Medisch Specialisten 2020-2023. Deelrapport 1. Utrecht: Auteur.

<sup>281</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Auteur.

niet-complexe taken overnemen van de arts verstandelijk gehandicapten, zodat deze zich meer kan richten op de complexe, specialistische zorg en behandeling.<sup>282</sup> Een PA richt zich bijvoorbeeld op buikklachten, cardiovasculaire klachten of klachten aan het bewegingsapparaat. De arts verstandelijk gehandicapten legt vaker de focus op zaken als gedragsproblematiek, genetica en syndroom specifieke klachten.<sup>283</sup> De meer algemene en/of geprotocolleerde zorg gaat naar de PA (of VS).

#### **6.4.7 Geen structurele verschuivingen vanuit PA's naar andere beroepen**

Tot slot is nagevraagd in hoeverre taken verschuiven van PA's naar andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen, praktijkondersteuners in de huisartsenzorg of doktersassistenten. Op dit moment zijn hiervan geen signalen. De werkzaamheden van PA's raken de werkzaamheden van geneeskundig specialisten en a(n)ios en niet zozeer die van mbo'ers en hbo'ers. Wel besteden PA's in diverse sectoren tijd aan deskundigheidsbevordering van collega's. 24% van de PA's geeft onderwijs en 44% begeleidt a(n)ios en coassistenten.<sup>284</sup> Er zijn geen redenen om de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen bij te stellen voor verschuivingen naar lager opgeleide beroepsgroepen.

#### **6.4.8 Voorziene taakverschuivingen ramingen geneeskundig specialisten**

De in de voorgaande subparagrafen genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn door geneeskundig specialisten, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars in het kader van de ramingen voor de geneeskundig specialisten<sup>285</sup>. Om de verwachte taakverschuivingen te kunnen vergelijken is gecorrigeerd voor taakverschuivingen naar andere beroepsgroepen dan de PA, zoals verpleegkundig endoscopisten, POH's of VS'en.<sup>286</sup> Ook heeft een correctie plaatsgevonden voor de omvang van de beroepsgroepen.<sup>287</sup>

Er is niet gecorrigeerd voor de factor tijd. Mogelijk besteden PA's meer of minder tijd aan het uitvoeren van verschoven taken dan geneeskundig specialisten. In veldgesprekken komt naar voren dat het niet ongebruikelijk is dat PA's meer tijd hebben voor een consult dan een geneeskundig specialist. Uit enkele studies in de huisartsenzorg (spoedpost) en de medisch specialistische zorg blijkt dat PA's meer tijd besteden aan werkzaamheden en patiëntengroepen dan geneeskundig specialisten bij

<sup>282</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten. Utrecht: Auteur.

<sup>283</sup> Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan. 2018-2019.

<sup>284</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Prismant.

<sup>285</sup> Zie [www.capaciteitsorgaan.nl](http://www.capaciteitsorgaan.nl) voor de Capaciteitsplannen 2019 'Arts verstandelijk gehandicapten', 'Huisartsgeneeskunde', 'Medische (klinisch technologische) specialismen en Spoedeisende geneeskunde'.

<sup>286</sup> Bij de programmasecretarissen die betrokken waren bij de ramingen van de geneeskundig specialisten is uitgevraagd in hoeverre in de dataverzameling een uitsplitsing is gemaakt naar beroepen waarnaar taken verschuiven. Waar dit niet het geval was, is gewerkt met schattingen van deze programmasecretarissen over het aandeel taken dat verschuift naar VS'en AGZ en/of PA's. Wanneer zij geen onderscheid konden maken, is het aantal fte aan te verschuiven taken evenredig verdeeld over de beroepen.

<sup>287</sup> Wanneer er bijvoorbeeld 0,3% minder fte aan medisch specialisten moet worden opgeleid vanwege taakverschuivingen, betekent dat niet dat er 0,3% meer verpleegkundig specialisten AGZ moeten worden opgeleid dan er nu zijn, omdat de omvang van de beroepsgroepen sterk verschilt.

vergelijkbare werkzaamheden en patiëntengroepen.<sup>288 289 290</sup> Een mogelijke verklaring is dat deze extra tijd besteed wordt aan additionele taken (bijvoorbeeld het geven van meer voorlichting aan patiënten). Gezien het gebrek aan eenduidige literatuur hierover is er bij de vergelijking van de inschattingen van de omvang van taakverschuivingen van de ramingen van de geneeskundig specialisten, niet gecorrigeerd voor de factor tijd.

Ook heeft geen correctie plaatsgevonden voor verschillen in de omvang van een fte tussen geneeskundig specialisten en PA's. Hierdoor komt de doorrekening van de omvang van de taakverschuivingen wat lager uit dan waarschijnlijk daadwerkelijk het geval zal zijn. De inschattingen zijn verkregen in het kader van de ramingen voor de geneeskundig specialisten. Onbekend is of en zo ja, in hoeverre, er strategische inschattingen zijn gedaan met het oog op de hoogte van het ramingsadvies voor het aantal opleidingsplaatsen voor geneeskundig specialisten.

Na het doorvoeren van deze correcties blijkt dat er (op basis van ramingen geneeskundig specialisten) afgerond 34-48 fte aan werkzaamheden per jaar verschuiven van geneeskundig specialisten naar de PA (zie tabel 20, volgende pagina). Hierbij is de 34 fte gebaseerd op de minimale waarden voor verticale taakverschuivingen in de ramingen van artsen verstandelijk gehandicapten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Dit is dus het minimale scenario. De 48 fte is gebaseerd op de maximale waarden in deze ramingen. Dit betekent dat er per jaar 3,59% tot 5,06 % meer fte aan PA's nodig is, alleen om deze verticale taakverschuivingen op te vangen.

De meeste capaciteit in absolute aantallen verschuift vanuit de medisch specialisten en de huisartsen. Dit komt vooral omdat deze beroepsgroepen relatief groot zijn. Relatief gezien verschuiven er vanuit specialisten ouderengeneeskunde de meeste taken naar andere beroepen, namelijk -1% tot -2% per jaar per jaar. Hoewel er ook in de medisch specialistische zorg verdere taakverschuivingen naar PA's (en VS'en) voorzien worden, liggen de inschattingen voor de omvang van deze taakverschuivingen in deze sector lager dan in andere sectoren. Hierdoor is het effect op de benodigde opleidingscapaciteit in deze sector minder groot dan in andere sectoren het geval is. Mogelijk zijn de inschattingen lager doordat PA's en VS'en al langer en in grotere getale actief zijn in deze sector waardoor er al veel taken zijn verschoven. Een andere verklaring is dat PA's en VS'en vaker taken overnemen van geneeskundig specialisten bij uitbreiding van de zorgvraag. In de medisch specialistische zorg groeit de zorgvraag minder sterk dan in andere zorgsectoren.

---

<sup>288</sup> De Leeuw, J., Simkens, A., Van Baar, M., Van Balen, F., Verheij, R., Bijleveld, S., Van Dijk, F., Boons, A., Hermsen, L. & Schrijvers, A. (2008). Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant. Gevolgen voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg. Utrecht: UMC Utrecht.

<sup>289</sup> Timmermans, M. (2017). The impact of the involvement of physician assistants in inpatient care. Radboud Universiteit. Nijmegen.

<sup>290</sup> Van den Brink, G., Kouwen, A., Hooker, R., Vermeulen, H. & Laurant, M. (2019). An activity analysis of Dutch hospital-based physician assistants and nurse practitioners. *Human Resources for Health* 2019;17:78.



Tabel 20: Doorrekening taakverschuivingen ramingen geneeskundig specialisten (GS) naar PA's

	Arts verstandelijk gehandicapten (minimale waarde)	Arts verstandelijk gehandicapten (maximale waarde)	Huisartsen (minimale waarde)	Huisartsen (maximale waarde)	Medisch specialisten <sup>291</sup>	Revalidatie artsen	Specialist ouderengeneeskunde (minimale waarde)	Specialist ouderengeneeskunde (maximale waarde)	Totaal minimale bandbreedte <sup>292</sup>	Totaal maximale bandbreedte <sup>293</sup>
Parameterwaarden taakverschuiving raming GS	-0,2%	-0,5%	-0,6%	-1,4%	-0,33%	-0,2%	-1,0%	-2,0%	n.v.t.	n.v.t.
FTE aan GS per 1-1-2019	208	208	9.496	9.496	20.785	440	1.452	1.452	n.v.t.	n.v.t.
FTE aan jaarlijks te verschuiven taken	0,42	1,04	56,98	132,94	69,33	0,88	14,52	29,04	n.v.t.	n.v.t.
FTE aan PA's per 1-1-2019	*	*	91	91	752	61	27	27	951	951
% taken dat verschuift naar PA	0	0	16,5%	16,5%	33%	50%	10%	10%	n.v.t.	n.v.t.
Aantal FTE aan taken dat verschuift naar PA	0	0	9,40	21,94	22,88	0,44	1,45	2,90	34,17	48,16
% verticale taakverschuivingen naar PA	*	*	10,3%	24,1%	3,04%	0,72%	5,38%	10,8%	<b>3,59%</b>	5,06%

\* Er zijn minimaal 5 PA's werkzaam in de GHZ, echter niet in beeld met het alumni-onderzoek. Bij de inschattingen van de GS zijn er ook geen taakverschuivingen naar PA's voorzien.

De richting van de inschattingen van de ramingen van de geneeskundig specialisten en de bevindingen zoals besproken in de rest van paragraaf 6.4 sluiten op elkaar aan. Verschillen zijn te herleiden tot verschillen in meetmethodes en het type respondenten/deelnemers. Over het algemeen zijn inschattingen van geneeskundig specialisten over de omvang van taakverschuivingen meer behoudend dan inschattingen van managers en bestuurders. Inschattingen van specialisten, managers en

<sup>291</sup> Inclusief klinisch technologisch specialisten en SEH-artsen. Exclusief revalidatieartsen.

<sup>292</sup> Deze aantallen tellen niet op, omdat niet in alle sectoren taken verschuiven naar PA's. De taakverschuivingen die er zijn zijn om een raming op beroepsniveau te maken doorgerekend naar de gehele beroepsgroep. Daarnaast staan sommige aantallen dubbel vermeld in verband met minimale en maximale waarden voor verticale taakverschuivingen.

<sup>293</sup> Idem.

bestuurders die samenwerken met PA zijn veelal weer hoger dan die van personen die geen ervaring hebben met dergelijke samenwerking.

### **Impact van deze ontwikkelingen**

Op basis van de hiervoor genoemde ontwikkelingen is de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen vastgesteld op **3,59%** tot **5,31%** per jaar. Hierbij wordt de onderkant van de bandbreedte gevormd door de laagste inschattingen binnen de ramingen van de geneeskundig specialisten.

De bovenkant van de bandbreedte ligt wat hoger dan de maximale waarden zoals gehanteerd in de ramingen van de geneeskundig specialisten. Een reden hiervoor is dat er in de cijfers in Tabel 20 geen correctie is opgenomen voor de bestede hoeveelheid tijd en het aantal gewerkte uren binnen een fte. Deze correctie vond niet plaats, omdat er geen betrouwbare data voor een dergelijke correctie voorhanden zijn. Dit betekent dat het uitgangspunt van de cijfers in Tabel 20 is dat een PA evenveel tijd nodig heeft voor een taak als een geneeskundig specialist en dat een PA evenveel uren werkt in een fte. Onder andere gezien de aandacht van PA voor onder andere preventie, communicatie met patiënten en naasten en organisatie van de zorg en verschillen in het aantal te werken uren is het aannemelijk dat PA's meer tijd besteden aan de taken die verschuiven vanuit geneeskundig specialisten. Additionele taken zijn veelal deels gekoppeld aan of komen voort uit verschoven taken.

Verder besluiten vooral zorg-, medisch- en bedrijfskundig managers, hoofden (medische)behandeldienst en de directie van RVE's of clusters over het al dan niet aannemen en/of opleiden van PA's. Alleen in de huisartsenzorg is het gemeengoed dat de geneeskundig specialist, de huisarts, dit besluit neemt. De verwachtingen van deze groep komen grotendeels overeen met die van de maximale inschattingen binnen de ramingen van de geneeskundig specialisten en deelnemers aan de focusgroepen. De inschattingen van geneeskundig specialisten over de omvang van taakverschuivingen zijn over het algemeen meer behoudend dan inschattingen van managers en bestuurders. Van alle betrokkenen bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van PA's verwacht de grootste groep een stijging van 5-25% van het aantal PA's in de komende 5 jaar, mede vanwege taakverschuivingen. De inschattingen van de focusgroepen en de daadwerkelijke historische groei liggen hier nog boven.

Gezien deze bevindingen is het aannemelijk dat de taakverschuivingen voor de PA hoger liggen dan de ongecorrigeerde doorrekening van de waarden binnen de ramingen van de geneeskundig specialisten. Aangezien exacte cijfers ontbreken, hanteert het Capaciteitsorgaan een lichte ophoging van 0,25%. Daarmee komt de bovenkant van de bandbreedte op 5,31%.

## 6.5 Arbeidstijdverandering

In de vigerende cao's van de sectoren waarin PA's werkzaam zijn, blijft de gemiddelde arbeidsduur per week stabiel met, afhankelijk van de sector, 36 of 38 uur voor een volledige werkweek.<sup>294</sup> Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen.<sup>295</sup> In het cao-akkoord van de UMC's is afgesproken dat UMC's medewerkers de mogelijkheid bieden om zelf hun arbeidsduur te vergroten of te verminderen.<sup>296</sup> Een vergelijkbare afspraak was opgenomen in de cao 2015-2017.<sup>297</sup> Of en in hoeverre dit daadwerkelijk effect heeft op de omvang van de werktijden van PA's wordt de komende jaren gemonitord door middel van arbeidsmarktonderzoek. In de raming wordt als parameterwaarde **0%** aangehouden.

## 6.6 Parameterwaarden 'Werkproces'

De parameterwaarden uit de onderstaande tabel zijn gebruikt voor het instroomadvies. Deze waarden zijn ingevoerd in het ramingsmodel en als zodanig meegewogen in het ramingsadvies.

Tabel 21: Parameterwaarden raming 'Werkproces'

	Vak- inhoudelijke ontwikkelin- gen	Efficiency	Taak- verschuiving horizontaal	Taak- verschuiving verticaal	Arbeidstijd- verandering
Physician assis- tant	2,0%	0%	0,0% - 0,60%	3,59% - 5,31%	0%

<sup>294</sup> Cao huisartsenzorg 2017-2019. PRINCIPEAKKOORD CAO HUISARTSENZORG 1 maart 2019 – 31 december 2020 . Collectieve Arbeidsovereenkomst voor de Verpleeg-, Verzorgingshuizen, Thuiszorg en Jeugdgezondheidszorg 2018 – 2019. CAO Gehandicaptenzorg 2017-2019. Cao universitair medische centra 2018-2020. Cao Ziekenhuizen 2017-2019. Revalidatie instellingen vallen onder de cao's van de ziekenhuizen. cao gehandicaptenzorg.

<sup>295</sup> LAD / FBZ (2019). Capaciteit PA's en VS'en. 01-08-2019.

<sup>296</sup> Cao universitair medische centra 2018-2020. Artikel 6.1.1. Uitbreiding volledige arbeidsduur. Artikel 6.1.2. Vermindering arbeidsduur.

<sup>297</sup> Cao universitair medische centra 2015-2017. Artikel 6.1.1. Uitbreiding volledige arbeidsduur. Artikel 6.1.2. Vermindering volledige arbeidsduur.

## 7 Overwegingen en advies

### Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan gepresenteerd voor het jaarlijks benodigd aantal instromers in de opleidingen tot PA. In de vorige hoofdstukken zijn ontwikkelingen beschreven die ten grondslag liggen aan het instroomadvies voor de PA. In samenspraak met de werkgroep PA/VS binnen het Capaciteitsorgaan zijn deze ontwikkelingen gekwantificeerd naar parameterwaarden. Deze waarden dienen als input voor het ramingsmodel (zie bijlagen 2, 3 en 4). Het ramingsmodel berekent op basis van de parameterwaarden verschillende toekomstscenario's met bijbehorende adviesvarianten over het benodigde aantal instromers in de opleidingen. Ieder toekomstscenario biedt inzicht in de ontwikkeling van de vraag naar PA's. De toekomstscenario's en bijbehorende adviezen worden besproken in dit hoofdstuk. De bandbreedte van het uiteindelijke instroomadvies wordt gevormd door een keuze van de Werkgroep PA/VS voor twee varianten. Deze keuze is gemaakt op basis van inhoudelijke overwegingen en wordt toegelicht in paragraaf 7.4.

### 7.1 Het instroomadvies

Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van VWS en veldpartijen om in de periode 2021-2024 jaarlijks **181** tot **250** studenten te laten instromen in de opleidingen tot PA. Een jaarlijks aantal instromers binnen die bandbreedte zorgt voor voldoende instromers op de arbeidsmarkt om een evenwicht te bereiken en te behouden tussen vraag en aanbod. Het voorkeursadvies bedraagt **250** instromers per jaar.

Over het geheel genomen kan geconcludeerd worden dat de instroom in de afgelopen jaren valt binnen de bandbreedte van het advies en daarmee aansluit op de toekomstige zorgvraag. In de afgelopen 5 jaar stroomden er gemiddeld jaarlijks 204 studenten in de opleiding tot PA. In alle sectoren stijgt de zorgvraag. Met name in de huisartsenzorg valt een sterke toename van de vraag te voorzien. Hoewel het een eerste richtinggevend advies betreft, is duidelijk dat er een verschuiving van een deel van de instroom in de medisch specialistische zorg naar de huisartsenzorg nodig is. Het aantal instromers in de MPA-opleidingen binnen de huisartsenzorg zal moeten stijgen om ook in de toekomst aan de zorgvraag te blijven voldoen. In de medisch specialistische zorg wordt het huidige tekort bij gelijkblijvende trends binnen enkele jaren ingelopen. Hierdoor kan binnen het ramingsadvies worden volstaan met een lagere instroom. Ook in overige sectoren zoals de ouderenzorg, revalidatie en gehandicaptenzorg overstijgt de (toekomstige) vraag de huidige instroom. Aangezien er een aantal ontwikkelingen van invloed is op de benodigde capaciteit aan PA's waarvan de impact nog niet precies ingeschat kan worden, kent het advies een brede bandbreedte. Voorbeelden van onzekerheden zijn de snelheid en omvang van de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en de precieze hoeveelheid werk die verschuift van geneeskundig specialisten en aiossen naar PA's.

De onderkant van de bandbreedte betreft een doorrekening van de minimale inschattingen voor epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals meer zorg in de eerste lijn en thuis, en taakverschuivingen. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat deze trends lange tijd, dus ook na 2029, aanhouden. De bovenkant van de bandbreedte is gebaseerd op maximale inschattingen aangaande deze ontwikkelingen. Hier gaan we er echter vanuit dat deze minder lang, tot 2029, aanhouden.

Een eerste richtinggevende raming kent altijd een wat grotere onzekerheid dan ramingen die vaker zijn uitgevoerd. Daarom heeft het de voorkeur om binnen de bandbreedte van het advies te kiezen voor een aantal instromers dat dicht bij de instroom in de afgelopen jaren ligt. Dit biedt gelegenheid om de opleidingscapaciteit stapsgewijs aan te passen en voorkomt grote schommelingen in de instroom. Omdat de instroom in de afgelopen vijf jaar gemiddeld 204 personen per jaar betrof, zou een keuze voor de onderkant van de bandbreedte voor de hand liggen. Aangezien er echter in 2018 en 2019 een zeer sterke stijging te zien is in het aantal instromers, hanteert het Capaciteitsorgaan als voorkeursadvies de bovenkant van de bandbreedte. Het voorkeursadvies bedraagt daarmee **250** instromers per jaar. Zie Tabel 22. Deze tabel geeft inzicht in het benodigde aantal jaarlijkse instromers voor het beroep van PA. De aantallen zijn de uitkomsten van het ramingsmodel. Bij opvolging van dit advies stijgt het aantal fte aan PA's de komende 10 jaar met 200%.

**Tabel 22: Advies jaarlijks benodigd aantal instromers PA totaal en per sector**

	Medisch specialistische zorg	Huisartsenzorg	Overige sectoren	Totaal beroepsgroep
<b>Voorkeursadvies</b>				
	128	85	37	250
<b>Bandbreedte advies</b>				
Minimum	112	35	34	181
Maximum	128	85	37	250
<b>Gemiddelde instroom 2015 t/m 2019</b>				
	161	24	12	204*

\* Het totaal is hoger dan de optelling van de sectoren, omdat niet voor alle instromers de sector bekend is.

### Overige sectoren

Het merendeel van de PA's werkt in de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg. Voor deze sectoren zijn sectorspecifieke ramingsadviezen uitgebracht. In verband met het relatief kleine aantal PA's binnen de revalidatie, gehandicaptenzorg en ouderenzorg bleek het voor deze sectoren niet mogelijk om tot betrouwbare sectorspecifieke adviezen te komen. Uiteraard zijn de onderzochte ontwikkelingen in deze overige sectoren wel meegenomen bij de totstandkoming van het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep.

In deze overige sectoren wordt door de grootste groep stakeholders een toenemende vraag naar PA's voorzien. Op dit moment is hun inzet daar echter nog relatief klein. Ook lopen inschattingen over de toekomstige vraag naar PA's vooral in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg sterk uiteen. Op dit moment is nog niet te zeggen in hoeverre de vraag naar PA's in deze sectoren zal toenemen, waardoor slechts een beperkte doorrekening in de raming voor het gehele beroep mogelijk was.

Het is belangrijk dat het ramingsadvies voldoende ruimte biedt voor de (verdere) implementatie van PA's in sectoren waar de inzet van PA's tot nu toe nog (zeer) beperkt is. Daarom is het raadzaam om te borgen dat er bij de verdeling van opleidingsplaatsen voldoende plekken beschikbaar zijn voor deze kleinere sectoren. In de revalidatiezorg zijn er signalen dat er de afgelopen jaren een krapte aan opleidingsplaatsen werd ervaren.

Het verschil tussen de benodigde instroom voor de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg en de totale beroepsgroep bedraagt circa 34 tot 37. Dit is het instroomaantal dat jaarlijks nodig is om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen en dit te behouden. Aangezien er echter geen aparte raming heeft plaatsgevonden voor deze sectoren hebben deze aantallen niet de status van een ramingsadvies en kennen zij een grotere onzekerheidsmarge. Daarom kiest het Capaciteitsorgaan ervoor om hier voor dezelfde afweging te kiezen als voor de andere sectoren, namelijk het maximum van de bandbreedte. Het voorkeursadvies betreft 37 instromers per jaar.

### **Impact horizontale taakverschuivingen**

Het effect van horizontale taakverschuivingen op het ramingsadvies betreft jaarlijks circa 15 plaatsen in de medisch specialistische zorg. Wanneer er geen verdere inkorting van de opleidingsduur van aiossen plaatsvindt, dan kan het advies hiervoor gecorrigeerd worden.

In de volgende paragrafen vindt u meer achtergrondinformatie over de diverse toekomstscenario's, adviesvarianten, evenwichtsjaren en tijdelijke of doorgaande trends.

## **7.2 Toekomstscenario's**

Het ramingsmodel geeft uitkomsten in vijf cumulatief opgebouwde toekomstscenario's: het basis-scenario, het demografiescenario, het werkprocesscenario, het arbeidstijds scenario en het verticale substitutiescenario. Ieder toekomstscenario biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag van de PA. In deze paragraaf zijn per toekomstscenario de belangrijkste bevindingen beschreven.

### **Basis scenario**

Het basis scenario beperkt zich tot het berekenen van de effecten van handhaving van het huidige aantal instromers in de opleiding op de toekomstige capaciteit. Het gaat om een theoretische exercitie die inzicht geeft in de gevolgen van geen verdere actie. In het basis scenario vindt berekening plaats op basis van het aantal nu werkzame beroepsbeoefenaren en de personen die in opleiding zijn of gaan, waarbij rekening wordt gehouden met hun geslacht en leeftijd.

### **Demografiescenario**

Het demografiescenario beperkt zich tot het berekenen van het benodigde aantal instromers in de opleiding om te voldoen aan de toekomstige zorgvraag op basis van de huidige onvervulde vraag, de verwachte vervangingsvraag en de voorziene demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. Het scenario geeft inzicht in de gevolgen van een beleidsarme situatie.

### **Werkprocesscenario**

Het werkprocesscenario bouwt voort op het demografiescenario. De aanvulling bestaat uit het meerekenen van de overige twee zorgvraagparameters: epidemiologie en sociaal-cultureel. Ook worden drie van de vijf parameters van het werkproces meegenomen. Dit zijn: vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuivingen. Dit scenario is uitgebreider dan het demografiescenario en bevat meer onzekerheden, omdat geraamd wordt op basis van kwalitatief te bepalen toekomstige ontwikkelingen, zoals beleidswijzigingen. Vooral de parameter sociaal-cultureel is gevoelig voor maatschappelijke en politieke ontwikkelingen door beleidswijzigingen.

Er zijn twee varianten van het werkprocesscenario: een variant met een tijdelijke trend en een variant met een doorgaande trend. Bij de variant met een tijdelijke trend worden de verwachte zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen, met uitzondering van demografische ontwikkelingen, voor een periode van 10 jaar doorberekend. De aanname hierbij is dat de vastgestelde trends na een periode van 10 jaar waarschijnlijk geen effect meer zullen hebben op de benodigde inzet van het beroep. Bij een uitkomst met doorgaande trend wordt juist aangenomen dat ontwikkelingen zich blijven doorzetten tot aan 18 jaar na publicatie van de raming.

#### **Arbeidstijdveranderingsscenario**

Voor deze raming wordt aangenomen dat er geen sprake is van arbeidstijdverandering. Om deze reden zijn er geen uitkomsten berekend voor dit scenario.

#### **Verticale taakverschuivingscenario**

Het verticale taakverschuivingscenario is gebaseerd op de hiervoor genoemde scenario's met daarbovenop de parameter verticale taakverschuiving. Verticale taakverschuiving betreft de verschuiving van inzet tussen beroepsbeoefenaars van verschillende opleidingsniveaus. Ook dit scenario splitst zich uit naar een variant met doorgaande trend en een variant zonder doorgaande trend.

### **7.3 Adviesvarianten per toekomstscenario**

Binnen ieder scenario kan in het ramingsmodel gekozen worden voor een vroeg of laat evenwichtsjaar en een al dan niet doorgaande trend. Op basis hiervan geeft het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan verschillende adviesvarianten.

#### **Evenwichtsjaren**

Ieder toekomstscenario kent een uitsplitsing naar evenwichtsjaren. Daarmee kan gekozen worden voor een jaar waarin op basis van de raming een evenwicht bereikt wordt tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Met het uitbrengen van het advies in 2019 is 2021 het eerste jaar waarin het advies in de praktijk opgevolgd kan worden. 2021 is daarmee het eerste bijsturingjaar. Het eerste evenwichtsjaar – in 2031 – volgt 10 jaar later. Het tweede evenwichtsjaar volgt dan in 2037, 6 jaar daarna. Voor dit ramingsadvies is 2019 het basisjaar.

Over het algemeen wordt het tweede evenwichtsjaar gehanteerd bij opleidingen met een langere opleidingsduur, zoals 4 tot 6 jaar bij medisch specialisten. Er kan ook gekozen worden voor het tweede evenwichtsjaar wanneer aangenomen wordt dat ontwikkelingen zich doorzetten tot na het eerste evenwichtsjaar of wanneer het wenselijk is om wijzigingen in de benodigde instroom te spreiden over meer jaren.

Wanneer er wordt gekozen voor het bereiken van een evenwicht op de arbeidsmarkt in het eerste evenwichtsjaar, werken parameters sterker door. Dan moet er vanaf het eerste bijsturingjaar sterker bijgestuurd worden om een evenwicht te bereiken op de arbeidsmarkt. Er is immers een kortere bijsturingsperiode dan wanneer gekozen wordt voor het tweede evenwichtsjaar.

### Tijdelijke of doorgaande trend

Voor ieder toekomstscenario wordt een uitkomst met een tijdelijke trend en een uitkomst met een doorgaande trend berekend. Bij een uitkomst met een tijdelijke trend, worden de verwachte zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen - met uitzondering van demografische ontwikkelingen - slechts voor een periode van 10 jaar doorberekend. 2029 is het trendjaar. Het trendjaar is het jaar waarin de omschreven trends al dan niet stoppen. De aanname hierbij is dat de vastgestelde trends na een periode van 10 jaar waarschijnlijk geen effect meer zullen hebben op de benodigde inzet van PA's. Bij een uitkomst met doorgaande trend wordt aangenomen dat ontwikkelingen zich blijven doorzetten tot aan het tweede evenwichtsjaar: 18 jaar na publicatie van de raming. In Tabel 23 staan de jaren die gehanteerd zijn bij deze raming.

**Tabel 23: Relevante jaren raming**

Basisjaar	Bijsturingsjaar	Trendjaar	Evenwichtsjaar 1	Evenwichtsjaar 2
2019	2021	2029	2031	2037

### Minimum en maximum waarden

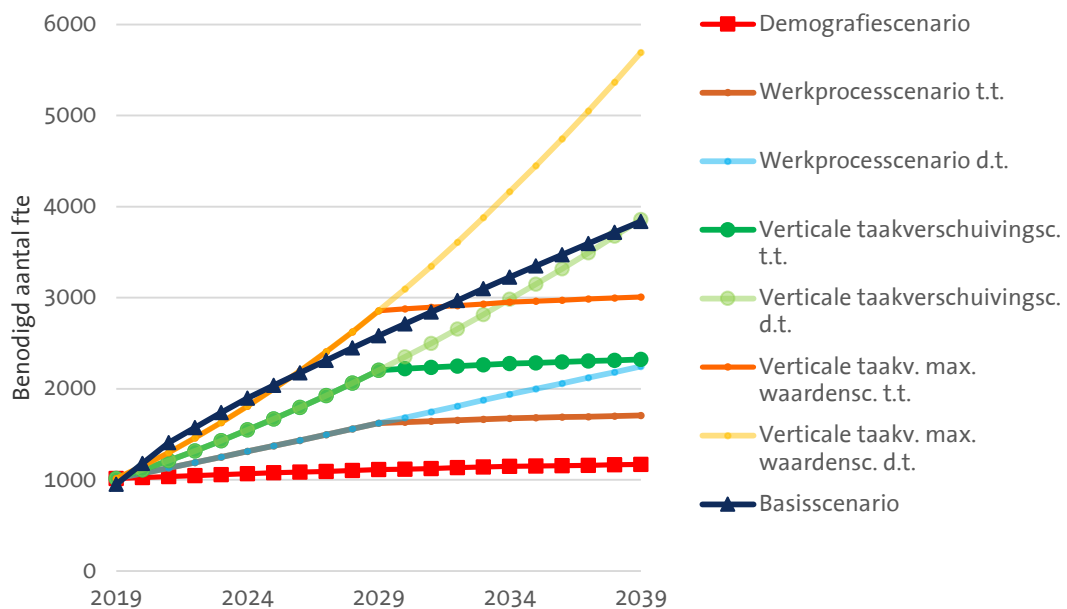
Binnen het verticale taakverschuiving scenario kan gekozen worden voor een minimale of een maximale uitkomstwaarde. Van deze waarden is er één gebaseerd op de laagste parameterwaarden en één op de hoogste parameterwaarden. Het betreft parameters waarbij gekozen is voor het hanteren van een bandbreedte in verband met onzekerheid over de mate waarin trends zich doorzetten. In deze raming is er een bandbreedte gekozen bij de parameters epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, horizontale taakverschuivingen en verticale taakverschuivingen.



### Uitkomsten: benodigd aantal fte

Op basis van de toekomstscenario's, de twee evenwichtsjaren (2031/2037), een tijdelijke of doorgaande trend en de minimale en maximale waarden zijn er verschillende adviesvarianten doorgerekend. Figuur 16 geeft het aantal fte's weer dat binnen de verschillende scenario's nodig is om in de toekomst aan de zorgvraag te voldoen. De grafiek laat zien dat de vraag naar PA's in alle toekomstscenario's blijft stijgen. Bij vergelijking van het basisscenario met de andere toekomstscenario's is zichtbaar dat de huidige instroom voldoende is om het tekort aan PA's binnen enkele jaren in te lopen.

**Figuur 16: Benodigd aantal fte aan PA's per toekomstscenario**



t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend

### Uitkomsten: benodigd aantal instromers

Het benodigde aantal instromers per adviesvariant is weergegeven in Tabel 24. Binnen het verticale taakverschuivingscenario zijn steeds twee uitkomsten weergegeven. Dit zijn de uitkomsten bij doorrekening van de minimale en de maximale parameterwaarden. De uitkomsten van het arbeidstijdveranderingscenario zijn gelijk aan deze van het werkprocesscenario, omdat de parameter arbeidstijdverandering op 0% is vastgesteld en dus geen effect heeft op het instroomadvies.

**Tabel 24: Het benodigde aantal instromers per jaar per scenario**

Parameters	Basiscenario	Demografie scenario		Werkproces scenario				Arbeidstijd scenario				Verticale taakverschuiving scenario			
		2031	2037	2031		2037		2031		2037		2031		2037	
				t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Zorgaanbod	-														
Opleiding	-														
Zorgvraag	Onvervulde vraag	0	0												
	Demografie Epidemiologie Sociaal-cultureel			31	49	45	89	31	49	45	89	134	<b>181</b>	108	231
Werkproces	Vakinhoudelijk											<b>250</b>	330	178	391
	Efficiency														
	Horizontale taakverschuiving														
	Arbeidstijdverandering														
	Verticale taakverschuiving														

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend

#### 7.4 Keuze voor adviesvarianten

Tabel 24 geeft inzicht in het benodigde aantal jaarlijkse instromers per adviesvariant voor het beroep van PA. Deze aantallen zijn de uitkomsten van het ramingsmodel. In samenspraak met de werkgroep PA/VS is er een keuze gemaakt voor twee adviesvarianten die tezamen de bandbreedte van het instroomadvies vormen.

##### **Keuze voor een scenario, evenwichtsjaar en trend**

Om te beginnen is gekozen voor een passend toekomstscenario. De keuze viel op het verticale taakverschuivingsscenario, omdat dit scenario gebruik maakt van alle parameters, inclusief verticale taakverschuiving. Deze parameter is relevant voor de vraag naar PA's.

Vervolgens is gekozen voor een evenwichtsjaar. Ieder toekomstscenario kent twee evenwichtsjaren. Gekozen kan worden voor het jaar waarin op basis van de raming een evenwicht bereikt wordt tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Voor deze raming is er keuze uit 2031 (eerste evenwichtsjaar) of 2037 (tweede evenwichtsjaar). Aangezien de opleiding een relatief korte opleidingsduur kent in vergelijking met de opleidingsduur van geneeskundig specialisten, ligt een keuze voor het eerste evenwichtsjaar voor de hand.

Omdat niet duidelijk is hoe lang de ontwikkelingen die ten grondslag liggen aan deze raming zich doorzetten, is ervoor gekozen om de bandbreedte van het advies samen te stellen uit een adviesvariant met een tijdelijke trend en een adviesvariant met een doorgaande trend. Aangezien ook onbekend is hoe omvangrijk het effect van bepaalde ontwikkelingen (zoals de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn) op de benodigde capaciteit aan PA's in de toekomst zal zijn, is in de bandbreedte ook het verschil in doorrekening van de minimale en de maximale inschattingen weergegeven.

##### **Bandbreedte advies**

Op basis van de hiervoor genoemde keuzes adviseert het Capaciteitsorgaan het ministerie van VWS en veldpartijen om jaarlijks **181** tot **250** studenten in te laten stromen in de opleidingen tot PA. Bij de onderkant van de bandbreedte betreft het een doorrekening van de minimale inschattingen voor epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals meer zorg in de eerste lijn, en taakverschuivingen. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat deze trends lange tijd, dus tot na 2029, aanhouden. De bovenkant van de bandbreedte is gebaseerd op maximale inschattingen aangaande deze ontwikkelingen. Hier gaan we er echter vanuit dat deze minder lang (tot 2029) aanhouden. Een jaarlijks aantal instromers binnen die bandbreedte zorgt voor voldoende instromers op de arbeidsmarkt om een evenwicht te bereiken en te behouden tussen vraag en aanbod.

##### **Voorkeursadvies**

Een eerste richtinggevende raming kent altijd een wat grotere onzekerheid dan ramingen die vaker zijn uitgevoerd. Daarom heeft het de voorkeur om binnen de bandbreedte van het advies te kiezen voor een aantal instromers dat dicht bij de instroom in de afgelopen jaren lag. Dit biedt gelegenheid om de opleidingscapaciteit stapsgewijs aan te passen en voorkomt grote schommelingen in de instroom. Aangezien er in 2018 en 2019 een sterke stijging te zien is in het aantal instromers komt het voorkeursadvies overeen met de bovenkant van de bandbreedte en bedraagt **250** instromers in de opleiding tot PA per jaar. Ook wordt aangeraden om PA's waar mogelijk vaker intersectoraal en daarmee toekomstbestendig op te leiden.

## 8 Sectorspecifieke trends

### Inleiding

Physician assistants (PA's) zijn in diverse zorgsectoren actief. Het Capaciteitsorgaan adviseert in dit Capaciteitsplan over het benodigde aantal instromers in de gehele beroepsgroep. Op verzoek van het ministerie van VWS is daarnaast verkend in hoeverre er per sector een apart instroomadvies kan worden opgesteld. Op basis van de uitkomsten van het arbeidsmarktonderzoek is besloten dat er voldoende betrouwbare gegevens voorhanden zijn voor specifieke instroomadviezen voor de medisch specialistische zorg (inclusief de acute zorg en de klinische verloskunde) en de huisartsenzorg. Voor de overige sectoren is het aantal werkzamen te laag bevonden om tot een betrouwbaar advies te komen. Naast het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep van PA's bevat dit Capaciteitsplan daarom 2 sectorspecifieke adviezen. Deze vindt u terug bij de desbetreffende sectoren in dit hoofdstuk. Uiteraard zijn ook de onderzochte ontwikkelingen in de overige sectoren meegenomen bij de totstandkoming van het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep. Een specifieke beschrijving van deze ontwikkelingen per sector vindt u ook in dit hoofdstuk.

Dit hoofdstuk heeft als doel om de lezer snel een beeld te geven van relevante gegevens en trends per sector. De teksten overlappen deels met hoofdstuk 3 t/m 6.

### Dataverzameling

De voor dit hoofdstuk gebruikte bronnen zijn steeds dezelfde als voor het gehele advies (zie hoofdstuk 3 t/m 6). Bij de uitvraag van gegevens is steeds specifiek gevraagd naar het werkveld/de werkvelden waarin de PA actief is. Vervolgens is voor de sectoren medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg onderzocht welke gegevens bruikbaar zijn voor ramingen, oftewel het vaststellen van parameters, op sectorspecifiek niveau. Waar gegevens op sectorniveau onvolledig of onvoldoende betrouwbaar bleken, zijn gegevens op beroepsniveau gebruikt. Waar dit het geval was is dit aangegeven. De cijfers die als parameterwaarden zijn doorgerekend in de raming zijn steeds vetgedrukt weergegeven.

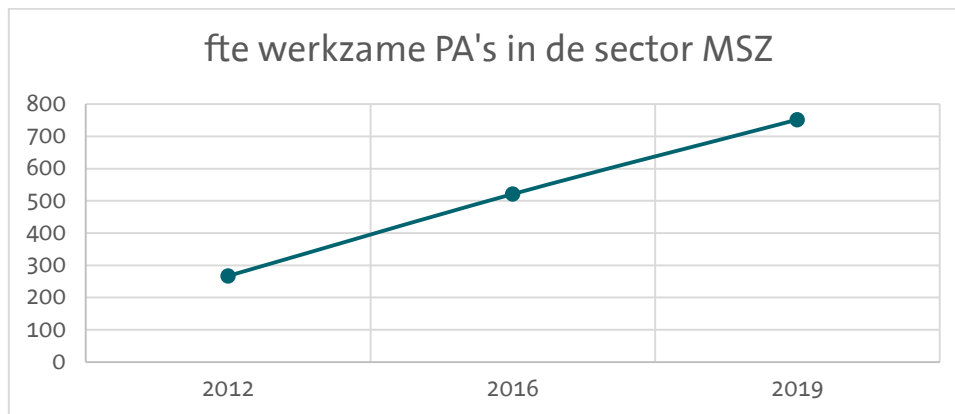
## 8.1 Medisch specialistische zorg (incl. acute zorg)

Binnen deze raming hebben we een instroomadvies opgesteld voor de physician assistants (PA's) in de sector medisch specialistische zorg. Hieronder zijn de werkvelden medisch specialistische zorg, acute zorg en klinische verloskunde meegenomen. Specifieke arbeidsmarktgegevens op werkveldniveau zijn te vinden in het alumnionderzoek van Prismant (2019).<sup>298</sup>

### 8.1.1 Zorgaanbod

Er werken **838** PA's in de medisch specialistische zorg. Deze 838 werkzamen werken in totaal 752 FTE. **71,32%** van hen is vrouw.<sup>299</sup> De vrouwen werken gemiddeld **0,87** fte en de mannen **0,96** fte (gemiddeld 0,90 fte). De gemiddelde leeftijd is 43 jaar. Het aantal fte van de werkzame PA's is sinds 2012 sterk gestegen: van ca. 267 in 2012 tot ca. 752 in 2019. Zie Figuur 17.

**Figuur 17: fte werkzame PA's in de sector MSZ**



De ratio tussen het aantal PA's en het aantal medisch specialisten stijgt ook. In 2012 werkte er nog ca. 1,7 fte PA per 100 fte medisch specialisten. Per 2019 is dit opgelopen naar 4,5 fte PA per 100 fte medisch specialisten.<sup>300</sup>

In het alumnionderzoek is uitgevraagd in welke medisch specialismen de PA's werken. De resultaten moeten met enige voorzichtigheid gelezen worden gezien het soms lage aantal respondenten. De meeste PA's zijn te vinden bij de heelkunde en de obstetrie en gynaecologie (inclusief klinische verloskunde). Bij beide specialismen werkt ca. 90 fte. Bij de obstetrie en gynaecologie is de grote stijging ten opzichte van 2016 verklaarbaar doordat de alumni van de richting MPA-KV die in 2016 aangaven werkzaam te zijn in de functie van klinisch verloskundige, toen niet zijn meegeteld. Het aantal fte in de spoedeisende hulp stijgt van 10 naar 13 fte.

<sup>298</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>299</sup> Het alumnionderzoek geeft 71,10%. Er is echter een groep 'onbekend' met een deeltijdfactor van 0,89. Deze uitkomst duidt op een iets andere verdeling mannen-vrouwen dan in de groep waarvan het geslacht wel bekend is. Daaruit valt af te leiden dat het aandeel vrouwen iets omhoog moet, nl. van 71,06% naar 71,32%.

<sup>300</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

In het alumni-onderzoek wordt de ratio fte PA ten opzichte van fte medisch specialist (MS) berekend. Hier is duidelijk te zien dat de inzet van PA's sterk verschilt per specialisme: de hoogste ratio vinden we bij cardio-thoracale chirurgie (ca. 14,3 fte PA op 100 fte MS) en bij radiotherapie (ca. 13,4 fte PA op 100 fte MS).

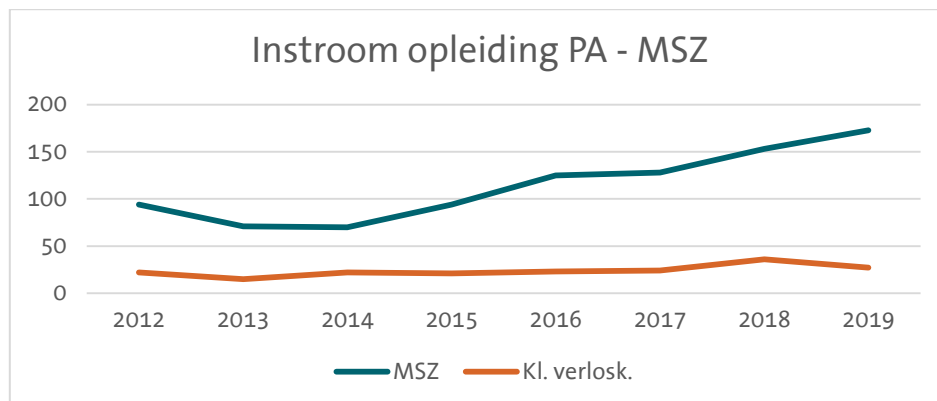
Circa 92% van de werkzame PA's werkt in ziekenhuizen. Circa 5% werkt in de acute zorg en circa 4% in ZBC's.

Aan de PA's die werken in de MSZ is gevraagd wanneer zij denken te stoppen met werken als PA. Circa **5%** denkt te stoppen binnen 5 jaar, **11%** tussen 5 en 10 jaar, **16%** tussen 10 en 15 jaar en **17%** tussen 15 en 20 jaar. Ongeveer de helft van de PA's vertrekt dus in de komende 20 jaar, wat relatief weinig is. In andere sectoren is dat meer, met uitzondering van de revalidatiezorg. Een directe verklaring is hier niet voor te geven.

### 8.1.2 Opleiding

De instroom in de opleiding MPA is weergegeven in hoofdstuk 3. Het grootste deel van de instromers wordt opgeleid in de sector MSZ, waarbij een sterke stijging is opgetreden: van 128 in 2017 naar 173 instromers in 2019. Ook het werkveld (PA) klinische verloskunde is sterk gestegen: van 24 naar 36 opleidingen. Gemiddeld wordt zo'n 74% van de opleidingen in één van deze werkvelden opgeleid. Figuur 18 geeft de historische ontwikkeling weer.

Figuur 18: instroom MPA-opleiding, sector MSZ



Opmerkelijk is de daling van de instroom in 2013. In hoofdstuk 3 wordt daar op ingegaan. De daling hangt volgens betrokkenen samen met veranderingen in wet- en regelgeving en financiering. Voor de raming zijn alleen de meer recente jaren van belang.

Voor de komende jaren gaan we uit van gemiddeld **176** instromers per jaar in de sector MSZ.<sup>301</sup> Dit is op basis van het aantal opleidingen in de afgelopen jaren, plus de extra opleidingen doordat er 30 nieuwe opleidingsplaatsen komen. De hogescholen rekenen op een volledige benutting van de beschikbare plaatsen. Verder gaan we uit van 398 personen die nog in opleiding zijn, waarvan zo'n **199** per leerjaar.

<sup>301</sup> Meest recente instroom, gecorrigeerd voor incidentele middelen. Concreet is de instroom 173 voor MSZ en 27 voor (PA) klinische verloskunde, minus 4/5<sup>e</sup> (verhouding MSZ – rest) van 30 incidentele plaatsen is 200 – 24 = 176.

Het intern rendement, oftewel het opleidingsrendement, voor de sectorspecifieke raming MSZ PA berekenen we hetzelfde als in hoofdstuk 3. Deze wordt dus berekend over de jaren waarover de sector bekend is (vanaf 2012) en waarvan vrijwel alle opleidingen klaar zijn (tot 2016). Het intern rendement voor de sector is **89,33%**, iets hoger dan over de gehele opleiding. Voor de opleidingen die reeds in opleiding zijn, wordt met een hoger rendement gerekend; er is een kleinere kans dat zij nog stoppen. Dit rendement is **96,3%**.<sup>302</sup>

Voor het percentage vrouwen zijn er geen aanwijzingen dat deze voor de sector MSZ wezenlijk anders is als voor het gehele beroep. Hier rekenen we met **79,7%**.

### 8.1.3 Zorgvraagontwikkelingen

#### 8.1.3.1 Demografie en epidemiologie

De vraag naar PA's in de MSZ neemt toe door bevolkingsgroei en stijging van het aantal 65-plussers. In de MSZ zien PA's naar verhouding meer 65-plussers dan medisch specialisten (35% t.o.v. 30% van de patiëntcontacten/-populatie). Deze verschillen zijn nog groter wanneer gecorrigeerd wordt voor de relatief grote groep PA's die werkzaam is in de klinische verloskunde. Zij zien relatief veel vrouwen in de leeftijd 25 tot 34 jaar.<sup>303</sup> Hierdoor neemt de zorgvraag voor de PA's in de MSZ wat sneller toe door demografische ontwikkelingen dan die van de medisch specialisten. Door demografische ontwikkelingen stijgt de vraag naar PA's in de MSZ in de komende 5 jaar met **5,4%**. Na 10 jaar met **9,4%**, na 15 jaar met **12,8%** en na 20 jaar met **14,5%**.

Het aantal mensen met een chronische aandoening en multimorbiditeit stijgt.<sup>304</sup> Deze stijging komt onder andere voort uit verbeterde behandelmethoden, waardoor mensen vaker aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker overleven. Mensen met chronische klachten en multimorbiditeit hebben vaak te maken met een veelheid aan zorgprofessionals en -organisaties, waardoor behoefte ontstaat aan iemand die zicht houdt op het integrale traject en zorgt voor coördinatie van de betrokken zorgprofessionals. PA's of verpleegkundig specialisten (VS'en) kunnen deze regierol vaker op zich gaan nemen. De toename van comorbiditeit en complexiteit van zorg vraagt volgens betrokkenen in de acute zorg om de inzet van professionals met een meer generalistische inslag en brede opleiding, zoals PA's.<sup>305</sup> De jaarlijkse benodigde groei vanuit epidemiologische ontwikkelingen is voor PA's in de MSZ **0,0%** tot **0,2%** per jaar.

#### 8.1.3.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. De volgende ontwikkelingen zijn van invloed op de benodigde capaciteit aan PA's.

<sup>302</sup> Zie voor meer uitleg over de berekeningsmethode hoofdstuk 3.

<sup>303</sup> Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

<sup>304</sup> RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven: Auteur.

<sup>305</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA. / Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

### **Bekostiging remt én stimuleert inzet PA's**

Het financiële plaatje speelt een belangrijke rol bij de besluitvorming over het al dan niet aannemen en/of opleiden van een PA. In de medisch specialistische zorg geeft een derde van de betrokkenen aan dat bekostiging een stimulans is voor het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. In de MSZ en revalidatiezorg worden hierbij lagere salariskosten, het zelfstandig DBC's openen en sluiten en doelmatigheid het vaakst genoemd.<sup>306</sup>

In de MSZ is 'bekostiging' echter ook de meest genoemde remmende factor voor het opleiden of aannemen van PA's. De vraag naar PA's wordt deels geremd door onduidelijkheid over toekomstige (DBC) vergoedingen van zorgverzekeraars. Belemmerende factoren zijn echter vooral de verdeling van kosten tussen het MSB en het ziekenhuis, de verdeling van formatie over de medische en verpleegkundige staf<sup>307</sup> of onduidelijkheid hierover.<sup>308</sup> Daarnaast leven bij enkele medisch specialisten en managers zorgen over hogere salariseisen die PA's mogelijk gaan stellen, naarmate de professionalisering van deze beroepsgroepen vordert. Wanneer deze eisen sterk stijgen, kan dit het beroep minder aantrekkelijk maken voor werkgevers is de gedachte. In de MSZ is de FWG voornemens de functie 'physician assistant' te omschrijven en opnieuw te wegen.<sup>309 310</sup> Bij de keuze voor een zorgprofessional bij het invullen van een vacature wordt door zorgorganisaties veelal geen business-case gemaakt, maar gekeken naar de hoogte van het salaris van de PA in vergelijking met een medisch specialist of basisarts/anios. In de algemene ziekenhuizen wordt naast salaris ook gekeken naar de verdeling van (salaris)kosten tussen het medisch specialistische bedrijf en het ziekenhuis. Soms kiest een vakgroep onder andere voor een VS-AGZ, omdat het ziekenhuis dan een groter deel van de salariskosten op zich neemt dan wanneer gekozen zou worden voor een PA. 75% van de PA's is in dienst van het ziekenhuis en 6% bij een medisch specialistisch bedrijf.<sup>311</sup>

Bijstellingen in zorgbudgetten zorgden in 2013 mogelijk voor een sterke afname van het aantal instromers in de MPA-opleidingen binnen de medisch specialistische en revalidatiezorg (zie §3.4.2).<sup>312</sup> Eventuele toekomstige bijstellingen in zorgbudgetten of plafondafspraken kunnen de vraag naar PA's (tijdelijk) beïnvloeden. Naar verwachting zal de focus op doelmatigheid in de komende jaren een stimulans voor de inzet van PA's blijven. Ook meer duidelijkheid over de verdeling van salariskosten en/of formatie binnen ziekenhuizen zal de vraag naar PA's beïnvloeden.

<sup>306</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>307</sup> Hoewel er geen casuïstiek bekend is waarbij de formatie van PA's onder de verpleegkundige staf wordt gerekend, geeft 9% van de respondenten aan dat onduidelijkheid op dit punt een remmende factor is bij het aannemen of opleiden van PA's. Vermoedelijk komt dit voort uit onbekendheid met het beroep.

<sup>308</sup> Idem.

<sup>309</sup> FWG. Physician assistant. Geraadpleegd op 22-07-2019, van [https://www.fwg.nl/physician-assistant\\_update2018/](https://www.fwg.nl/physician-assistant_update2018/)

<sup>310</sup> NAPA (2019). Jaaroverzicht: NAPA in 2018.

<sup>311</sup> Nederlandse ZorgAutoriteit (2019). Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg. Utrecht: Auteur.

<sup>312</sup> Zie onder andere 'Begrotingsakkoord 2013. Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd' (bezuinigingen in curatieve zorg (incl. curatieve GGZ) en langdurige zorg)



### Meer zorg in eerste lijn en acute zorg

Steeds meer zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn en de thuissituatie. De verwachting dat de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn zich doorzet (zie paragraaf 5.3.1).<sup>313</sup> De transitie van zorg, het langer thuis wonen van ouderen, de toename van comorbiditeit en de complexiteit van zorgvragen en 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP) zijn stimulerende factoren voor de inzet van PA's in de huisartsenzorg en acute zorg en in mindere mate de ouderenzorg.<sup>314</sup>

Een onzekere factor is de snelheid en omvang van verschuiving van zorg naar de eerste lijn, anderhalve lijn en de thuissituatie. Onder andere de beschikbare capaciteit op de arbeidsmarkt in de eerste lijn lijkt een knelpunt bij de realisatie van de verschuiving van zorg naar de eerste lijn en het langer thuis wonen van ouderen. Aangezien PA's tijdens hun opleiding zowel in de ziekenhuiszorg als in de huisartsenzorg theoretische en praktische ervaring hebben opgedaan, kan deze beroepsgroep mogelijk relatief vlot (deels) ingezet worden in een andere sector. Desondanks wordt het aannemen van PA's die zijn opgeleid in een andere sector nu soms als een barrière ervaren.<sup>315 316</sup> Intersectoraal opleiden of het aanbieden van herscholingstrajecten bij het (deels) inzetten van PA's in een andere sector kan de verschuiving van zorg en bijbehorende capaciteit aan zorgprofessionals over de sectoren mogelijk vergemakkelijken. De inzet van PA's binnen de anderhalvelijnszorg is tot nu toe zeer beperkt.

Het langer thuis wonen van ouderen zorgt voor een toenemende vraag in de gehele spoedzorgketen. Door onvoldoende toegankelijke 24/7 zorg 'dichterbij' wordt er veelal aanspraak gedaan op de SEH. 36% van de ouderen die de SEH in 2017 bezochten heeft een welzijns- of eerstelijns somatische klacht. 24% van deze groep bezoekt de SEH met een vraag die met vroegdiagnostiek te voorkomen was. Ook is er sprake van onnodige verplaatsingen en onnodige belasting van de ambulancediensten. Uit onderzoek blijkt dat vooral rondom chronisch zieken en kwetsbare ouderen door preventieve maatregelen en/of vroegdiagnostiek, complicaties en ziekenhuisbelasting voorkomen worden. In de coördinatie en regie op benodigde zorg valt veel te verbeteren.<sup>317</sup> Het RIVM voorspelt dat tussen nu en 2040 het aantal SEH-bezoeken van mensen tussen de 70 en de 74 jaar met gemiddeld 1,5 procent per jaar zal groeien. Voor mensen ouder dan 90 groeit het aantal SEH-bezoeken met iets meer dan 4,5 procent per jaar. Dit legt ook extra druk op de doorstroom van oudere patiënten van de spoedeisende hulp naar andere vormen van zorg, zoals eerstelijns verblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ).<sup>318</sup>

<sup>313</sup> FWG Brancheboekje ziekenhuiszorg. Utrecht, mei 2018.

<sup>314</sup> Idem.

<sup>315</sup> Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019.

<sup>316</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>317</sup> Winkel, E., & Kousemaeker, G. de (2017). Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen. Amsterdam: Fluent.

<sup>318</sup> ActiZ (2018). Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen: Managementsamenvatting. Geraadpleegd op 31 mei 2018, van <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2018/02/actiz-roept-ministers-op-de-acute-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-anders-te-organiseren>

Er moet beter gestroomlijnd worden welke patiënt waar terecht komt: bij de huisarts, de huisartsenpost, de spoedeisendehulp of de ambulancezorg. Hierover worden afspraken gemaakt in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.<sup>319</sup> Bij de beslissing of een zorgvraag eerste, tweede of derdelijnszorg is, ontstaat een grijs gebied. Hier is een zorgverlener nodig die zelfstandig kan handelen. Deze kan dan door spoedvisites de vraag in kaart brengen en voor de juiste routing zorgen. De langere reistijden naar HAP's en SEH's door afname van het aantal SEH's zorgt er mogelijk voor dat het doelmatiger wordt dat professionals naar de patiënten gaan. De PA en VS zijn toegerust en bevoegd om de taken die nu door Mobiele medische teams worden uitgevoerd, op te pakken.<sup>320</sup> Een remmende factor is de bekostigingssystematiek: consulten van PA's en VS'en worden niet of beperkt vergoed.<sup>321</sup> Het aantal SEH's is afgenomen van 107 naar 88 in de periode 2003-2018. Door de grotere schaalgrootte van de resterende SEH's ontstaat ook daar een toenemende behoefte aan zelfstandig werkende en bevoegde zorgprofessionals. In hoeverre werkzaamheden in de acute zorg in toenemende mate bij de PA terecht komen is voornamelijk ongewis.

### **Transities sturen behoefte regierol**

Bewegingen zoals de JZOJP, netwerkgeneeskunde en de transitie van zorg naar de eerste lijn en de thuissituatie, zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd.<sup>322</sup> Deze ontwikkelingen stimuleren het opleiden en aannemen van PA's in de MSZ.<sup>323</sup> Er ontstaat namelijk behoefte aan een zorgprofessional die hierbij regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. Voor de PA's worden mogelijkheden gezien om meer de regie op zich te nemen in de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. In de medisch specialistische zorg is het invullen van een behoefte aan een coördinerende rol een reden voor het opleiden en aannemen van een PA.<sup>324</sup> Andere redenen die een rol spelen bij de toenemende behoefte aan een regierol zijn het toenemende aantal patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit (zie paragraaf 5.2). Daarnaast neemt de behoefte aan een regierol toe door de toename van ketenzorg en value based healthcare. Het streven naar shared decisionmaking en één vast aanspreekpunt per patiënt maakt dat er meer tijd nodig is voor begeleiding van patiënten.<sup>325</sup>

### **Laagcomplexere zorg binnen satellietlocaties**

Tenslotte gaan PA's mogelijk meer laagcomplexere zorg leveren in het toenemende aantal satellietlocaties, zoals liesbreukklinieken.<sup>326</sup> Per januari 2019 werkt 4% van de PA's in de medisch specialistische zorg binnen een ZBC. Het aantal locaties van zelfstandige behandel- en gezondheidscentra stijgt de afgelopen 20 jaar. De verwachting is dat het aantal ziekenhuizen dat complexe zorg biedt de komende jaren af zal nemen door strengere volumennormen en financiële noodzaak.<sup>327 328</sup> In de

<sup>319</sup> Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Geraadpleegd op 11-09-2019, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/spoedzorg/kwaliteitskader-spoedzorgketen>

<sup>320</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>321</sup> Idem.

<sup>322</sup> Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

<sup>323</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>324</sup> Idem.

<sup>325</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>326</sup> Idem.

<sup>327</sup> Zorgvisie (2019). STZ: 'Nederland gaat terug naar veertig ziekenhuizen'. 25-01-2019.

<sup>328</sup> Skipr (2019). NZa verwacht afname aantal ziekenhuizen. 22-01-2019.

toekomst zullen ziekenhuizen steeds meer werken als regionale netwerkorganisaties.<sup>329</sup> In hoeverre dit effect zal hebben op de vraag naar PA's is nog onzeker.

Gezien de hiervoor genoemde ontwikkelingen is de parameterwaarde sociaal-cultureel vastgesteld op **1,8%** tot **2,8%**.

### 8.1.3.3 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en -resultaten. Een indicator voor onvervulde vraag is de vacaturegraad. Het aantal nieuwe vacatures is bepaald, toegewezen aan een sector en omgerekend naar het aantal openstaande vacatures. Dit aantal is afgezet tegen het aantal werkzame PA's om tot een vacaturegraad te komen. Deze is vervolgens gecorrigeerd voor frictiewerkloosheid. Deze vacaturegraad is gehanteerd als basis voor de parameterwaarde onvervulde vraag. Voor PA's in de MSZ is de onvervulde vraag vastgesteld op **5,4%**. De onvervulde vraag in de sector MSZ is dus wat lager dan voor het beroep als geheel (6,6%).

## 8.1.4 Veranderingen werkproces

### 8.1.4.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

PA's nemen niet alleen taken over van medisch specialisten. Zij pakken ook additionele taken op, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten en organisatie van de zorg. Het verbeteren van de organisatie van de zorg wordt in de medisch specialistische zorg door 26% van de respondenten genoemd als reden voor het opleiden en aannemen van PA's. Het verhogen van de patiënttevredenheid en het uitvoeren van projecten en innovaties zijn voor respectievelijk 17% en 14% van de respondenten redenen om een PA aan te nemen of op te leiden.<sup>330</sup>

Exacte cijfers over de omvang van de inzet van PA's op additionele taken ontbreken. Wel zijn cijfers voorhanden over de top vijf aan werkzaamheden waaraan PA's de meeste werktijd besteden. Het overgrote deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites (90% van de PA's besteedt hier gemiddeld 47% van de werktijd aan). Additionele taken vormen voor ruim de helft van de PA's een structureel onderdeel van het werk. Bij 52% van de PA's in de medisch specialistische zorg bestaat een vast deel van hun werktijd uit het uitvoeren van projecttaken. Projecttaken omvatten taken die zich richten op innovatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en organisatie van de zorg. Zij besteden hier gemiddeld 11% van hun tijd aan. Dit is los van overleg en afstemming, zoals intercollegiaal-, farmacotherapeutisch- en multidisciplinair overleg. Ook participatie in werkgroepen en commissies en het doen van wetenschappelijk onderzoek valt hierbuiten. Voorzien wordt dat de inzet van PA's op additionele taken de komende jaren verder toeneemt. De parameterwaarde voor vakinhoudelijke ontwikkelingen is daarom vastgesteld op **2,0%**.

<sup>329</sup> FWG (2018). Brancheboekje ziekenhuiszorg. Utrecht: Auteur.

<sup>330</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

#### 8.1.4.2 Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande op het vlak van ICT en technologie<sup>331</sup>. Ook blijven administratieve lasten in veel sectoren een aandachtspunt.<sup>332</sup> Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan PA's. De gehanteerde parameterwaarde is vastgesteld op **0%**.

#### 8.1.4.3 Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Hieronder bespreken we taakverschuivingen tussen PA's en VS'en-AGZ en PA's en aiossen.

##### Taakverschuivingen tussen PA's en VS'en-AGZ

Uit de veldgesprekken en interviews bleek dat er met name in de medisch specialistische zorg toenemende aandacht is voor het gericht positioneren van PA's en VS'en. Er is echter nog weinig ziekenhuisbreed beleid en centrale communicatie over de functies PA en VS en de bijbehorende bevoegdheden.<sup>333</sup>

Uit onderzoek blijkt verder dat de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en in 2019 vrijwel geheel door dezelfde factoren beïnvloed wordt. Verschillen tussen de twee beroepsgroepen zitten vooral in de mate waarin dat gebeurt. Hierbij is zichtbaar dat VS'en in de medisch specialistische zorg vaker worden opgeleid en aangenomen voor onder andere de zorg voor specifieke aandoeningen of patiëntengroepen en het invullen van een coördinerende rol. PA's worden daarentegen wat vaker dan VS'en opgeleid of aangenomen vanwege de hoge werkdruk of beperkte capaciteit van medisch specialisten en aiossen en lagere salariskosten dan medisch specialisten.<sup>334</sup>

Inmiddels zijn diverse ziekenhuizen bezig met trajecten of visieontwikkeling om de VS en PA op de juiste plek in te zetten. Dit leidt veelal niet tot herpositionering van bestaande professionals. Wel dragen deze trajecten bij aan gerichte positionering van nieuw aan te nemen PA's en/of VS'en. Op dit moment zijn er geen signalen dat de vraag naar PA's hierdoor zal dalen of stijgen. Om deze reden wordt er aangenomen dat er geen sprake is van structurele en substantiële horizontale taakverschuivingen tussen PA's en VS'en.

---

<sup>331</sup> Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

<sup>332</sup> (Ont)regel de zorg.

<sup>333</sup> Kleven, P., Leferink, N., Van den Brink, G. & Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking. Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc.

<sup>334</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

### Taakverschuivingen vanuit aiossen

In de medisch specialistische zorg ervaren managers dat de zorgvraag toeneemt, terwijl de capaciteit aan aiossen niet mee stijgt. Aiossen kunnen niet zo veel meer worden ingezet tijdens de diensten.<sup>335</sup> Dit komt onder andere door de individualisering van de opleidingsduur (Opleidingsakkoord 2013)<sup>336</sup> Ook veranderende eisen aan de inhoud van de medisch specialistische vervolgopleidingen spelen een rol. Zo worden er niet alleen meer discipline overstijgende competenties gevraagd, maar nemen ook op vakinhoudelijk gebied de eisen toe. Door deze zaken besteden aiossen een relatief groter deel van de opleidingstijd aan specialismegerichte taken. Daarnaast beïnvloedden ook het Arbeidstijdenbesluit en een afname van het aantal instromers in de medisch specialistische vervolgopleidingen de capaciteit aan aiossen.<sup>337 338</sup>

In combinatie met een stijging van de zorgvraag ervaren managers knelpunten in de formatie. Het is moeilijker om roosters rond te krijgen voor niet-complexe en/of generalistische taken, zoals het invullen van de zaalartsfunctie. Managers zetten daarom andere zorgprofessionals in om de roosters rond te krijgen. Hierbij zoeken zij een oplossing met het inzetten van aniossen, ziekenhuisartsen en taakherschikking naar PA's en VS'en. 13% van de respondenten in de MSZ geeft aan dat beperkte capaciteit aan aiossen een reden is voor het opleiden en aannemen van PA's.<sup>339</sup> Een andere oplossing waarvoor een deel van de managers kiest is het aanbieden van een 'bijbaan' aan aiossen, waarbij zij, buiten hun opleiding om, betaald worden ingezet in het ziekenhuis.

Redenen waarom voor een PA gekozen wordt zijn de beperkte capaciteit aan ziekenhuisartsen en de hogere arbeidsmobiliteit van aniossen. Aniossen vertrekken aldus stakeholders vaak binnen enkele maanden tot een aantal jaar. De ervaring is dat PA's en VS'en-AGZ langer blijven en daarmee meer continuïteit van zorg kunnen bieden.<sup>340</sup> Het komt voor dat aniossen de voorkeur geven aan een functie binnen ziekenhuizen met opleidingsplaatsen voor de medisch specialistische vervolgopleidingen in de hoop zo de kansen op een opleidingsplaats te vergroten. Daardoor is het voor hen minder aantrekkelijk is om in een ziekenhuis te werken waar dergelijke opleidingsplaatsen niet beschikbaar zijn.

De individualisering van de opleidingsduur wordt gemonitord.<sup>341</sup> Vanaf juli 2014 is de opleidingsduur met circa 3 maanden verkort. In totaal is de capaciteit aan aiossen sindsdien met naar schatting 3.219 maanden afgenomen. Hoewel dit de afgelopen jaren invloed heeft gehad op de vraag naar VS'en, is onbekend of deze trend zich zal doorzetten. In de monitoring van de RGS wordt bijge-

<sup>335</sup> Zorgvisie (2019). Verkorting opleiding medisch specialist geeft roosterproblemen ziekenhuis. 11 feb 2019.

<sup>336</sup> SOM (2016). Taakherschikking als reactie op individualiseren van de opleiding. "Met het Opleidingsakkoord van oktober 2013 is afgesproken de medisch specialistische vervolgopleidingen te versnellen met 7,5%. [...] Door de verminderde aios-inzet zal taakherschikking in toenemende mate worden ingezet."

<sup>337</sup> Het Arbeidstijdenbesluit is sinds 1-8-2011 van kracht. De gemiddelde werkweek van aiossen is verlaagd van 52 naar 48 uur. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen gewerkte uren en slaapuren tijdens een aanwezigheidsdienst.

<sup>338</sup> Het aantal instromers in de medisch specialistische vervolgopleidingen daalde met 7% over de periode 2010-2018. Het aantal instromers is sinds 2017 redelijk stabiel.

<sup>339</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>340</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>341</sup> RGS 92019). Monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019.

houden welke oorzaken er zijn voor de terugloop in opleidingsmaanden. Hieruit volgt dat van de afname van 3.219 maanden ongeveer 1.964 maanden worden veroorzaakt door individualisering van de opleidingsduur.<sup>342</sup>

Momenteel spreken veldpartijen over het beoogde doel van de geïndividualiseerde versnelling van de opleidingsduur.<sup>343 344 345</sup> Wanneer de opleidingsduur van aiossen na 2019 verder afneemt en het oorspronkelijke doel van een inkorting van 6 maanden in 2022 wordt aangehouden, dan is te voorzien dat de extra vraag naar PA's die hieruit voortkomt de komende jaren aanhoudt. Om het effect van deze trend op de benodigde capaciteit aan PA's mee te kunnen nemen in de raming is op basis van aannames een doorrekening gemaakt. Hierbij is aangenomen dat de gerealiseerde inkorting van de opleidingsduur doorzet van ongeveer 3 naar ongeveer 6 maanden. Structureel verschuift er dan circa 163,6 fte over 10 jaar, wat een jaarlijkse taakverschuiving van 16,36 fte per jaar betekent. Aangenomen wordt dat daarvan zo'n 35% wordt ingevuld door PA's. Dit betekent een taakverschuiving van **0,76%** per jaar voor het aantal fte aan PA's in de medisch specialistische zorg.<sup>346</sup>

Gezien de onzekerheid over verdere inkorting van de opleidingsduur van aiossen in de medisch specialistische zorg wordt voor de parameter 'horizontale taakverschuivingen' wordt een bandbreedte van **0,0%** tot **0,76%** aangehouden. Bij 0,0% is het uitgangspunt dat er geen verdere inkorting van de opleidingsduur plaatsvindt. Bij 0,76% is de aanname dat dit wel het geval is.

#### 8.1.4.4 Verticale taakverschuivingen

Hierna worden ontwikkelingen benoemd, waarvan verwacht wordt dat zij de komende jaren de meeste invloed zullen hebben op de benodigde capaciteit aan PA's in de MSZ op het vlak van verticale taakverschuivingen. In paragraaf 6.4 is een beschrijving opgenomen van de gehanteerde begrippen, de dataverzameling en een verantwoording van de gehanteerde berekeningssystematiek.

#### Physician assistants kunnen meer taken overnemen

68% van de PA's in de MSZ geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de medisch specialist worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een PA. Het gaat om gemiddeld 11,5 uur per week.<sup>347</sup> Hoewel deze inschatting van het aantal uur aan taken dat overgenomen kan worden van medisch specialisten omvangrijk is, wil het niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan

<sup>342</sup> Op basis van de kolommen 'Versnelling van de opleiding' en 'Werkervaring bij een erkende opleider' in 'RGS monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019'.

<sup>343</sup> Federatie Medisch Specialisten. Opleidingsakkoord. Geraadpleegd op 29-07-2019, van <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/opleidingsakkoord> Gemaakte afspraak: "Er komt een geïndividualiseerde versnelling van de opleidingsduur. Die bedraagt gemiddeld 4,8 maand voor alle aios in 2022 of omgerekend gemiddeld zes maanden voor 80% van de aios."

<sup>344</sup> Voor de actuele status zie: <http://www.medischevervolgopleidingen.nl/individualisering>.

<sup>345</sup> RGS (2019). Monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019. Inkorting bedraagt per 12-03-2019 -2,78 maanden vanaf 1-7-2014.

<sup>346</sup> Dit percentage wijkt af van de waarde binnen de raming voor de gehele beroepsgroep van PA's, omdat de waarde daar betrekking heeft op een grotere groep en daarmee lager uitvalt.

<sup>347</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

verwacht door uiteenlopende belemmeringen.<sup>348 349 350</sup> Om deze reden zijn ook aanverwante beroepsgroepen en betrokkenen bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van PA's bevraagd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen. De grootste groep respondenten voorziet dat het aantal PA's, onder andere door taakverschuivingen, in de komende 5 jaar met 5-25% zal stijgen.<sup>351 352</sup> De groei die de focusgroepen voorzien, ligt voor de meeste sectoren wat hoger met bijvoorbeeld 20-25% in de heelkunde en bijna een verdubbeling in de interne geneeskunde.<sup>353</sup> De daadwerkelijke historische groei lag daar met gemiddeld 13% per jaar over 2016-2019 boven.

### **Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen**

Door (regionale) tekorten aan medisch specialisten en een hoge werkdruk kiezen werkgevers en medisch specialisten vaker voor de inzet van een PA (of een VS). Arbeidsmarktfactoren zijn één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het aannemen of opleiden van een PA.<sup>354</sup> Ook binnen de acute zorg speelt krapte op de arbeidsmarkt een rol bij taakverschuivingen naar PA's.<sup>355</sup> Zowel op de SEH (SEH-artsen) als bij de Ambulancezorg (Ambulanceverpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen, masters) is er sprake van personele tekorten, waardoor taakherschikking en -verschuiving plaatsvindt.<sup>356</sup>

In de medisch specialistische zorg zijn er regionale verschillen in de werkdruk en ervaren krapte aan medisch specialisten. In regio Noord-Nederland en in iets mindere mate in de regio Zuid-Nederland lijken deze zaken vaker een rol te spelen bij de keuze voor een PA dan in andere regio's. Een beperkte capaciteit aan aiossen en het bieden van carrièreperspectief aan hbo'ers worden in regio Oost-Nederland vaker genoemd als stimulans voor het opleiden en aannemen van PA's.<sup>357</sup> Verder valt in de medisch specialistische zorg de krapte aan gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteu-

---

<sup>348</sup> Timmermans, M., Laurant, M. & Van Vught, A. (2016). De effecten van het inzetten van Physician Assistants in de functie van zaalarts. Radboudumc, IQ healthcare.

<sup>349</sup> Wallenburg, I., Janssen, M. & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

<sup>350</sup> Kouwen, A.J., Van der Brink, G.T.W.J., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016) Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Nijmegen: Radboudumc.

<sup>351</sup> Modus en mediaan komen veelal overeen.

<sup>352</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>353</sup> Over een vijfjaarsperiode

<sup>354</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>355</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>356</sup> Idem.

<sup>357</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

nende beroepen op ten opzichte van de naar verhouding landelijk lage onvervulde vraag naar medisch specialisten.<sup>358 359</sup> Voorzien wordt dat (regionale) tekorten de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van PA's.

### **Toenemende bekendheid**

Vrijwel alle stakeholders benoemen dat bekendheid van PA's een belangrijke rol speelt bij de omvang van taakverschuivingen. Inmiddels is de PA in de medisch specialistische zorg een bekende beroepsgroep. Desondanks is ook in de medisch specialistische zorg 'geen ervaring met samenwerking' voor 9% van de respondenten een belemmering bij het opleiden en/of aannemen van een PA.<sup>360</sup> Er is weinig ziekenhuisbreed beleid en centrale communicatie over de functies VS'en AGZ en PA en de bijbehorende bevoegdheden.<sup>361</sup> Steeds meer ziekenhuizen richten zich op de ontwikkeling van organisatiebreed beleid voor de inzet van PA's. Waarschijnlijk zorgt dit ervoor dat PA's vaker op de meest passende plek worden ingezet.

### **Borging van continuïteit draagt bij aan verbetering zorg**

Het borgen van de continuïteit van zorg wordt door 29% van de respondenten genoemd als een reden voor het opleiden en/of aannemen van PA's.<sup>362</sup> De PA wordt door managers en medisch specialisten beoordeeld als een beroepsgroep met een relatief lage arbeidsmobiliteit: ze blijven ten opzichte van een basisarts/anos relatief lang werkzaam binnen een functie en bij een werkgever. De continuïteit die dit met zich meebrengt, wordt door collega's en leidinggevenden gewaardeerd vanwege het vaste aanspreekpunt en de opbouw van kennis en ervaring. Ook patiënten hechten waarde aan een 'vast gezicht'.

### **(Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocumenten**

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. PA's zijn steeds vaker betrokken bij deze (door)ontwikkeling. De (door)ontwikkeling van kwaliteitseisen van wetenschappelijke verenigingen betekent dat er meer gemeten wordt in de medisch specialistische zorg. Een deel van het werk wat dit met zich meebrengt wordt uitgevoerd door PA's.<sup>363</sup>

---

<sup>358</sup> Capaciteitsorgaan (2018). Capaciteitsplan 2018-2021. Deelrapport 8. FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen. Utrecht: Auteur. *Vanaf pagina 48 'Onvervulde vraag'. De vacaturegraad loopt uiteen van 3,7% voor dialyseverpleegkundigen tot 14% voor IC-verpleegkundigen.*

<sup>359</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1. Medische specialismen, klinisch technologische specialismen en spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Auteur. *'Het ongewogen gemiddelde van de onvervulde vraag over alle medisch specialismen is 1,66%. De onvervulde vraag varieert van 0% (heelkunde) tot 12,5% (SEH).*

<sup>360</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>361</sup> Kleven, P., Leferink, N., Van den Brink, G. Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking. Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc.

<sup>362</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>363</sup> Plasmans, M.H.D. & Koopmanschap, M.A. De invloed van veranderingen in richtlijnen op zorggebruik. Analyse van cholesterolverlagers, TNF-alfaremmers en oogoperaties. Bilthoven: RIVM.



De opname van een beroep in richtlijnen en consensusdocumenten vergemakkelijkt taakverschuiving en samenwerking volgens betrokkenen in de heelkunde.<sup>364</sup> Recent is de inzet van de PA opgenomen in de richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom. Daarbij is deze gelijk gesteld aan de inzet van een arts.<sup>365</sup> In de medisch specialistische zorg worden steeds meer consensusdocumenten opgesteld, waarbij op specialisameniveau samenwerkingsafspraken worden gemaakt en vastgelegd door wetenschappelijke verenigingen, PA's en/of VS'en.

### **De juiste professional op de juiste plek**

Uit onderzoek blijkt dat het inzetten van de juiste professional op de juiste plek in de medisch specialistische zorg één van de meest genoemde redenen is voor het opleiden en aannemen van PA's.<sup>366</sup> Er wordt in toenemende mate gestuurd op doelmatigheid en efficiënte inzet van middelen. Omdat de salariskosten van PA's lager liggen dan die van een medisch specialist is dit voor een deel van de respondenten een stimulans om te kiezen voor de inzet van dit beroep.<sup>367 368</sup>

Taakverschuivingen naar de PA gaan samen met sub- of taakspecialisatie van de medisch specialist en aiossen. Medisch specialisten richten zich vaker op een deelgebied of op nieuwe behandel mogelijkheden binnen hun specialisme. Voor vrijwel alle medisch specialisten geldt dat er verdere subspecialisatie plaatsvindt. Dit lijkt deels toe te schrijven aan technologische mogelijkheden voor bijvoorbeeld interventie-cardiologie, deels door volumennormen en deels door kwaliteitsrichtlijnen.<sup>369</sup> De meer algemene en/of geprotocolleerde zorg gaat richting de PA (of VS).

### **Geen structurele verschuivingen vanuit PA's naar andere beroepen**

Verder is nagevraagd in hoeverre taken verschuiven van PA's naar andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen of doktersassistenten. Op dit moment zijn hiervan geen signalen. De werkzaamheden van PA's raken de werkzaamheden van medisch specialisten en a(n)ios en niet zozeer die van mbo'ers en hbo'ers. Wel besteden PA's in de MSZ tijd aan deskundigheidsbevordering van collega's. 26% van de PA's in de MSZ geeft onderwijs en 48% begeleidt a(n)ios en/of coassistenten.<sup>370</sup> Er zijn geen redenen om de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen bij te stellen voor verschuivingen naar lager opgeleide beroepsgroepen.

### **Voorziene taakverschuivingen raming medisch specialisten**

De hiervoor genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn voor de raming van de medisch specialisten<sup>371</sup>. Na het doorvoeren van

<sup>364</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>365</sup> RIVM (2019). Multidisciplinaire LCI-richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom.

<sup>366</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>367</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>368</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>369</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1. Medische specialismen, klinisch technologische specialismen en spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Auteur.

<sup>370</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>371</sup> Zie [www.capaciteitsorgaan.nl](http://www.capaciteitsorgaan.nl) voor het Capaciteitsplan 2019 'Medische (klinisch technologische) specialismen en Spoedeisende geneeskunde'.

correcties (zie paragraaf 6.4) blijkt dat er afgerond 23 fte aan werkzaamheden per jaar te verschuiven van medisch specialisten naar de PA (Tabel 25). Uitgaande van deze waarden is er per jaar **3,04%** meer fte aan PA's in de MSZ nodig om deze verticale taakverschuivingen op te vangen.

**Tabel 25: Doorrekening taakverschuivingen raming medisch specialisten (MS) naar PA's**

	Parameterwaarde verticale taakverschuivingen MS	FTE aan MS per 1-1-2019	FTE aan jaarlijks te verschuiven taken	FTE aan PA's per 1-1-2019	% taken dat verschuift naar PA's	Aantal FTE aan taken dat verschuift naar PA's	% verticale taakverschuivingen naar PA's
Medisch specialisten*	-0,33	20.785	69,33	752	33%	22,88	<b>3,04%</b>

\* incl. klinisch technologisch specialisten en SEH-artsen excl. verschuivingen vanuit revalidatieartsen (zie §8.3 revalidatie)

De richting van de inschattingen van de raming van de medisch specialisten en de bevindingen zoals besproken in de hier voorgaande paragrafen komen overeen. De verschillen zijn te herleiden tot verschillen in meetmethode en het type respondenten/deelnemers. Over het algemeen zijn inschattingen van medisch specialisten over de omvang van taakverschuivingen meer behoudend dan inschattingen van managers, directieleden en bestuurders. Uit onderzoek van HHM (2019) blijkt dat besluiten over het aannemen of opleiden van een PA in de MSZ vooral worden genomen door managers, directieleden en bestuurders.<sup>372</sup> Inschattingen van specialisten, managers en bestuurders die samenwerken met PA zijn veelal weer hoger dan die van personen die geen ervaring hebben met dergelijke samenwerking.

#### Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van de hiervoor genoemde ontwikkelingen is de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen vastgesteld op **3,04%** tot **3,29%** per jaar. Hierbij wordt de onderkant van de bandbreedte gevormd door de inschattingen binnen de raming van de medisch specialisten. De bovenkant van de bandbreedte ligt wat hoger dan de maximale waarden zoals meegenomen in de ramingen van de geneeskundig specialisten (zie 'impact van deze ontwikkelingen' in paragraaf 6.4).

#### 8.1.4.5 Arbeidstijdverandering

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen. In de raming wordt daarom als parameterwaarde **0%** aangehouden.

<sup>372</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

### 8.1.5 Overwegingen en advies

De trends die zijn beschreven in paragraaf 8.1 zijn meegenomen in het advies over de benodigde jaarlijkse instroom in de opleidingen tot PA binnen de MSZ. Hiervoor zijn de vetgedrukte parameterwaarden doorgerekend in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. In samenspraak met de werkgroep PA/VS binnen het Capaciteitsorgaan is gekozen voor een adviesvariant. Op basis hiervan wordt geadviseerd om jaarlijks **112** tot **128** studenten in te laten stromen in de opleiding tot PA binnen de medisch specialistische zorg. Het voorkeursadvies ligt hierbij aan de bovenkant van de bandbreedte en betreft **128** instromers per jaar.

In de afgelopen 5 jaar stroomden er jaarlijks gemiddeld 161 studenten in de opleiding tot PA binnen de medisch specialistische zorg. Op dit moment is er nog sprake van een tekort aan PA's in de MSZ. Dit tekort wordt op basis van de instroom in de afgelopen jaren bij gelijkblijvende trends binnen enkele jaren ingelopen, waardoor er binnen het ramingsadvies volstaan kan worden met een minder hoge instroom.

De vraag naar PA's in de huisartsenzorg en ouderenzorg groeit sneller dan de vraag in de medisch specialistische zorg. Dit komt door veranderingen zoals vergrijzing, de juiste zorg op de juiste plek, het langer thuis wonen van ouderen en de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Op dit moment is de snelheid en omvang van de verschuivingen nog onzeker. Met het oog op deze toekomstige veranderingen is het raadzaam om PA's waar mogelijk intersectoraal en daarmee toekomstbestendig op te leiden. Geadviseerd wordt om te verkennen of er (meer) PA's in een samenwerkingsverband met meerdere sectoren kunnen worden opgeleid. In de huisartsenzorg en in overige sectoren, zoals de ouderenzorg, worden minder PA's opgeleid dan nodig is met het oog op de toekomstige zorgvraag. In deze sectoren worden vaker knelpunten ervaren bij het aannemen en opleiden van PA's (en VS'en). Intersectoraal opleiden kan eraan bijdragen dat PA's (deels) ingezet kunnen worden in de huisartsenzorg en de ouderenzorg. Daarbij kunnen intersectoraal opgeleide PA's mogelijk vaker fungeren als "transmurale brug" tussen sectoren en bijdragen aan verdere totstandkoming van de anderhalvelijnszorg en de transitie van zorg.

Om abrupte schommelingen in opleidingscapaciteit binnen sectoren te voorkomen is het raadzaam de adviezen op sectorniveau stapsgewijs door te voeren en daarmee een zachte landing te bewerkstelligen.

Voor een verdere toelichting op het advies en de uitkomsten uit het ramingsmodel verwijzen we u naar hoofdstuk 7.

## 8.2 Huisartsenzorg

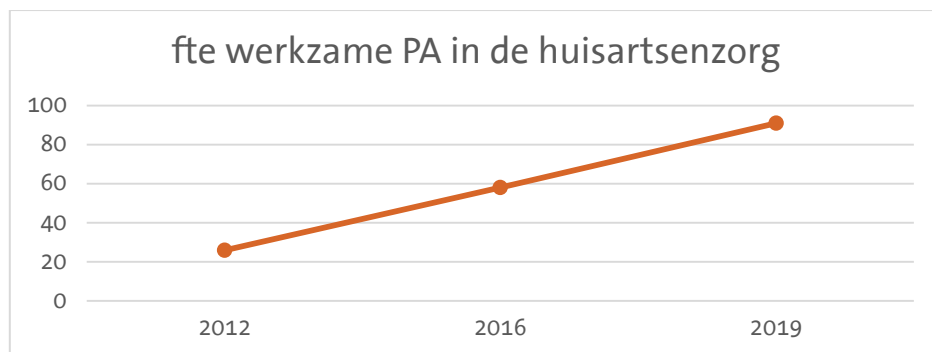
### 8.2.1 Zorgaanbod

Volgens het alumnionderzoek zijn er **131** werkzame physician assistants (PA's) in de huisartsenzorg. Deze 131 werkzamen werken in totaal 91 fte. Circa **76,2%** van hen is vrouw. De vrouwen werken gemiddeld **0,704** fte en de mannen **0,606** fte (gemiddeld 0,681 fte).<sup>373</sup>

De deeltijdfactor in de huisartsenzorg is substantieel lager dan in de medisch specialistische zorg. De verklaring hiervoor is deels te vinden in de berekeningsmethode: wanneer een PA in meerdere sectoren werkt, wordt voor elk van deze sectoren een deeltijdfactor berekend. Een PA die fulltime werkt (1,0 fte), maar dit gelijk verdeelt over twee sectoren, werkt in beide 0,5 fte. Circa 6% van de PA's is in twee of meer sectoren werkzaam, waarvan de meesten de MSZ en de huisartsenzorg combineren. Het lijkt erop dat deze factor van invloed is geweest op de uitkomst voor de huisartsenzorg.

Het aantal fte werkzame PA's in de huisartsenzorg is sinds 2012 sterk gestegen: van ca. 26 in 2012 tot ca. 91 in 2019. Zie Figuur 19.

**Figuur 19: werkzame fte PA in de huisartsenzorg 2012-2019**



De ratio tussen het aantal PA's en het aantal medisch specialisten stijgt ook. In 2012 was er nog ca. 0,3 fte PA per 100 fte huisartsen. Per 2019 is dit opgelopen naar 1,0 fte PA per 100 fte huisartsen.<sup>374</sup>

In het alumnionderzoek is gekeken in welk soort huisartsenpraktijk de respondenten werken. Een substantieel deel van de respondenten werkt in meer dan één setting. We zien dat 34% van de respondenten in een huisartsenpost werkt, 25% in een solopraktijk, 24% in een gezondheidscentrum, 19% in een groepspraktijk, 17% in een duo-praktijk en 6% binnen een zorggroep.<sup>375</sup>

Aan de alumni is gevraagd wanneer zij denken te stoppen met werken als PA. **3%** denkt te stoppen binnen 5 jaar, **18%** tussen 5 en 10 jaar, **20%** tussen 10 en 15 jaar en **19%** tussen 15 en 20 jaar. De PA's

<sup>373</sup> Dit komt mede door 18 respondenten waarvan het geslacht onbekend is, maar de deeltijdfactor substantieel hoger ligt (0,757). Hierop zijn de andere waarden gecorrigeerd.

<sup>374</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

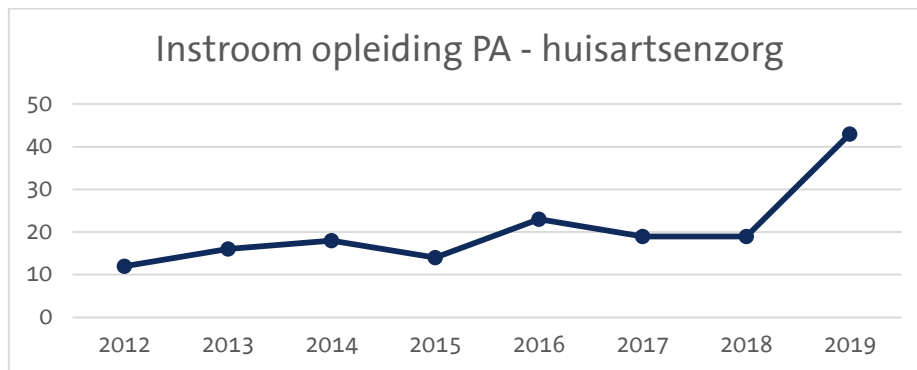
<sup>375</sup> Opgeteld is dit 125%. Dit komt door het eerder genoemde effect dat relatief veel PA's in meerdere soorten settings werken.

in de huisartsenzorg stoppen iets eerder dan die in de MSZ, mede doordat ze iets ouder zijn (44,2 jaar t.o.v. 43,0 jaar). In vergelijking met de huisartsen is de groep PA's relatief jong (de gemiddelde huisarts is gemiddeld 47,5 jaar).

### 8.2.2 Opleiding

De instroom in de opleiding MPA is weergegeven in hoofdstuk 3. De instroom in de sector huisartsenzorg laat in 2019 een sterke toename zien naar 43 instromers. Zie Figuur 20.

**Figuur 20: instroom MPA-opleiding 2012-2019, sector huisartsenzorg**



Voor de raming voor de sector huisartsenzorg moeten we inschatten hoeveel instromers er de komende jaren komen, gegeven het feit dat er 30 nieuwe opleidingsplaatsen komen en dat de hogescholen rekenen op een volledige benutting van de beschikbare plaatsen. De berekening komt uit op gemiddeld **40** instromers per jaar.<sup>376</sup> Verder gaan we uit van 58 personen die nog in opleiding zijn, waarvan circa **29** per leerjaar.

Het intern rendement voor de sectorspecifieke raming HA PA berekenen we hetzelfde als in hoofdstuk 3: deze wordt berekend over de jaren waarover de sector bekend is (vanaf 2012) en waarvan vrijwel alle opleidingen klaar zijn (tot 2016). Het intern rendement voor de sector is **85,00%**, substantieel lager dan over de gehele opleiding (namelijk 88,93%). Voor de opleidingen die reeds in opleiding zijn, wordt met een hoger rendement gerekend; er is een kleinere kans dat zij nog stoppen. Dit rendement is **94,7%**.<sup>377</sup>

Voor het percentage vrouwen zijn er geen aanwijzingen dat deze voor de sector HA wezenlijk anders is dan voor het gehele beroep. Hier rekenen we met **79,7%**.

<sup>376</sup> Instroom 2019 was 43 opleidingen, minus het incidentele deel (omgerekend 3 plaatsen) is 40 plaatsen.

<sup>377</sup> Zie voor meer uitleg over de berekeningsmethode hoofdstuk 3.

### Huisartsenzorg ten opzichte van andere sectoren

In de huisartsenzorg worden vaker belemmeringen ervaren bij het opleiden en aannemen van PA's (en VS'en) dan in andere sectoren. Het gaat dan om belemmeringen op het vlak van bekostiging en praktische punten (bijvoorbeeld gebrek aan praktijkruimten). Veel van deze belemmeringen hangen samen met de beperkte omvang van huisartsenpraktijken ten opzichte van zorgorganisaties in andere sectoren. Door deze beperktere omvang zijn er vaak minder (financiële) middelen beschikbaar en worden eerder een hoger risico en een hogere belasting qua financiën en tijd ervaren. Deze knelpunten remmen de vraag naar PA's in de huisartsenzorg.

Het opleiden van PA's wordt meer dan eens vergeleken met het opleiden van een huisarts. In deze vergelijking valt het opleiden van een huisarts vrijwel altijd positiever uit qua financiering, facilitering en soms ook status. Ook noemen enkele huisartsen dat een aios kan waarnemen en een PA niet. Verder hebben huisartsen het gevoel dat ze een PA na de opleiding een dienstverband moeten aanbieden, wat niet altijd mogelijk is. Het werkgeverschap wordt door sommigen als een belasting ervaren en brengt risico's met zich mee, bijvoorbeeld bij ziekte van de PA in opleiding.

Ten opzichte van andere sectoren wordt vooral in de huisartsenzorg aangegeven dat de subsidie voor het opleiden van een PA te laag is. Ook onduidelijkheid over toekomstige subsidies voor het opleiden van PA's werkt belemmerend. In paragraaf 3.4.2 is te zien dat de instroom in de opleidingen tot PA en verpleegkundig specialist (VS) vrijwel gelijk op gaat met het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen, totdat er in 2013 een sterke daling zichtbaar is in het aantal instromers in de MPA-opleiding. Alleen in de huisartsenzorg is een stijging zichtbaar. Volgens betrokkenen hangt de afname van het aantal instromers in 2013 samen met veranderingen in wet- en regelgeving en financiering in onder andere de medisch specialistische zorg. In 2013 start in de huisartsenzorg de stimuleringssubsidie van Stichting KOH (zie paragraaf 3.4.2).

Overige genoemde belemmeringen voor het opleiden van een PA zijn: onvoldoende opleidingsplaatsen, onvoldoende behandelruimtes of andere voorzieningen en beperkte tijd om op te leiden en er wordt genoemd dat te weinig hogeschole opleiden voor de eerste lijn.<sup>378</sup> Gezien deze knelpunten is het onzeker of er de komende jaren voldoende instroom in de MPA-opleiding gerealiseerd kan worden.

## 8.2.3 Zorgvraagontwikkelingen

### 8.2.3.1 Demografie en epidemiologie

De vraag naar PA's in de huisartsenzorg neemt toe door bevolkingsgroei en stijging van het aantal 65-plussers. Bij PA's in de huisartsenzorg is 21% van de patiëntcontacten met ouderen. PA's in de huisartsenzorg zien relatief veel jeugdigen ten opzichte van de huisarts (23% t.o.v. 14% van de patiëntcontacten/-populatie). Huisartsen zien naar verhouding meer ouderen en vrouwen dan de PA.<sup>379</sup>

<sup>378</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>379</sup> Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

Vanuit demografisch oogpunt stijgt de vraag naar PA's in de huisartsenzorg in de komende 5 jaar met **3,5%**. Na 10 jaar met **6,9%**, na 15 jaar met **9,4%** en na 20 jaar met **11,2%**.

Het aantal mensen met een chronische aandoening en multimorbiditeit stijgt (zie paragraaf 5.2).<sup>380</sup> Ook demografische ontwikkelingen, het overheidsbeleid dat erop gericht is zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en de transitie van zorg naar de eerste lijn leiden tot meer (kwetsbare) mensen die zorg vragen met name in de eerste lijn en wijkzorg. Mensen met chronische klachten en multimorbiditeit hebben vaak te maken met een veelheid aan zorgprofessionals en -organisaties, waardoor behoefte ontstaat aan iemand die zicht houdt op het integrale traject en zorgt voor coördinatie van de betrokken zorgprofessionals. PA's (of VS'en) kunnen deze regierol vaker op zich gaan nemen.<sup>381</sup> De jaarlijks benodigde groei vanuit epidemiologische ontwikkelingen is voor PA's in de huisartsenzorg **0,4%** tot **0,5%** per jaar.

### 8.2.3.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. De volgende ontwikkelingen zijn van invloed op de benodigde capaciteit aan PA's.

#### Meer zorg in eerste lijn

Steeds meer zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn, de anderhalve lijn en de thuissituatie. De verwachting dat de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn zich doorzet.<sup>382</sup> Zie paragraaf 5.3.1. De transitie van zorg, het langer thuis wonen van ouderen, de toename van comorbiditeit en de complexiteit van zorgvragen en 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP) zijn stimulerende factoren voor de inzet van PA's in de huisartsenzorg en acute zorg en in mindere mate de ouderenzorg.<sup>383</sup>

Een onzekere factor is de snelheid en omvang van verschuiving van zorg (zie paragraaf 5.3). Onder andere de beschikbare capaciteit op de arbeidsmarkt in de eerste lijn lijkt een knelpunt bij de verschuiving van zorg naar de eerste lijn en het langer thuis wonen van ouderen. Immers, als er zorg verschoven moet worden tussen de sectoren, moet de bijbehorende capaciteit aan zorgprofessionals meebewegen. Aangezien PA's tijdens hun opleiding zowel in de ziekenhuiszorg als in de huisartsenzorg theoretische en praktische ervaring hebben opgedaan, kan deze beroepsgroep mogelijk relatief vlot (deels) ingezet worden in een andere sector. Desondanks wordt het aannemen van PA's die zijn opgeleid in een andere sector nu soms als een barrière ervaren.<sup>384 385</sup> Wellicht dat intersectoraal op-

<sup>380</sup> RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven: Auteur.

<sup>381</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA. / Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

<sup>382</sup> FWG Brancheboekje ziekenhuiszorg. Utrecht, mei 2018.

<sup>383</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>384</sup> Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019.

<sup>385</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

leiden of het aanbieden van herscholingstrajecten bij het (deels) inzetten van PA's in een andere sector dit kan vergemakkelijken. De inzet van PA's binnen de anderhalvelijnszorg is tot nu toe zeer beperkt.

Het langer thuis wonen van ouderen zorgt voor een toenemende vraag in de gehele spoedzorgketen. Er moet beter gestroomlijnd worden welke patiënt waar terecht komt: bij de huisarts, de huisartsenpost, de spoedeisende hulp of de ambulancezorg. Hierover worden afspraken gemaakt in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.<sup>386</sup> Bij de beslissing of een zorgvraag eerste, tweede of derdelijnszorg is, ontstaat een grijs gebied. Hier is een zorgverlener nodig die zelfstandig kan handelen. De langere reistijden naar HAP's en SEH's door afname van het aantal SEH's zorgt er mogelijk voor dat het interessanter wordt om professionals, zoals PA's, naar de patiënten toe te brengen.<sup>387</sup>

### **Transities stuwen behoefte regierol**

Bewegingen zoals de JZOJP, netwerkgeneeskunde en de transitie van zorg naar de eerste lijn en de thuissituatie, zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd.<sup>388</sup> Er wordt door stakeholders vanuit het initiatief 'Zorg op de juiste plek' meer samenwerking voorzien tussen de ziekenhuizen, eerste lijn, acute zorg en thuis-/wijkzorg.<sup>389</sup> <sup>390</sup> Er ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die hierbij regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. Voor de PA worden mogelijkheden gezien om meer de regie op zich te nemen in de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De PA kan de communicatie en afstemming met de huisarts op zich nemen en de verbinding zijn tussen de eerste en de tweede lijn. De PA vormt als het ware een 'transmurale brug': de schakel tussen diverse zorgorganisaties en -sectoren.<sup>391</sup> In de huisartsenzorg zijn het invullen van een behoefte aan een coördinerende rol, de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en JZOJP redenen voor het opleiden en aannemen van een PA.<sup>392</sup>

### **Bekostiging remt en stimuleert inzet physician assistants**

In de huisartsenzorg is 'bekostiging' de meest genoemde remmende factor voor het opleiden of aannemen van PA's. Dit komt met name door onduidelijkheid bij huisartsen over toekomstige bekostiging door zorgverzekeraars en gebrekkige bekostiging door zorgverzekeraars. Een toekomstbestendige en toereikende bekostiging van de inzet van PA's door zorgverzekeraars, zal zorgen voor meer vraag naar PA's in de huisartsenzorg. Vooralnog is hier echter geen zicht op.

Bij enkele huisartsen en managers leven zorgen over hogere salariseisen die PA's mogelijk gaan stellen, naarmate de professionalisering van deze beroepsgroepen vordert. Wanneer deze eisen sterk

<sup>386</sup> Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Geraadpleegd op 11-09-2019, van <https://www.zorginstituut-nederland.nl/werkagenda/spoedzorg/kwaliteitskader-spoedzorgketen>

<sup>387</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>388</sup> Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

<sup>389</sup> Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

<sup>390</sup> ZonMw. Programma Juiste Zorg op de Juiste Plek. Over dit programma. Geraadpleegd op 22-07-2019, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programma-detail/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/>

<sup>391</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>392</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.



stijgen, kan dit het beroep minder aantrekkelijk maken voor werkgevers is de gedachte. In de huisartsenzorg wordt de PA voor het eerst beschreven in de CAO Huisartsenzorg 2019-2020.<sup>393 394</sup> Enkele huisartsen noemen ontbrekende of onduidelijke afspraken over de verdeling van salariskosten tussen dagpraktijk(en) en huisartsenposten als belemmering voor het opleiden en aannemen van PA's. Daarentegen noemt een derde van de respondenten bekostiging als reden om wel PA's op te leiden en aan te nemen. Hierbij noemen zij vooral lagere salariskosten en innovatiegelden.

Gezien deze ontwikkelingen is de parameterwaarde sociaal-cultureel vastgesteld op **1,0%** tot **3,0%**. Met het oog op de onzekerheden bij de transitie van zorg naar de eerste lijn hanteert het Capaciteitsorgaan een brede bandbreedte.

### **8.2.3.3 Onvervulde vraag**

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en –resultaten. Een indicator voor onvervulde vraag is de vacaturegraad. Het aantal nieuwe vacatures is bepaald, toegewezen aan een sector en omgerekend naar een aantal openstaande vacatures. Dit aantal is afgezet tegen het aantal werkzame PA's om tot een vacaturegraad te komen. Deze is vervolgens gecorrigeerd voor frictiewerkloosheid. Deze vacaturegraad hanteert het Capaciteitsorgaan als basis voor de parameterwaarde onvervulde vraag. De onvervulde vraag voor PA's in de huisartsenzorg is daarmee **4,2%**. De onvervulde vraag in de sector huisartsenzorg is dus lager dan voor het beroep als geheel (6,6%).

## **8.2.4 Veranderingen werkproces**

### **8.2.4.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen**

Binnen de huisartsenzorg is er sprake van vakinhoudelijke ontwikkelingen die de benodigde capaciteit aan PA's (mogelijk) beïnvloeden. Deze vallen uiteen in de inzet op additionele taken en mogelijke uitbreiding van de bevoegdheden met schouwen.

#### **Structurele inzet op additionele taken**

PA's nemen niet alleen taken over van huisartsen. Zij pakken ook additionele taken op, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten en organisatie van de zorg. Het verbeteren van de organisatie van de zorg wordt in de huisartsenzorg in dit kader het vaakst genoemd als reden voor het opleiden en aannemen van PA's. Ook het verhogen van de patiënttevredenheid, aandacht voor preventie en het uitvoeren van projecten en innovaties zijn andere voorkomende redenen om een PA aan te nemen of op te leiden in de huisartsenzorg.<sup>395</sup>

Exacte cijfers over de omvang van de inzet van PA's op additionele taken ontbreken. Wel zijn cijfers voorhanden over de top vijf aan werkzaamheden waaraan PA's de meeste werktijd besteden. Het

<sup>393</sup> InEen (2019). Nieuwe cao Huisartsenzorg 2019-2020. 6 juni 2019.

<sup>394</sup> Principeakkoord cao huisartsenzorg 1 maart 2019 – 31 december 2020

<sup>395</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

overgrote deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites (94% van de PA's in de huisartsenzorg besteedt hier gemiddeld 70% van de werktijd aan). Additionele taken vormen voor een derde van de PA's een structureel onderdeel van het werk. Bij 33% van de PA's in de huisartsenzorg bestaat een vast deel van hun werktijd uit het uitvoeren van projecttaken. Projecttaken omvatten taken die zich richten op innovatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en organisatie van de zorg. Zij besteden hier gemiddeld 13% van hun tijd aan. Dit is los van overleg en afstemming, zoals intercollegiaal-, farmacotherapeutisch- en multidisciplinair overleg. Ook participatie in werkgroepen en commissies en het doen van wetenschappelijk onderzoek valt hierbuiten.

### Schouwen

PA's (en VS'en) beschikken momenteel niet over een zelfstandige bevoegdheid tot schouwen. Artikel 3 van de Wet op de lijkbezorging bepaalt dat lijkschouwing zo spoedig mogelijk na het overlijden geschiedt door de behandelend arts of door een gemeentelijk lijkschouwer. Bij verwacht overlijden in de huisartsenzorg en de ouderenzorg geven PA's (en VS'en) aan dat zij deze taak ook op zich zouden kunnen nemen. Vanwege vergrijzing is er de komende jaren een grote toename in de vraag naar 'schouwen' te voorzien. Op dit moment zijn PA's hiertoe echter nog niet bevoegd en voeren zij deze taak dus niet uit.

Op 2 februari 2018 is het rapport van de Taskforce lijkschouw aan de Tweede Kamer aangeboden. De Taskforce heeft in een van de aanbevelingen aangegeven de mogelijkheden te willen verkennen om forensisch verpleegkundigen en PA's in te zetten. Zij kunnen de behandelend arts assistentie verlenen en daarmee ontlasten bij het verrichten van de lijkschouw. Bezien zal moeten worden of wetswijziging gewenst is om anderen dan de behandelend arts de lijkschouw te kunnen laten verrichten. Dit kan worden betrokken bij de lopende herziening van de Wlb.<sup>396 397</sup>

Voorzien wordt dat de inzet van PA's op additionele taken de komende jaren aanhoudt. De parameterwaarde voor vakinhoudelijke ontwikkelingen is vastgesteld op **0,8%**. Dit is lager dan in de medisch specialistische zorg en voor de totale beroepsgroep, omdat de inzet op additionele taken in de huisartsenzorg minder omvangrijk is.

#### 8.2.4.2 Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande op het vlak van ICT en technologie<sup>398</sup>. Ook blijven administratieve lasten in veel sectoren een aandachtspunt.<sup>399</sup> Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct

<sup>396</sup> Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). Onderwerp: Rapport "De dood als startpunt" van de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. 02-02-2018.

<sup>397</sup> Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie (2018). De dood als startpunt. een onderzoek naar de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie.

<sup>398</sup> Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

<sup>399</sup> (Ont)regel de zorg.

effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan PA's. In de e-health monitor (2018) wordt geconcludeerd dat het digitaliseren van zorgprocessen het overschrijven en dus de registratielast kan terugdringen, maar dat zorgprofessionals in de praktijk juist meer registratielast ervaren.<sup>400</sup> De gehanteerde parameterwaarde is daarom vastgesteld op **0%**.

#### 8.2.4.3 Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Uit onderzoek blijkt dat de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en in de huisartsenzorg vrijwel geheel door dezelfde factoren beïnvloed wordt. Hierbij is bijvoorbeeld zichtbaar dat VS'en vaker dan PA's worden opgeleid en aangenomen met als reden de inzet van de juiste professional op de juiste plek en de zorg voor specifieke aandoeningen en patiëntengroepen. Echter ook PA's worden vanwege deze redenen opgeleid en aangenomen, alleen in mindere mate. PA's worden dan weer vaker dan VS'en opgeleid en aangenomen vanwege opvolgingsproblematiek binnen de huisartsenpraktijk.<sup>401</sup> Op dit moment zijn er echter geen signalen dat er sprake is van structurele en substantiële horizontale taakverschuivingen tussen PA's en VS'en. De parameterwaarde is **0%**.

#### 8.2.4.4 Verticale taakverschuivingen

Hierna worden ontwikkelingen benoemd, waarvan verwacht wordt dat zij de komende jaren de meeste invloed zullen hebben op de benodigde capaciteit aan PA's in de huisartsenzorg op het vlak van verticale taakverschuivingen. In paragraaf 6.4 is een beschrijving opgenomen van de gehanteerde begrippen, de dataverzameling en een verantwoording van de gehanteerde berekeningssystematiek.

#### Physician assistants kunnen meer taken overnemen

58% van de PA's geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de huisarts worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een PA. Het gaat om gemiddeld 11,4 uur per week.<sup>402</sup> Hoewel deze inschatting van het aantal uur aan taken dat overgenomen kan worden van huisartsen omvangrijk is, wil het niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uiteenlopende belemmeringen.

Om deze reden zijn ook huisartsen, zorg-/praktijk-/bedrijfskundig managers en HR-professionals bevraagd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen. Wat opvalt, is dat er een sterke spreiding is in de verwachtingen binnen de huisartsenzorg: de meningen zijn erg verdeeld.<sup>403 404</sup> Binnen de huisartsenzorg voorziet iets meer dan de helft van de responden-

<sup>400</sup> Wouters M. et. Al. (2018). eHealth-monitor. E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor 2018. Nictiz. Nivel.

<sup>401</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>402</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>403</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>404</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

ten een toename van het aantal PA's in de eigen werksetting in de komende 5 jaar. Schattingen lopen uiteen van +5% tot >50%. Bijna 10% verwacht een afname en circa 20% van de respondenten verwacht dat het aantal PA's gelijk blijft. Van de respondenten werkt 57% (nog) niet met een PA.<sup>405</sup>  
<sup>406</sup> Sinds 2012 neemt het aantal fte aan PA's in de huisartsenzorg met een jaarlijkse groei van circa 20% sneller toe dan in andere sectoren.

### **Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen**

Door (regionale) tekorten aan zorgprofessionals en een hoge werkdruk kiezen huisartsen, bestuurders en managers vaker voor de inzet van een PA (of een VS). Arbeidsmarktfactoren zijn alleen in de huisartsenzorg de meest genoemde stimulerende factor voor het aannemen of opleiden van een PA. Met name de krapte aan en werkdruk van huisartsen worden in dit kader regelmatig genoemd.<sup>407</sup> In de huisartsenzorg is naast krapte en een hoge werkdruk ook opvolgingsproblematiek een veelgenoemde stimulans voor het opleiden en aannemen van een PA.<sup>408</sup> Wanneer er geen opvolger gevonden wordt en/of er een lokale krapte aan huisartsen is, kiezen huisartsenpraktijken vaak voor de inzet van een HIDHA, waarnemer, PA en/of VS.

Ook andere sectoren merken de gevolgen van de werkdruk in de huisartsenzorg. In de gehandicaptenzorg speelt de beperkte capaciteit aan artsen verstandelijk gehandicapten en ook van huisartsen een stuwende rol in de inzet van alternatieve beroepsgroepen. In de medisch specialistische zorg wordt de beperkte capaciteit in de huisartsenzorg genoemd als remmende factor voor de transitie van zorg naar de eerste lijn.<sup>409</sup> De krapte aan huisartsen en andere zorgprofessionals binnen de huisartsenzorg is landelijk hoog.<sup>410 411</sup> Voorzien wordt dat (regionale) tekorten de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van PA's.

### **Toenemende bekendheid**

Vrijwel alle stakeholders benoemen dat bekendheid met PA's een belangrijke rol speelt bij de omvang van taakverschuivingen. Onbekendheid met het beroep is volgens 21% van de respondenten een remmende factor voor het opleiden en aannemen van PA's (en VS'en).<sup>412</sup> Een lange termijn visie of beleid op de inzet van PA's is veelal aanwezig bij huisartsenposten, maar ontbreekt vaak nog binnen huisartsenpraktijken.<sup>413</sup> Desondanks wint de PA in de huisartsenzorg aan bekendheid.

<sup>405</sup> Modus en mediaan komen veelal overeen.

<sup>406</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>407</sup> Idem.

<sup>408</sup> Idem.

<sup>409</sup> Idem.

<sup>410</sup> Batenburg, R. et al. (2018). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Nivel. Prismant.

<sup>411</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Auteur. 'parameterwaarde onvervulde vraag huisartsen: 3-5%'.

<sup>412</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>413</sup> Van der Biezen, M., Vermeulen, H., Laurant, M. & Derckx, E. (2017). Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg. IQ Healthcare en Stichting KOH.

### **Borging van continuïteit draagt bij aan verbetering zorg**

Het borgen van de continuïteit van zorg is een veelgenoemde reden voor het opleiden en/of aannemen van een PA.<sup>414</sup> De PA wordt door managers en huisartsen beoordeeld als een beroepsgroep met een relatief lage arbeidsmobiliteit: ze blijven ten opzichte van tijdelijke waarnemers en basisartsen/anios lang werkzaam binnen een functie en bij een werkgever. De continuïteit die dit met zich meebrengt, wordt door collega's en leidinggevendenden gewaardeerd vanwege het vaste aanspreekpunt en de opbouw van kennis en ervaring. Ook patiënten hechten waarde aan een "vast gezicht".

### **(Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocumenten**

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. PA's zijn steeds vaker betrokken bij deze (door)ontwikkeling. Recent is de inzet van de PA opgenomen in de richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom. Daarbij is deze gelijk gesteld aan de inzet van een arts.<sup>415</sup> De opname van een beroep in richtlijnen en consensusdocumenten vergemakkelijkt taakverschuiving en samenwerking volgens enkele betrokkenen.<sup>416</sup> Er zijn op dit moment geen landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en PA's vastgelegd in een consensusdocument binnen de huisartsenzorg.

### **De juiste professional op de juiste plek**

Uit onderzoek van HHM (2019) blijkt dat het inzetten van de juiste professional op de juiste plek in de huisartsenzorg een andere veel genoemde redenen is voor het opleiden en aannemen van PA's.<sup>417</sup> Omdat de salariskosten van PA's lager liggen dan die van een HIDHA of waarnemer is dit voor een deel van de respondenten een stimulans om te kiezen voor de inzet van dit beroep.<sup>418 419</sup>

### **Geen structurele verschuivingen vanuit PA's naar andere beroepen**

Tot slot is nagevraagd in hoeverre taken verschuiven van PA's naar andere zorgprofessionals, zoals praktijkondersteuners in de huisartsenzorg of doktersassistenten. Op dit moment zijn hiervan geen signalen. De werkzaamheden van PA's raken de werkzaamheden van huisartsen en a(n)ios en niet zozeer die van mbo'ers en hbo'ers. Wel besteden PA's tijd aan deskundigheidsbevordering van collega's. 19% van de PA's in de huisartsenzorg geeft onderwijs en 16% begeleidt a(n)ios en coassistenten.<sup>420</sup>

<sup>414</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>415</sup> RIVM (2019). Multidisciplinaire LCI-richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom.

<sup>416</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>417</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>418</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>419</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>420</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

### Voorziene taakverschuivingen raming huisartsen

De hiervoor genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn door huisartsen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars voor de raming voor de huisartsen<sup>421</sup>. Na het doorvoeren van correcties, zoals beschreven in paragraaf 6.4 blijkt dat er (op basis van de raming van de huisartsen) afgerond 9 tot 22 fte aan werkzaamheden per jaar te verschuiven van huisartsen naar de PA (Tabel 26). Hierbij is de 9 fte gebaseerd op de minimale waarden voor verticale taakverschuivingen in de raming van de huisartsen. Dit is dus het minimale scenario. De 22 fte is gebaseerd op de maximale waarde in deze raming. Uitgaande van deze waarden is er per jaar **10,33%** tot 24,11% meer fte aan PA's in de huisartsenzorg nodig om deze verticale taakverschuivingen op te vangen.

**Tabel 26: Doorrekening taakverschuivingen raming huisartsen (HA) naar PA's**

	Parameterwaarde verticale taakverschuivingen HA	FTE aan HA per 1-1-2019	FTE aan jaarlijks te verschuiven taken	FTE aan PA's per 1-1-2019	% taken dat verschuift naar PA's	Aantal FTE aan taken dat verschuift naar PA's	% verticale taakverschuivingen naar PA's
Huisartsen (minimale waarde)	-0,6%	9.496	56,98	91	16,5%	9,40	<b>10,33%</b>
Huisartsen (maximale waarde)	-1,4%	9.496	132,94	91	16,5%	21,94	24,11%

De richting van de inschattingen van de raming van de huisartsen en de bevindingen zoals besproken in de voorgaande paragrafen komen overeen. De verschillen zijn te herleiden tot verschillen in meetmethode en het type respondenten/deelnemers. Over het algemeen zijn inschattingen van huisartsen over de omvang van taakverschuivingen meer behoudend dan inschattingen van managers, directieleden en bestuurders. Besluiten over het aannemen of opleiden van een PA in de dagpraktijken worden vooral genomen door huisartsen.<sup>422</sup> In de huisartsenposten gebeurt dit door zorg-/medisch managers, ondersteunende professionals en huisartsen. Inschattingen van specialisten, managers en bestuurders die samenwerken met een PA zijn veelal weer hoger dan die van personen die geen ervaring hebben met dergelijke samenwerking.

### Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van de hiervoor genoemde ontwikkelingen is de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen vastgesteld op **10,33%** tot **24,36%** per jaar. Hierbij wordt de onderkant van de bandbreedte gevormd door de inschattingen binnen de raming van de huisartsen. De bovenkant van de bandbreedte ligt wat hoger dan de maximale waarden zoals gehanteerd in de ramingen van de geneeskundig specialisten (zie 'impact van deze ontwikkelingen' in paragraaf 6.4).

<sup>421</sup> Zie [www.capaciteitsorgaan.nl](http://www.capaciteitsorgaan.nl) voor het Capaciteitsplan 2019 'Medische (klinisch technologische) specialismen en Spoedeisende geneeskunde'.

<sup>422</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

#### 8.2.4.5 Arbeidstijdverandering

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen. In de raming wordt als parameterwaarde **0%** aangehouden.

#### 8.2.5 Overwegingen en advies

De hiervoor genoemde trends zijn meegenomen in het advies over de benodigde jaarlijkse instroom in de opleidingen tot PA binnen de huisartsenzorg. Hiervoor zijn de vetgedrukte parameterwaarden doorgerekend in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan kiest in samenspraak met de werkgroep PA/VS voor een adviesvariant. Het advies is om jaarlijks **35** tot **85** studenten in te laten stromen in de opleiding tot PA binnen de huisartsenzorg. Het voorkeursadvies ligt hierbij aan de bovenkant van de bandbreedte en betreft **85** instromers per jaar.

In de afgelopen 5 jaar stroomden er jaarlijks gemiddeld 24 studenten in de opleiding tot PA binnen de huisartsenzorg. Hoewel het een eerste richtinggevend advies betreft is duidelijk dat de instroom in de opleidingen tot PA in de huisartsenzorg sterk moet stijgen om ook in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Voorsnog is onduidelijk hoe snel de transitie van zorg naar de eerste lijn zich zal voltrekken. Ook is onbekend hoe omvangrijk deze zal zijn en hoeveel van de verschoven zorg te zijner tijd door de PA zal worden uitgevoerd. Gezien deze onzekerheden bestaat het advies uit een brede bandbreedte.

Op dit moment is er sprake van toenemende arbeidsmarktknelpunten in de huisartsenzorg. De meningen over welke zorgprofessionals naast de huisarts het beste kunnen worden ingezet, lopen sterk uiteen. Er moet geborgd worden dat er in de huisartsenzorg voldoende zorgprofessionals, waaronder PA's, opgeleid worden. Daarom is het raadzaam om met veldpartijen in overleg te gaan over benodigde maatregelen en/of investeringen en door middel van sectorbreed arbeidsmarktbeleid nog grotere arbeidsmarktproblematiek te voorkomen.

De snelheid en omvang van de verschuiving van zorg naar de eerste lijn is nog onzeker, evenals de precieze hoeveelheid werk die bij de PA's in de huisartsenzorg terecht zal komen. Het is niet aanneemelijk dat er voldoende PA's die zijn opgeleid in de medisch specialistische zorg, zullen overstappen naar de huisartsenzorg, wanneer de vraag verder verschuift naar deze sectoren. Geadviseerd wordt om te verkennen of er PA's in een samenwerkingsverband met meerdere sectoren kunnen worden opgeleid. Deels kan hiermee de verschuiving van het aantal instroomplaatsen van de medisch specialistische zorg naar de huisartsenzorg geleidelijk vorm worden gegeven. Daarbij kunnen intersectoraal opgeleide PA's mogelijk vaker fungeren als 'transmurale brug' tussen sectoren en bijdragen aan de verdere totstandkoming van de anderhalvelijnszorg. Opleiden vanuit een intersectoraal samenwerkingsverband neemt daarnaast mogelijk een deel van de belemmeringen in de huisartsenzorg weg die ervaren worden bij het opleiden van PA's.

Daarnaast kan het overstappen van PA's naar een andere sector mogelijk vergemakkelijkt worden met het aanbieden van herscholingstrajecten voor gediplomeerde PA's. Voor een deel van de respondenten is het ontbreken van herscholingstrajecten een belemmering voor het aannemen van elders opgeleide PA's.

Voor een toelichting op de keuze voor dit advies en de uitkomsten uit het ramingsmodel verwijzen we u naar hoofdstuk 7.

### 8.3 Overige sectoren

#### Inleiding

Physician assistants (PA's) zijn in diverse zorgsectoren actief. Naast het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep van PA's bevat dit Capaciteitsplan twee sectorspecifieke adviezen voor de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg. Deze vindt u terug in paragraaf 8.1 en 8.2. Gezien het relatief kleine aantal PA's binnen de revalidatie, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg bleek het niet mogelijk om voor deze sectoren afzonderlijk tot een betrouwbaar instroomadvies te komen. Voor de ouderenzorg en revalidatie waren voldoende gegevens voorhanden voor een aparte beschrijving in dit rapport. Uiteraard zijn ook de onderzochte ontwikkelingen in deze overige sectoren meegenomen bij de totstandkoming van het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep. Er is ook een klein aantal PA's actief in de GGZ. Beroepsvereniging NAPA ziet meer mogelijkheden voor het inzetten van PA's in deze sector. Op dit moment zijn er nog geen concrete groeiverwachtingen die doorgerekend kunnen worden binnen deze raming.

#### Bevindingen op hoofdlijnen

Er is geen aparte raming opgesteld voor de ouderenzorg, de revalidatie en de gehandicaptenzorg. Toch is over het geheel genomen duidelijk dat de instroom in de opleiding tot PA binnen deze sectoren de afgelopen jaren achterbleef op de benodigde instroom. Over de periode 2015 t/m 2019 stroomden er jaarlijks gemiddeld 12 studenten in de opleiding tot PA binnen deze sectoren. De ramingen voor de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg zijn vergeleken met de raming voor de totale beroepsgroep. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er jaarlijks circa 34 tot 37 instromers in deze sectoren in de opleiding tot PA nodig zijn om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen en dit te behouden. Wanneer net als bij de sectorspecifieke adviezen gekeken wordt naar de bovenkant van deze bandbreedte zou een advies uitkomen op 37 instromers per jaar. Aangezien er echter geen aparte raming heeft plaatsgevonden voor deze sectoren hebben deze aantallen niet de status van een ramingsadvies en kennen zij een grotere onzekerheidsmarge. Een specifieke beschrijving van de relevante ontwikkelingen in deze sectoren vindt u hierna.

#### Dataverzameling

De in dit hoofdstuk genoemde bronnen zijn steeds dezelfde als voor het gehele advies (zie hoofdstuk 3 t/m 6). Bij de uitvraag van gegevens is steeds specifiek gevraagd naar de sector(en) waarin de PA actief is. Vervolgens is voor de sectoren medisch specialistische zorg en huisartsenzorg onderzocht welke gegevens bruikbaar zijn voor ramingen, oftewel het vaststellen van parameters, op sectorspecifiek niveau. Waar gegevens op sectorniveau onvolledig of onvoldoende betrouwbaar bleken, zijn gegevens op beroepsniveau gebruikt. Waar dit het geval was is dit aangegeven. De cijfers die als parameterwaarden zijn doorgerekend in de raming zijn steeds vetgedrukt weergegeven.



### 8.3.1 Ouderenzorg

#### 8.3.1.1 Werkzamen

In de verpleeghuiszorg zijn circa 32 physician assistants (PA's) werkzaam die samen circa 27 fte werken (deeltijdfactor 0,82). Het aantal fte heeft een grillig verloop: 11 in 2012, 32 in 2016 en 27 in 2019. Hierdoor is ook de verhouding tussen de aantallen PA's en specialisten ouderengeneeskunde (uitgedrukt in fte PA t.o.v. 100 fte specialisten ouderengeneeskunde) gedaald van 2,4 fte PA in 2016 naar 1,9 in 2019. Gezien de kleine aantallen is dit niet meer dan een benadering. De gemiddelde leeftijd van PA's ligt relatief hoog (48 jaar) en meer dan de helft van de PA's is ouder dan 50 jaar. Het aandeel vrouwen is 74%, wat iets hoger is dan het aandeel vrouwen in de hele beroepsgroep.

#### 8.3.1.2 Opleiding

Het aantal instromers in de opleiding in de werkvelden verpleeghuiszorg en thuiszorg/ELV is de afgelopen jaren sterk gestegen: 2 opleidingen in 2016, 8 opleidingen in 2017, 13 opleidingen in 2018 en 11 in 2019. Een specifiek intern rendement is voor deze groep ook niet te berekenen, wel voor de opleidingen die niet in de sectoren medisch specialistische zorg of huisartsenzorg zijn opgeleid: daarvan was het intern rendement 90,16%, iets hoger dan van de gehele opleiding.

#### 8.3.1.3 Zorgvraagontwikkelingen

##### Demografie en epidemiologie

De groei van de bevolking en de toename van het aantal 65-plussers, maakt dat de vraag naar PA's stijgt. Gegeven de verzamelde data wordt voorzien dat de vraag voor de gehele beroepsgroep van PA's vanuit demografisch oogpunt in de komende 5 jaar met 5,3% zal groeien. Na 10 jaar met 9,6%, na 15 jaar met 13,2% en na 20 jaar met 15,4%.<sup>423</sup> Het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit stijgt.<sup>424</sup> Naar verwachting stijgt de benodigde capaciteit aan PA's vanuit epidemiologische ontwikkelingen 0,1%-0,2% per jaar.

##### Sociaal-culturele ontwikkelingen

Steeds meer zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn en de thuissituatie. Er zijn diverse stimulerende factoren voor de inzet van PA's in onder andere de huisartsenzorg, acute zorg en de ouderenzorg. Dit zijn: de transitie van zorg van de tweede naar de anderhalve en eerste lijn, het langer thuis wonen van ouderen, de toename van comorbiditeit en de complexiteit van zorgvragen en 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP).<sup>425 426</sup>

Mede door deze ontwikkelingen is er sprake van een toenemende behoefte aan een zorgprofessional in de regierol. Veranderingen in het zorgstelsel zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd. Er wordt door stakeholders vanuit JZOJP meer samenwerking voorzien tussen

<sup>423</sup> Van der Meulen, L. & Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

<sup>424</sup> RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven: Auteur.

<sup>425</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>426</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

de ziekenhuizen, eerste lijn, acute zorg en thuis-/wijkzorg. Verder maken zorgverzekeraars afspraken over het verplaatsen van ziekenhuiszorg. Hierbij ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die hierbij regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen.

Voor de PA worden mogelijkheden gezien om meer de regie op zich te nemen in de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De PA kan de communicatie en afstemming met de huisarts op zich nemen en de verbinding zijn tussen de eerste en de tweede lijn. De PA vormt als het ware een 'transmurale brug': de schakel tussen diverse zorgorganisaties en -sectoren.

### **Onvervulde vraag**

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en -resultaten. Een indicator voor onvervulde vraag is de vacaturegraad. Het aantal nieuwe vacatures is bepaald, toegewezen aan een sector en omgerekend naar een aantal openstaande vacatures. Dit aantal is afgezet tegen het aantal werkzame PA's om tot een vacaturegraad te komen. Deze is vervolgens gecorrigeerd voor frictiewerkloosheid. Deze vacaturegraad is gehanteerd als basis voor de parameterwaarde onvervulde vraag. De vacaturegraad voor PA's in de ouderenzorg is 41,4%.<sup>427</sup> Dat is veel hoger dan voor het beroep als geheel (6,6%), wat mede komt door het nog lage aantal werkzame PA's in deze sector.

#### **8.3.1.4 Veranderingen werkproces**

### **Vakinhoudelijke ontwikkelingen**

PA's en verpleegkundig specialisten (VS'en) beschikken momenteel niet over een zelfstandige bevoegdheid tot schouwen. Artikel 3 van de Wet op de lijkbezorging bepaalt dat lijkschouwing zo spoedig mogelijk na het overlijden geschiedt door de behandelend arts of door een gemeentelijk lijkschouwer. Bij verwacht overlijden in de huisartsenzorg en de ouderenzorg geven PA's (en VS'en) aan dat zij deze taak ook op zich zouden kunnen nemen. Vanwege vergrijzing is er de komende jaren een grote toename in de vraag naar 'schouwen' te voorzien. Op dit moment zijn PA's hiertoe echter nog niet bevoegd en voeren zij deze taak dus niet uit.

Op 2 februari 2018 is het rapport van de Taskforce lijkschouw aan de Tweede Kamer aangeboden. De Taskforce heeft in een van de aanbevelingen aangegeven de mogelijkheden te willen verkennen om forensisch verpleegkundigen en PA's in te zetten. Zij kunnen de behandelend arts assistentie verlenen en daarmee ontlasten bij het verrichten van de lijkschouw. Bezien zal moeten worden of wetswijziging gewenst is om anderen dan de behandelend arts de lijkschouw te kunnen laten verrichten. Dit kan worden betrokken bij de lopende herziening van de Wlb.<sup>428 429</sup>

<sup>427</sup> 14 vacatures op 32 werkzame PA's = 43,4%, gecorrigeerd voor 2% frictiewerkloosheid = 41,4%.

<sup>428</sup> Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). Onderwerp: Rapport "De dood als startpunt" van de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. 02-02-2018.

<sup>429</sup> Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie (2018). De dood als startpunt. een onderzoek naar de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie.

### Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande op het vlak van ICT en technologie<sup>430</sup>. Administratieve lasten blijven in veel sectoren een aandachtspunt.<sup>431</sup> Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan PA's. In de e-health monitor (2018) wordt geconcludeerd dat het digitaliseren van zorgprocessen het overschrijven en dus de registratielast kan terugdringen, maar dat zorgprofessionals in de praktijk juist meer registratielast ervaren.<sup>432</sup>

### Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. PA's zijn veelal nog onbekend binnen de ouderenzorg.<sup>433</sup> Op dit moment zijn er geen signalen dat er structureel taken verschuiven tussen vraag PA's en VS'en in de ouderenzorg.

### Verticale taakverschuivingen

Diverse ontwikkelingen zijn van invloed op de verticale verschuiving van taken naar PA's.

#### Physician assistants kunnen meer taken overnemen

74% van de PA's in de verpleeghuiszorg geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de specialist ouderengeneeskunde worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een PA. Het gaat om gemiddeld 9,1 uur per week. Gezien het kleine aantal respondenten zijn deze cijfers indicatief.<sup>434</sup> Deze inschatting van het aantal uur aan taken dat overgenomen kan worden van specialisten ouderengeneeskunde is omvangrijk. Toch wil dit niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uiteenlopende belemmeringen.<sup>435 436</sup>

Om deze reden zijn ook bestuurders, managers en specialisten ouderengeneeskunde bevroegd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen. De grootste groep respondenten binnen het onderzoek van HHM voorziet dat het aantal PA's binnen de verpleeghuiszorg, onder andere door taakverschuivingen, in de komende 5 jaar met 5-25% zal stijgen. In de thuiszorg,

---

<sup>430</sup> Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

<sup>431</sup> (Ont)regel de zorg.

<sup>432</sup> Wouters, M. et. al. (2018). eHealth-monitor. E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor 2018. Nictiz. Nivel.

<sup>433</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>434</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>435</sup> Lovink M, Van Vught A, Van den Brink G, Laurant M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

<sup>436</sup> Wallenburg, I., Janssen, M. & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijngszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

eerstelingsverblijf en geriatrische revalidatiezorg voorzien respondenten eveneens groeimogelijkheden.<sup>437 438</sup> De daadwerkelijke historische groei lag met gemiddeld circa 14% per jaar vanaf 2012 wat hoger. Vanaf 2016 lijkt het aantal PA's in de verpleeghuiszorg wat te zijn teruggelopen. Gezien de relatief kleine aantallen, is dit echter niet met zekerheid te zeggen.

#### Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen

Door (regionale) tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde en een hoge werkdruk kiezen werkgevers en specialisten ouderengeneeskunde vaker voor de inzet van een PA (of een VS). Arbeidsmarktfactoren zijn één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het aannemen of opleiden van een PA. Diverse stakeholders geven aan dat ze liever alleen vanuit inhoudelijke overwegingen voor deze beroepsgroepen zouden kiezen. Toch overwegen zij door arbeidsmarkt-krapte eerder de inzet van andere zorgprofessionals dan een geneeskundig specialist. Wanneer de keuze voor een PA eenmaal gemaakt is, is dit vaak naar tevredenheid en betreft het een toekomstbestendige positie. Het gaat dus niet om tijdelijke invulling van vacatures voor artsen.

In de wijkzorg wordt gezien dat een tekort aan en de werkdruk van huisartsen zorgt voor een toenemende behoefte aan zorgprofessionals naast de huisarts. Daarbij is een eigenstandige bevoegdheid voor diagnose stellen en medicatie voorschrijven belangrijk. Daarnaast blijken huisartsen nogal eens te worden ingezet voor de medische zorg in kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen. De complexiteit van de zorg voor deze kwetsbare ouderen overstijgt echter - naar het idee van de huisartsen - de huisartsenzorg. De verantwoordelijkheid voor de medische zorg zou (deels) bij de specialist ouderengeneeskunde moeten liggen, maar diens beschikbaarheid is vaak onvoldoende geregeld. De LHV heeft een leidraad ontwikkeld die huisartsen steunt in de keuze of en onder welke voorwaarden zij zorg leveren aan ouderen in kleinschalige woonvoorzieningen.<sup>439</sup>

De krapte aan geneeskundig specialisten is in de huisartsenzorg en de ouderenzorg landelijk (zeer) hoog.<sup>440 441 442</sup> Voorzien wordt dat (regionale) tekorten de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van PA's.

#### Toenemende bekendheid

In de ouderen- en gehandicaptenzorg speelt vaker dan in andere sectoren onbekendheid met het beroep.<sup>443</sup> Door deze onbekendheid is er met name bij artsen terughoudendheid bij het aanstellen of opleiden. Hierin lijkt, mogelijk mede vanwege arbeidsmarkt-krapte of toenemende bekendheid, de

---

<sup>437</sup> Modus en mediaan komen veelal overeen.

<sup>438</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>439</sup> Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 13 november). *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*. Geraadpleegd op 14 november 2018, van <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-medische-zorg-kleinschalige-woonzorginstellingen>

<sup>440</sup> Batenburg, R. et.al. (2018). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Nivel. Prismant.

<sup>441</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan. Deelrapport 2. Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Auteur. 'parameterwaarde onvervulde vraag huisartsen: 3-5%'.

<sup>442</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan. Deelrapport 5. Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Auteur. 'parameterwaarde onvervulde vraag specialisten ouderengeneeskunde: 10,5-16%'.

<sup>443</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

laatste jaren een kentering te komen. Organisatie breed beleid of een visie op de inzet van PA's ontbreekt echter vaak nog binnen zorgorganisaties. Recentelijk wordt er in samenwerking met Verenso en V&VN VS door de NAPA een eerste consensusdocument voor de ouderenzorg opgesteld. Waarschijnlijk vergemakkelijkt dit de samenwerking en toekomstige taakverschuivingen.

#### Voorziene taakverschuivingen raming geneeskundig specialisten

De hiervoor genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn door specialisten ouderengeneeskunde, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars in het kader van de raming voor de specialisten ouderengeneeskunde. Voorzien wordt dat er jaarlijks -1,0 tot -2,0% aan taken van specialisten ouderengeneeskunde verschuift naar andere zorgprofessionals in de ouderenzorg.<sup>444</sup> Dit betreft jaarlijks afgerond 15-29 fte, waarvan aangenomen wordt dat 1,45-2,90 fte aan taken naar de PA verschuift (zie paragraaf 6.4.8).

#### **Arbeidstijdverandering**

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen.

#### **Impact van deze ontwikkelingen**

Gezien de relatief kleine omvang van de beroepsgroep PA's binnen de ouderenzorg bleek het niet mogelijk om een sectorspecifiek advies uit te brengen. Bovengenoemde ontwikkelingen zijn daarom meegewogen in de raming van de totale beroepsgroep van PA's. Op basis van het verschil tussen de ramingen voor de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg met de raming voor de totale beroepsgroep kan geconcludeerd worden dat er jaarlijks meer instromers nodig zijn in de revalidatiezorg, ouderenzorg en overige sectoren (zoals gehandicaptenzorg) om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen en dit te behouden. Het gaat dan jaarlijks om circa 34 tot 37 instromers. Wanneer net als bij de sectorspecifieke adviezen gekeken wordt naar de onderkant van deze bandbreedte zou een advies uitkomen op 37 instromers per jaar. De gemiddelde instroom in deze overige sectoren bedroeg tezamen 12 personen per jaar.

### **8.3.2 Revalidatie**

#### **8.3.2.1 Werkzamen**

In de revalidatiezorg zijn circa 76 physician assistants (PA's) werkzaam die samen circa 61 fte werken (deeltijdfactor 0,80). Het aantal fte is sterk gestegen: 19 in 2012, 43 in 2016 en 61 in 2019. Ook het aantal fte van de PA's t.o.v. 100 fte van de revalidatieartsen neemt toe: van 9,0 in 2016 naar 13,7 in 2019. Dat komt mede doordat het aantal fte van de geneeskundig specialisten is gedaald (van 480 naar 445). De gemiddelde leeftijd van PA's is in de revalidatie het laagst (40,6 jaar), het aandeel vrouwen is iets lager (70,7% t.o.v. 72,5%).

#### **8.3.2.2 Opleiding**

Het aantal instromers in de opleiding binnen de revalidatiezorg kent een zeer grillig verloop: zo zijn er in 2012 14 opleidingen ingestroomd en in 2017 11, maar over 2014 zijn het er maar 4 en over 2018 6. Vergeleken met het aantal werkzamen worden er relatief weinig opleidingen specifiek in

<sup>444</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Auteur.

de revalidatiezorg opgeleid; een specifieke trend is niet direct waar te nemen. Een specifiek intern rendement is voor deze groep ook niet te berekenen, wel voor de opleidingen die niet in de sectoren medisch specialistische zorg of huisartsenzorg zijn opgeleid: daarvan was het intern rendement 90,16%, iets hoger dan van de gehele opleiding.

### 8.3.2.3 Zorgvraagontwikkelingen

#### Demografie en epidemiologie

De groei van de bevolking en de toename van het aantal 65-plussers, maakt dat de vraag naar PA's stijgt. Voorzien wordt dat de vraag voor de gehele beroepsgroep van PA's vanuit demografisch oogpunt in de komende 5 jaar met 5,3% stijgt. Na 10 jaar met 9,6%, na 15 jaar met 13,2% en na 20 jaar met 15,4%.<sup>445</sup> Het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit stijgt.<sup>446</sup> Naar verwachting stijgt de benodigde capaciteit aan PA's vanuit epidemiologische ontwikkelingen met 0,1%-0,2% per jaar.

#### Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. Het financiële plaatje speelt een belangrijke rol bij de besluitvorming over het al dan niet aannemen en/of opleiden van een PA. In de revalidatiezorg is bekostiging één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het opleiden en aannemen van PA's en verpleegkundig specialisten (VS'en). Hierbij worden lagere salariskosten, het zelfstandig DBC's openen en sluiten en doelmatigheid het vaakst genoemd.<sup>447</sup> Bijstellingen in zorgbudgetten zorgden in 2013 voor een sterke afname van het aantal instromers in de MPA-opleidingen binnen onder andere de revalidatiezorg (zie paragraaf 3.4.2).<sup>448</sup> Eventuele toekomstige bijstellingen in zorgbudgetten of plafondbesparingen kunnen de vraag naar PA's (tijdelijk) beïnvloeden. Naar verwachting zal de focus op doelmatigheid in de komende jaren een stimulans voor de inzet van PA's blijven.

Bewegingen zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) en de transitie van zorg naar de eerste lijn en de thuissituatie, zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd.<sup>449</sup> Er ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die hierbij regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. Daarnaast neemt de behoefte aan een regierol toe door de toename van ketenzorg en value based healthcare. Het streven naar shared decisionmaking en één vast aanspreekpunt per patiënt maakt dat er meer tijd nodig is voor begeleiding van patiënten.<sup>450</sup> Deze ontwikkelingen kunnen het opleiden en aannemen van PA's in de revalidatiezorg stimuleren.

<sup>445</sup> Van der Meulen, L & Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

<sup>446</sup> RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven: Auteur.

<sup>447</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>448</sup> Zie onder andere 'Begrotingsakkoord 2013. Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd' (bezuinigingen in curatieve zorg (incl. curatieve GGZ) en langdurige zorg)

<sup>449</sup> Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

<sup>450</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

### Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en –resultaten. Uit onderzoek blijkt dat 35% van de PA's in de revalidatie een tekort aan PA's ervaart. 24% denkt dat er sprake is van een evenwicht op de arbeidsmarkt en 41% heeft geen mening.<sup>451</sup> Voor de overige sectoren is een vacaturegraad op basis van online vacatures berekend om te komen tot een inschatting van de onvervulde vraag. Voor de revalidatiezorg waren onvoldoende gespecificeerde data voorhanden. Wel blijkt uit onderzoek dat binnen de revalidatiezorg een groter deel van de PA's en VS'en zelf wordt opgeleid ten opzichte van andere sectoren. In de revalidatiezorg geeft 38% van de respondenten aan geen elders gediplomeerde PA's aan te nemen, omdat ze zelf opleiden. In andere sectoren ligt dit percentage rond de 30%.<sup>452</sup>

#### 8.3.2.4 Veranderingen werkproces

##### Vakinhoudelijke ontwikkelingen

PA's nemen niet alleen taken over van medisch specialisten. Zij pakken ook additionele taken op, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten, organisatie van de zorg of het invullen van een regierol. Het verbeteren van de organisatie van de zorg wordt in de revalidatiezorg regelmatig genoemd als reden voor het opleiden en aannemen van PA's.

Exacte cijfers over de omvang van de inzet van PA's op additionele taken ontbreken. Wel zijn cijfers voorhanden over de top vijf aan werkzaamheden waaraan PA's de meeste werktijd besteden. Bij 62% van de PA's in de revalidatiezorg bestaat een vast deel van hun werktijd uit het uitvoeren van projecttaken. Projecttaken omvatten taken die zich richten op innovatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en organisatie van de zorg. Deze zaken vallen onder additionele taken. Zij besteden hier gemiddeld 11% van hun tijd aan. Dit is los van overleg en afstemming, zoals intercollegiaal-, farmacotherapeutisch- en multidisciplinair overleg. Ook participatie in werkgroepen en commissies en het doen van wetenschappelijk onderzoek valt hierbuiten

##### Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande zijn op het vlak van ICT en technologie<sup>453</sup>. Administratieve lasten blijven in veel sectoren een aandachtspunt.<sup>454</sup> Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan PA's.

<sup>451</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>452</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>453</sup> Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

<sup>454</sup> (Ont)regel de zorg.

### Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het gaat om taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Uit de veldgesprekken en interviews bleek dat er in de medisch specialistische zorg toenemende aandacht is voor het gericht positioneren van PA's en VS'en. Uit eerder onderzoek bleek dat een dergelijke visie op welke professional het beste kan worden ingezet veelal ontbrak en dat de keuze voor een PA of VS veelal op toeval berust.<sup>455 456</sup>

Ook blijkt dat de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en in 2019 vrijwel geheel door dezelfde factoren beïnvloed wordt. Hierbij is in de revalidatiezorg zichtbaar dat VS'en vaker worden opgeleid en aangenomen vanwege aandacht voor specifieke gebieden. PA's worden in de revalidatiezorg daarentegen wat vaker dan VS'en opgeleid of aangenomen vanwege de organisatie van de zorg, de hoge werkdruk of beperkte capaciteit van medisch specialisten en aiossen, lagere salariskosten dan medisch specialisten, het zelfstandig DBC's kunnen openen en sluiten en doelmatigheid.<sup>457</sup>

Inmiddels zijn diverse ziekenhuizen bezig met trajecten of visieontwikkeling om deze beroepen op de juiste plek in te zetten. Dit leidt veelal niet tot herpositionering van bestaande professionals. Wel dragen deze trajecten bij aan gerichte positionering van nieuw aan te nemen VS'en en/of PA's. Op dit moment zijn er geen signalen dat de vraag naar PA's hierdoor zal dalen of stijgen. Om deze reden wordt er aangenomen dat er geen sprake is van structurele en substantiële horizontale taakverschuivingen tussen PA's en VS'en.

### Verticale taakverschuivingen

Diverse ontwikkelingen zijn van invloed op de verschuiving van taken naar PA's.

#### Physician assistants kunnen meer taken overnemen

62% van de PA's in de revalidatiezorg geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de revalidatiearts worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een PA. Het gaat om gemiddeld 9,2 uur per week.<sup>458</sup> Hoewel deze inschatting van het aantal uur aan taken dat overgenomen kan worden van geneeskundig specialisten omvangrijk is, wil het niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uiteenlopende belemmeringen. Om deze reden zijn ook HR-professionals, revalidatieartsen en managers bevraagd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen. De grootste groep respondenten binnen de revalidatiezorg voorziet dat het

<sup>455</sup> Laurant, M. & Van Vught, A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

<sup>456</sup> Kouwen, A.J., Van der Brink, G.T.W.J., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016) Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Nijmegen: Radboudumc.

<sup>457</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>458</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.



aantal PA's, onder andere door taakverschuivingen, in de komende 5 jaar met 5-25% zal stijgen.<sup>459</sup> <sup>460</sup>  
De daadwerkelijke historische groei lag met gemiddeld circa 12% per jaar vanaf 2016 wat hoger.

#### Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen

Door (regionale) tekorten aan revalidatieartsen en een hoge werkdruk kiezen werkgevers en revalidatieartsen vaker voor de inzet van een PA (of een VS). Arbeidsmarktfactoren is één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het aannemen of opleiden van een PA. Diverse stakeholders geven aan dat ze liever alleen vanuit inhoudelijke overwegingen voor deze beroepsgroepen zouden kiezen. Arbeidsmarktkrapte maakt dat de inzet van andere zorgprofessionals dan een revalidatiearts, eerder overwogen wordt. Wanneer de keuze voor een PA eenmaal gemaakt is, is dit vaak naar tevredenheid en betreft het een toekomstbestendige positie. Het gaat dus niet om tijdelijke invulling van vacatures voor artsen.

#### Toenemende bekendheid

Hoewel arbeidsmarktkrapte in sommige organisaties een reden is om te beginnen met het verschuiven van taken, komt er vaak een proces op gang zodra de eerste PA's in een organisatie werkzaam zijn. Men gaat de meerwaarde zien, waarna er visie en beleid ontstaat en een verdere uitwerking van inhoudelijke taakverdeling plaatsvindt.

In de revalidatie zorg is 'onbekendheid met beroepen PA en VS' voor 19% van de respondenten een belemmering bij het opleiden en aannemen van een PA. Vrijwel alle stakeholders benoemen dat bekendheid van PA's een belangrijke rol speelt bij de omvang van taakverschuivingen. Alleen al doordat het aantal PA's toeneemt, stijgt ook de bekendheid. Daarnaast vindt vaak ook kruisbestuiving plaats: een revalidatiearts of manager heeft bij een eerdere werkgever samengewerkt met een PA en introduceert het beroep bij zijn nieuwe werkgever en collega's.

#### Borging van continuïteit draagt bij aan verbetering zorg

Het borgen van de continuïteit van zorg wordt meermaals genoemd als reden voor het opleiden en/of aannemen van een PA.<sup>461</sup> De PA wordt door managers en geneeskundig specialisten beoordeeld als een beroepsgroep met een relatief lage arbeidsmobiliteit: ze blijven ten opzichte van een basisarts/anios relatief lang werkzaam binnen een functie en bij een werkgever. De continuïteit die dit met zich meebrengt, wordt door collega's en leidinggevendenden gewaardeerd vanwege het vaste aanspreekpunt en de opbouw van kennis en ervaring. Ook patiënten hechten waarde aan een "vast gezicht".

<sup>459</sup> Modus en mediaan komen veelal overeen.

<sup>460</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

<sup>461</sup> HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

#### (door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocumenten

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. PA's zijn steeds vaker betrokken bij deze (door)ontwikkeling. Naast het toenemende aantal richtlijnen, normeringen en uitkomstseisen komen er ook steeds meer consensusdocumenten, waarbij op specialismineniveau samenwerkingsafspraken worden gemaakt en vastgelegd door wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen. De opname van een beroep in richtlijnen en de totstandkoming van consensusdocumenten vergemakkelijkt taakverschuiving en samenwerking volgens enkele betrokkenen.<sup>462</sup> Vanaf 2016 is er een gezamenlijk door NAPA, V&VN VS en VRA ontwikkeld consensusdocument 'Taakherschikking in de revalidatiegeneeskunde'.

#### Voorziene taakverschuivingen raming geneeskundig specialisten

De hiervoor genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn door revalidatieartsen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars in het kader van de raming voor de revalidatieartsen<sup>463</sup>. Voorzien wordt dat er jaarlijks -0,2% aan taken van de revalidatiearts verschuift naar de PA en VS in de revalidatiezorg. Dit betreft jaarlijks 0,9 fte, waarvan aangenomen wordt dat 0,44 fte aan taken naar de PA verschuift (zie paragraaf 6.4.8).

#### Geen structurele verschuivingen vanuit PA's naar andere beroepen

Tot slot is nagevraagd in hoeverre taken verschuiven van PA's naar andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen, praktijkondersteuners in de huisartsenzorg of doktersassistenten. Op dit moment zijn hiervan geen signalen. De werkzaamheden van PA's raken de werkzaamheden van geneeskundig specialisten en A(N)IOS en niet zozeer die van mbo- en hbo'ers.

#### **Arbeidstijdverandering**

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen.

#### **Impact van deze ontwikkelingen**

Gezien de relatief kleine omvang van de beroepsgroep PA's binnen de revalidatiezorg bleek het niet mogelijk om een sectorspecifiek advies uit te brengen. Bovengenoemde ontwikkelingen zijn daarom meegewogen in de raming van de totale beroepsgroep van PA's. Op basis van het verschil tussen de ramingen voor de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg met de raming voor de totale beroepsgroep kan geconcludeerd worden dat er jaarlijks meer instromers nodig zijn in de revalidatiezorg, ouderenzorg en overige sectoren (zoals gehandicaptenzorg) om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen en dit te behouden. Het gaat dan jaarlijks om circa 34 tot 37 instromers. Wanneer net als bij de sectorspecifieke adviezen gekeken wordt naar de onderkant van deze bandbreedte zou een advies uitkomen op 37 instromers per jaar. De gemiddelde instroom in deze overige sectoren bedroeg tezamen 12 personen per jaar. In de revalidatiezorg ervaart een deel van de bevrageden momenteel een tekort aan opleidingsplaatsen voor PA's en VS'en.

<sup>462</sup> Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

<sup>463</sup> Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1. Medische specialismen, Klinische technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Auteur.



## Bijlage 1: Aandachtspunten voor een volgende raming

Bij de totstandkoming van deze eerste richtinggevende raming zijn een aantal punten naar voren gekomen die aandacht vragen bij het opstellen van een eventuele volgende raming in de toekomst. Deze punten worden hieronder genoemd.

- 1) In dit ramingstraject was het noodzakelijk om veel gegevens uit te vragen bij de beroepsgroep en de opleidingsinstellingen, bij gebrek aan bruikbare data vanuit een registratieorgaan. Hoewel alle partijen hun volledige medewerking hebben verleend, betekende dit wel een hoge belasting voor de PA's en de opleidingsinstellingen. Gegevens die niet voorhanden waren bij een registratieorgaan en die hierdoor uitgevraagd moesten worden bij de beroepsgroep en opleidingsinstellingen betreffen:
  - a. het intern rendement van de opleiding, de daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur en het aantal PA's in opleiding per sector (opleidingsregister);
  - b. uitstroomgegevens van geregistreerde PA's naar geslacht en leeftijdscohort en het aantal PA's naar sector (beroepenregisters);
  - c. het type verleende zorg en de tijd die daaraan besteed is door PA's (bij gebrek aan eenduidige en volledige registratiegegevens in onder andere de DBC-registratie).
  - d. leeftijd en geslacht van patiënten van PA's.

Naast een extra belasting van beroepsgroep en hogescholen heeft het gebrek aan bruikbare data van registratieorganen ook effect op de nauwkeurigheid van de raming. Zo is vanwege het gebrek aan uitstroomgegevens uitgegaan van uitstroomverwachtingen van de beroepsgroep. De toekomstige uitstroom en de vervangingsvraag is hierdoor mogelijk lager of hoger ingeschat dan daadwerkelijk het geval is. Verder ontbreekt door de afwezigheid van volledige en eenduidige registratiegegevens met betrekking tot door PA's verleende zorg en informatie over patiëntengroepen. Dit betekent een beperking bij het in kaart brengen van demografische en epidemiologische ontwikkelingen. Ook is niet inzichtelijk welke taken zij uitvoeren en in hoeverre daar verschuivingen optreden, bijvoorbeeld door substitutie of suppletie.

- 2) Om zicht te krijgen op onder andere het zorgaanbod zijn alumni van de opleidingen via de hogescholen benaderd met een arbeidsmarktenquête. Reden hiervoor is dat we met de enquête zicht wilden krijgen op de uitstroom, door ook gediplomeerde PA's die niet geregistreerd zijn als PA's in het BIG-register te benaderen. Aangezien echter niet alle e-mailadressen in de alumnibestanden meer actueel zijn, was er geen volledig bereik van de doelgroep.
- 3) In paragraaf 5.4 over Onvervulde Vraag is beschreven dat de arbeidsmarkt van PA's zich vooral op sectorniveau bevindt. 83% van PA's geeft aan nooit in een ander sector dan hun huidige sector te hebben gewerkt. Gezien dit gegeven is het raadzaam om bij een eventuele toekomstige raming wederom, waar mogelijk, instroomadviezen op sectorniveau op te stel-

len. Wanneer er gewerkt wordt met een categorie 'overige sectoren' kan er een nauwkeurigheidsslag gerealiseerd worden door een aparte doorrekening van de aanbodparameters te laten maken binnen het arbeidsmarktonderzoek.

- 4) In het arbeidsmarktonderzoek van 2016 onder alumni van de MPA-opleidingen bleek dat een groot deel van degenen die de opleidingsvariant Physician Assistant-Klinische Verloskunde hadden gevolgd, de enquête niet invulden omdat zij niet werkzaam waren in de functie 'physician assistant'.<sup>464</sup> Reden hiervoor is dat zij bijvoorbeeld geen contract hadden met als functietitel 'physician assistant' of omdat de functie nog niet bestond binnen de organisatie. Hierdoor dachten zij dat zij niet in de doelgroep van het onderzoek vielen. Om dit in het arbeidsmarktonderzoek van 2019 te ondervangen is de antwoordcategorie '(PA) klinisch verloskundige' toegevoegd in de vragenlijst.<sup>465</sup> Hierdoor was voor de PA's werkzaam in de klinische verloskunde duidelijk dat zij binnen de doelgroep van het onderzoek vielen. Voor vervolgonderzoek is het advies om ook de antwoordcategorie 'klinisch verloskundige' op te nemen, om onderscheid te kunnen maken tussen personen die zichzelf wel of niet als PA classificeren en de redenen die zij daarvoor hebben.

- 5) PA's die werkzaam zijn in meerdere sectoren, werken per sector een relatief laag aantal uren ten opzichte van PA's die niet in andere sectoren actief zijn. Hierdoor wordt de gemiddelde deeltijdfactor per sector gedrukt. Bij doorrekening van deze lagere deeltijdfactor in de sectorspecifieke ramingen is er mogelijk sprake van een kleine onder- of overschatting in het sectorspecifieke ramingsadvies, naar gelang er meer of minder PA's werkzaam zijn in andere sectoren dan de sector waarin zij zijn opgeleid.

Een voorbeeld: Wanneer iemand in de huisartsenzorg is opgeleid en vervolgens 3 dagen in de huisartsenzorg blijft werken en 2 dagen in de medisch specialistische zorg, is het rendement van de opleiding in de huisartsenzorg relatief laag en wordt dit ook als zodanig doorerekend in de raming voor de huisartsenzorg. Echter de 2 dagen die deze persoon actief is in de medisch specialistische zorg drukken ook de deeltijdfactor in de medisch specialistische zorg, hoewel het rendement van de opleiding in feite hoger uitvalt: deze persoon is immers niet opgeleid in de medisch specialistische zorg, maar werkt er wel.

De invloed van PA's die in meerdere sectoren actief zijn op de deeltijdfactor per sector, lijkt beperkt aangezien het merendeel van de PA's (94%) werkzaam is in één sector.

Van de respondenten die in meerdere sectoren actief zijn werken de grootste groepen zowel in de medisch specialistische als in de huisartsenzorg of in de medisch specialistische zorg en de revalidatiezorg. Tussen de medisch specialistische zorg en de huisartsenzorg vinden ook de meeste wisselingen van sector plaats: PA's stappen over van de ene naar de andere sector. Hierbij vertrekken de meeste PA's uit de medisch specialistische zorg. Deels komt dit, omdat in deze sector een groter aantal PA's werkzaam is. Op basis van deze informatie is het aannemelijk dat er ook meer PA's die zijn opgeleid in de medisch specialistische zorg deels gaan werken in de huisartsenzorg dan andersom. Dit zou betekenen dat het rendement van

<sup>464</sup> Aalbers, W., Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht: Prismant.

<sup>465</sup> Idem.

de opleiding in de huisartsenzorg wat hoger uitvalt door overstappers vanuit de medisch specialistische zorg en dat van de medisch specialistische zorg, wat lager. Doordat het aantal PA's in de huisartsenzorg echter relatief laag is, wordt de gemiddelde deeltijdfactor sterker gedempt door de deeltijdwerkers in deze sector.

In eventueel vervolgonderzoek is het raadzaam om inzichtelijk te maken in welke sector personen die in meerdere sectoren werken, zijn opgeleid. Ook is het raadzaam om te verkennen wat de mogelijkheden zijn voor het vaststellen van een sectorspecifiek extern rendement.

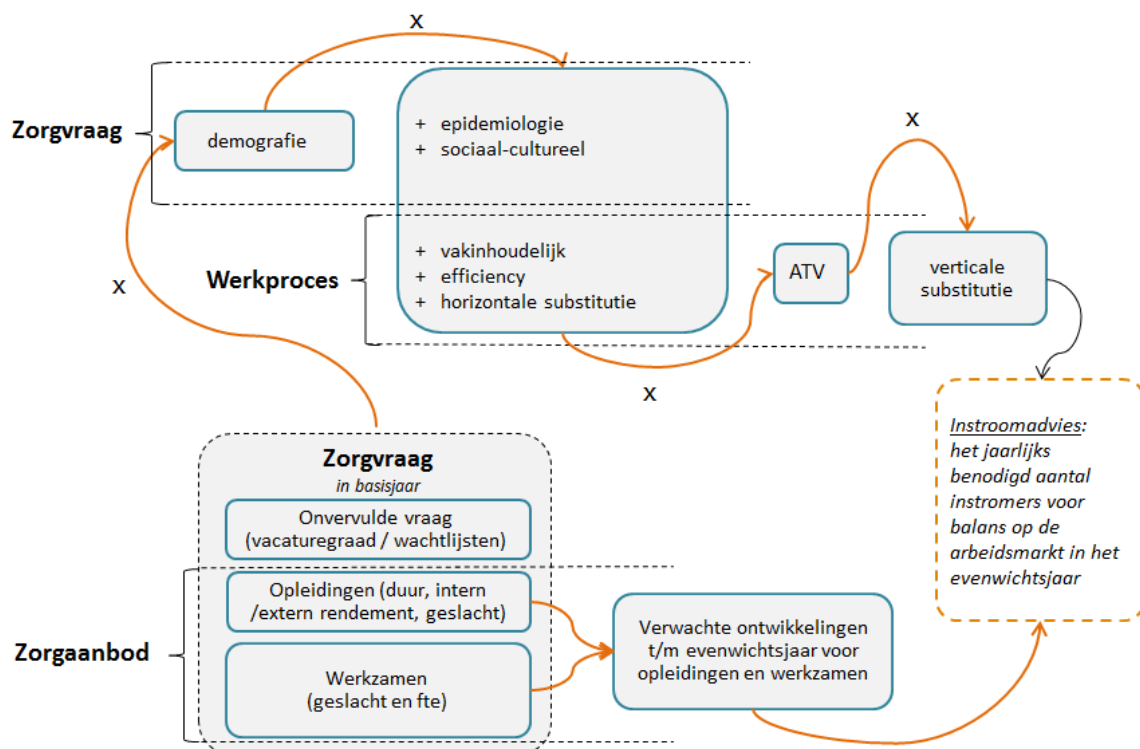
Op basis van de nu beschikbare gegevens is het aannemelijk dat het extern rendement voor de medisch specialistische zorg wat lager uitvalt en het extern rendement voor de huisartsenzorg wat hoger.

- 6) De vacaturedata voor PA's zijn lastig te analyseren, doordat deze nog maar relatief kort worden verzameld en geanalyseerd. Een gevolg hiervan is dat er geen volledig zicht bestaat op de openstaande vacatures voor PA's. Daarom is de analyse uitgevoerd op de nieuw uitgezette vacatures. In eventueel vervolgonderzoek zal de analyse worden uitgevoerd op de openstaande vacatures. De data is op dat moment beter geschikt om te analyseren. Daarnaast zijn er relatief veel vacatures waarin om een PA of een VS wordt gevraagd, of waar men zoekt naar een volledig opgeleide PA of een kandidaat die bereid is om de opleiding te volgen. Dit zorgt ervoor dat het lastig is om een uitspraak te doen naar het exacte aantal vacatures voor bijvoorbeeld opgeleide PA's: er is al snel sprake van dubbelstellingen. Bij een eventueel vervolgonderzoek zal de analyse geschikt worden gemaakt voor deze soorten vacatures.

## Bijlage 2: Conceptuele weergave ramingsmodel

Het Capaciteitsorgaan maakt bij de totstandkoming van de instroomadviezen gebruik van een ramingsmodel. In dit ramingsmodel worden parameterwaarden doorgerekend (zie bijlage 3). Deze parameterwaarden zijn in samenspraak met de Werkgroep PA/VS vastgesteld. De parameterwaarden vormen een weergave van actuele en verwachte ontwikkelingen die relevant zijn voor de benodigde opleidingscapaciteit. In bijlage 4 treft u informatie aan over de betrokkenen en de procedure. Hieronder ziet u een conceptuele weergave van dit model.

Figuur 21: Conceptuele weergave ramingsmodel Capaciteitsorgaan



De formule van het ramingsmodel luidt als volgt:

$$\text{Vraag } (t) = \text{vraag } (t_0) + \text{onvervulde vraag } (t_0) \times \text{demografie } (t) \times (\text{epidemiologie } (t) + \text{sociaal-cultureel } (t) + \text{vakinhoudelijk } (t) + \text{efficiency } (t) + \text{horizontale taakherschikking } (t)) \times \text{ATV } (t) \times \text{verticale substitutie } (t)$$

waarbij t = moment in tijd

## Bijlage 3: Overzicht parameterwaarden

Op basis van parameterwaarden uit de volgende tabellen zijn de eerste richtinggevende instroomadviezen voor de PA tot stand gekomen. Tabel 27 betreft de waarden voor het advies voor de gehele beroepsgroep.

**Tabel 27: Parameterwaarden raming PA - gehele beroepsgroep**

Parameter	waarde	Parameter	waarde
Opleidingsduur	2,0	Uitstroom vrouwen	Tot 2024 4%
Intern rendement voor instroom vanaf 2019	88,93%		Tot 2029 19%
Intern rendement per 01-01-2019 al in opleiding	96,1%		Tot 2034 33%
Jaarlijkse instroom	241		Tot 2039 50%
In opleiding per leerjaar	295,5	Extern rendement mannen	Na 1 jaar 71,82%
Percentage vrouwen	79,7%		Na 5 jaar 90,55%
Demografie 2024	5,3%		Na 10 jaar 63,30%
	2029 9,6%		Na 15 jaar 63,30%
	2034 13,2%	Extern rendement vrouwen	Na 1 jaar 100%
	2039 15,4%		Na 5 jaar 88,33%
Epidemiologie	0,1% - 0,2%		Na 10 jaar 90,42%
Sociaal cultureel	2,5% – 4,0%		Na 15 jaar 88,33%
Onvervulde vraag	6,6%	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	2,0%
Werkzamen	1.058	Efficiency	0%
Gemiddeld fte man	0,962	Taakverschuivingen horizontaal	0,0% - 0,60%
Gemiddeld fte vrouw	0,875	Taakverschuivingen verticaal	3,59% - 5,31%
Percentage werkzame vrouwen	73,0%	Arbeidstijdverandering	0%
Uitstroom mannen	Tot 2024 4%		
	Tot 2029 16%		
	Tot 2034 37%		
	Tot 2039 57%		



Tabel 28 en Tabel 29 bevatten de waarden voor de sectorspecifieke adviezen voor de medisch specialistische en huisartsenzorg. Voor extern rendement zijn alleen parameterwaarden op beroepsniveau vastgesteld (zie hoofdstuk 4).

**Tabel 28: Parameterwaarden raming PA - medisch specialistische zorg (incl. acute zorg en klinische verloskunde, excl. revalidatie)**

Parameter	waarde	Parameter	waarde
Opleidingsduur	2,0	Gemiddeld fte man	0,96
Intern rendement voor instroom vanaf 2019	89,33%	Gemiddeld fte vrouw	0,87
Intern rendement per 01-01-2019 al in opleiding	96,3%	Uitstroom mannen	Tot 2024 5%
Jaarlijkse instroom	176		Tot 2029 16%
In opleiding per leerjaar	199		Tot 2034 32%
Percentage vrouwen	79,7%		Tot 2039 49%
Demografie		Uitstroom vrouwen	Tot 2024 5%
2024	5,4%		Tot 2029 16%
2029	9,4%		Tot 2034 32%
2034	12,8%		Tot 2039 49%
2039	14,5%		
Epidemiologie	0,0% - 0,2%	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	2,0%
Sociaal cultureel	1,8% - 2,8%	Efficiency	0%
Onvervulde vraag	5,4%	Taakverschuivingen horizontaal	0,0% - 0,76%
Aantal werkzamen	838	Taakverschuivingen verticaal	3,04% - 3,29%
Percentage werkzame vrouwen	71,32%	Arbeidstijdverandering	0%

Tabel 29: Parameterwaarden raming PA – huisartsenzorg

Parameter	waarde	Parameter	waarde
Opleidingsduur	2,0	Gemiddeld fte man	0,606
Intern rendement voor instroom vanaf 2019	85%	Gemiddeld fte vrouw	0,704
Intern rendement per 01-01-2019 al in opleiding	94,7%	Uitstroom mannen	Tot 2024 3%
Jaarlijkse instroom	40		Tot 2029 21%
In opleiding per leerjaar	29		Tot 2034 41%
Percentage vrouwen	79,7%		Tot 2039 60%
Demografie		Uitstroom vrouwen	Tot 2024 3%
2024	3,5%		Tot 2029 21%
2029	6,9%		Tot 2034 41%
2034	9,4%		Tot 2039 60%
2039	11,2%		
Epidemiologie	0,4% - 0,5%	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,8%
Sociaal cultureel	1,0% - 3,0%	Efficiency	0%
Onvervulde vraag	4,2%	Taakverschuivingen horizontaal	0%
Aantal werkzamen	131	Taakverschuivingen verticaal	10,33% - 24,36%
Percentage werkzame vrouwen	76,2%	Arbeidstijdverandering	0%

## Bijlage 4: Procedure en betrokkenen

Dit Capaciteitsplan is tot stand gekomen op basis van uitgebreide dataverzameling door of in opdracht van het Capaciteitsorgaan. De verzamelde informatie is beoordeeld door de Werkgroep PA/VS, een gremium binnen het Capaciteitsorgaan met beroepsbeoefenaars, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. De gesignaleerde ontwikkelingen zijn vervolgens in hoofdstuk 3 t/m 6 vertaald in parameterwaarden en door een extern bureau doorgerekend in het ramingsmodel. De uitkomsten van het ramingsmodel in de vorm van adviesvarianten, zijn gebruikt voor het bepalen van de breedte van de ramingsadviezen. (Zie hoofdstuk 7 en 8.) Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan heeft het Capaciteitsplan Physician assistant 2021-2024 vastgesteld in haar vergadering van 4 december 2019.

De samenstelling van de Werkgroep PA/VS was op 4 december 2019 als volgt:

**Organisaties van beroepsbeoefenaren**

Mw. Irma de Hoop  
Dhr. Bart Ruitkamp

**Organisaties van opleidingsinstellingen**

Dhr. Geert van der Brink  
Dhr. Jeroen Peters  
Mw. Riet van Dommelen  
Dhr. Luppo Kuilman

**Organisaties van zorgverzekeraars**

Dhr. Henk Willem Otten

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op 4 december 2019 als volgt:

**Organisaties van beroepsbeoefenaren**

Dhr. Niels Oerlemans  
Mw. Floor Haak-van der Lely  
Dhr. Ate van der Zee  
Dhr. Chris Polman  
Mw. Diny de Bresser  
Mw. Petra de Rijke  
Mw. Cisca Wijmenga  
Dhr. Henk Hagoort

**Organisaties van opleidingsinstellingen/ opleidingsinstellingen**

Mw. Caroline van Mierlo  
Mw. Carin Littooi  
Dhr. Theo Haasdijk  
Dhr. Joost Drenth  
Dhr. Roy Dutrieux  
Dhr. Leo van der Beek  
Mw. Astraia Rühl  
Dhr. Johan van Ingen  
Dhr. Jack Dekker

**Organisaties van zorgverzekeraars**

Dhr. Olivier Gerrits  
Dhr. Wout Adema  
Dhr. Joël Gijzen

Vanuit het bureau van het Capaciteitsorgaan waren Mw. E.J.C.M. Dankers-de Mari (programmasecretaris) en Dhr. J.J. Janse (programmasecretaris) betrokken bij de totstandkoming van dit ramingsadvies.

## Bijlage 5: Afkortingen en begrippen

Onderstaande lijst bevat afkortingen en begrippen die regelmatig voorkomen in dit Capaciteitsplan.

Afkorting	Betekenis
AGZ	Algemene gezondheidzorg
aios	arts in opleiding tot specialist
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
anios	arts niet in opleiding tot specialist
ATV	Arbeidstijdverandering
BIG(-register)	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet)
CAO	collectieve arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DALY	Disability-Adjusted Life-Years
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
EC(-punten)	European Credit (studiepunten)
ELV	eerstelijns verblijf
Fte	fulltime equivalent
FWG	Functiewaardering Gezondheidszorg (onderzoeksbureau)
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GHZ	gehandicaptenzorg
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
GS	Geneeskundig Specialist
HBO	hoger beroepsonderwijs
HR(-professionals)	Human Resources
ICT	informatie- en communicatietechnologie
JZOJP	de Juiste Zorg Op de Juiste Plek
KOH	Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (stichting)
MANP	Master Advanced Nursing Practice (opleiding)
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
MPA	Master Physician Assistant (opleiding)
MPA-KV	Master Physician Assistant - klinische verloskunde (opleiding)
MSB	Medisch Specialistisch Bedrijf
MSc	Master of Science
MSZ	medisch specialistische zorg
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
NLQF	Nederlands kwalificatieraamwerk
NP	Nurse Practitioner
NVAO	Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie

NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (ministerie)
PA	Physician Assistant
POH	praktijkondersteuner huisartsenzorg
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVE	Resultaatverantwoordelijke Eenheid
SEH	spoedeisende hulp
UMC	Universitair Medisch Centrum
UR(-geneesmiddelen)	Uitsluitend op Recept
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
V&VN VS	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Verpleegkundig Specialisten (afdeling van V&VN)
Verenso	Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde
VPL	verpleeghuiszorg
VS	Verpleegkundig specialist
VS-AGZ	Verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlb	Wet op de lijkbezorging
wo	wetenschappelijk onderwijs
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische  
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

3502 LB Utrecht

**bezoekadres**

**Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht**

**telefoon**

**030 200 45 10**

**e-mail**

**[info@capaciteitsorgaan.nl](mailto:info@capaciteitsorgaan.nl)  
[www.capaciteitsorgaan.nl](http://www.capaciteitsorgaan.nl)**