

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

Totaalbeeld van vijf sectorale deelrapporten



Inhoud

1.	Aanleiding	3
2.	Aanpak	4
2.1	Focus onderzoek	4
2.2	Gegevensverzameling.....	4
2.3	Respons	8
2.4	Leeswijzer.....	9
3.	Besluitvormingsproces.....	10
3.1	Werving	10
3.2	Rollen in besluitvorming	11
3.3	Welke partijen nemen PA/VS in dienst?.....	13
4.	Factoren die besluitvorming beïnvloeden.....	15
4.1	Stimulerende factoren	15
4.2	Remmende factoren	16
5.	Verwachtingen.....	18
6.	Tot slot	19
Bijlage 1.	Bevindingen interviews	20
Bijlage 2.	Nadere specificering management/directie/bestuur in rollen besluitvorming ..	22

Auteur(s) dr. Patrick Jansen, drs. Sylvia Schutte
Opdrachtgever Capaciteitsorgaan
Kenmerk PJ/19/1177/pavs
Publicatiedatum 8 oktober 2019

© Bureau HHM

1. Aanleiding

In de periode april tot en met augustus 2019 onderzochten wij de factoren die van invloed zijn op het aannemen en opleiden van physician assistants en verpleegkundig specialisten in verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Dit deden we in opdracht van het Capaciteitsorgaan. In deze rapportage doen we verslag van dit onderzoek. Het gaat daarbij om de algemene gezondheidszorg; de geestelijke gezondheidszorg is niet meegenomen (deze groep is meegenomen in het Capaciteitsplan 2020-2024 Beroepen Geestelijke Gezondheidszorg, d.d. november 2018).

Het Capaciteitsorgaan brengt eind 2019 een advies uit aan het ministerie van VWS en veldpartijen over de toekomstige benodigde opleidingscapaciteit aan physician assistants (hierna PA's) en verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg (hierna VS'en).

De reguliere dataverzameling voor een raming van benodigde opleidingscapaciteit vindt plaats op het vlak van zorgaanbod, -vraag en werkprocesontwikkelingen. Gezien de signalen die duiden op een hoge volatiliteit van deze twee beroepen en op uiteenlopende beïnvloedingsfactoren op de omvang van de inzet, is meer inzicht nodig in de besluitvormingsprocessen en de invloed van bijvoorbeeld beleid en arbeidsmarktfactoren per sector. Meer informatie hierover zorgt ervoor dat het Capaciteitsorgaan de uitkomsten van de doorrekeningen in het ramingsmodel in perspectief kan plaatsen en kan inbedden in een breder advies over de benodigde capaciteit.

Bureau HHM is gevraagd hier onderzoek naar te doen. De hoofdvraag van dit onderzoek:

Wat is de invloed van beleid, besluitvormingsprocessen en arbeidsmarktfactoren op de omvang van de inzet van PA's en VS'en in de zorg?

Relevante deelvragen:

- Hoe verloopt de besluitvorming rond het aannemen en opleiden van PA's en VS'en?
- Welke factoren zijn hierop van invloed, stimulerend dan wel remmend?
- Wat zijn de verwachtingen voor de komende jaren?

Het onderzoek maakt tevens deel uit van een promotietraject naar de impact van beleid, besluitvormingsprocessen en arbeidsmarktfactoren op de inzet van (nieuwe) beroepen in de zorg.

2. Aanpak

Dit hoofdstuk beschrijft de aanpak die we hebben gehanteerd om zicht te krijgen op het besluitvormingsproces over het aannemen en opleiden van PA's en VS'en.

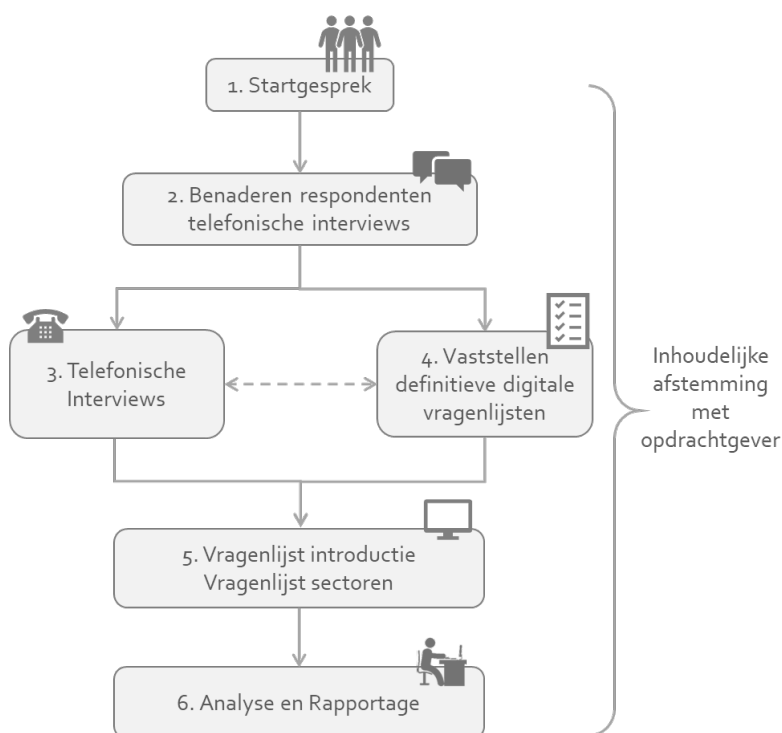
2.1 Focus onderzoek

Het onderzoek was gericht op het besluitvormingsproces binnen de volgende zorgsettingen:

- Medisch Specialistische en Acute zorg, waaronder universitair medische centra, algemene en categorale ziekenhuizen, spoedeisende hulp en ambulancezorg
- Huisartsenzorg, zowel huisartsenpraktijken als huisartsenposten
- Ouderenzorg, waaronder verpleeghuiszorg, thuiszorg, eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ)
- Revalidatiezorg
- Gehandicaptenzorg, waaronder de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking (VG), lichamelijke beperking (LG) en zintuiglijke beperking (ZG)
- Sociale geneeskunde

2.2 Gegevensverzameling

Figuur 1 geeft schematisch weer op welke wijze we het onderzoek in nauwe samenspraak met de opdrachtgever hebben uitgevoerd.



Figuur 1. Overzicht onderzoeksstappen

Na het startgesprek met de opdrachtgever volgde het voorbereiden van de interviews. Samen met de opdrachtgever hebben we een interviewleidraad opgesteld. Vervolgens hebben we in overleg met diverse brancheorganisaties en op basis van contacten met diverse professionals in het veld 31 interviews gehouden, verdeeld over diverse zorgsettingen: universitair medische centra (UMC's), algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, spoedeisende hulp, academische ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, huisartsenposten, thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen, revalidatiecentra en organisaties voor gehandicaptenzorg. In bijlage 1 zijn de hoofdlijnen van de bevindingen uit de interviews opgenomen.

Op basis van de resultaten van deze interviews en de gesprekken die medewerkers van het Capaciteitsorgaan met diverse partijen hebben gevoerd zijn acht vragenlijsten gemaakt gericht op: medisch specialistische zorg (MSZ), revalidatiezorg, huisartsenpraktijken, huisartsenposten, verpleeghuiszorg, thuiszorg-eerstelijnsverblijf (ELV)- geriatrie revalidatiezorg (GRZ), gehandicaptenzorg en sociale geneeskunde / andere sectoren. De kwalitatieve informatie uit de interviews bepaalde mede welke antwoordcategorieën van toepassing waren en maakte het mogelijk om de formulering van bepaalde vragen en antwoordcategorieën af te stemmen op de betreffende zorgsettingen. Deze vragenlijsten zijn via een webapplicatie digitaal verspreid. De specifieke vragenlijst per sector werd voorafgegaan door een digitale introductievragenlijst. Deze introductievragenlijst bevatte een korte toelichting op het onderzoek waarbij men kon aangeven in welke zorgsetting men werkzaam is en of men verder wilde naar de vragenlijst met vragen over de PA/VS.

Digitale introductie vragenlijst

De digitale vragenlijsten zijn uitgezet via diverse branche- en beroepsverenigingen. Tabel 1 geeft een overzicht van de organisaties die de vragenlijsten onder de aandacht hebben gebracht van hun achterban en in hoeverre zij de introductie vragenlijst hebben geopend. Deze tabel is relevant omdat de samenstelling van de responsgroep kan leiden tot mogelijke bias in de resultaten.

Branche- en beroepsverenigingen	Aantal benaderde contacten	Introductie Vragenlijst geopend	Introductie Vragenlijst niet ingevuld	Introductie Vragenlijst ingevuld
FMS (Federatie medisch specialisten)	80 voorzitters medische staf 71 voorzitters MSB 51 voorzitters VMSD	123	77	46
Ambulancezorg NL	20 directieleden en 25 RAV's (MMA's)	47	17	30
LHV¹	onbekend	6	6	0

¹ De LHV heeft de achterban geïnformeerd met de openbare link van bureau HHM (dit is de reden waarom de laatste kolom bij de LHV op 0 staat). De respondenten die via de LHV zijn geworven vormen dus een onderdeel van de respondenten die in de voorlaatste rij van deze tabel zijn opgenomen bij 'netwerk bureau HHM'.

Branche- en beroeps- verenigingen	Aantal benaderde contacten	Introductie Vragenlijst geopend	Introductie Vragenlijst niet ingevuld	Introductie Vragenlijst ingevuld
Zorghuisnl	160 leden	20	15	5
Revalidatie NL	26 lidorganisaties (bestuurders)	95	66	29
Netwerken hogescholen en verenigingen NAPA, V&VN VS en Lectoraat Organisatie van de Zorg	3.500 relaties	932	557	375
NVSHA	850 leden	18	12	6
Ineen	51 huisartsen- dienstenstruc- turen (circa 120 huisartsenposten) /60 gezondheids- centra/25 koepels van gezondheids- centra (circa 150 locaties)	58	35	23
NVZ	101	229	133	96
NFU	7	72	50	22
ActiZ	400 leden en 250 HR professionals	154	86	68
VGN	VGN: 171 leden (directiemail), opleiders en HR- adviseurs (150) en andere contacten (totaal= 800)	446	214	232
Netwerk bureau HHM, inclusief LinkedIn en Facebook	70 leden onderzoekspanel en onbekend	309	200	109
Totaal		2.509	1.468	1.041

Tabel 1. Organisaties die de vragenlijsten onder de aandacht hebben gebracht van hun achterban en de mate waarin de introductievragenlijst is geopend en gevuld.

Uit de tweede kolom blijkt, dat de vragenlijst onder de aandacht is gebracht bij een grote groep contacten. In veel gevallen betreft het organisaties, maar er zijn ook individuele personen benaderd. De aantallen in de tweede kolom kunnen dus niet zomaar bij elkaar worden opgeteld. In totaal hebben 2.509 personen (zie 3^e kolom van tabel 1) de eerste vragenlijst geopend. Uit de gegevens in de derde kolom blijkt dat de meeste respondenten zijn geworven via de netwerken hogescholen en verenigingen NAPA en V&VN VS. Omdat de achterban van deze netwerken positief staat ten opzichte van het aannemen en opleiden van PA's en VS'en is het mogelijk dat de mensen die kritisch zijn over het aannemen en opleiden van PA's en VS'en ondervertegenwoordigd zijn in de responsgroep.

Vervolgens blijkt dat 1.468 personen deze vragenlijst niet hebben ingevuld: deze personen waren niet in staat of niet geïnteresseerd om de vragen over de PA's/VS'en te beantwoorden na het lezen van de toelichting over het onderzoek. Uiteindelijk zijn 1.041 mensen

doorgegaan naar de PA/VS-vragenlijst, waarbij de respondent terecht kwam bij één van de acht vragenlijsten, afgestemd op de zorgsetting waar de respondent werkzaam is.

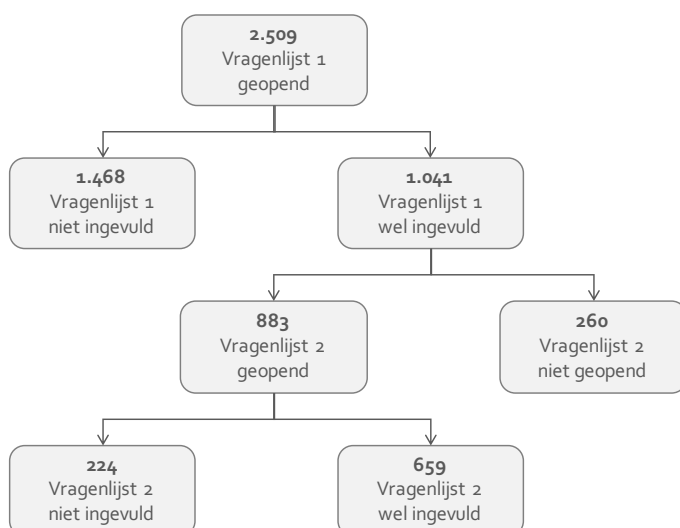
Digitale PA/VS vragenlijsten

Tabel 2 geeft een overzicht van de mate waarin deze PA/VS-vragenlijsten zijn ingevuld uitgesplitst naar acht zorgsectoren. Hieruit blijkt, dat 883 personen de vragenlijst hebben geopend en 659 respondenten de vragenlijst hebben ingevuld. De vragenlijsten over de MSZ zijn het meest ingevuld (N=283, 43% van alle ingevulde vragenlijsten), gevolgd door de gehandicaptenzorg (N=151, 23% van alle ingevulde vragenlijsten). Er zijn slechts 10 vragenlijsten ingevuld over de sociale geneeskunde en overige sectoren (2% van alle ingevulde vragenlijsten).

Zorgsettingen	Vragenlijst geopend	Vragenlijst niet geopend	Vragenlijst ingevuld	Verdeling over zorgsettingen
MSZ	376	93	283	43%
Verpleeghuiszorg	83	15	68	10%
Thuiszorg, wijkzorg, GRZ en ELV	44	12	32	5%
Sociale geneeskunde en overige sectoren	19	9	10	2%
Huisartsenpraktijken	78	17	61	9%
Huisartsenposten	33	9	24	4%
Revalidatiezorg	42	12	30	5%
Gehandicaptenzorg	208	57	151	23%
Totalen	883	224	659	100%

Tabel 2. Mate waarin de vragenlijsten over de PA's/VS'en zijn ingevuld.

Onderstaand overzicht geeft een samenvattend beeld van het aantal vragenlijsten dat is geopend en wel/niet is ingevuld. Vragenlijst 1 is de introductie vragenlijst. Vragenlijst 2 is de PA/VS vragenlijst.



Figuur 2. Overzicht geopende en wel/niet ingevulde vragenlijsten

2.3 Respons

Bij analyse bleken enkele vragenlijsten niet bruikbaar voor analyse waardoor de uiteindelijke respons is geworden zoals weergegeven in tabel 3. De totale respons komt hiermee op 651 respondenten. In onderstaande tabel en in de uitwerking van de resultaten hebben we de huisartsenpraktijken en huisartsenposten samengevoegd en ook de verpleeghuizen met thuiszorg (waardoor het aantal sectoren op zes komt). In het verdere rapport onderscheiden we als volgt de sectoren en de settings.

Sector	Setting	Respons
Medisch specialistische en acute zorg (MSZ)	UMC	72
	Algemene ziekenhuizen	149
	Categorale ziekenhuizen	28
	ZBC's	5
	Ambulancezorg	18
	Anders	5
	Ontbreekt	2
	<i>Totaal</i>	279
Huisartsenzorg (HA)	Solopraktijk	60
	Duopraktijk	
	Groepspraktijk	
	Huisartsenpost	24
	<i>Totaal</i>	84
Ouderenzorg (VVT)	Thuiszorg, GRZ, ELV	32
	Verpleeghuizen	68
	<i>Totaal</i>	100
Revalidatiezorg (REV)	Revalidatiecentra	22
	Overig (bijv. ziekenhuizen)	7
Gehandicaptenzorg (GHZ)	VG, LG en ZG	149
Sociale geneeskunde		10

Tabel 3. Totale aantal ingevulde vragenlijsten per zorgsector en zorgsetting (N=651).

De respondenten vanuit deze zorgsectoren zijn binnen verschillende functies werkzaam. Uit tabel 4 blijkt, dat de respondenten een afspiegeling zijn van diverse typen functies: het zijn zowel managers als artsen/specialisten en HRM-functionarissen (ter info: de respondenten konden in de vragenlijst meerdere functies aangeven).

	MSZ N=277	REV N=23	HA N=69	VVT N=81	GHZ N=123
Zorg-/medisch management	21%	17%	10%	52%	33%
Bedrijfskundig management	8%	4%	9%	10%	8%
Afdelingsmanagement	11%	17%	-	9%	7%

	MSZ N=277	REV N=23	HA N=69	VVT N=81	GHZ N=123
Praktijkmanagement huisartsendagpraktijk	-	-	22%	-	-
Management / directie eenheid / cluster	7%	9%	-	-	-
Medisch specialist binnen vakgroep	22%	26%	-	-	-
Medisch specialist binnen MSB	7%	-	-	-	-
Huisarts	-	-	57%	-	-
Specialist ouderengeneeskunde	-	-	-	21%	-
Arts verstandelijk gehandicapten	-	-	-	-	15%
Raad van bestuur	2%	4%	7%	6%	11%
Verpleegkundige staf/VAR	2%	-	-	6%	5%
Vak-/werkgroep PA en/of VS	7%	-	-	9%	6%
HRM	8%	26%	19%	6%	24%
Onderwijs en opleidingen	16%	13%	4%	2%	7%

Tabel 4. Totale aantal ingevulde vragenlijsten per zorgsector en zorgsetting (N=651).

2.4 Leeswijzer

In verschillende deelrapporten geven wij de resultaten weer van de digitale uitvraag. In hoofdstuk 2 van ieder deelrapport lichten wij toe waar respondenten vandaan komen (type en omvang organisatie, regio et cetera). Vervolgens gaan we, in de volgorde van de deelvragen, in op de besluitvorming en op de verschillende factoren die daarop van invloed kunnen zijn zoals arbeidsmarkt, landelijk beleid en bekostiging. Tot slot schetsen we de toekomstige ontwikkelingen.

Er zijn in totaal vijf deelrapporten:

- Rapportage onderzoek PA/VS Deelrapport Gehandicaptenzorg (kenmerk PJ/19/1178)
- Rapportage onderzoek PA/VS Deelrapport Huisartsenzorg (kenmerk PJ/19/1179)
- Rapportage onderzoek PA/VS Deelrapport Medisch Specialistische zorg (kenmerk PJ/19/1180)
- Rapportage onderzoek PA/VS Deelrapport Ouderenzorg (kenmerk PJ/19/1181)
- Rapportage onderzoek PA/VS Deelrapport Revalidatiezorg (kenmerk PJ/19/1182)

De sociale geneeskunde is buiten beschouwing gebleven vanwege de zeer beperkte respons.

In dit rapport beschrijven we het overstijgende beeld. Dit doen we vooral kwalitatief, aangevuld met enkele tabellen met percentages om de hoofdlijnen in beeld te brengen. De deelrapportages bevatten verdiepende tabellen met aantallen en percentages. Vanwege de grote verschillen in respons per sector (en daarbinnen de hoge respons binnen de medisch specialistische zorg, MSZ) presenteren we geen totalen over alle sectoren heen. Die totalen zouden inhoudelijk geen goed beeld geven, omdat die totalen altijd het meest worden bepaald door de hoge respons vanuit de MSZ.

3. Besluitvormingsproces

In dit hoofdstuk geven we een totaalbeeld van het besluitvormingsproces over het aannemen en opleiden van PA's en VS'en. Aan de hand van de werving en verschillende rollen in de besluitvorming geven we een beeld van de overeenkomsten en verschillen tussen vijf zorgsettingen: medisch specialistische zorg (MSZ), revalidatiezorg (REV), huisartsenzorg (HA), ouderenzorg (VVT) en gehandicaptenzorg (GHZ).

3.1 Werving

We hebben aan de respondenten gevraagd op wat voor manieren PA's en/of VS'en binnen de werksetting worden geworven wanneer er een vacature is voor een gediplomeerde PA/VS (dus niet voor een opleidingsplaats). De beelden zijn op hoofdlijnen vergelijkbaar, maar procentueel zijn wel verschillen tussen de zorgsettingen zichtbaar:

- Het merendeel werft via online-advertenties; voor de huisartsenzorg is dit door net iets meer dan de helft van de respondenten aangegeven, voor de andere zorgsettingen heeft meer dan twee derde van de respondenten dit aangegeven.
- In vergelijking tot de andere zorgsettingen wordt in de huisartsenzorg minder gebruik gemaakt van social media.
- In de huisartsenzorg wordt relatief iets meer gebruikgemaakt van open sollicitaties.
- Voor alle zorgsettingen geldt dat tussen de 27-38% van de respondenten heeft aangegeven dat ze PA's / VS'en werven door ze zelf op te leiden.

	MSZ N=279	REV N=21	HA N=46	VVT N=73	GHZ N=62
Online-advertentie via een vacature-site of website van de organisatie	70%	67%	52%	70%	66%
Online via social media	43%	48%	28%	49%	44%
Advertentie in krant of dagblad	5%	10%	0%	4%	10%
Uitzend- en/of detachingsbureau	1%	0%	8%	10%	6%
UWV	0%	0%	0%	0%	0%
Open sollicitatie	13%	5%	26%	16%	2%
Sociaal netwerk (vrienden, familie, kennissen)	17%	19%	15%	23%	27%
Niet van toepassing, wij leiden zelf op	29%	38%	28%	27%	31%
Weet ik niet	4%	5%	2%	4%	11%

Tabel 5. Werving PA's en VS'en per zorgsetting

3.2 Rollen in besluitvorming

We hebben de respondenten gevraagd om aan te geven hoe de besluitvorming in de besluitvorming over het aannemen of opleiden van PA's en VS'en. Hierbij hebben we een onderscheid gemaakt naar de volgende fasen:

- Initiatief nemen
- Definitief besluiten
- Invloed hebben op besluitvorming
- Ondersteunen van besluitvorming zonder invloed

In onderstaande tabel hebben we aangegeven welke partijen binnen de verschillende zorgsettingen het meest zijn genoemd bij de diverse rollen. Per zorgsettingen zijn de drie belangrijkste partijen weergegeven (het blijkt dat de partij die het meest wordt genoemd als initiatiefnemer ook vaak het definitieve besluit neemt). De tabel maakt duidelijk dat tussen de zorgsettingen verschillen zijn in de partijen die de verschillende rollen vervullen.

Partij:	Rol:	Initiatief nemen	Definitief besluiten	Invloed hebben	Ondersteunen zonder invloed
Medisch specialistische zorg:					
Management/directie/bestuur		69%	80%	40%	13%
Medisch specialist binnen vakgroep		64%	7%	67%	30%
Verpleegkundig specialist		16%	0%	21%	32%
Revalidatiezorg:					
Management/directie/bestuur		82%	83%	43%	10%
Medisch specialist binnen vakgroep		59%	9%	81%	29%
Physician assistant		0%	0%	19%	38%
Huisartsenpraktijken:					
Huisartsen(dag)praktijk		97%	86%	39%	13%
Praktijkmanager		26%	0%	61%	45%
Ondersteunende professionals		3%	0%	27%	52%
Huisartsenposten:					
Zorg-medisch manager		45%	26%	24%	10%
Huisartsen(dag)praktijk		36%	17%	43%	20%
Kandidaat die in opleiding wil		14%	17%	24%	25%
Verpleeghuiszorg:					
Management/directie/bestuur		80%	85%	31%	8%
Specialist ouderengeneeskunde		46%	10%	85%	25%

Partij:	Rol:	Initiatief nemen	Definitief besluiten	Invloed hebben	Ondersteunen zonder invloed
HRM		4%	0%	6%	48%
Thuiszorg, ELV, GRZ:					
Management/directie/bestuur		80%	89%	32%	9%
Kandidaat die in opleiding wil		52%	0%	36%	28%
Verpleegkundig specialist		20%	8%	44%	44%
Gehandicaptenzorg:					
Management/directie/bestuur		86%	96%	42%	15%
Arts verstandelijk gehandicapten		43%	0%	60%	48%
Verpleegkundig specialist		30%	2%	37%	30%

Tabel 6. Rolverdeling besluitvorming aannname PA's / VS'en per zorgsetting

Hieronder geven we een korte samenvatting per rol, waarbij de gegevens uit tabel 6 soms zijn aangevuld met onderliggende informatie uit de deelrapporten.

Initiatief nemen

- MSZ: respondenten geven aan dat het initiatief meestal wordt genomen door Management/directie/bestuur en door de medisch specialist binnen de vakgroep.
- REV: het initiatief wordt het vaakst genomen door Management/directie/bestuur en de Medisch specialist binnen vakgroep.
- HA: het initiatief wordt bijna altijd genomen door de huisarts(en)dagpraktijk. Bij de huisartsenposten komt een iets ander beeld naar voren. Het initiatief ligt bij bijna de helft van de huisartsenposten bij de zorg-medisch manager. Maar het kan ook liggen bij de huisarts(en)dagpraktijk, bedrijfskundig manager, Raad van bestuur en HRM.
- VVT: ten aanzien van de verpleeghuiszorg geven respondenten aan dat het initiatief bijna altijd wordt genomen door het management/directie/bestuur. Dit is ook het geval bij de thuiszorg, ELV en GRZ.
- GHZ: het initiatief wordt bijna altijd genomen door het management/directie/bestuur.

Definitief besluiten

- MSZ: Het definitieve besluit worden meestal genomen door management/directie/bestuur.
- REV: Definitief besluiten vindt overwegend plaats door management/directie/bestuur.
- HA: Bij de huisartsenpraktijken neemt de huisarts(en)dagpraktijk meestal het definitieve besluit neemt. Bij de huisartsenposten neemt de zorg-medisch manager in een kwart van de huisartsenposten het definitieve besluit.
- VVT: In de verpleeghuiszorg neemt het management/directie/bestuur vrijwel altijd het definitieve besluit. Dit geldt ook voor de thuiszorg, ELV en GRZ.

- GHZ: Definitief besluiten vindt in nagenoeg alle gevallen plaats door management/directie/bestuur.

Invloed hebben

- MSZ: Als het gaat om het hebben van invloed op de besluitvorming wordt de medisch specialist binnen de vakgroep het vaakst genoemd. Ook management/directie/ bestuur hebben vaak invloed.
- REV: Belangrijke beïnvloeder is de medisch specialist binnen vakgroep.
- HA: Praktijkmanagers hebben bij een derde van de huisartsenpraktijken invloed op de besluitvorming. Bij de huisartsenposten hebben de huisarts(en)dagpraktijken in bijna de helft van de huisartsenposten invloed op het besluit.
- VVT: In de verpleeghuiszorg heeft de specialist ouderenzorg en de verpleegkundig specialist met name invloed op de besluitvorming. In de Thuiszorg, ELV en GRZ is dat de verpleegkundig specialist.
- GHZ: Belangrijke beïnvloeders zijn de AVG en de kandidaat die in opleiding wil.

Ondersteunen zonder invloed:

- MSZ: Bij ondersteunen bij de besluitvorming zonder invloed te hebben worden de volgende partijen het vaakst genoemd: de VS, medisch specialist binnen vakgroep, PA, kandidaat die in opleiding wil.
- REV: de physician assistant wordt het vaakst genoemd als ondersteuner zonder invloed.
- HA: de praktijkmanagers en ondersteunende professionals spelen een belangrijke rol bij de ondersteuning van de besluitvorming in huisartsenpraktijken. Bij de huisartsenposten spelen vrijwel alle partijen een rol.
- VVT: In de verpleeghuiszorg ondersteunt met name HRM ondersteunt de besluitvorming. In de Thuiszorg, ELV en GRZ zijn dat vrijwel alle andere partijen.
- GHZ: naast de AVG wordt de verpleegkundig specialist het vaakst genoemd als ondersteuner zonder invloed.

In bijlage 2 is per zorgsetting een verbijzondering gegeven indien management/directie/bestuur in tabel 6 als partij is genoemd.

3.3 Welke partijen nemen PA/VS in dienst?

In de vragenlijst is alleen voor de medisch specialistische zorg en revalidatiezorg de vraag gesteld welke partijen de PA/VS in dienst nemen. Het resultaat is opgenomen in tabel 7.

	Medisch Specialistische Zorg N=197	Revalidatiezorg N=21
Ziekenhuis	64%	76%
MSB	6%	14%
Ziekenhuis / MSB	30%	10%

Tabel 7. Partijen die PA's en VS'en in dienst nemen

Bij de bespreking van de resultaten van dit onderzoek met de Werkgroep PA/VS van het Capaciteitsorgaan is door leden van de werkgroep aangegeven, dat men het relatief veel vindt, dat 30% van de MSZ-respondenten heeft aangegeven dat de PA/VS in dienst is van zowel het ziekenhuis als het MSB. Zij veronderstelden dat deze respondenten mogelijk hebben bedoeld dat de kosten van de PA/VS worden gefinancierd door zowel het ziekenhuis als het MSB, maar dat de PA/VS maar één arbeidscontract heeft, bij óf het ziekenhuis óf het MSB. Het is niet mogelijk geweest om gedurende het onderzoek deze veronderstelde interpretatie van de vraag te verifiëren.

4. Factoren die besluitvorming beïnvloeden

In dit hoofdstuk geven we een totaalbeeld van de factoren die de besluitvorming over het aannemen en opleiden van PA's en VS'en beïnvloeden. Aan de hand van stimulerende en remmende factoren geven we een beeld van de overeenkomsten en verschillen tussen vijf zorgsettings: medisch specialistische zorg (MSZ), revalidatiezorg (REV), huisartsenzorg (HA), ouderenzorg (VVT) en gehandicapenzorg (GHZ).

4.1 Stimulerende factoren

Aan de respondenten hebben we gevraagd op welk vlak zich de belangrijkste aanleidingen of stimulerende factoren bevinden voor voor het aannemen en/of opleiden van PA's en/of VS'en, Aan respondenten is gevraagd maximaal drie factoren aan te geven. Het beeld tussen de sectoren komt overeen en is als volgt:

- Verbetering van de zorg is voor alle zorgsettings een (zeer) belangrijke factor; in de huisartsenzorg is deze factor in vergelijking tot de andere settings in iets mindere mate aangegeven.
- De arbeidsmarkt van de zorgprofessionals is ook in alle zorgsettings als belangrijke stimulerende factor genoemd en in de huisartsenzorg als belangrijkste factor.
- Vervolgens wordt de verandering van de zorgvraag als stimulerende factor aangegeven, met name in de huisartsenzorg, gehandicapenzorg en thuiszorg.
- De bekostiging wordt met name als stimulerende factor aangegeven in de revalidatiezorg.

	MSZ N=184	REV N=19	HA N=47	VVT N=72	GHZ N=57
Verbetering van de zorg Bijvoorbeeld projecten/innovaties, organisatie van de zorg, continuïteit van zorg, patiënttevredenheid, preventie of casemanagement	83%	79%	62%	75%	79%
Bekendheid/goede ervaringen	23%	26%	15%	24%	18%
Arbeidsmarkt zorgprofessionals Bijvoorbeeld werkdruk, krapte op de arbeidsmarkt of het bieden van carrièreperspectief	47%	74%	79%	69%	61%
Beleid van overheden, koepels of organisaties Bijvoorbeeld zelfstandige bevoegdheden, afspraken over inzet (taakherschikkingsdocument, visie, norm, richtlijn) of opname PA's en VS'en in Wet BIG	12%	26%	9%	17%	11%
Bekostiging Bijvoorbeeld salariskosten t.o.v. medisch specialist, specialist ouderenzorg, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, zelfstandig DBC's openen en sluiten /	32%	47%	32%	14%	16%

	MSZ N=184	REV N=19	HA N=47	VVT N=72	GHZ N=57
vervallen face-to-face-criterium, medebehandeling en intercollegiaal consult uitvoeren en declareren of regelgeving/afspraken met zorgverzekeraars					
Verandering zorgvraag Bijvoorbeeld vergrijzing, bevolkingsgroei, hogere eisen en verwachtingen van zorg, transitie van 2 ^e naar 1,5 ^e en 1 ^e lijn, zorg op de juiste plek of bevolkingsonderzoeken	39%	21%	55%	42%	47%
Opleidingen Bijvoorbeeld aantal opleidingsplaatsen voor zorg-professionals, subsidie op opleiden, korte opleidings-duur t.o.v. medisch specialisten, huisartsen, specialisten ouderenzorg, artsen verstandelijk gehandicapten, inzetbaarheid tijdens opleiding	8%	0%	9%	7%	7%

Tabel 8. Werving PA's en VS'en per zorgsetting

De deelrapportages bevatten per zorgsetting nog een verbijzondering naar allerlei sub-factoren, uitgesplitst naar PA's, VS'en, heden en verleden.

4.2 Remmende factoren

De respondenten konden ook aangeven wat de belangrijkste redenen of belemmeringen zijn voor het NIET (meer) aannemen en/of opleiden van PA's en/of VS'en? Ook hier konden respondenten maximaal drie factoren noemen. Tussen de sectoren is het beeld divers.

- MSZ: Bekostiging wordt het vaakst genoemd.
- REV: Het vaakst wordt genoemd Niet van toepassing/weet ik niet, Opleiding en Kwaliteit van zorg.
- HA: Bekostiging is de belangrijkste remmende factor, gevolgd door Praktisch en Opleiding.
- VVT: Het vaakst worden genoemd Weet ik niet en Onbekendheid met beroepen.
- GHZ: Het vaakst worden genoemd Onbekendheid met beroepen, Geen noodzaak tot verandering en Arbeidsmarkt professionals.

	MSZ N=202	REV N=21	HA N=61	VVT N=72	GHZ N=122
Geen noodzaak tot verandering Bijvoorbeeld geen noodzaak tot uitbreiding van het aantal of verandering van het type zorgprofessionals	18%	10%	15%	14%	24%
Onbekendheid met beroepen Bijvoorbeeld nog geen ervaring met samenwerking, opleiden of beperkt of geen zicht op gevolgen van aannemen of opleiden	17%	19%	21%	21%	31%
Kwaliteit van zorg Bijvoorbeeld twijfel over competenties, behoud kwaliteit van zorg of behoud patiënttevredenheid	12%	24%	11%	11%	5%

	MSZ N=202	REV N=21	HA N=61	VVT N=72	GHZ N=122
Arbeidsmarkt professionals Bijvoorbeeld beperkte capaciteit hbo'ers die in opleiding willen tot PA of VS, beperkte tijd voor begeleiding studenten of voor herscholing van elders opgeleide PA's en/of VS'en	8%	10%	15%	12%	24%
Beleid van overheden, koepels of organisaties Bijvoorbeeld ontbrekende afspraken/onzekerheid over taakafbakening, bevoegdheden of over toekomstig beleid van overheden (VWS, NZa) en koepels / wetenschappelijke verenigingen	4%	0%	10%	6%	6%
Bekostiging Bijvoorbeeld ontbrekende afspraken/onzekerheid over toekomstige vergoedingen en/of de verdeling van salariskosten tussen MSB('s)/ziekenhuis, dagpraktijk / huisartsenpost of over toekomstige DBC-vergoedingen PA's en VS'en door zorgverzekeraars	43%	19%	48%	16%	15%
Verandering zorgvraag Bijvoorbeeld hogere complexiteit, eisen en verwachtingen aan de zorg	5%	0%	5%	5%	4%
Opleidingen Bijvoorbeeld onvoldoende opleidingsplaatsen, onzekerheid over toekomstige subsidieregelingen voor opleiden, ontbrekende afspraken / onzekerheid over verdeling kosten en subsidie opleidingen	14%	29%	23%	17%	11%
Praktisch Bijvoorbeeld beperkte interne ondersteuning (HRM, opleidingscoördinator), ervaren belasting werkgeverschap, onvoldoende behandelruimtes of andere voorzieningen, niet kunnen waarnemen	12%	10%	30%	10%	11%
Niet van toepassing / weet ik niet	19%	33%	20%	32%	18%

Tabel 9. Werving PA's en VS'en per zorgsetting

De deelrapportages bevatten per zorgsetting nog een verbijzondering naar allerlei sub-factoren, uitgesplitst naar PA's, VS'en, heden en verleden.

5. Verwachtingen

Aan het eind van de vragenlijst is aan de respondenten gevraagd wat hun verwachtingen zijn met betrekking tot de toekomst voor PA's en VS'en. Allereerst is gevraagd of zij verwachten dat de komende vijf jaar PA's / VS'en werkzaam zullen zijn in hun zorgsetting. Hier waren meer antwoorden mogelijk waardoor de percentages kunnen optellen tot meer dan 100%. In de Medisch specialistische zorg en revalidatiezorg verwacht men dat de komende vijf jaren zowel PA's als VS'en werkzaam zijn. In de huisartsenzorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg verwacht men met name VS'en en in mindere mate PA's.

	MSZ N=210	REV N=23	HA N=61	VVT N=83	GHZ N=126
Ja, één of meer PA's	70%	83%	48%	37%	29%
Ja, één of meer VS'en	70%	61%	62%	84%	70%
Nee	5%	0%	5%	6%	11%
Weet ik niet	3%	4%	0%	0%	13%

Tabel 10. Verwachting dat komende vijf jaar PA's / VS'en werkzaam zijn in de zorgsetting.

De deelrapportages bevatten nog een uitsplitsing van de gegevens uit tabel 10 naar vijf regio's (midden, noord, oost, west en zuid Nederland). Hieruit komen soms kleine verschillen tussen regio's naar voren, maar vanwege de vaak beperkte aantallen respondenten per antwoordcategorie kunnen hier geen duidelijke conclusies aan worden verbonden.

Vervolgens konden de respondenten aangeven in welke mate ze een toe- of afname verwachten (van > 50% afname tot > 50% toename). De deelrapportages bevatten tabellen met percentages uitgesplitst naar PA's en VS'en. Voor de toekomst wordt in alle sectoren een toename verwacht van PA's en VS'en met kleine verschillen tussen zorgsettingen; maar er zijn ook respondenten die hebben aangegeven, dat voor hun zorgsetting in de toekomst het aantal PA's en/of VS'en gelijk blijft of zelfs minder wordt.

- MSZ: Hier wordt een toename verwacht en voorziet men meer PA's in alle zorgsettingen; in de UMC's wordt relatief ook veel verwacht dat het aantal PA's stabiel blijft. De ambulancezorg springt eruit met een forsere toename van PA's (echter het aantal records is relatief beperkt). Als het gaat om VS'en verwacht men merendeels een toename; de zorgsettingen zijn redelijk vergelijkbaar.
- REV: Hier wordt overwegend een toename verwacht van zowel PA's als VS'en.
- HA: Bij de praktijken wordt ook een toename verwacht van zowel PA's als VS'en, maar relatief wat beperkter. De huisartsenposten daarentegen voorzien wel veel toename.
- VVT: Ook hier wordt overwegend toename verwacht, vooral van VS'en, in beide zorgsettingen.
- GHZ: Respondenten verwachten nauwelijks een afname en vooral een toename van VS'en; een kwart verwacht dat het aantal PA's stabiel blijft.

6. Tot slot

Aan de hand van een uitgebreid onderzoek met interviews en een zo breed mogelijke landelijke verspreiding van digitale vragenlijsten zijn gegevens verzameld om een beeld te krijgen op de hoofdvraag van dit onderzoek:

Wat is de invloed van beleid, besluitvormingsprocessen en arbeidsmarktfactoren op de omvang van de inzet van PA's en VS'en in de zorg.

Uit de resultaten blijkt, dat het management/directie/bestuur een belangrijke rol vervult in het nemen van het besluit om PA's en VS'en aan te nemen of op te leiden. De resultaten maken ook duidelijk dat diverse andere partijen eveneens een belangrijke rol vervullen in het besluitvormingsproces, zoals medisch specialisten, huisartsen, de VS'en en PA's zelf, ondersteunende professionals, SO's, AVG's en praktijkmanagers. HRM-afdelingen en onderwijsinstellingen worden in dit besluitvormingsproces relatief weinig genoemd als partij die hierin een rol hebben.

Als stimulerende factoren worden met name de verbetering van zorg, arbeidsmarktproblematiek en veranderde zorgvraag genoemd. De bekostiging wordt met name genoemd als remmende factor. Daarbij blijkt overigens dat relatief veel respondenten aangeven niet te weten welke factoren remmend werken. Beleid wordt relatief weinig genoemd, noch als stimulerende, noch als remmende factor. Naar de toekomst toe verwacht een groot deel van de respondenten dat het aantal PA's en VS'en (sterk) zal toenemen.

De resultaten van de digitale vragenlijst kunnen voor een deel gekleurd zijn door het grote aantal respondenten dat is geworven via de netwerken van hogescholen en verenigingen NAPA en V&VN VS (zij vormen ongeveer een derde van de respondenten die de eerste vragenlijst hebben ingevuld). Dit zijn dus vaak respondenten die al bekend zijn met de beroepsgroep. Uit de telefonische interviews kwam namelijk het beeld naar voren, dat als men ervaring heeft opgedaan met PA's of VS'en, men veelal (zeer) positief is over de rol die zij kunnen vervullen. Tegelijkertijd is twee derde van de respondenten via andere branches benaderd, dus eventuele andere 'geluiden' zijn ook vertegenwoordigd.

Daarnaast blijken de bevindingen van de digitale uitvraag in lijn met de bevindingen uit de interviews. De digitale uitvraag heeft geen nieuwe aspecten naar voren gebracht, maar wel verdiepende inzichten opgeleverd. Bijvoorbeeld in de mate waarin verschillende partijen betrokken zijn bij de besluitvorming en de mate waarin factoren een stimulerende of remmende werking hebben. Tevens hebben de leden van de werkgroep PA/VS van het Capaciteitsorgaan (met vertegenwoordigers van de beroepsgroep, opleidingsinstututen en zorgverzekeraars) aangegeven zich te herkennen in de resultaten van dit onderzoek. Hiermee concluderen we dat de resultaten van dit onderzoek een consistent beeld geven van de factoren die een rol spelen bij de besluitvorming over het aannemen en/of opleiden van PA's/VS'en

Bijlage 1. Bevindingen interviews

Om zicht te krijgen op de relevante factoren die van invloed zijn op het besluitvormingsproces voor het aannemen en/of opleiden van PA/VS'en zijn 31 telefonische interviews gehouden met managers, artsen en beleidsmedewerkers verspreid over Nederland. Uitgesplitst naar de verschillende typen zorgsettings betreft het de volgende aantallen: 3 UMC's, 3 Algemene ziekenhuizen, 3 Categoriele ziekenhuizen, 1 Spoedeisende Hulp, 2 Ambulancezorg, 2 Huisartsen-solopraktijken, 3 Huisartsen-groepspraktijken, 2 Huisartsenposten, 3 Thuiszorgorganisaties, 3 Verpleeghuizen, 3 Revalidatiecentra en 3 Instellingen voor gehandicaptenzorg.

Besluitvorming

- Besluitvorming in MSZ/acute zorg veelal decentraal en duaal
 - uitzondering is MSZ categoriaal en ambulancezorg
- Besluitvorming in overige grote organisaties (VVT, GHZ): veelal centraal door raad van bestuur/degene die eindverantwoordelijk is
- Besluitvorming bij huisartsen(groep):
 - de individuele huisarts beslist (in overleg met de groep).
 - HAP: directie/management

Besluitvorming – Redenen om PA/VS wel aan te nemen:

- Continuïteit en kwaliteit van zorg:
 - VS kan iets toevoegen; is de link tussen medische en verpleegkundige; kijkt breder en heeft meer tijd.
 - VS kan goede rol hebben in ouderenzorg
 - past bij de veranderende vraag/keten (ambulancezorg, SEH: andere positie in de spoedzorg)
- Taakherschikking (taken overnemen)
- Tekorten in de zorg:
 - huisartsen (zeker in de periferie), specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, overig medisch specialisten en SEH verpleegkundigen. Speelt niet bij revalidatie
 - boeien en binden 'eigen' verpleegkundigen
- Financieel gunstig
- Overig:
 - eerdere goede ervaringen
 - korter worden programma AIOS, tijd dan goed besteden en geen zaalartswork doen
 - stelt minder eisen qua opleiding dan bijvoorbeeld AIOS

Besluitvorming – Redenen om PA/VS niet aan te nemen:

- onbekendheid en terughoudendheid bij artsen
 - met name bij SO en AVG
 - speelt minder in ziekenhuis
- beperkt aantal opleidingsplekken, fysieke ruimtes, beperkte tijd om op te leiden (opleiden kost veel tijd gezien basisniveau)
 - met name bij huisartsen

- tekort aan opleidingsplekken PA/VS op hogescholen
- overige redenen:
 - salariseisen/professionalisering beroepsgroep maakt businesscase minder voordelig
 - meerwaarde voor betreffende specialisme onvoldoende duidelijk (SEH)

Invloed landelijk beleid

- betrokkenen hebben goed zicht op wat landelijk speelt, zeker in ziekenhuizen; in GHZ minder
- landelijk beleid is niet cruciaal voor aannemen of opleiden van PAVS, met uitzondering van bekostiging
- intern beleid is cruciaal: men moet het kennen en willen; het moet vanuit de top worden gedragen

Inzoomend op landelijke factoren

- dat er beroepsprofielen zijn en dat ze BIG-geregistreerd zijn maakt het helder in het werk, maar het is niet fundamenteel van invloed op de besluitvorming
- daarnaast geeft de zelfstandige bevoegdheid wel vertrouwen zodat artsen aspecten los kunnen laten
- stelselwijzigingen leiden tot heroriëntatie op de keten: wat dit betekent voor PA/VS verschillend
- titel Msc heeft geen (positief) effect
- bekostiging: DBC is handig, niet cruciaal
- bekostiging: opleidingssubsidie is heel essentieel

Arbeidsmarktfactoren

- tekort aan huisartsen (zeker in de periferie), specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, overig medisch specialisten en SEH-verpleegkundigen; speelt niet bij revalidatie
 - bij huisartsen: geen praktijkhouders te vinden
 - bij GHZ/VVT: PA/VS inzetbaar voor cliënten die een indicatie zonder behandeling hebben
- boeien en binden

Toekomst

- tekorten worden groter
- zorgvraag neemt toe
- mensen blijven langer (en kwetsbaarder) thuis
- dit leidt tot herijking van ketens: er is meer behoefte aan maatwerk in de thuissituatie (vanuit alle sectoren)
- effect van stelselwijzigingen zal blijken

Bijlage 2. Nadere specificering management/directie/bestuur in rollen besluitvorming

Als respondenten bij de rollen in besluitvorming aangaven 'Management/directie/bestuur' werd hen gevraagd dit nader te specificeren. Hieronder hiervan een overzicht. De categorie Anders laten we buiten beschouwing.

Partij:	Rol:	Initiatief nemen	Definitief besluiten	Invloed hebben	Ondersteunen zonder invloed
Medisch specialistische zorg		N=147	N=179	N=80	N=26
Zorg-/medisch manager		37%	25%	49%	42%
Bedrijfskundig manager		12%	13%	33%	12%
Verpleegkundig manager		3%			
Afdelingsmanager		12%	10%	24%	35%
Management/directie RVE of cluster		26%	30%	24%	12%
Raad van bestuur		4%	17%	16%	19%
Revalidatiezorg		N=18	N=19	N=19	N=2
Zorg-/medisch manager		50%	21%	56%	100%
Bedrijfskundig manager		6%		33%	
Verpleegkundig manager		0%		11%	
Afdelingsmanager		22%		44%	
Management/directie RVE of cluster		22%	42%	56%	
Raad van bestuur		0%	32%	11%	
Huisartsenzorg	Niet van toepassing				
Verpleeghuiszorg		N=43	N=50	N=16	N=4
Zorg-/medisch manager		47%	18%	38%	25%
Hoofd medische (behandel)dienst		54%	40%	44%	25%
Verpleegkundig manager		0%	0%	0%	0%
Bedrijfskundig manager		7%	2%	13%	0%
Afdelingsmanager		5%	2%	0%	0%
Raad van bestuur		19%	28%	19%	50%
Thuiszorg, ELV, GRZ		N=20	N=25	N=8	N=2
Zorg-/medisch manager		45%	40%	25%	50%
Hoofd medische (behandel)dienst		10%	16%	13%	50%
Verpleegkundig manager		20%	4%	38%	50%
Bedrijfskundig manager		10%	4%	0%	0%

Partij:	Rol:	Initiatief nemen	Definitief besluiten	Invloed hebben	Ondersteunen zonder invloed
Afdelingsmanager		15%	12%	38%	0%
Raad van bestuur		15%	16%	0%	0%
Gehandicaptenzorg		N=74	N=118	N=33	N=15
Zorg-/medisch manager		52%	29%	46%	44%
Hoofd behandeling/zorg		41%	20%	42%	11%
Bedrijfskundig manager		6%	5%	4%	22%
Afdelingsmanager		19%	9%	8%	33%
Multidisciplinair team		4%	3%	4%	11%
Raad van bestuur		11%	30%	19%	44%

Tabel 11. Nadere specificatie van management/directie/bestuur bij besluitvormingsrollen