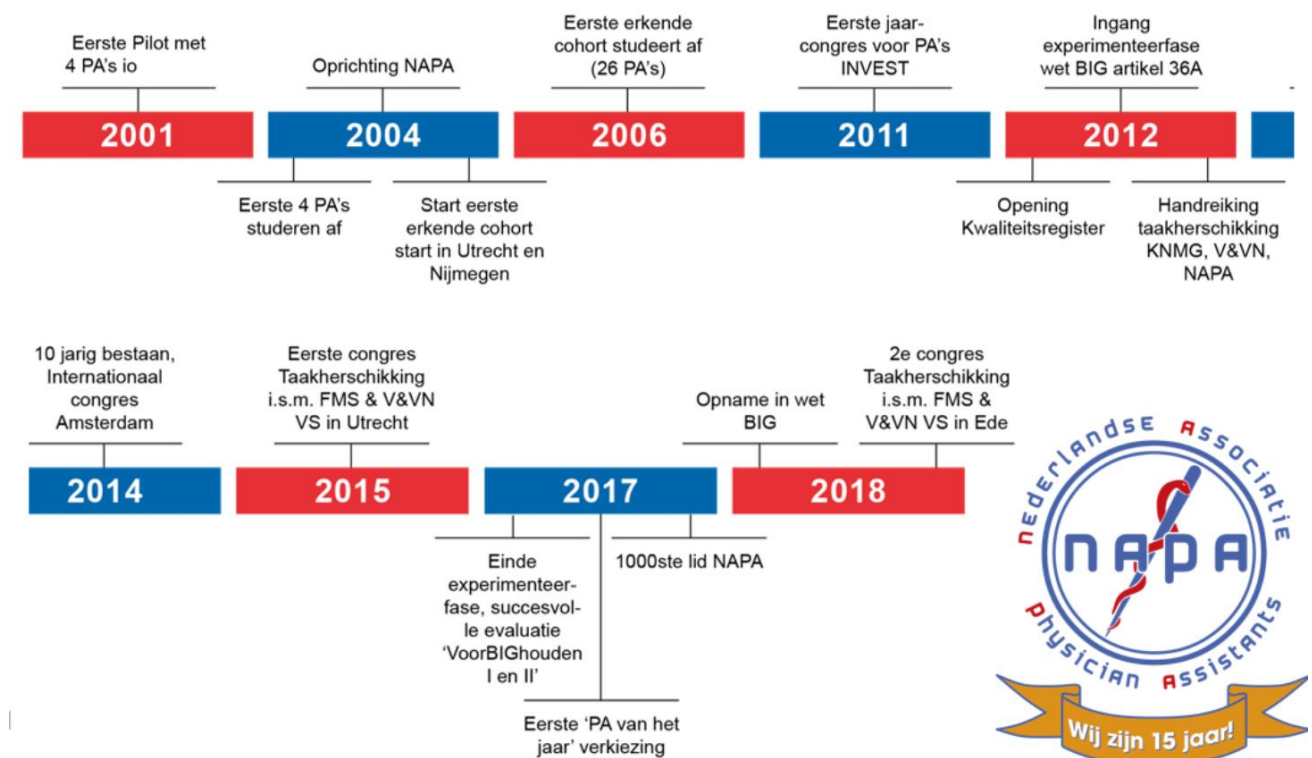




## Ontstaansgeschiedenis PA in Nederland<sup>1</sup>

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. 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.

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, 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.



<sup>1</sup> Bron: <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-9a-Physician-Assistant.pdf>



### Redenen taakherschikking

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. 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.

### Onderzoek

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. 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. 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. 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.

### Stimulering

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 patiënttevredenheid 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. Ook in Nederland hebben landelijke overheden en financiers van zorg diverse maatregelen ingevoerd om de (verdere) implementatie van deze beroepen te stimuleren.