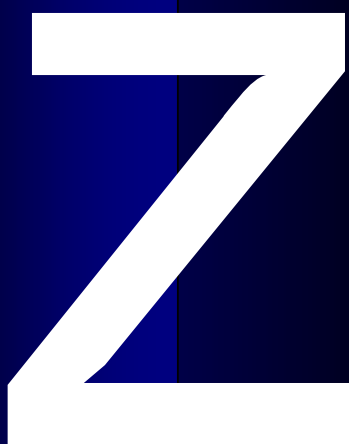


Katleen H. Brummelhuis



ware bezetting gerechtvaardigd?!

*Een case study naar de inzet van
praktijkondersteuners op hbo-niveau (POH-ers) en
nurse practitioners (NPs) op de taakhoud van
huisartsen, de coördinatie van het zorgproces en de
omvang en kosten van de huisartsenpraktijk*

Universiteit Twente
Enschede, januari 2008



Zware bezetting gerechtvaardigd?!

Een case study naar de invloed van praktijkondersteuners op hbo-niveau (POH-ers) en nurse practitioners (NP's) op de taakhoud van huisartsen, de coördinatie van het zorgproces en de omvang en kosten van de huisartsenpraktijk

Auteur:

K. H. Brummelhuis (0078468)

Universiteit Twente, Enschede

Faculteit Management en Bestuur

Opleiding Gezondheidswetenschappen, Master of Health Sciences

De studie is begeleid door een commissie waarin zitting hadden:

- Prof.dr.ir. J.J. Krabbendam, Universiteit Twente, Capaciteitsgroep Operations Organisations & Human Resources
- Prof.dr. F.G. Bijker, Universiteit Twente, Capaciteitsgroep Operations Organisations & Human Resources
- Ir. B.H. Hoeksma, Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs BV
- Ir. L.E. Drouven, Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs BV

De volgende organisaties verleenden medewerking aan het onderzoek door te fungeren als case:

- Een gezondheidscentrum in Utrecht (Case 1)
- Een huisartsenpraktijk in Delft (Case 2)
- Een gezondheidscentrum in Vriezenveen (Case 3)
- Een gezondheidscentrum in Hooglanderveen (Case 4)

Daarnaast namen enkele huisartsenpraktijken deel aan het onderzoek door te fungeren als vergelijkingscase.

Medewerking van leden van de begeleidingscommissie en medewerkers van de onderzochte organisaties aan de totstandkoming van dit rapport, houdt niet automatisch in dat zij het met de inhoud eens zijn. De auteur is geheel verantwoordelijk voor de inhoud.

Voorwoord

De eerstelijnszorg is aan veranderingen onderhevig. Het einde van veranderen en innoveren in de eerste lijn lijkt nog lang niet in zicht te zijn. We zien dat veranderen en innoveren in huisartsenpraktijken vaak gepaard gaat met veranderingen in de structuur van de praktijk, waarbij nieuwe disciplines in de huisartsenzorg worden geïntroduceerd. Deze veranderingen hebben mijn interesse gewekt en u uiteindelijk geleid tot het uitvoeren van een afstudeeronderzoek en daarmee het afsluiten van de master Health Sciences aan de Universiteit Twente.

Aan het einde van het schrijven van dit verslag en terugkijkend op het proces van afstuderen is er nog één ding wat ik wil doen: Het bedanken van allen die een bijdrage leverden in dit proces.

Mijn bijzondere dank gaat uit naar de huisartsenpraktijken die bereid waren als case te fungeren voor dit onderzoek. Dankzij hen kon ik beschikken over de noodzakelijke relevante informatie voor dit onderzoek. Zij hebben een aanzienlijke hoeveelheid tijd in dit onderzoek geïnvesteerd en de geïnterviewde personen wisten mij met alle gesprekken te boeien. Daarnaast is een woord van dank op zijn plaats voor de huisartsenpraktijken die mij een aantal praktijkgegevens hebben verstrekt, zodat het mogelijk werd een vergelijking te maken met de interventiecases ten aanzien van de praktijkomvang en het aantal contacten met de praktijk.

Ik wil ook bedanken prof. dr. Krabbendam en prof. dr. Bijker van de Universiteit Twente, en ir. B. Hoeksma en ir. L.E. Drouven van bureau HHM voor hun directe betrokkenheid bij mijn onderzoek. De opbouwende kritiek, hun waardevolle aanwijzingen, maar bovenal de inspirerende gesprekken hebben ertoe geleid dat ik geprikkeld werd dit onderzoek op een zo goed mogelijke manier uit te voeren en dit zo nauwkeurig mogelijk te rapporteren. Tot slot, een dankwoordje voor mijn familie, vrienden en de collega's bij bureau HHM: Dank voor jullie interesse en op zijn tijd de afleiding tijdens mijn afstudeerperiode!

Rest mij u veel leesplezier toe te wensen.

Katleen Brummelhuis

Enschede, januari 2008

Samenvatting

Achtergrond en vraagstelling

Er is een trend zichtbaar dat steeds meer huisartsen naast de praktijkassistent ondersteund worden door nieuwe beroepen in de eerstelijnszorg. Dit onderzoek heeft zich gericht op het in beeld brengen van de effecten van de inzet van praktijkondersteuners op hbo-niveau (POH-ers) en nurse practitioners (NP's) in huisartsenpraktijken. Er is onderzocht welke effecten zijn opgetreden in het takenpakket van de huisarts en de productie van de huisartsenpraktijk. Het onderzoek geeft daarnaast inzicht in de wijze waarop er in de veranderde samenstelling van huisartsenpraktijken wordt gecoördineerd en wat de kosten zijn voor de huisartsenpraktijk. Onderstaande vraagstelling stond centraal in het onderzoek:

Op welke wijze veranderen het takenpakket van de huisarts, het aantal ingeschreven patiënten en het aantal contacten per huisarts door taakverschuivingen als gevolg van de komst van de praktijkondersteuner op hbo-niveau en de nurse practitioner in de huisartsenpraktijk en wat voor effect heeft de komst van deze ondersteunende beroepen op de coördinatie en kosten in de huisartsenpraktijk?

Onderzoeksmethode

Het onderzoek betrof een case study. Er is een conceptueel model met vooronderstellingen opgesteld vanuit de literatuur en enkele theoretische inzichten. Vier huisartsenpraktijken met nieuwe beroepsgroepen als ondersteuners zijn inhoudelijk met behulp van interviews, jaarverslagen en archiefdata beschreven in termen van achtergrond van praktijkondersteuning, taakinhoud en effecten. Daarnaast zijn er vijf traditionele huisartsenpraktijken (zonder nieuwe ondersteuners) als controlecases in het onderzoek betrokken om een vergelijking mogelijk te maken ten aanzien van het aantal ingeschreven patiënten en het aantal contacten met de praktijk en met de huisarts.

Conclusies

Op basis van het onderzoek kan het volgende worden geconcludeerd:

- Het takenpakket van de huisarts verandert in beperkte omvang door de inzet van POH-ers en NP's. Er komt bij de huisarts minder arbeidscapaciteit voor zorg vrij dan op basis van de theoretische inzichten werd verwacht. Een deel van de capaciteit die vrijkomt wordt door huisartsen besteed aan coördinatie (zowel medisch inhoudelijk als organisatorisch). De inzet van POH-ers en NP's vereisen voor de huisarts gemiddeld 1,5 uur extra coördinatie per week. De capaciteit voor zorg die vrijkomt wordt ingevuld met nieuwe consulten, meer tijd en aandacht voor complexe zorg en meer uitvragen in consulten. Daarnaast zijn er huisartsen die zich bezig zijn gaan houden met andere huisartsgeneeskundige zorg en specialisaties/verdieping; er lijkt een verbreding van het zorgaanbod op te treden. Tot slot, zijn er huisartsen die vrijgekomen tijd gebruiken om nieuwe dingen in de praktijk op te zetten.
- Het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts en het aantal contacten met de praktijk per fte huisarts stijgt niet uit boven de aantallen die worden behaald in traditionele huisartsenpraktijken.

- Geconstateerd werd dat het inzetten van POH-ers en NP's per ingeschreven patiënt meer kost, doordat de totale productie van dergelijke praktijken niet evenredig stijgt met de hogere totale kosten aan personeel.
- De relatief hogere kosten per ingeschreven patiënt van huisartsenpraktijken met ondersteunende disciplines als NP's en POH-ers lijkt op dit moment de prijs te zijn die moet worden betaald voor een verbetering van de kwaliteit van zorg en een verruiming van het zorgaanbod. De huisartsenpraktijken zelf oordelen positief op de inzet van POH-ers en NP's.

Aanbevelingen

Op grond van het verrichte onderzoek kunnen drie aanbevelingen worden gedaan voor de overheid en de zorgverzekeraars en een algemene aanbeveling. Zij hebben geen betrekking op de huisartsenpraktijken zelf.

- Uit het onderzoek blijkt dat nieuwe professionals als de POH en NP niet voor een verhoging van de productie van de huisartsenpraktijk kunnen zorgen. Het is daarom geen middel voor het oplossen van huisartsentekorten. In geval van huisartsentekorten is het wenselijk meer huisartsen op te leiden.
- Er worden op dit moment onvoldoende prestatie-indicatoren toegepast voor kwaliteitsverbeteringen en substitutie-effecten door inzet van NP's en POH-ers. Indien goede prestatie indicatoren worden ontwikkeld kunnen goed presterende huisartsenpraktijken extra worden beloond en worden praktijken gestimuleerd tot kwaliteitsverbetering, substitutie vanuit de tweede lijn en de inzet van nieuwe professionals.
- Zorg dragen voor prikkels om een hogere productie te realiseren in een huisartsenpraktijk bij de inzet van POH-ers en NP's. Mogelijkheden hiervoor zijn het verminderen van de vergoeding en subsidie voor de inzet van de POH en NP of strengere regels ten aanzien van de inzet van deze disciplines. Daarnaast kan de honorering van nieuwe professionals worden gewijzigd, waarbij zij deels vast en deels naar rato van het aantal verichtingen worden betaald.
- Uit het onderzoek is gebleken dat sommige huisartsen zich bezig houden met organisatorische coördinatie. Het is wenselijk te stimuleren dat de arbeidstijd die huisartsen hebben ook zoveel mogelijk worden aangewend voor zorginhoudelijke taken. Een middel om dit te stimuleren is om huisartsen voor te lichten met voorbeelden van 'good practices' waarbij managementtaken bij specifiek daartoe opgeleide professionals liggen.

Abstract

Background and presentation of the question

Recently more and more general practitioners (GPs) are being supported by not only a practice assistant but also by new professions in the first line of healthcare. This study has been focused on the mapping of how practice nurses (PNs) and nurse practitioners (NPs) contribute within a GPs office. In terms of effects, it has been examined which changes appeared in the activities of the GP and the productivity of the GPs office. Further, the research gives insight in the way the changed composition of GPs offices is managed and what the level of costs of PNs and NPs are. The central research questions in this study are mentioned below:

In which way are the activities of GPs, the number of registered patients and the number of contacts changed due to the introduction of PNs and NPs in the GPs office? And what effect has the introduction of these supporting professions on the coordination and costs of the GP office?

Research methodology

The research concerned a case study. A conceptual model with propositions was established from literature and some theoretical insights. Four GPs offices have been described accurately in terms of background, office support, activities and effects, using interviews, annual reports and data records. In addition, five control cases have been involved in this study to make a comparison possible regarding the number of registered patients and the number of contacts with the office and the GP.

Conclusions

On the basis of this enquiry, the following can be concluded:

- The activities of a GP have been changed to a limited extent as a result of the introduction of PNs and NPs. Less labour capacity for care was delivered than expected on the basis of the theoretical insights. GPs spend a portion of delivered labour capacity on coordination (both medical and organizational). The introduction of PNs and NPs requires 1.5 hours extra coordination time a week. Released capacity for care is filled with new consultations, more time and attention for complicated care and room for more in depth questions during consultations. Next to this have some GPs engaged in other GP care and specialisations/deepening: it seems there appears an enlargement of care supply. Finally, some GPs use released time for setting up new things in their office.
- The number of registered patients with a full time GP and the number of contacts with the office by a full time GP do not exceed the numbers in traditional GP offices.
- It was observed that the labour costs per registered patient are higher due to the introduction of PNs and NPs, because the productivity of these offices do not increase proportionally with the more expensive crew.
- The relatively high costs per subscribed patient of a GP office with supporting disciplines, like PNs and NPs, seems to be the price we currently have to pay in order to improve the quality of care and to make it possible for our care to enlarge. The GP offices are content with the support given by PNs and NPs.

Recommendations

On the basis of the accomplished inquiry four recommendations can be made. Three recommendations are formulated for the government in connection with health care insurers, one is a general recommendation. They are not related to the GP offices themselves:

- From this study it becomes clear that new professionals as the PN and NP cannot ensure an enlarged productive capacity for the GP office. Therefore, it is not a remedy against GP shortages. In case of GP shortages it is desirable to educate more GPs.
- At this moment insufficient performance indicators are used for quality improvements and substitution effects by introducing PNs and NPs. When accurate performance indicators are developed, well performing offices can be rewarded extra and offices are stimulated to develop quality improvement, substitution of hospital care and the introduction of new professionals.
- Taking care of incentives for higher productivity in offices with PNs and NPs. Opportunities are decreasing the compensation and allowance for the introduction of PNs and NPs or more stringent rules for the introduction of these disciplines. Next to this, the rewarding of new professionals can be changed. A portion of the remuneration can be invariable and a portion can be paid on basis of the amount of contacts.
- From this study it became clear that some GPs spend time on organisational coordination. It is desirable to stimulate GPs that their labour capacity is spent as much as possible on care tasks. An opportunity to stimulate this is to inform GPs with examples of good practices, where management tasks are accomplished by specifically trained professionals.

Inhoud

<i>Voorwoord</i>	5
<i>Samenvatting</i>	7
<i>Abstract</i>	9
 <i>Hoofdstuk 1</i>	 13
INLEIDING	13
<i>Aanleiding en doelstelling</i>	15
<i>Relevantie</i>	15
<i>Leeswijzer</i>	16
<i>Hoofdstuk 2</i>	17
HET CONCEPTUEEL MODEL	17
2.1 <i>Inleiding</i>	17
2.2 <i>De huisartsenpraktijk en haar context</i>	17
2.3 <i>Het primaire proces van de huisartsenzorg</i>	18
2.4 <i>Het conceptueel model en de vooronderstellingen</i>	20
2.5 <i>Centrale vraagstelling en onderzoeksvragen</i>	27
2.6 <i>Samenvatting</i>	28
<i>Hoofdstuk 3</i>	31
HET THEORETISCH KADER	31
3.1 <i>Inleiding</i>	31
3.2 <i>Arbeidsverdeling in organisaties</i>	31
3.3 <i>Coördinatie en coördinatiemechanismen</i>	33
3.4 <i>Overzicht van coördinatiemechanismen</i>	39
3.5 <i>Samenvatting</i>	40
<i>Hoofdstuk 4</i>	41
ONDERZOEKSOPZET	41
4.1 <i>Inleiding</i>	41
4.2 <i>Aard van het onderzoek</i>	41
4.3 <i>Selectie van de cases</i>	42
4.4 <i>Dataverzameling en analyse</i>	43
4.5 <i>Kwaliteit van het onderzoeksdesign</i>	43
4.6 <i>Samenvatting</i>	44
<i>Hoofdstuk 5</i>	45
BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOChte CASES	45

5.1 Case 1: Gezondheidscentrum te Utrecht	45
5.2 Case 2: Huisartsenpraktijk te Delft	46
5.3 Case 3: Gezondheidscentrum te Vriezenveen	47
5.4 Case 4: Gezondheidscentrum te Hooglandervoort	48
5.5 Analyse van de onderzochte cases	50
5.6 Vergelijkingscases in het onderzoek	50
5.7 Samenvatting	51
Hoofdstuk 6	53
CROSS-CASE ANALYSE	53
6.1 Redenen van komst POH-ers en NP's en taakinhoud disciplines	53
6.3 Effecten voor de huisarts en de productie praktijk	54
6.4 Coördinatie	54
6.5 Cijfformatig	57
6.6 De kosten	62
6.7 Concluderend	66
6.8 Samenvatting	70
Hoofdstuk 7	71
EMPIRISCHE RESULTATEN VERSUS DE THEORIE	71
7.1 Het conceptuele framework met de vooronderstellingen en de praktijk	71
7.2 De vooronderstellingen	73
7.3 Theorie versus praktijk	76
7.4 Samenvatting	79
Hoofdstuk 8	81
CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	81
Aanbevelingen	83
Discussie	85
Literatuur	87
Lijst van afkortingen	93
Bijlage 1: Literatuurverkenning naar taakverschuivingen in de huisartsenpraktijk	97
Bijlage 2: Beschrijving van disciplines in de huisartsenpraktijk	105
Bijlage 3: Algemeen overzicht met factoren, constructen en variabelen	115
Bijlage 4: Factoren, constructen en variabelen in het conceptuele framework	117
Bijlage 5: Voorbeeld interviewlijst	121
Bijlage 6: Individuele casebeschrijvingen	125
Bijlage 7: Vergelijking cases	163
Bijlage 8: Cijfers cases	165

Hoofdstuk 1

INLEIDING

In ontwikkelde landen over de hele wereld is sprake van een toenemende druk binnen de eerstelijnsgezondheidszorg door verschillende factoren zoals hoogoplopende kosten en een tekort aan huisartsen¹ (Wilson et al., 2002). Dit vereist een overdenking van rollen, verantwoordelijkheden en 'skill mix' in de eerstelijnszorg. Taakuitvoering van artsen kan worden vervangen door verpleegkundigen, maar ook nieuwe rollen worden ontwikkeld om hiaten in de zorg op te vangen op specifieke gebieden, zoals bij chronisch zieken en gezondheidsscreening (Wilson et al., 2002).

De inrichting van eerstelijnsgezondheidszorg in Europa is zeer divers en dat maakt het lastig een oordeel te vormen over sturing en coördinatie, zo blijkt uit onderstaand citaat van de World Health Organization (WHO) (Saltman et al., 2006): "*The character and conditions of primary care in Europe are so diverse that a general judgement about the suitability of primary care for coordination and navigation is hard to make.*" (Saltman et al., 2006: 4)

Maar niet alleen tussen landen blijken grote verschillen te bestaan in de inrichting en uitvoering van eerstelijnszorg. Ook binnen Nederland bestaan grote onderlinge verschillen. De huisarts kan op verschillende manieren ondersteund worden in zijn/haar werkzaamheden. De bekendste ondersteuner in de huisartsenpraktijk is de praktijkassistent. De dokter- ofwel praktijkassistent is inmiddels een 'begrip' geworden in de huisartsenpraktijk. Sinds de opkomst in de jaren '60 van de 20e eeuw heeft zij haar toegevoegde waarde bewezen in de huisartsenzorg (Van den Berg et al., 2004). Echter, door de toegenomen druk in de huisartsenzorg en een toenemende verschuiving van taken, komen er nieuwe disciplines in de praktijk. Re alief nieuwe ondersteuners zijn praktijkondersteuners op hbo-niveau (POH-ers)/ praktijkverpleegkundigen², nurse practitioners (NP's)³ en physician assistants (PA's)⁴ (Van den Berg et al., 2004; De Bakker et al., 2005). Daarnaast wordt gesproken over taakherschikking naar sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV's) (Van Essen et al., 2006). Er bestaan in Nederland verschillende combinaties van ondersteuning (Van Essen et al., 2006).

De huisarts als belangrijkste spil in de eerstelijnszorg en als poortwachter voor de tweedelijnszorg kan bovendien in verschillende praktijkvormen werkzaam zijn. Zo wordt het onderscheid solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk en gezondheidscentrum genoemd (Cardol et al., 2004).

¹ Huisartsen worden General Practitioners (GP's) genoemd in de VS en het Verenigd Koninkrijk.

² "De POH ondersteunt huisartsen bij het leveren van reguliere huisartsenzorg, in het bijzonder aan chronische patiënten (Van Essen et al., 2006: 75)."

³ "Hoewel NP's op verschillende manieren worden ingezet, richt deze professional zich in het algemeen op specifieke groepen patiënten of bepaalde kachten, waardoor de huisarts meer tijd krijgt voor complexe zorg. Belangrijk verschil met de POH is dat de NP medische diagnostiek en behandeling doet, terwijl de POH zorg verleent nadat de huisarts de diagnose en behandeling heeft vastgesteld (Van Essen et al., 2006: 76)."

⁴ "Ook de PA neemt patiënten van de huisarts over. Verschil met de NP is dat er bij de PA geen focus is op bepaalde klachten of patiëntencategorieën, maar dat hij of zij toegankelijk is voor alle klachten, met uitzondering van traumatische incidenten (Van Essen et al., 2006: 76)."

De verwachting voor de eerstelijns is dat er in toenemende mate samenwerkingsverbanden ontstaan. Huisartsen werken daarin samen met ondersteunend personeel, maar ook andere eerstelijnsdisciplines kunnen aan een dergelijk centrum verbonden zijn (De Bakker et al., 2005). Een gezondheidscentrum is een voorbeeld van een samenwerkingsvorm in de eerste lijn. Aldus De Bakker et al. (2005) kenmerken gezondheidscentra zich door: "het streven de patiënt zo lang mogelijk in de eerste lijn te houden, door een geïntegreerde aanpak bij chronische aandoeningen (multidisciplinaire werkspraken) en door het aanbieden van preventieve activiteiten (De Bakker et al., 2005: 176)". Een gezondheidscentrum wordt door het NIVEL als volgt gedefinieerd: *"een multidisciplinair samenwerkingsverband tussen huisartsen en andere zorgverleners binnen één organisatie vanuit een gemeenschappelijke doelstelling en (moest) in een gemeenschappelijk gebouw (Konons et al., 2006)".*

Grotere samenwerkingsverbanden – er dan met name in de huidige gezondheidscentra – hebben aldus het NIVEL voordelen wanneer gekeken wordt naar kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Dit werd gebaseerd op de bevindingen dat gezondheidscentra meer (extra) preventieve taken uitvoeren en meer periodieke controles en dat er meer taken worden gecoördineerd. Daarnaast worden minder patiënten naar de tweede lijn verwezen omdat meer problemen binnen de eerste lijn worden opgelost (De Bakker et al., 2005).

Het is voorafgaand aan het verdere onderzoek van belang een overzicht te geven van de verschillende benamingen die we tegenkomen wanneer taken tussen zorgverleners verschuiven.

Termen als taakdelegatie, substitutie, taakverschuiving en taakherschikking moeten van elkaar worden onderscheiden. Taakdelegatie houdt in dat "artsen taken door andere beroepskrachten laten doen, maar wel zelf eigenaar van de taken blijven (Van Essen et al., 2006: 9)". Substitutie werd in 2002 door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg als volgt omschreven: "Bij substitutie gaat het om het verschuiven van werkzaamheden tussen beroepsgroepen (RVZ, 2002: 14)." Daarnaast wordt ook gesproken over taakverschuiving. Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging zegt hierover dat het "doelt op een informeel proces" (LEV, 2004: 27). Hiermee bedoelt zij dat er voortdurend verschuivingen plaatsvinden in de verdeling van taken. Historie en traditie verklaren de onderlinge verdeling van taken tussen beroepsgroepen, maar door allerlei ontwikkelingen kunnen hier veranderingen in plaatsvinden (LEV, 2004). De RVZ kwam met een aanbeveling taken structureel anders te verdelen tussen beroepen en dit leidde tot de term 'taakherschikking' (LEV, 2004). De RVZ definieerde taakherschikking als "het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen (RVZ, 2002: 15)." Omdat taakherschikking in het dagelijks taakgebruik vaak als overkoepelende term wordt gehanteerd voor het verschuiven van taken werd door Van Essen et al. (2006) een omschrijving gegeven van taakherschikking in strikte zin: "dat wil zeggen waarin de herverdeling van taken geïnstitutionaliseerd is in wetten, regelgeving en opleidingen (Van Essen et al., 2006: 9)". Saltman & Rico (2006: 152) wijzen op de volgende mogelijkheden om een verandering in samenstelling van taken in de huisartsenzorg te bereiken:

- Versterking ('enhancement'); de rol of vaardigheden van een professionele groep worden uitgebreid
- Substitutie ('substitution'); het ene type professional wordt ingewisseld door een ander
- Delegatie ('delegation'); zorgverlening door een hogergeplaatste worden verplaatst naar een lager geplaatste persoon

- Innovatie³ ('innovation'); het introduceren van een geheel nieuw type werknemer

In het navolgende zal de term 'taakverschuiving' worden gehanteerd, omdat we alle inhoudelijke verschuivingen willen bespreken en niet enkel de structureel herverdeelde. Er zal in dit onderzoek alleen worden bestudeerd welke taakverschuivingen optreden van de huisarts naar de assistent, de NP en de POH.

Aan het begin van deze inleiding werd een citaat geplaatst dat het lastig is een oordeel te vormen over sturing en coördinatie in de eerstelijnszorg. Dit onderzoek heeft als één van de doelstellingen inzichtelijk te maken hoe de taakverdeling in een aantal huisartsenpraktijken met ondersteunende disciplines wordt gecoördineerd. Daartoe zal worden bekeken welke taakverschuivingen in de huisartsenpraktijken hebben plaatsgevonden. Verder zal worden bekeken hoeveel tijd gemoeid is met het coördineren van de werkzaamheden. Ervan uitgaande dat er ondersteunende disciplines worden ingezet om de werkbelasting te verlagen, is het interessant te bekijken of er een veraging van de werkbelasting tot stand komt en welk effect de komst van ondersteunende disciplines heeft op het takenpakket van de huisarts. Tot slot is het van belang te onderzoeken welk effect de ondersteunende disciplines hebben op de praktijkomvang en de kosten van de praktijk.

Aanleiding en doelstelling

In eerste instantie bestond er een algemene belangstelling voor eerstelijnszorg en in het bijzonder voor de taakverschuivingen die daar recentelijk binnen optreden. Er is in Nederland al enig onderzoek gedaan naar de stimulerende en remmende factoren voor taakverschuiving als ook naar de effecten die daardoor optreden. Wat in dit onderzoek veelal buiten beschouwing wordt gelaten of niet concreet wordt omschreven, is de veranderende beroepsuitoefening van de huisarts. Als gevolg van taakverschuiving kan de werkbelasting van huisartsen worden beïnvloed, immers andere disciplines in de huisartsenpraktijk nemen taken over. Uit bestaand onderzoek blijkt op dit moment onvoldoende hoe huisartsen deze lagere werkbelasting invullen. Mogelijke invullingen zijn minder uren per week te gaan werken, meer patiënten aan te nemen in de huisartsenpraktijk, een langere consultuur in te stellen voor patiënten, meer contacturen in plaats van telefonische consulten, specialisatie in aandoeningen/patiëntengroepen wat extra tijd vergt, substitutie van taken van de tweede naar de eerste lijn, coördinatietaken door de komst van ondersteunend personeel of andere nevenactiviteiten.

Hoofddoelstelling van dit onderzoek is te kijken naar de gevolgen van de taakverschuivingen in huisartsenpraktijken voor de beroepsuitoefening van de huisarts en de coördinatie van het zorgproces. Daarnaast zal worden onderzocht of de inzet van praktijkondersteuners en/of nurse practitioners invloed heeft op de omvang en kosten van de huisartsenpraktijk.

Relevantie

³ Het betreft hier de omschrijving van een innovatie in de huisartsenzorg aldus Saliman & Rico. Innovatie kan ook breder worden opgevat, maar daar gaan we hier niet op in.

Maatschappelijk belang

De eerstelijnszorg heeft de afgelopen jaren ingrijpende veranderingen ondergaan. Ook voor de toekomst wordt door verschillende ontwikkelingen verwacht dat de eerste lijnszorg en met name de huisartsenzorg niet ongewijzigd zal blijven. Dit onderzoek dient het maatschappelijk belang in de zin dat er vanuit de maatschappij waarschijnlijk een nieuwsgierigheid zal bestaan naar de beroepsuitoefening van de huisarts. Als patiënten in de huisartsenzorg meer en meer te maken gaan krijgen met nieuwe disciplines in de huisartsenpraktijk, zouden zij zich kunnen gaan afvragen wat de nieuwe functie van de huisarts is als deze steeds meer taken delegeert.

Wetenschappelijk belang

Het wetenschappelijk belang van dit onderzoek zit vooral in de bijdrage van nieuwe kennis in het debat over taakverschuivingen. De veranderende beroepsuitoefening van de huisarts is onderbelicht gebleven in bestaand onderzoek naar taakverschuivingen. Er is vooral veel onderzoek geweest naar efficiëntieverhoging en kwaliteit. Dit onderzoek heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het bestaande onderzoek.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1: Dit hoofdstuk is allereerst inleidend op het onderwerp en geeft de aanleiding en doelstelling weer evenals de relevantie van het onderzoek.

Hoofdstuk 2: Hierin wordt het conceptuele model en de vooronderstellingen gepresenteerd die getoetst zullen worden in de praktijk. Het model is een verwachting van hoe de werkelijkheid eruit ziet op basis van de literatuur en op basis daarvan zijn vooronderstellingen geformuleerd.

Hoofdstuk 3: In dit hoofdstuk worden de theoretische inzichten gepresenteerd die zoals uit het conceptuele model blijkt, van belang zijn voor dit onderzoek. Het gaat vooral om taakverdelings- en coördinatievraagstukken.

Hoofdstuk 4: Dit hoofdstuk heeft ten doel duidelijk te maken om wat voor soort onderzoek het gaat en hoe de case study is uitgevoerd. Er wordt ook kort ingegaan op de kwaliteit van case study onderzoek.

Hoofdstuk 5: In dit hoofdstuk wordt een korte beschrijving gegeven van de cases in het onderzoek. Voor een uitgebreid verslag per case op basis van de data wordt naar bijlage 6 verwezen.

Hoofdstuk 6: Een cross case analyse en de resultaten daarvan worden beschreven in dit hoofdstuk. De vergelijking van cases is op een aantal centrale onderwerpen uitgevoerd, zowel kwalitatief als kwantitatief.

Hoofdstuk 7: Hier wordt ingegaan op de theoretische en empirische datavergelijking.

Hoofdstuk 8: In dit afsluitende hoofdstuk worden de centrale conclusies gepresenteerd, wordt ingegaan op de beantwoording van deelvragen en de hoofdvraag. Tot slot worden theoretische- en beleidsmatige implicaties van het onderzoek beschreven en worden enkele kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst.

Hoofdstuk 2

HET CONCEPTUEEL MODEL

2.1 Inleiding

Bij het opzetten van een casestudie onderzoek is het startpunt een onderzoeksframework en onderzoeksvragen (Voss et al., 2002). Yin (2003) stelt dat het onderzoeksdesign de logische verbinding vormt tussen de empirische data en de onderzoeksvragen, en uiteindelijk de conclusies. Het design kan gezien worden als een logisch plan om van een startpunt naar een verder gelegen punt te komen, waarbij het startpunt de initiële vragen zijn en het verder gaande punt een aantal conclusies. Daartussenin worden relevante data verzameld en geanalyseerd (Yin, 2003). Onderzoeksvragen kunnen theorie-toetsend zijn, maar ook theorie ontwikkelend (Voss et al., 2002). Bij theorie construerend onderzoek is het noodzakelijk vooraf een beeld te hebben van de algemene constructen die we in de studie willen onderzoeken en de relaties hier tussen. Dit wordt weergegeven in een onderzoeksframework, ook wel een conceptueel framework genoemd. De belangrijkste zaken die in de studie worden meegenomen – factoren, constructen of variabelen – en de veronderstelde relaties worden hierin weergegeven. Uit het framework zal de centrale vraagstelling worden afgeleid (Voss et al., 2002). Yin (2003: 21) stelt dat er vijf componenten van belang zijn in een onderzoeksdesign, namelijk: de onderzoeksvragen, de vooronderstellingen, de analyse-units, de logische verbinding tussen de data en de veronderstellingen, en criteria voor het interpreteren van de bevindingen. Deze zullen in dit hoofdstuk dan ook ter sprake komen.

2.2 De huisartsenpraktijk en haar context

Om de processen in de huisartsenpraktijk en haar context in kaart te brengen zal een overzichtsmodel worden opgesteld, waarin alle relevante factoren uit een verkennende literatuurstudie zijn opgenomen. Daartoe worden twee modellen samengevoegd. Allereerst een 'procesmodel', onder andere beschreven door Rijsenbrij (2007) en het 'besturingsparadigma' van De Leeuw (1982). We starten met het procesmodel.

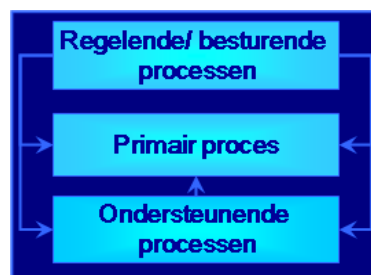
Een bedrijfs-/organisatieproces, zoals in de huisartsenzorg, kan worden gezien als een logisch gegroepeerde reeks activiteiten. Binnen een bedrijf of organisatie kunnen verschillende processen worden onderscheiden (Rijsenbrij, 2007):

Ten eerste het primaire proces: Het primaire proces bestaat uit alle uitvoerende activiteiten die rechtstreeks verband houden met het tot stand komen van de te verkopen goederen/diensten en de levering ervan aan klanten. Dit proces is bedoeld om de doelstellingen van het bedrijf/de organisatie te realiseren.

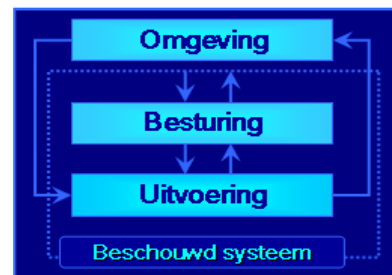
Ten tweede de ondersteunende processen: Deze processen zijn een hulpmiddel voor het primaire proces. Ze houden geen direct verband met de totstandkoming en levering van de goederen/diensten, maar zijn wel noodzakelijk voor het functioneren van het bedrijf/de organisatie. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan: personeelszaken, informatisering, financiën, administratie en huisvesting (Ministerie VVW, 2004).

Ten derde de regelende/besturende processen: dit zijn de processen die het primaire proces en de ondersteunende processen sturen. Deze voeren het gekozen beleid uit door middel van plannen, uitvoeren, controleren, evalueren en bijsturen (Ministerie VVW, 2004).

De relatie tussen de processen kan als volgt worden afgebeeld (afbeelding 1.1):



Afbeelding 2.1



Afbeelding 2.2

Ieder bedrijf of organisatie heeft ook te maken met invloeden van buitenaf. Daarom kan het wenselijk zijn bedrijfs-/organisatieprocessen in interactie met de omgeving te bekijken. Het besturingsparadigma van De Leeuw (1982) is daarvoor bruikbaar (afbeelding 1.2) (De Leeuw, 1982 in: Rijsenbrij, 2007):

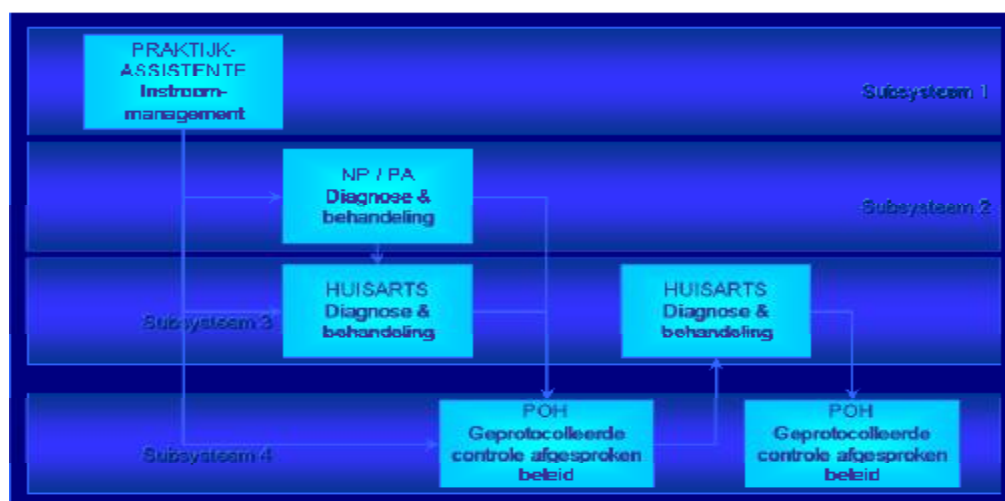
Bij de totstandkoming en levering van goederen en diensten (uitvoering/primair proces) bestaat een interactie met de omgeving. Zo is er voor het primaire proces input nodig uit de omgeving en levert het primaire proces output voor de omgeving. De besturing van het primaire proces, de besturende processen, houden het primaire proces in de gaten en sturen dit waar nodig bij. Er is eveneens interactie tussen de omgeving en het besturende orgaan. De omgeving bepaalt welke producten/diensten geleverd moeten worden (Rijsenbrij, 2007).

In het kader van dit onderzoek en door de literatuurverkenning werd temeer duidelijk dat het van belang is de relevante factoren in de omgeving van de huisarts te beschrijven.

2.3 Het primaire proces van de huisartsenzorg

We zullen nu terugkeren naar de kern: het primaire proces. Eerder werd geconstateerd dat deze bestaat uit activiteiten die direct verband houden met de totstandkoming en levering van een product/dienst. In de huisartsenzorg kunnen verschillende diensten worden geleverd en een belangrijk gegeven is dat er de laatste jaren steeds meer verschillende mensen in de huisartsenpraktijk een bijdrage leveren in het primaire proces. Deed de huisarts vroeger nog alles alleen of samen met zijn assistent (vaak was dit zijn vrouw), tegenwoordig zien we ook POH-ers, NP's, PA's, SPV's, allochtone zorgconsulenten, gespecialiseerde verpleegkundigen en waarschijnlijk nog wel meer disciplines een rol vervullen in de huisartsenpraktijk. Deze disciplines hebben ieder hun eigen taken. Dit betekent dat voor

dienstverlening aan de patiënt meerdere mensen een bijdrage leveren aan het primaire proces. Deze bijdrages kunnen niet door een willekeurige discipline op ieder tijdstip worden geleverd. Dit dient in afstemming met elkaar te gebeuren; de meest optimale discipline voor een bepaald onderdeel van het primaire proces, evert op het meest optimale moment zijn/haar bijdrage. In deze studie zal alleen naar de volgende disciplines worden gekeken: huisarts, doktersassistent, POH, NP, PA. De throughput van het primaire proces kan op basis van Derckx (2006) als volgt worden gepresenteerd:



Afbeelding 2.3: Weergave throughput primaire proces op basis van Derckx (2006)

Deze weergave zal als uitgangspunt van de studie worden gehanteerd, maar hoeft niet te kloppen met alle huisartsenpraktijken in Nederland.

We zien hier allereerst dat de throughput van het primaire proces kan worden ingedeeld in subsystemen. Deze systemen zijn onderdeel van het grotere systeem. Het is van belang om hier subsystemen te onderscheiden omdat deze in een bepaalde dynamiek met elkaar functioneren. Zo kunnen de subsystemen naast elkaar (parallel), aansluitend aan elkaar (serie) of wederkerig aan elkaar (reciprook) functioneren (zie Thompson, 1967). Dit betekent dat alle activiteiten die worden uitgevoerd binnen de throughput van het primaire proces op een bepaalde manier aan elkaar verbonden moeten worden. Integratie van verschillende onderdelen tot een proces vergt coördinatie. Coördinatie kan op verschillende manieren worden bereikt. Coördinatie is noodzakelijk voor de verdeling en uitvoering van activiteiten. Coördinatie kan dan ook worden geplaatst onder de regelende/besturende processen.

De vier subsystemen corresponderen met één of meerdere disciplines. Dit heeft er mee te maken dat iedere discipline in de huisartsenpraktijk een eigen werkdomein kent. Ieder heeft een eigen plek in de organisatie, in het zorgproces aan de patiënt en daarbij horend eigen verantwoordelijkheden. Het is belangrijk de plaats van de disciplines in het totaal van huisartsenzorg en ten opzicht van elkaar aan te geven. Daartoe geeft bovenstaande afbeelding een helder overzicht (op basis van Derckx, 2006).

In de weergave van de throughput staat de doktersassistent bovenaan gepositioneerd. Deze staat bovenaan omdat de instroom in de praktijk door de assistente beheerd en gestuurd wordt. De binnenkomende kachten worden verhelderd en er wordt bepaald bij welke discipline de patiënt het

beste terecht kan. Eén laag daaronder staan de NP en PA afgebeeld en nog een laag meer naar beneden, de huisarts. Zij houden zich alle drie bezig met de diagnose en behandeling van klachten. Verschil tussen deze disciplines is dat de huisarts in principe voor alle klachten in de huisartsenpraktijk toegankelijk is. De NP is slechts toegankelijk voor een omschreven pakket klachten die 'minor ailments'⁵ worden genoemd. En de PA is in principe toegankelijk voor alle klachten, uitgezonderd traumata en infarcten. De NP en de PA kunnen beiden zelfstandig klachten diagnosticeren en behandelen. De vierde laag wordt gevormd door de praktijkondersteuner, deze biedt zorg nadat de diagnose en de behandeling door de huisarts (en in mindere mate door de NP en PA) zijn vastgesteld. De hoofdtaak van de praktijkondersteuner wordt door Derckx omschreven als "geprobeerde controle van het afgesproken beleid" (Derckx, 2008: 14-15). Praktijkondersteuners hebben te maken met een specifieke doelgroep: mensen met chronische aandoeningen, zoals diabetes, astma/COPD, hartfalen. In huisartsenpraktijken kunnen zowel praktijkondersteuners als praktijkverpleegkundigen werkzaam zijn. Beiden bekleden dezelfde functie, maar hebben een verschillende achtergrond (LHV, 2006: 1). Praktijkondersteuners zijn veelal doktersassistenten of verpleegkundigen die een speciale bedrijfsopleiding op mbo+ niveau hebben afgerond. De praktijkverpleegkundige heeft een speciaal op de huisartsenpraktijk gerichte 'hbo-verpleging' opleiding afgerond (LHV, 2006: 1). Zowel de NP, de PA als de huisarts kunnen na de diagnose te hebben gesteld en de behandeling te hebben bepaald, de patiënt doorverwijzen naar de praktijkondersteuner. In gevallen waarbij de klacht van de patiënt verergeren of zich nieuwe klachten voordoen kan de POH de patiënt terugverwijzen naar de huisarts. De huisarts kan het behandelplan wijzigen en de patiënt weer terugverwijzen naar de POH.

Doordat het aantal ager in de huisartsenpraktijk toeneemt, neemt ook de complexiteit in werkstromen toe. Huisartsen, NP, PA en in sommige gevallen de POH zijn voor hun bijdrage in het proces afhankelijk van de patiënten die naar hen worden verwezen door de assistente. Het is van belang dat de assistente de juiste patiënten op tijd verwijst naar de juiste discipline. De POH is in de meeste gevallen afhankelijk van de doorverwijzing van patiënten door de huisarts, NP of PA. Daarbij komt ook nog dat de huisarts de eindverantwoordelijkheid houdt over de huisartsgeneeskundige zorg. Dit betekent dat de assistente, de NP, de PA en de POH in gevallen waarin onduidelijkheid bestaat over de toestand of behandeling van de patiënt, deze de huisarts om advies of overname moet kunnen vragen. Bovendien moeten de disciplines in de huisartsenpraktijk de taken die zij uitvoeren ook juist uitvoeren. Dit betekent dat er tijd moet zijn voor opleiding, instructie en overleg.

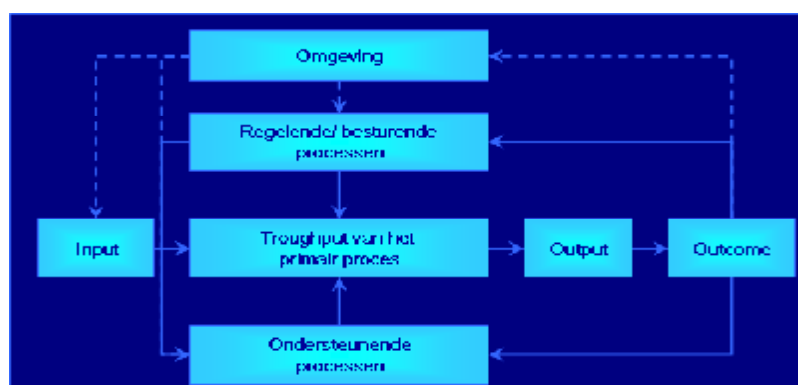
Samenvattend kunnen we stellen dat naarmate er nieuwe disciplines bijkomen in de huisartsenpraktijk, de complexiteit binnen de praktijk toeneemt en dat meer aandacht moet worden besteed aan de coördinatie van alle afzonderlijke activiteiten. We zullen daarom in deze studie ook ingaan op coördinatie(mechanismen) in de huisartsenpraktijk. Coördinatie valt zoals gezegd, onder de ondersteunende processen van het primaire proces.

2.4 Het conceptueel model en de vooronderstellingen

⁵ Lichtelijk kleine kwalen.

Om tot een conceptueel model voor deze studie te komen is eerst een algemeen overzicht voor deze studie in een model weergegeven op basis van de literatuurverkenning naar taakverschuivingen in de huisartsenpraktijk¹ en een beschrijving van de disciplines in de huisartsenpraktijk². In dit overzicht worden ook belangrijke omgevingsfactoren weergegeven die in de literatuur naar voren kwamen. Na dit overzicht kon het onderwerp van de studie binnen deze context worden afgebakend en kon een conceptueel model voor de studie worden opgesteld.

De samenhang in het overzicht tussen de verschillende onderdelen is gebaseerd op onderstaande overzichtsaafbeelding (het volledige overzichtsmodel is te vinden in bijlage 3):



Afbeelding 2.4: Overzichtsaafbeelding conceptueel model

Door het algemene overzicht (zie bijlage 3) verder af te bakenen tot een helder omschreven onderwerp van de studie met de vooronderstellingen die we hebben ten aanzien van het onderwerp, kunnen we een conceptueel model voor de studie aanreiken. Door dit conceptueel model met vooronderstellingen wordt een theorie geconstrueerd ten aanzien van het onderwerp van de studie voorafgaand aan de dataverzameling. Door vooraf theorie ten aanzien van het onderwerp te ontwikkelen wordt een goede structuur gegeven om te bepalen welke data moeten worden verzameld en hoe de data moeten worden geanalyseerd (Yin, 2003).

In het conceptuele model zijn enkel de elementen opgenomen die direct of indirect bestudeerd zullen worden. De besturende processen worden bestudeerd in dit onderzoek. De nadruk ligt hierbij op coördinatie van de primaire processen. Verder wordt gekeken naar beheersing van de primaire- en ondersteunende processen. Het is van belang te weten te komen hoe de interne sturing verloopt wanneer wordt afgeweken van de zaken die zijn geregeld, ofwel wanneer dingen mis (dreigen te) gaan. Gekeken zal worden wat de taak is van de huisarts in deze situaties.

Bij de input worden meegenomen de niet-demografische factoren die van invloed zijn op de input (input staat voor het aantal en soort patiënten). Deze factoren worden meegenomen omdat deze mogelijkheden bieden voor verbreding van het takenpakket van de huisarts. Maar deze factoren kunnen ook worden versterkt doordat reeds een verbreding van het takenpakket van de huisarts is opgetreden. Het is in dit stadium onduidelijk of de niet-demografische factoren een

¹ De literatuurverkenning is opgenomen in bijlage 1.

² De beschrijving van de disciplines die in dit onderzoek centraal staan is opgenomen in bijlage 2.

³ De bronvermelding van alle genoemde factoren, contexten en variabelen is te vinden in bijlage 4.

oorzaak of een gevolg zijn van mogelijk optredende verbreding van het takenpakket. Deze factoren zullen indirect worden bestudeerd.

Bij de throughput gaat het expliciet om de patiëntgerichte taken die uit worden gevoerd door de disciplines in de praktijk en de volgorde waarin zij worden uitgevoerd. Daarnaast zal worden uitgezocht of ondersteunende disciplines taken uitvoeren die huisartsen voorheen veel minder vaak uitvoerden, maar die we tot de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk gerekend kunnen worden (onder andere periodieke controles, begeleiding en voorlichting aan patiënten met een chronische aandoening) (Bussemakers, 2007)¹⁰. Dit kan namelijk van invloed zijn op de eventuele groei van de capaciteit van de huisartsenpraktijk.

Met betrekking tot de ondersteunende processen wordt één factor in het onderzoek betrokken, namelijk personeelszaken¹¹. Het is van belang te onderzoeken hoe de personeelszaken in een huisartsenpraktijk zijn geregeld wanneer er meer mensen in de praktijk komen werken.

De output wordt in dit onderzoek niet meegenomen. Er wordt een dienst geleverd aan de patiënt in de throughput van het primaire proces, maar er zal niet worden onderzocht wat de kwaliteit is van de geleverde dienst. Er wordt wel onderzocht of er door de inzet van ondersteunende disciplines relatief meer diensten kunnen worden geleverd. Dit laten we terugkomen bij de outcome.

Bij de outcome zal alleen worden gekeken naar de outcome voor de huisarts en de outcome voor de bedrijfsvoering (alleen kostenaspect). Van belang is te onderzoeken welk effect de ondersteunende disciplines hebben op de capaciteit van de huisartsenpraktijk en op het takenpakket van de huisarts. Gaat de huisarts in de tijd die door taakverschuivingen vrijkomt nu meer van de bestaande taken van de huisarts uitvoeren of komen er nieuwe taken in zijn/haar takenpakket? In de literatuur worden een aantal zaken genoemd die huisartsen kunnen gaan doen wanneer zij ondersteuning hebben in de huisartsenpraktijk. Onderzocht zal worden of deze zaken in de praktijk worden aangetroffen. Dit is de kern van het onderzoek. Daarnaast zal worden bestudeerd of de productie van de huisartsenpraktijk tegen relatief lagere kosten kan worden geleverd.

Er is een belangrijk punt van aandacht, dat in de cases nader moet worden uitgezocht. Het gaat hierbij om de volgorde waar in een aantal gebeurtenissen plaatsvindt. Aan de inputkant van de huisartsenpraktijk hebben we geconstateerd dat de vraag naar diensten van de huisartsenpraktijk toeneemt als gevolg van de volgende drie factoren:

- extramuralisering AWBZ¹²;
- substitutie ziekenhuiszorg;
- toegenomen aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering.

¹⁰ Dit dient te worden besproken in het onderzoek. Mogelijke oorzaak voor geringe capaciteitsvergroting van de praktijk.

¹¹ Geconcludeerd werd in 2003 dat de tijdsbesteding van huisartsen voor bedrijfsvoering is geslagen (TK 24313b3, 2003)

¹² Extramurale zorg wordt in een rapport van het SCP geplaatst tegenover intramurale zorg. Intramurale zorg omschrijft het SCP als: "de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen" (Kok et al., 2004: 19). Extramurale zorg omschrijft het SCP als: "alle andere combinaties van wonen en zorg (zowel in de thuissituatie als in woonzorgcomplexen)" (Kok et al., 2004: 19). Zij stellen dan ook dat het door de overheid ingezette beleid van extramuralisering leidt tot verschuivingen in het aanbod van zorg. Door andere auteurs is erop gewezen dat extramuralisering de vraag naar huisartsenzorg doel koneren.

Bij de throughput hebben we geconstateerd dat meer disciplines in de huisartsenpraktijk zijn gaan werken.

Bij de outcome, tot slot, werd geconstateerd dat één van de mogelijke effecten specialisatie en differentiatie van huisartsen is. Door specialisatie en differentiatie ontstaan mogelijkheden voor:

- aanvullend aanbod;
- bijzonder aanbod;
- transmuraal aanbod.

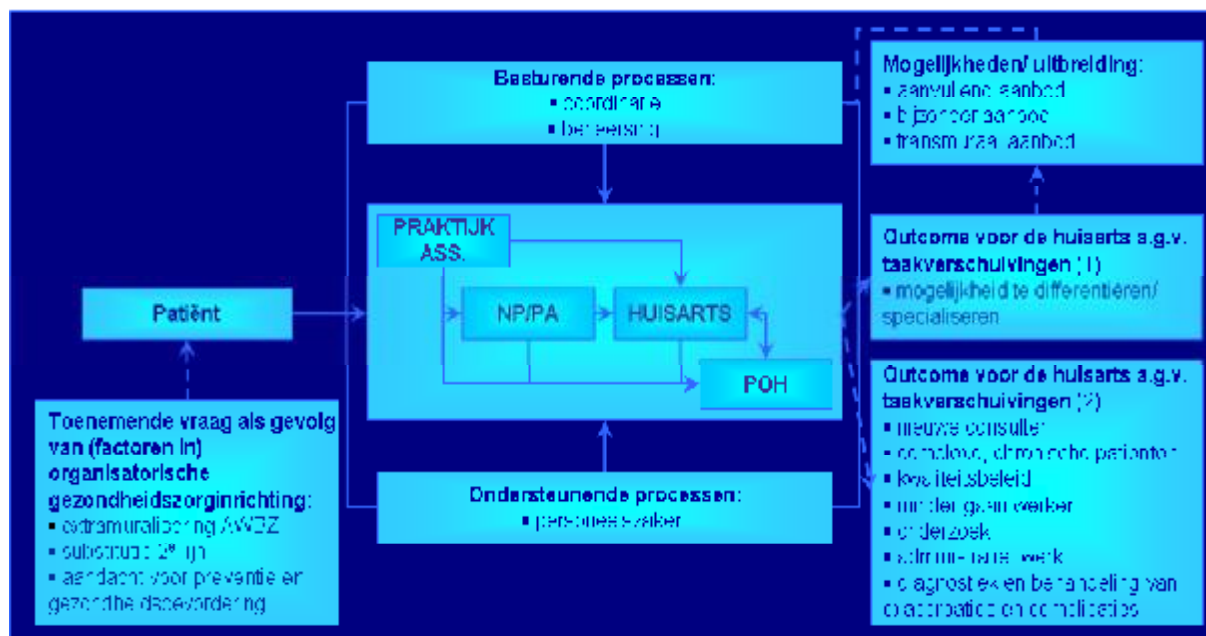
Tussen deze verschillende soorten aanbod bestaat een belangrijk onderscheid:

Aanvullend aanbod is een aanvulling op het basisaanbod. Het betreft huisartsgeneeskundige zorg die aansluit op de speciale behoeften van de populatie van de betreffende huisartsenvoorziening en voortkomt uit de demografische kenmerken van het verzorgingsgebied en het ontbreken van openbare gezondheidszorgvoorzieningen. Het gaat hierbij om omschreven activiteiten of groepen patiënten. Er zijn aanvullende middelen of ondersteuning nodig. Voorbeelden zijn het aanbod van cervixscreening, spreekuur geslachtsziekten en spreekuur overgangsproblemen (LHV, 2004: 7-9; Ram et al., 2004: 24).

Bijzonder aanbod is een aanvulling op het basis- en aanvullende aanbod. Het grenst aan huisartsgeneeskundige zorg en is gebaseerd op specialisaties (overstijgende competenties van de reguliere kwalificatie-eisen van het personeel). Dit aanbod is ook beschikbaar voor patiënten die niet bij de voorziening zijn ingeschreven. Er zijn aanvullende middelen of ondersteuning nodig. Voorbeelden zijn het aanbod van dopplersonderzoek, injectietherapie in gewrichten en reizigersadviesgeving (LHV, 2004: 8-9; Ram et al., 2004: 25).

Soms gaat het transmuraal aanbod om nieuwe taken in de gezondheidszorg. In andere gevallen gaat het om taken die voortkomen uit het op elkaar afstemmen van de zorg van de huisartsenvoorziening en de zorg van andere hulpverleners in de eerste of tweede lijn. Voorbeelden zijn diagnostiek en behandeling op het gebied van subfertiliteit, maagklachten en acuut coronair syndroom (LHV, 2004: 8; Ram et al., 2004: 25-26).

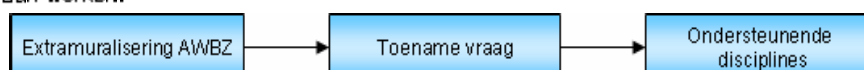
Om de voorgezette aanzien van de inputfactoren, de ondersteunende disciplines en de outputfactoren te onderzoeken zijn vooronderstellingen geformuleerd die in dit onderzoek zullen worden getoetst. De hierna volgende afbeelding biedt een overzicht van alle factoren, constructen en variabelen die in dit onderzoek worden onderzocht. Dit is het conceptuele model – ofwel het theoretisch model – voor de studie.



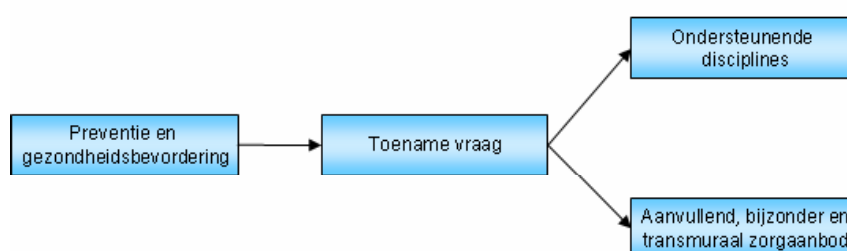
Afbeelding 2.5: Conceptueel model

Bij het conceptuele model zijn de onderstaande vooronderstellingen geformuleerd. Het conceptuele model en de bijbehorende vooronderstellingen vormen samen het theoretisch uitgangspunt voor dit onderzoek. De volgende zes vooronderstellingen zijn door middel van interviews onderzocht.

1. Door extramuralisering van de AWBZ, neemt de vraag naar huisartsenzorg toe. Om de capaciteit van de huisartsenpraktijk te vergroten zijn ondersteunende disciplines in de praktijk gaan werken.



2. De toegenomen aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering, is net als de extramuralisering van de AWBZ, tot stand gekomen door overheidsbeleid. Om als huisarts aan deze toegenomen vraag te kunnen voldoen zijn zowel meer disciplines ter ondersteuning ingezet in de huisartsenpraktijk, als een ontwikkeling van aanvullend, bijzonder en transmuraal zorgaanbod om aan de vraag te kunnen voldoen. (Aanvullend, bijzonder, transmuraal aanbod is noodzaak.)



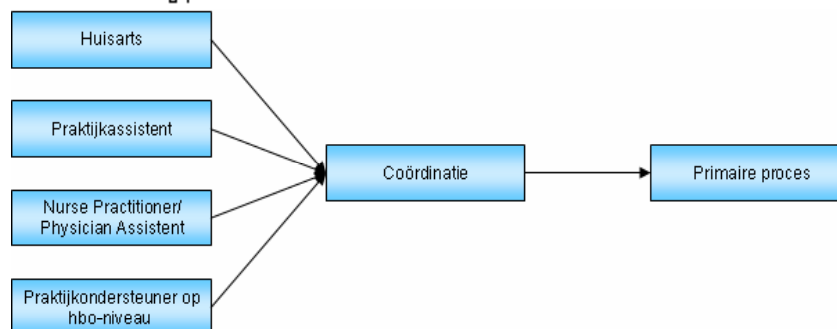
3. Indien er ondersteunende disciplines werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk worden een aantal taken met betrekking tot het primaire proces van de huisartsenzorg door ondersteunende disciplines uitgevoerd.



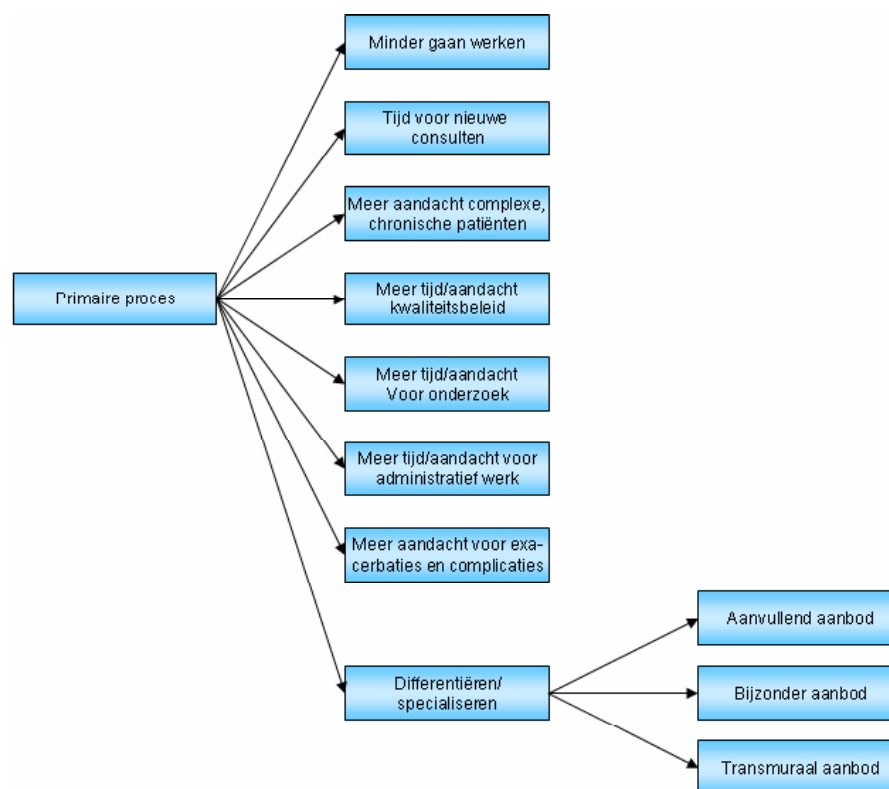
4. Doordat ondersteunende disciplines in de huisartsenzorg zijn gaan werken, konden huisartsen het aanvullend, bijzonder en transmuraal zorgaanbod uitbreiden. Dit heeft geleid tot een substitutie van ziekenhuiszorg, waardoor de vraag naar huisartsenzorg toeram door patiënten die nu bij de huisarts terecht kunnen voor zaken waarvoor ze voorheen naar het ziekenhuis moesten. (Aanvullend, bijzonder, transmuraal aanbod is geen noodzaak.)



5. Voor het functioneren van het primaire proces is coördinatie nodig. Alle disciplines hebben een rol in de coördinatie van de activiteiten. Inhoud en omvang van de rol van disciplines in de coördinatie kan verschillen. Daarnaast zal de tijdinvestering in coördinatie toenemen naarmate er meer ondersteunende disciplines in de praktijk werkzaam zijn en wanneer de ondersteuning toeneemt in omvang per fte huisarts.



6. Bij de outcome van het primaire proces zullen één of meer van de volgende effecten voor (in het takenpakket van) de huisarts optreden. Wanneer huisartsen zich gaan differentiëren/specialiseren zal er tevens een mogelijkheid/uitbreiding ontstaan in het aanvullende en/of bijzondere- en/of transmurale zorgaanbod.



De kern van het onderzoek is gericht op 2 onderdelen van het conceptuele framework. Ten eerste op de coördinatie en ten tweede op de outcome

Ten aanzien van veranderde throughput van het primaire proces – nieuwe ondersteunende disciplines die toetreden tot de huisartsenpraktijk – werd geconcludeerd dat de complexiteit toeneemt tussen de verschillende werkstromen in het primaire proces. De werkstromen dienen zo geïntegreerd te worden, dat er kwalitatief goede diensten aan de patiënt geleverd kunnen worden. Om de verschillende werkstromen te integreren is coördinatie nodig. Dit betekent dat de coördinatie in de huisartsenpraktijk is gewijzigd door de komst van ondersteunende disciplines. In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op coördinatie binnen organisaties. Daar zal worden beschreven welke theoretische inzichten er bestaan ten aanzien van taakverdeling en coördinatie.

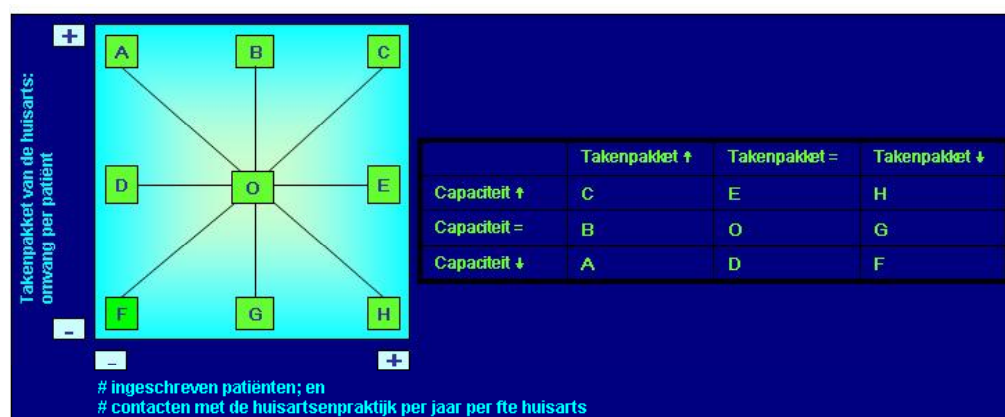
Ten aanzien van de outcome van de huisarts zijn verschillende effecten in de literatuur gevonden. Echter, de bevindingen in de literatuur zijn niet eenduidig. Daarom bestaat het vermoeden dat de effecten per huisartsenpraktijk zullen variëren. Dit zal bij een aantal cases worden onderzocht. In de effecten kunnen drie dingen worden onderscheiden, namelijk tijdsopvulling door nieuwe consulten, intensivering huidige taken, en uitbreiding huidige taken.

Outcome	
1. tijdsopvulling door nieuwe consulten	Toeneemt capaciteit (wanneer de capaciteit door ondersteuners toeneemt, zou de huisarts minder kunnen gaan werken om gelijke capaciteit te behouden)
2. intensivering huidige taken	- Meer aandacht complexe, chronische patiënten - Kwaliteitsbeleid

	• Administratief werk • Meer aandacht diagnostiek en behandeling van exacerbaties en complicaties
3. uitbreiding huidige taken	• Differentiëren en specialiseren met als doel aanbieden/uitbreiden aanvullend aanbod, bijzonder aanbod, transmuraal aanbod • Onderzoek

Tabel 2.1: Outcome als gevolg van taakverschuivingen

De verschillende effecten in de tabel kunnen ook gelijktijdig plaatsvinden. Hieronder wordt een afbeelding gepresenteerd waarin de capaciteit en het takenpakket van de huisarts zijn opgenomen, met alle mogelijke veranderingen die daarin kunnen optreden door de komst van nieuwe disciplines in de praktijk. Er is een onderscheid gemaakt in uitbreiding, inkrimping en geen verandering in het takenpakket van de huisarts en de capaciteit/productie van de praktijk. In de naastgelegen tabel staat een omschrijving van de effecten die horen bij A t/m H en O.



Afbeelding 2.6: Effecten voor de huisartsenpraktijk

Na de bespreking van het theoretisch uitgangspunt, de kernonderdelen van het conceptuele framework – de ondersteunende processen en de outcome voor de huisarts – kan nu de centrale vraagstelling van het onderzoek worden geformuleerd.

2.5 Centrale vraagstelling en onderzoeksvragen

Centrale vraagstelling:

Op welke wijze veranderen het takenpakket van de huisarts, het aantal ingeschreven patiënten en het aantal contacten per huisarts door taakverschuivingen als gevolg van de komst van de praktijkondersteuner op hbo-niveau en de nurse practitioner in de huisartsenpraktijk en wat voor effect heeft de komst van deze ondersteunende beroepen op de coördinatie en kosten in de huisartsenpraktijk?

Onder verandering van het takenpakket wordt verstaan: is er sprake van een intensivering¹³ van het huidige takenpakket of van een uitbreiding¹⁴ van het huidige takenpakket.

Bij taakverschuivingen gaat het primair om verschuivingen naar de praktijkondersteuner op hbo-niveau en/of de nurse practitioner. Onder ondersteunende disciplines worden dan ook deze twee disciplines verstaan.

Het aantal ingeschreven patiënten per praktijk en het aantal contacten met de huisartsenpraktijk zijn in dit onderzoek de twee parameters waarmee de productie van een huisartsenpraktijk zal worden gemeten.¹⁵

Van de centrale vraagstelling zijn vervolgens onderstaande onderzoeksvragen afgeleid:

1. Welk effect treedt op in het takenpakket van de huisarts door taakverschuivingen naar ondersteunende disciplines in de praktijk?
2. Welk effect treedt op in het aantal ingeschreven patiënten per huisarts en het aantal contacten per huisarts per jaar door taakverschuivingen naar ondersteunende disciplines in de praktijk?

Eerder werd gesteld dat naarmate er meer mensen werkzaam zijn in een organisatie en de taken verdeeld worden er een toename van de complexiteit van die organisatie ontstaat. Vervolgens is gesteld dat er dan een toenemende behoefte is aan coördinatie. Daar komt onderstaande onderzoeksvraag uit voort.

3. Hoe wordt de nieuwe verdeling van taken in huisartsenpraktijken gecoördineerd en wat is de omvang van de tijdsinvestering in coördinatie?
4. Wat zijn de kosten van ondersteunende disciplines in de huisartsenpraktijk en wegen de kosten op tegen de capaciteitseffecten die door de inzet van de disciplines worden behaald?

2.6 Samenvatting

Om het onderwerp van de studie af te bakenen en de vooronderstellingen ten aanzien van het onderwerp te presenteren, is een theoretisch model ofwel een conceptueel model voor de studie geconstrueerd en besproken. Er werd vastgesteld dat de nadruk ligt op enerzijds de outcome en anderzijds de coördinatie. Ten aanzien van de outcome zijn elementen in het conceptuele model

¹³ Door meer aandacht voor complexe, chronische patiënten, kwaliteitsbeleid, administratief werk of meer aandacht voor diagnostiek en behandeling van aandoeningen en complicaties.

¹⁴ Differentiëren en specialiseren met als doel aanbieden/uitbreiden aanvullend aanbod, bijzonder aanbod, transmurale aanbod, of het doen van onderzoek.

¹⁵ Afhankelijk van de registratie van huisartsenpraktijken kan ten aanzien van het aantal contacten met de praktijk een onderverdeling worden gemaakt naar het aantal contacten met de huisarts, de assistent, de POH en de NP.

opgenomen vanuit de beschikbare literatuur over taakverschuivingen in de huisartsenzorg. Bij de besturende processen wordt geconcentreerd op de coördinatie. Het begrip coördinatie, de behoefte aan coördinatie door taakverdeling en de verschillende coördinatiemechanismen om tot coördinatie te komen behoeven een verdere verdieping alvorens dit element te onderzoeken in praktijksituaties. Daartoe dient het volgende hoofdstuk; het theoretisch kader van de studie.

Hoofdstuk 3

HET THEORETISCH KADER

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader geschetst van waaruit het onderzoek heeft plaatsgevonden. Centraal thema in het onderzoek is taakverschuiving. Om taakverschuiving te kunnen omschrijven kan niet worden volstaan met definities. Gezocht moet worden naar achterliggende redenen en vervolgens zullen de kritieke componenten van taakverschuiving aan het licht komen. Dit betekent dat in dit hoofdstuk wordt ingegaan op arbeidsdeling/taakverdeling, differentiatie, delegatie, integratie en coördinatie.

Ook in de gezondheidszorg wordt het belang van coördinatie onderkend. Zo wordt gesteld dat wanneer meer dan één zorgverlener betrokken is bij de behandeling van een individuele patiënt, er dan enige vorm van coördinatie nodig is om continuïteit te realiseren. De mate van coördinatie die nodig is in specifieke situaties hangt volgens Saltman en Rico af van de complexiteit van het geval en de opties die openstaan voor de patiënt (Saltman & Rico, 2006). Saltman en Rico (2006: 13) stellen dat een belangrijke reden waarom gezondheidszorg en eerstelijnszorg nog steeds niet echt coherent en kosteneffectief zijn en waarom curatieve en preventieve diensten nog steeds versnipperd zijn, gelegen is in het feit dat coördinatie en werken in teams moeilijk te bereiken is.

In de theoretische benadering van het onderwerp van deze studie zal een aantal oude namen de revue passeren. Dit heeft alles te maken met het feit dat ten aanzien van de analyse van de structuur van de organisatie er in dit onderzoek voor gekozen is om dit vanuit een economisch oogpunt te bekijken. Theoretische inzichten van Van der Schrieff, De Sitter, Mintzberg, Thompson en Van de Ven et al. zullen we hier bespreken. Gittel is van een jongere generatie, maar benadrukt in zijn studie dat coördinatie in organisaties nog altijd aandacht verdient. Er is besloten de werkelijkheid in de huisartsenpraktijken vanuit deze 'bril' te bekijken.

3.2 Arbeidsverdeling in organisaties

In iedere organisatie wordt samengewerkt door een aantal mensen. Samenwerking is noodzakelijk om de doelen van de organisatie te bereiken. Wanneer mensen afzonderlijk van elkaar werken, komt doelbereiking niet of versnipperd tot stand. Samenwerking vormt de kern van een goed functionerende organisatie.

Een organisatie wordt door Lawrence & Lorsch (1967) als volgt gedefinieerd:

An organization is defined as a system of interrelated behaviors of people who are performing a task that has been differentiated into several distinct subsystems, each subsystem performing a portion of

the task, and the efforts of each being integrated to achieve effective performance of the system. (Lawrence & Lorsch, 1967: 3)

In deze definitie vallen vier elementen in het bijzonder op:

- Interrelated behaviors;
- A task that has been differentiated;
- Each subsystem performing a portion of the task;
- Efforts of each being integrated.

Met interrelated behaviors wordt aangeduid dat het gedrag van mensen met elkaar verbonden is. Mensen in de organisatie voeren een taak uit die gedifferentieerd is. Omdat door Van der Schroeff een bondigere definitie wordt gegeven dan door bovenstaande auteurs, zal hier worden volstaan met zijn definitie van differentiatie: *de verbijzondering naar de deelbewerkingen, die het produkt op zijn weg van grondstof tot eindproduct moet ondergaan.* (Van der Schroeff, 1967: 102) Door deze definitie is ook het volgende element beter te duiden. Ieder subsysteem van de organisatie voert een deelbewerking uit van de taak. Taak wordt door Lawrence en Lorsch omschreven als: *a complete input-transformation-output cycle involving at least the design, production, and distribution of some goods or services.* (Lawrence & Lorsch, 1967: 4) Het laatste element geeft aan dat alle inspanningen van de subsystemen moeten worden samengebracht voor effectieve uitvoering van het systeem. Integratie aldus Lawrence en Lorsch: *the process of achieving unity of effort among various subsystems in the accomplishment of the organization's task.* (Lawrence & Lorsch, 1967: 4) Lawrence en Lorsch geven zelf al aan dat de definitie die zij geven van een organisatie niet altijd overeenkomt met de *legal boundaries* van organisaties (Lawrence & Lorsch, 1967). In dit onderzoek wordt er voor gekozen om huisartsenpraktijken te beschouwen als een zelfstandige organisatie, ondanks het feit dat het deel uit kan maken van een grotere organisatie (het gezondheidscentrum) en in sommige gevallen een overkoepelende organisatie (de stichting waar een gezondheidscentrum onder valt). Dit betekent dat we het kader zullen schetsen voor arbeidsdeling/taakverdeling, differentiatie, delegatie, integratie en coördinatie op het niveau van de huisartsenpraktijk.

Omdat er uiteenlopende eisen worden gesteld aan verschillende verrichtingen binnen een organisatie is een arbeids- en taakverdeling noodzakelijk (Van der Schroeff, 1967). Eisen als verschillen in specifieke kennis, specifieke vaardigheden en ervaring maken een taakverdeling voor verschillende arbeidsverrichtingen noodzakelijk. Van der Schroeff stelt: *Een doelmatige organisatie vraagt een harmonische opbouw en afstemming van de onderscheiden arbeidstaken op een wijze, dat het totale werk op een zowel uit menselijk als uit economisch gezichtspunt verantwoorde wijze worden verricht.* (Van der Schroeff, 1967: 25)

Van der Schroeff (1967) gaat vervolgens in op het kostenmotief van taakverdeling. Zo stelt hij dat wanneer de mogelijkheid zich voordoet om de omvang van de organisatie te vergroten, er voordeel kan worden behaald wanneer een arbeidsverdeling wordt toegepast waarbij hoger en lager gewaardeerde arbeid worden gescheiden (Van der Schroeff, 1967: 25-28). Met lager gewaardeerde arbeid wordt bedoeld dat deze kan worden verricht door een arbeidskracht met een lager loon. Door het aantrekken van een lager gewaardeerde arbeidskracht is ook een hergroepering van de taken van de hoger gewaardeerde arbeidskracht nodig. Vaak zullen eenvoudige (en goedkope) taken worden afgestoten en aan de ondergeschikte worden overgedragen. Door deze taakverdeling komt een deel van de hoger gewaardeerde arbeidscapaciteit vrij voor hoger gewaardeerde taken. De Sitter (1980)

stelt eveneens dat de groei van organisaties gepaard gaat met een groei van arbeidsdeling, zowel horizontaal als verticaal. Er ontstaat dan naast routine arbeid hooggekwalificeerde specialistische arbeid. (De Sitter, 1980: 39). Ook Christensen et al. (2000) stellen dat door minder dure personen dingen te laten doen die voorheen door duurdere personen werden gedaan, één van de meest fundamentele mogelijkheden is om economische vooruitgang te bewerkstelligen. Het afstoten van lager gewaardeerde arbeid naar een lager hiërarchisch niveau wordt door Van der Schroeff verticale differentiatie genoemd (Van der Schroeff, 1967).

Ten tweede stelt Van der Schroeff dat de taakverdeling in een organisatie wordt bepaald door de specifieke eisen, die arbeidsverrichtingen stellen. Dit betekent dat voor de totstandkoming van een doelmatige organisatie, de arbeidskrachten op een plaats moeten worden gebracht die zoveel mogelijk overeenkomt met hun kennis, vaardigheden en ervaring. De taken moeten daarom op zodanige wijze worden opgebouwd, dat deze uit zoveel mogelijk gelijksoortige verrichtingen bestaan.

Bovenstaande heeft geleid tot twee grondregels voor de opbouw van arbeidstaken:

- I. Terwijl e van de meest economische arbeidsstructuur zal moeten worden gestreefd naar een opbouw van arbeidstaken, welke uit verrichtingen bestaan, die zoveel mogelijk een gelijke waardering, dat wil zeggen een gelijke beloning hebben.
- II. Gestreefd zal moeten worden de arbeidstaak op te bouwen uit verrichtingen, die – zoveel mogelijk – gelijke eisen aan de uitvoering stellen, wat betreft scholing, deskundigheid, geoefendheid, ervaring en andere persoonlijke eigenschappen, die voor de vervulling van de taak gewenst zijn. (Van der Schroeff, 1967: 27-28)

Van der Schroeff beschrijft – zoals uit bovenstaande bespreking blijkt – de motieven van arbeidsverdeling en de opbouw van arbeidstaken. Voor de opbouw van arbeidstaken draagt hij een indeling naar gelijke beloning en gelijksoortigheid van verrichtingen aan. De verdeling van arbeidstaken binnen een organisatie en de overdracht van uitvoering stelt direct de noodzaak tot samenwerking ter sprake. Immers, wanneer taken afzonderlijk worden uitgevoerd en op de juiste wijze geïntegreerd moeten worden om zo tot een goede prestatie van de organisatie te komen, is samenwerking een vereist ingrediënt. Samenwerking vereist coördinatie (Van der Schroeff, 1967). Van der Schroeff gaat bij zijn bespreking van de personele structuur van de organisatie niet verder in op het begrip 'coördinatie'. Omdat coördinatie nodig is voor samenwerking en samenwerking nodig is om de organisatie (die bestaat uit een specifieke taakverdeling) goed te kunnen laten functioneren, zullen we derhalve hieronder verder ingaan op coördinatiemechanismen in organisaties.

3.3 Coördinatie en coördinatiemechanismen

De Sitter (1982) geeft in een bondige maar heldere omschrijving het verband tussen taaksplitsing en coördinatie weer: "*Splitst men een taak, dan komt de regelende functie die voorheen de taakdelen binnen de oorspronkelijke taak coördineerde, buiten de twee nieuwe gecreëerde taken te liggen ... Splitsingen verzwaren de externe coördinatieve functies die voorheen als het ware onzichtbaar in de uitvoering ingehouden waren.*" (De Sitter, 1980: 130)

Aldus Van de Ven et al. (1976) kan coördinatie gedefinieerd worden als: *integrating or linking together different parts of an organization to accomplish a collective set of tasks.* (Van de Ven et al.,

1976: 322) Malone en Crowston formuleerden: *Coordination is managing dependencies between activities* (Malone & Crowston, 1994: 90). Malone en Crowston (1994) stellen dat wanneer er geen interdependentie is, er ook niets is om te coördineren. Beide definities hebben een belangrijk element in zich. Bij de eerste definitie wordt nadrukkelijk ingegaan op het integreren van verschillende onderdelen om een gezamenlijk pakket van taken te bereiken. In de tweede definitie valt met name op 'de afhankelijkheid tussen activiteiten'. Op basis van beide definities wordt in dit onderzoek de volgende praktische definitie gehanteerd: *Coördinatie is het integreren van verschillende onderling afhankelijke taken met het doel een gezamenlijk product of dienst van een organisatie te leveren.*

Ook Thompson (1967) gaat in op onderlinge afhankelijkheden. Hij maakt een onderverdeling in onderlinge afhankelijkheden tussen verschillende activiteiten en beschrijft de volgende drie typen:

1. Pooled interdependence; verschillende onderdelen leveren een afzonderlijke bijdrage aan het geheel en ieder onderdeel wordt in stand gehouden door het geheel.
2. Sequential interdependence; ook hier leveren verschillende onderdelen een bijdrage aan het geheel en worden zij in stand gehouden door het geheel, maar er is een directe afhankelijkheid tussen de onderdelen en de richting kan worden gespecificeerd. Malone en Crowston (1967: 113) beschrijven dit als 'sommige activiteiten zijn afhankelijk van de afronding van andere voor er gestart kan worden'.
3. Reciprocal interdependence; hier is sprake van een situatie waarin de output van ieder onderdeel input vormt voor andere onderdelen.

Volgens Thompson (1967) hangt de mate van complexiteit van de organisatie samen met de typen van afhankelijkheden. Zo hebben de minst gecompliceerde organisaties enkel 'pooled interdependence', meer complexe organisaties 'pooled' en 'sequential interdependence' en de meest complexe organisaties alle drie de vormen van interdependentie: 'Pooled', 'sequential' en 'reciprocal'. Omdat de mate van afhankelijkheid toeneemt met de complexiteit van de organisatie wordt het ook steeds lastiger de afhankelijkheden te coördineren. Thompson stelt bovendien dat er voor de drie soorten interdependentie een ander coördinatiemechanisme geschikt is:

- Ad 1. Bij 'pooled interdependence' zal coördinatie door standaardisatie het meest geschikt zijn. Dit betekent dat er routines en regels worden opgesteld die iedere actie van de verschillende onderdelen in een richting leidt die consistent is met de acties van anderen in de afhankelijkheidsrelatie.
- Ad 2. Voor 'sequential interdependence' is coördinatie door planning geschikt. Er worden plannen opgesteld voor de onderdelen die afhankelijk zijn van elkaar. Er is geen sterk routinematig handelen nodig en daardoor is het beter toepasbaar voor dynamische situaties.
- Ad 3. Wanneer sprake is van 'reciprocal interdependence' is coördinatie door 'mutual adjustment' (wederzijdse aanpassing) geschikt. Hierbij wordt tijdens het proces van handelen nieuwe informatie uitgewisseld (Thompson, 1967: 55-56).

Ook De Sitter (1982) gaat in op de drie genoemde vormen van afhankelijkheid die voortkomen uit een specifieke opstelling van de uitvoerende taken. Hij stelt dat een parallelle structuur van productie processen op organisatieniveau belangrijk is. Deze opstelling zorgt voor overzichtelijkheid en eenvoud. Echter, op het niveau van het individu is parallelle verbondenheid niet wenselijk. Doordat leden van de organisatie afzonderlijke taken uitvoeren, worden contact en samenwerking belemmerd. Problemen vanuit de gezamenlijke organisatiemgeving kunnen zodoende niet gezamenlijk worden gehanteerd.

(De Sitter, 1982: 122). In een sequentiële ofwel serieopstelling van taken is coördinatie noodzakelijk, maar moeilijk aldus De Sitter. De afhankelijkheid tussen mensen is dan asymmetrisch. Dit heeft tot gevolg dat problemen pas laat worden onderkend en dat de sfeer vaak niet goed is door verwijten tussen 'voorgaanden' en 'volgenden' in het productieproces. Gevolg is dat mensen zich meer op afscherming van het eigen werkdomrein dan op samenwerking gaan richten en dit komt efficiëntie en effectiviteit van het productieproces niet ten goede (De Sitter, 1982: 123). Bij reciproke (wederzijdse) afhankelijkheid is de opstelling van taken dusdanig dat er een symmetrische afhankelijkheid ontstaat tussen leden van de organisatie. Een wederzijdse koppeling zet volgens De Sitter leerprocessen in gang en leden van de organisatie kunnen daardoor uitvoerende en regulerende vaardigheden ontwikkelen. Deze vorm van afhankelijkheid bevordert zodoende samenwerking en effectieve probleemhantering, zowel onderling als in relatie tot de organisatieomgeving.

Bovenstaande maakt duidelijk dat – in tegenstelling tot Thompson die een zeer abstracte beschrijving geeft – De Sitter het fenomeen afhankelijkheid beoordeelt op het niveau van de architectuur van taken. Bovendien bespreekt Thompson de typen afhankelijkheid zonder daar opvattingen van effectiviteit en efficiëntie aan toe te voegen en doet De Sitter daar wel uitspraken over.

Ten aanzien van de bespreking van coördinatie door Thompson dient hier onderstaande aan toegevoegd te worden. De verschillende coördinatiemechanismen leggen tot slot een toenemende druk op communicatie en besluitvorming¹⁶, en coördinatiekosten nemen als gevolg daarvan toe. Hij zegt daarover dat om de coördinatiekosten te verminderen de units gestructureerd moeten worden. Dit gebeurt in volgorde van eerst units met reciproke interdependencies, dan de sequentiële en tot slot de units met pooled interdependencies (Thompson, 1967: 58-59).

Op basis van bovenstaande bespreking zou kunnen worden opgemerkt dat De Sitter meer een voorstander is van een opstelling van units met daarin wederzijdse afhankelijkheid, omdat samenwerking en effectieve probleemafhandeling bevordert worden, terwijl Thompson stelt dat wederzijdse afhankelijkheid afstemming duur maakt en daardoor beter via coördinatie van planning of standaardisatie kan worden gekozen voor sequentiële respectievelijk parallelle afhankelijkheid.

Niet alleen Thompson baseerde zijn indeling van coördinatiemechanismen op het werk van March en Simon uit 1958.¹⁷ Ook Van de Ven et al. (1978) beschrijven drie manieren van coördinatie die deels gebaseerd zijn op het werk van March en Simon. March en Simon stelden dat een organisatie gecoördineerd kon worden op twee manieren. Enerzijds door te programmeren en anderzijds door feedback (March & Simon in: Van de Ven et al., 1976: 323; en in: Thompson, 1967: 56). Van de Ven et al. onderscheiden de volgende drie manieren van coördinatie:

1. Onpersoonlijke coördinatie (gebaseerd op coordination by programming van March & Simon); het gaat hier om integrerende mechanismen door gebruik te maken van bijvoorbeeld vooraf vastgestelde regels, procedures, plannen en schema's. Het gaat erom dat er een onpersoonlijk gespecificeerde vastgelegde 'blauwdruk' is voor het handelen.

¹⁶ Niet alleen Thompson maar ook Galbraith (1995) wijst op het belang van informatie- en besluitvormingsprocessen om activiteiten te coördineren. Informatie- en besluitvormingsprocessen die activiteiten coördineren tussen verschillende units van een organisatie, noemt hij laterale processen (Galbraith, 1995: 41). Aldus Galbraith zijn dit mechanismen om de algemene managementbeslissingen te decentraliseren (Galbraith, 1995: 41).

¹⁷ Het werk waarnaar Thompson en later ook Van de Ven et al. verwijzen is: March, J.G. & Simon, H.A. (1958) *Organization* New York: Wiley.

2. Persoonlijke coördinatie (gebaseerd op coordination by feedback van March & Simon); bij deze wijze van coördineren gaat het om feedback en wederzijdse taakaanpassing door verticale of horizontale communicatiekanalen.
3. Groepscoördinatie (gebaseerd op coordination by feedback van March & Simon); bij deze wijze van coördineren gaat het om feedback en wederzijdse aanpassing door groepsbijeenkomsten. Dit kunnen zowel geplande als ongeplande bijeenkomsten zijn.

Van de Ven et al. onderzochten of interdependentie van taken bepalend was voor de mate van coördinatie. Voor de mate van interdependentie gebruikten zij de driedeling van Thompson en voegden daar een vierde aan toe, namelijk 'team arrangement'. Dit verwijst naar situaties waarin werk gezamenlijk wordt aangepakt door personeel van een unit, die diagnosticeren, het probleem oplossen en samenwerken om het werk te doen (Van de Ven et al., 1976: 325). Uit de studie waarin 197 werk units van een groot veiligheidsbedrijf werden onderzocht, bleek dat wanneer interdependenties benamen van 'pooled' naar 'team arrangements' er gemiddeld meer gebruik werd gemaakt van alle coördinatiemechanismen tezamen.

Coördinatie is, zoals uit bovenstaande bespreking blijkt, een belangrijk element in het functioneren van een organisatie. Ook Mintzberg bespreekt coördinatie in organisaties. Hij relateert het type coördinatiemechanisme echter niet (direct) aan het type onderlinge afhankelijkheid, maar stelt dat het type coördinatiemechanisme gerelateerd is aan hoe de functies van personen zijn opgebouwd. Daarom wordt eerst het ontwerpen van functies volgens Mintzberg besproken (1979; 1980; 1983), alvorens de coördinatiemechanismen te bespreken.

Het ontwerp van individuele posities in een organisatie hangt volgens Mintzberg (1979: 69) af van drie parameters, namelijk functiespecialisatie ('job specialisation'), institutionaliseren van gedrag ('behavior formalization'), en opleiding en indoctrinatie ('training and indoctrination').

Ten aanzien van functiespecialisatie onderscheidt hij:

Horizontale functiespecialisatie; door horizontale specialisatie ligt de focus van de medewerkers bij een zelfde sterk gespecialiseerde taak. Herhaling van het werk neemt toe, waardoor standaardisatie wordt gefaciliteerd. Het is een onderdeel van iedere organisatie. Producten/diensten kunnen uniformer en efficiënter worden geproduceerd. Bovendien zorgt het voor een sterkere focus van de werknemer waardoor zij kunnen leren in hun werk. Een laatste reden voor organisaties is dat medewerkers kunnen worden toegewezen aan een taak op basis van kennis en vaardigheden (Mintzberg, 1979: 69-71).

- Horizontale functie verrijking ('enlargement'); werknemers nemen deel aan meer verschillende taken die gerelateerd zijn aan het produceren van een goed of dienst, en daardoor wordt het werk gevarieerder (Mintzberg, 1979: 73-78).
- Verticale functiespecialisatie; uitvoering van het werk wordt hierbij gescheiden van de controle van het werk. In een verticaal gespecialiseerde functie voert de medewerker alleen het werk uit. Functies worden verticaal gespecialiseerd omdat gedacht wordt dat een ander perspectief nodig is voor hoe het werk zou moeten worden uitgevoerd. Controle over het werk wordt vaak ondergebracht bij een manager, omdat deze overzicht heeft dat nodig is voor coördinatie. Het overzicht verdwijnt bij medewerkers door uitvoering van smalle taken vanwege horizontale taakspecialisatie (Mintzberg, 1979: 71-72).
- Verticale functie verrijking; wanneer een functie verticaal verrijkt wordt betekent dit dat de medewerker niet alleen meer taken gaat uitvoeren, maar dat hij/zij ook in toenemende mate

controle krijgt over zijn/haar werkzaamheden. Dat wil zeggen dat hij/zij meer controle krijgt over de beslissingen die nodig zijn voor uitvoering van de taken en over de doelen en richtlijnen die gevolgd worden in de beslissingen (Mintzberg, 1979: 71, 75-78).

Jaegers et al. (1998: 26) stellen dat door het toewijzen van taken aan mensen, functies ontstaan.¹² Posities in een organisatie kunnen ook vormgegeven worden door het institutionaliseren van gedrag ('behavior formalization'¹³) (Mintzberg, 1979). Ten eerste kan de functie geformaliseerd worden. Dat wil zeggen er wordt een vaste vorm aan gegeven door specificaties vast te leggen in een functieomschrijving. In de tweede plaats kan het werkproces ('work flow') geformaliseerd worden. Specificaties worden dan niet aan de functie maar aan het werk zelf verbonden. Ten derde kan gedrag geïnstitutionaliseerd worden door regels op te stellen. Dit kan voor alle functies, werkprocessen en medewerkers (Mintzberg, 1979: 81-83). In alle drie de vormen wordt gezag over hoe het werk uitgevoerd dient te worden overgedragen aan de persoon die de specificaties en regels opstelt (Mintzberg, 1979: 82). Institutionaliseren van gedrag in een organisatie kan verschillende redenen hebben. De belangrijkste zijn; om activiteiten te coördineren, voor berekenbaarheid (precisie) van de organisatie, voor consistentie waardoor efficiënt geproduceerd kan worden, en voor gelijke behandeling van klanten.

Tot slot kunnen volgens Mintzberg (1979) functies worden vormgegeven door specificaties te ontwikkelen die de behoeftigheden voor het behouden van een baan weergeven. Doel hiervan is dat de persoon die de functie gaat uitvoeren voordat hij/zij aan zijn/haar werk begint het noodzakelijke gedrag internaliseert. Tussen opleiding en indoctrinatie bestaat een belangrijk onderscheid. Opleiding verwijst aldus Mintzberg naar het proces waarin aan de functie gerelateerde vaardigheden en kennis zijn onderwezen. Bij indoctrinatie gaat het om het proces waardoor de normen van de organisatie worden verworven (Mintzberg, 1979: 95-103).

Na de beschrijving van de drie parameters – functiespecialisatie, institutionaliseren van gedrag, en opleiding en indoctrinatie – blijkt dat deze parameters niet geheel onafhankelijk zijn van elkaar. Volgens Mintzberg bestaan er twee fundamenteel verschillende functies. Enerzijds bestaan er ongeschoolde taken ('unskilled tasks'), waarin het werk sterk gerationaliseerd is. Er is sprake van verregaande horizontale- en verticale specialisatie en het wordt vaak gecoördineerd en gecontroleerd door directe institutionalisering van gedrag (specificatie van de functies, werkprocessen en/of door regels). Anderzijds bestaan er professionele taken. Omdat het werk complex is en niet goed verticaal gespecialiseerd kan worden of geformaliseerd door specificaties en regels, maar wel horizontaal gespecialiseerd, wordt coördinatie veelal bereikt door de standaardisatie van vaardigheden in opleidingsprogramma's (Mintzberg, 1979). Mintzberg duidt er wel op dat formalisatie en training geen substituten van elkaar hoeven te zijn, maar dat ze elkaar kunnen aanvullen.

Mintzberg (1980) zag coördinatie in een organisatie als één van de vier elementen¹⁴ die de structuur van de organisatie bepalen. Bij het structureren van organisaties ligt volgens Mintzberg (1980) de focus op de arbeidsdeling (division of labor) in een organisatie in een aantal verschillende taken en

¹² In Engelstalige literatuur wordt vaak gesproken over 'positions' en 'jobs' (Jaegers et al., 1998).

¹³ Formalisering betekent: schriftelijke vastlegging (Jaegers et al., 1998: 23).

¹⁴ Deze elementen zijn: 1 – De basisonderdelen van de organisatie, 2 – De coördinatiemechanismen, 3 – De ontwerpparameters, en 4 – De contingentiefactoren.

vervolgens de coördinatie van deze taken ten behoeve van het gezamenlijke doel van de organisatie. Op basis van de literatuur die beschikbaar was over coördinatie, beschreef Mintzberg in 1980 vijf coördinatiemechanismen (Mintzberg, 1980: 324; Mintzberg, 1983: 3-9):

- I. Directe supervisie; waarbij één individu specifieke instructies geeft aan anderen en daardoor hun werk coördineert.
- II. Standaardisatie van werkprocessen; het werk wordt gecoördineerd door het opleggen van standaarden om het werk zelf in goede banen te leiden (Bijvoorbeeld: voorschriften, richtlijnen, reglementen etc.)
- III. Standaardisatie van outputs; het werk wordt gecoördineerd door het opleggen van standaard prestatie indicatoren, of specificaties ten aanzien van de producten.
- IV. Standaardisatie van vaardigheden; het werk wordt gecoördineerd door internalisatie van standaard vaardigheden en kennis door de medewerkers, meestal voordat zij met het werk beginnen.
- V. Wederzijdse aanpassing; individuen coördineren hun eigen werk door informeel met elkaar te communiceren.

Mintzberg stelt in tegenstelling tot Thompson – die coördinatiemechanismen in verband bracht met complexiteit van interdependencies – dat naarmate het werk van een organisatie complexer wordt (van 'unskilled tasks' naar professionele taken), de meest optimale vorm van coördinatie verschuift van wederzijdse aanpassing, naar directe supervisie, naar standaardisatie in volgorde van werkprocessen, outputs en vaardigheden, om vervolgens terug te keren naar wederzijdse aanpassing. Terugkeren naar wederzijdse aanpassing is volgens Mintzberg noodzakelijk wanneer het niet mogelijk blijkt de taken binnen de organisatie op enige wijze te standaardiseren. Mintzberg stelt bovendien dat de meeste organisaties alle vijf de mechanismen toepassen en iedere organisatie altijd een zekere mate van directe supervisie en wederzijdse aanpassing nodig heeft (Mintzberg, 1983: 7-8).

Het is mogelijk dat coördinatiemechanismen zoals beschreven en bestudeerd door verschillende bovengenoemde auteurs in meer of mindere mate ook van toepassing zijn op het functioneren van organisaties in de gezondheidszorg. Hieronder zal met een recentelijke bespreking van coördinatiemechanismen binnen groepen van zorgverleners een laatste toevoeging worden gedaan aan de bespreking van coördinatiemechanismen. Juist deze studie is toegevoegd omdat in het kader van dit onderzoek ook naar een groep van zorgverleners, namelijk binnen huisartsenvoorzieningen, gekeken zal worden.

Gittel (2002) verrichtte een studie naar coördinatiemechanismen in groepen van zorgverleners en hanteerde daarbij het volgende onderscheid in formele coördinatiemechanismen (Gittel, 2002: 1409-1411):

- I. Routines – Volgens de auteur faciliteren routines gecoördineerd handelen door vooraf de taken te specificeren en de volgorde waarin zij uitgevoerd dienen te worden.
- II. Boundary spanners – 'Boundary spanners', ook wel bekend als 'cross functional liaisons' zijn personen die als primaire taak hebben het werk van andere personen te integreren.
- III. Teammeetings – In teambijeenkomsten is er de mogelijkheid voor aanwezigen om taken direct met anderen te coördineren.

Volgens Gittel zijn coördinatiemechanismen structuren die ofwel interactie faciliteren ('boundary spanners' en 'team meetings'), of die de behoefte aan interactie reduceren (routines). Daarom

onderscheidt de auteur ook 'relational coordination', dat het proces van interactie zelf aangeeft. Het gaat hierbij om de interacties tussen de deelnemers. In het kader van 'relational coordination' wijst Gittell (2002: 1410) ook naar 'mutual adjustment', aangedragen als coördinatiemechanisme door onder andere Thompson en Mintzberg. Uit de studie van Gittell blijkt dat 'relational coordination' een intermediaire rol heeft wanneer gekeken wordt naar prestaties. De drie bovengenoemde coördinatiemechanismen verbeteren de prestaties door de mate van 'relational coordination' tussen deelnemers te verhogen.

3.4 Overzicht van coördinatiemechanismen

Om een overzicht aan te geven van de verschillende coördinatiemechanismen, genoemd door de verschillende auteurs, is onderstaande tabel opgesteld. Deze tabel heeft ten doel een ordening aan te brengen in de genoemde coördinatiemechanismen. Sommige auteurs benoemen coördinatiemechanismen exact hetzelfde (mutual adjustment), anderen spreken over bijvoorbeeld routines en standaardisatie, maar geven daarvoor een soortgelijke omschrijving. De verschillende mechanismen zijn in de tabel gelabeld door een kleur. Onder de tabel is te lezen hoe de samenvoeging en/of categorie van mechanismen voor dit onderzoek wordt omschreven.

	Thompson	Van de Ven et al.	Mintzberg	Gittell
1	standardization	impersonal coordination mode	direct supervision	routines
2	planning	personal coordination mode	standardisation of work processes	boundary spanners
3	mutual adjustment	group coordination mode	standardisation of outputs	team meetings
4			standardisation of skills	
5			mutual adjustment	

Tabel 3.1: Overzicht coördinatiemechanismen en gegroepeerd naar type

Op basis van een ordening van bovenstaande tabel en een overdenking van de coördinatiemechanismen uit de bovengenoemde literatuur, kan voor dit onderzoek een nieuwe typering van coördinatiemechanismen worden opgesteld.

<u>Coördinatie die tot stand komt:</u>	<u>Coördinatiemechanismen:</u>
Zonder interactie van personen:	1) Protocollen 2) Planning
Door onderlinge communicatie tussen twee personen (zowel verticale als horizontale communicatie):	3) Afstemming van taken tussen twee personen
Doordat meer dan 2 personen er gelijktijdig over spreken:	4) Afstemming van taken tussen méér dan twee personen
Doordat iemand specifieke instructies geeft:	5) Directe supervisie
Doordat personen een training of opleiding hebben voltooid zodat zij geschikt zijn voor de taak en collega's weten wat zij kunnen verwachten:	6) Gestandaardiseerde vaardigheden
Door personen wiens hoofdtaak het integreren van het werk van anderen is:	7) Coördinator

Tabel 1.2: Typering coördinatiemechanismen

Doel van deze typering is dat tijdens het veldonderzoek de respondenten aan kunnen geven met welke coördinatiemechanismen zij te maken hebben in hun taakuitoefening. Deze indeling leidt tot zeven coördinatiemechanismen.

3.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de theoretische onderbouwing van het te onderzoeken 'fenomeen' beschreven. Zoals aan het begin van dit hoofdstuk is uitgelegd, zal het onderzoek plaatsvinden in huisartsenvoorzieningen binnen gezondheidscentra. Binnen deze voorzieningen zal gekeken worden naar de taakverdeling tussen de huisarts en zijn/haar ondersteunende disciplines. In de literatuur zal als achtergrond studie onderzocht worden welke verdeling van taken in de huisartsenzorg op dit moment zijn terug te vinden. De specifieke inventarisatie van de noodzaak van en de bestaande coördinatiemechanismen in huisartsenvoorzieningen zal met behulp van vraaggesprekken worden uitgevoerd. Na de bespreking van verschillende indelingen van coördinatiemechanismen door verschillende onderzoekers, is voor dit onderzoek een lijst met mechanismen opgesteld. De bevindingen in de praktijk zullen geanalyseerd worden met dit gedeelte van het theoretisch kader met de theoretische onderbouwing door de bij het coördinatiemechanisme behorende onderzoeker(s).

Hoofdstuk 4

ONDERZOEKSOPZET

4.1 Inleiding

In de voorgaande twee hoofdstukken zijn het conceptueel kader en het theoretisch kader gepresenteerd. Het conceptueel kader vormt het uitgangspunt van het onderzoek met daarin verwerkt de vooronderstellingen en het theoretisch kader vormt de theoretische beschouwing van hoofdzakelijk arbeidsverdeling en coördinatie. Beide hoofdstukken geven sturing aan het onderzoek. Dit hoofdstuk dient er echter toe inzichtelijk te maken hoe de studie is uitgevoerd, dat wil zeggen welke stappen zijn gevolgd en welke dataverzamelings- en analysemethoden zijn gebruikt. Allereerst wordt kort besproken waarom voor case study onderzoek is gekozen. Daarna zullen de stappen in het case study onderzoek worden genoemd. Vervolgens wordt besproken welke cases zijn geselecteerd en hoe dit is gedaan. Tot slot wordt kort ingegaan op de dataverzameling en -analyse.

4.2 Aard van het onderzoek

Voor dit onderzoek is de case study methode gehanteerd. Yin (1984) stelt dat er drie factoren zijn die bepalen welk studie design gekozen moet worden. Deze factoren zijn (Yin, 1984: 16-17): [a] het type onderzoeksvraag, [b] de mate van controle die een onderzoeker over de actuele gebeurtenissen heeft, [c] de focus op hedendaagse, dan wel historische gebeurtenissen. Kijken we naar de voor dit onderzoek opgestelde onderzoeksvraag – Op welke wijze... – dan zien we dat we te maken hebben met een 'hoe' vraag. Er kon daarnaast geen enkele controle worden uitgeoefend op de gebeurtenissen die plaatsvonden. Taakverschuivingen binnen huisartsenpraktijken waren reeds gaande. Bovendien lag in dit onderzoek de focus op hedendaagse gebeurtenissen. We wilden inventariseren welke taakverschuivingen in de onderzoeksperiode plaatsvonden en wat er als gevolg daarvan voor de huisarts veranderde/ was veranderd. Deze drie factoren (een 'hoe' vraag, geen controle over gebeurtenissen en de focus op hedendaagse gebeurtenissen) bepalen volgens Yin, dat hier sprake was van een onderzoekssituatie waarin een case study de meeste voordelen bood (Yin, 1984). Yin heeft een case study als volgt gedefinieerd (Yin, 1981 in Yin: 1984: 23).

"A case study is an empirical inquiry that:

- investigates a contemporary phenomenon within its real-life context; when*
- the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident; and in which*
- multiple sources of evidence are used."*

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een 'multiple-case design'. De gekozen cases, vertoonden theoretische verschillen en daarnaast verschillen in omvang, geografische ligging en samenstelling. Daardoor vervulde iedere case een specifiek doel in het totale onderzoek (Yin, 1984).

Een case study bestaat uit een aantal onderdelen (o.b.v. Yin, 1984: 51). Deze onderdelen dienen in een bepaalde volgorde te worden uitgevoerd.

- De eerste stap is het opstellen van een theoretisch model voor het onderzoek (daarbij worden ook de vraagstellingen geformuleerd). De theoretische perspectieven die opgenomen worden geven richting aan het selecteren van de cases, de ontwikkeling van het dataverzamelingsprotocol en ideeën ten aanzien van data-analyse strategieën.
- De tweede stap betreft de selectie van de cases.
- De derde stap betreft het ontwerpen van een protocol ten aanzien van de dataverzameling.
- Daarna worden de afzonderlijke case studies (achtereenvolgens) uitgevoerd (stap 4). Van iedere case wordt een individuele casebeschrijving gegeven.
- De vijfde stap bestaat uit het formuleren van gedeelde en onderling afwijkende conclusies ('cross case analyse').
- De resultaten van de cross case analyse worden daarna gekoppeld aan het theoretisch kader. Op basis van de koppeling praktijk aan theorie kan de theorie desgewenst worden bijgesteld (stap 6).
- Tot slot wordt een case overschrijdend verslag geschreven (stap 7).

Het onderzoek is hoofdzakelijk kwalitatief, dat wil zeggen dat de meeste data werden verzameld door middel van interviews. Door middel van documentenanalyse (administratieve documenten) werd gezocht naar cijfermatige gegevens met betrekking tot praktijkomvang en het aantal contacten per jaar per fe huisarts en de gemiddelde consultduur per jaar.

De bronnen voor dit onderzoek zijn beschikbare literatuur over taakverschuiving en theoretische inzichten van onder andere Van der Schroeff, Mintzberg, Thomason (functiespecialisatie, organisatietypering; arbeidsdeling, coördinatie, standaardisatie van vaardigheden etc.), data uit de interviews (op recorder en uitgeschreven) en statistische achtergrond data van de cases en de praktijken die als vergelijkingscase dienden.

4.3 Selectie van de cases

Cases in dit onderzoek zijn huisartsenpraktijken, bij voorkeur gevestigd in gezondheidscentra. Om de volgende redenen is gezocht naar praktijken in gezondheidscentra:

- Een trend is dat er steeds meer gezondheidscentra komen in Nederland (De Bakker et al., 2005).
- Het is aannemelijk dat binnen gezondheidscentra eerder ondersteunend personeel kan worden aangenomen, omdat de kosten hier over meer personen kunnen worden verspreid en omdat verzekeraars voor financiering grotere samenwerkingsverbanden vereisen.
- Op basis van de beschikbare literatuur kan worden gemeld dat in gezondheidscentra relatief vaker taakverschuivingen plaatsvinden (De Bakker et al., 2005).

- Afstemming wordt als een belangrijk onderdeel gezien van samenwerkingsverbanden. Als in eerstelijnscentra meer wordt samengewerkt, speelt hier het coördinatievraagstuk van de huisarts ten opzichte van andere disciplines sterker. Dit maakt gezondheidscentra daardoor voor dit onderzoek tot interessantere cases.

4.4 Dataverzameling en analyse

Voor de dataverzameling is een case study protocol ontworpen en besproken. Dit protocol bestaat uit een overzicht van de respondenten per case en wanneer zij werden geïnterviewd, welke interviewlijsten werden gehanteerd en welke data werden opgevraagd. Als analytische strategie om het bewijs van de case studies te analyseren is voor alle cases een casebeschrijving ontwikkeld. Deze beschrijving is voorgelegd aan minimaal één huisarts per praktijk die deelnam aan een interview. Vervolgens zijn deze casebeschrijvingen onderling vergeleken en zijn op basis daarvan cross case uitspraken gedaan. Daarna is een vergelijking gemaakt met data van praktijken zonder praktijkondersteuning. Het betrof hier met name een kwantitatieve vergelijking.

4.5 Kwaliteit van het onderzoeksdesign

In de sociale wetenschap zijn vier eisen van bijzonder belang voor de kwaliteit van het onderzoek, namelijk: construct validiteit, interne validiteit, externe validiteit en betrouwbaarheid. Deze worden door Yin (2003) als volgt omschreven:

- Construct validiteit: *establishing correct operational measures for the concepts being studied* (2003: 34)
- Interne validiteit: *establishing a causal relationship, whereby certain conditions are shown to lead to other conditions, as distinguished from spurious relationships* (2003:34)
- Externe validiteit: *establishing a domain to which a study's findings can be generalized* (2003:34)
- Betrouwbaarheid: *demonstrating that the operations of a study – such as the data collection procedures – can be repeated, with the same results* (2003:34)

Om de construct validiteit te optimaliseren is het van belang dat meerdere bronnen van bewijs worden gebruikt, dat er een keten van bewijs wordt geconstrueerd en dat hoofd informanten de casebeschrijving beoordelen op juistheid van de gepresenteerde informatie. In dit onderzoek zijn voor iedere casebeschrijving meerdere bronnen van bewijs gebruikt en meerdere interviews gehouden. Daarnaast zijn de casebeschrijvingen beoordeeld op juistheid door een huisarts per praktijk.

Interne validiteit kan geoptimaliseerd worden door de volgende analytische tactieken: patroon matching (pattern-matching²¹), het construeren van een verklaring (explanation building²²),

²¹ Een op empirische data gebaseerd patroon wordt vergeleken met één of meer voorspeldde patronen (Yin, 2003: 118).

rivaliserende verklaringen te benoemen (address rival explanations²³) en het gebruik van logische modellen (logic models²⁴). Interne validiteit is in dit onderzoek getracht te verbeteren door patroon matching toe te passen en door rivaliserende verklaringen te benoemen. Externe validiteit kan versterkt worden door theorie te gebruiken bij enkelvoudige case studies en bij meervoudige case studies, de cases een herhaling van elkaar te laten zijn. De cases in dit onderzoek waren een herhaling van elkaar. Van ieder type praktijk (met POH en met POH en NP) zijn twee cases gezocht. De betrouwbaarheid kan worden verbeterd door een 'case study protocol' te ontwikkelen en een case study database op te zetten. In het kader van deze studie is een case study protocol geschreven en besproken. Bij iedere praktijk zijn dezelfde vragenlijsten gehanteerd. Daarnaast is al het verzamelde materiaal opgeslagen in ordners en op de computer.

4.6 Samenvatting

Het onderzoek betreft een multiple case study waarbij een zevental stappen in acht dienen te worden genomen aldus Yin. Deze stappen zijn gevolgd in dit onderzoek en de weergave van stap vier is te vinden in het volgende hoofdstuk. De resultaten van de cross case analyse (stap vijf) zijn te lezen in hoofdstuk zes. Stap 7 – vergelijking empirie met de theorie – is terug te vinden in het zevende hoofdstuk. Hoofdstuk 8 bestaat uit een weergave van de belangrijkste conclusies en een beantwoording van de onderzoeksvragen. Yin typeert dit als een case overschrijdend verslag.

²³ Doel is door het analyseren van de empirische data een verklaring ten aanzien van de case te construeren (Yin, 2003: 120).

²⁴ Door rivaliserende verklaringen te benoemen, wordt het onderwerp van studie vanuit verschillende perspectieven belicht en wordt afgewaan voorkomen bij de kritische lezer (Yin, 2003: 163).

²⁵ De empirisch waarneembare gebeurtenissen worden gematcht met de theoretisch voorspelde gebeurtenissen en dit gebeurt in verschillende fasen (Yin, 2003: 127).

Hoofdstuk 5

BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOCHE CASES

Voor het onderzoeken van taakverschuivingen en coördinatiemechanismen in huisartsenpraktijken zijn vier huisartsenpraktijken geselecteerd. Drie praktijken bevinden zich in een gezondheidscentrum en één praktijk zal nog verhuizen naar een gezondheidscentrum. Alle centra hebben ervaring met POH-ers en daarnaast ook met een NP (waarvan bij één praktijk in opleiding). De praktijken hebben een wisselende samenwerking en/of een wisselende omvang van de inzet van ondersteunende disciplines. In dit hoofdstuk zal van iedere huisartsenpraktijk een korte beschrijving worden gepresenteerd. De volledige individuele casebeschrijvingen op basis van de verzamelde data, zijn te vinden in bijlage 6.

5.1 Case 1: Gezondheidscentrum te Utrecht

Op 1 februari 1999 werd dit gezondheidscentrum geopend op een tijdelijke locatie met op dat moment één huisarts. Het nieuwe pand van het gezondheidscentrum is op 6 juni 2006 geopend. Case 1 is één (en de eerst geopende) van de vijf gezondheidscentra vallend onder de Stichting Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra (LRJG).²⁵ Leidsche Rijn is een VINEX locatie aan de westkant van Utrecht. Er is een stadsdeel in ontwikkeling waar 30.000 woningen zullen komen voor 80.000 mensen. Begin 2005 waren 10.000 woningen opgeleverd of in aanbouw. De wijk waarin het centrum zich bevond was op dat moment zo goed als af.

De directie van de Julius gezondheidscentra bestaat uit 2 personen; een algemeen medisch directeur en een adjunct directeur bedrijfsvoering. Daarnaast heeft ieder gezondheidscentrum een centrummanager. Het team binnen Case 1 bestaat in 2007 uit 8 huisartsen en één huisarts in opleiding, 6 centrumassistenten, 2 praktijkondersteuners en 4 fysiotherapeuten. Deze zorgverleners zijn allen in loondienst van de Stichting LRJG. De huisartsen zijn in het kader van evidence based medicine verbonden aan het Huisartsen Netwerk Utrecht (HNU) en de divisie Julius Centrum van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Dit betekent dat zij meedoen aan wetenschappelijk onderzoek door gegevens beschikbaar te stellen. Eén van de huisartsen is tevens centrummanager. Daarnaast bevinden zich in het centrum een groot aantal zorgaanbieders, ook van andere organisaties, aan wie de stichting opdracht biedt en met wie zij goed samenwerken.²⁶

²⁵ Reclamevoorlopers van de stichting waren de Stichting Geïntegreerde Eerstelijnszorg in Leidsche Rijn (GEL) en de Stichting Gezondheidscentra Leidsche Rijn (GLR).

²⁶ In het gezondheidscentrum is daarnaast het volgende zorgaanbod te vinden: Academisch deskundiger, apothek, consultatiebureau, consultatiebureau ouderen, diëtist, laboratoriumonderzoek, logopedie, LR Gezondheidsproject, maatschappelijk werk, ouderenadviseur, podotherapie, psycholoog, schoolarts, SPV, tandartsen, verloskunde en verslavingszorg.

De praktijkondersteuner in het centrum houdt zich bezig met de behandeling van Diabetes Mellitus, hoge bloeddruk (hypertensie), COPD, astma en stoppen met roken.

Case 1	Aantal fte	Aantal personen	Verhouding naar fte in %	Opmerkingen
Huisartsen	4,0	8	44%	In loondienst van stichting
Praktijkassistenten	3,79	6	42%	In loondienst van stichting
POH-ers	1,26	2	14%	In loondienst van stichting en 0,36 i.o.
Totaal	9,05	15	100%	

Tabel 5.3: Disciplines en omvang in Case 1

Bijzonderheden:

- De Julius gezondheidscentra streven naar nadere specialisatie binnen de huisartsenzorg en fysiotherapie (Van Damme 2007);
- De Julius gezondheidscentra willen de gemiddelde omvang van een (voltijds) huisartsenpraktijk afstemmen op de in de CAO Gezondheidscentra gehanteerde norm en rekenformule. Hierbij zal indien mogelijk rekening worden gehouden met de academiseringstaken. Jaarlijks worden op het niveau van de stichting en de individuele centra vooraf na te streven productieafspraken gemaakt (te realiseren omzet huisartsenzorg, praktijkondersteuning en fysiotherapie) (Van Damme, 2007);
- De Julius gezondheidscentra creëren waar mogelijk eigen diagnostische faciliteiten (bijvoorbeeld echografie, spirometrie, doppler en eekgcardiografie), bedt diverse kleine chirurgische verrichtingen aan en ontwikkelt een eigen productportfolio ten aanzien van multidisciplinaire en therapeutische zorgprogramma's (Van Damme, 2007).

5.2 Case 2: Huisartsenpraktijk te Delft

Case 2 is de enige huisartsenpraktijk in deze studie die op het moment dat de praktijk benaderd werd voor deelname niet gevestigd was in een gezondheidscentrum. De praktijk verhuisde in december 2007 naar Gezondheidscentrum Vermeertoren.²⁷

In deze huisartsenpraktijk zijn ten tijde van dit onderzoek drie huisartsen werkzaam, waarvan 2 HIDA's. Samen vervullen zij een dienstverband van 2.0 fte.²⁸ Er is daarnaast 2.0 fte²⁹ assistentie aanwezig, vervuld door drie assistenten. De formatie huisartsen en assistenten is sinds 2001 ongewijzigd. Er is 0.53 fte³⁰ POH aanwezig, vervuld door 3 POH-ers. POH is gestart in 2002, vanaf 1 januari 2002 0.2 fte en sinds 1 september 2002 0.53 fte. Na 1 september 2002 is de formatie gelijk gebleven. Wel zijn er veranderingen opgetreden in de personen en in de werkzaamheden. Er

²⁷ In het gezondheidscentrum zullen zich vestigen: een thuiszorgorganisatie, twee apotheken, een fysiotherapeutengroep en nog een andere huisartsenpraktijk.

²⁸ Het fte huisartsen is berekend op basis van het aantal dagen dat de huisartsen werkzaam zijn in de praktijk (in dit geval samen 10 dagen).

²⁹ 1 fte assistentie betreft 35 uur per week.

³⁰ 1 fte POH betreft 40 uur per week.

is 0,6 fte³¹ NP aanwezig, vervuld door één NP'er. De NP'er is sinds juni 2007 afgestudeerd en startte de opleiding in september 2005. In 2004 was er korte tijd een andere NP in opleiding in de praktijk werkzaam, maar deze heeft voor 2005 de praktijk verlaten.

De drie huisartsen werken allen parttime (3, 3 en 4 dagen). Op elke dag van de week zijn er twee artsen aanwezig. De spreekuren zijn zo opgezet dat er altijd één arts aanwezig is, wanneer de andere arts bijvoorbeeld zijn huisbezoeken doet. De huisartsen hebben zich niet gespecialiseerd maar 2 van de 3 huisartsen hebben wel een specifiek aandachtsgebied, wat inhoudt dat zij ook verantwoordelijk zijn voor de afstemming met de POH'er op dat gebied. Eén huisarts heeft als aandachtsgebied ouderen en een ander heeft als aandachtsgebied Diabetes Mellitus (DM).

De assistenten en twee praktijkondersteuners zijn evenals de HIDHA's in dienst van de praktijkhoudende huisarts. De andere praktijkondersteuner (0,1 fte) en de NP (0,6 fte) zijn gedetacheerd in de praktijk door zorgorganisatie Careyn (voorheen Maazorg).

De NP heeft 3 dagen per week vrij spreekuur voor eenvoudige klachten die snel kunnen worden gezien. De artsen zijn aanwezig om in gevallen waarin dat nodig is advies te geven. De drie praktijkondersteuners hebben ieder een eigen aandachtsgebied. Eén praktijkondersteuner houdt zich bezig met de controle en behandeling van diabetespatiënten. Eén praktijkondersteuner heeft als speciaal aandachtspunt hartfalen en houdt zich bezig met ouderen. Tot slot is er een praktijkondersteuner werkzaam die naast managementtaken als aandachtspunt de controle bij schildklierproblemen heeft.

Case 2	Aantal fte	Aantal personen	Verhouding naar fte in %	Opmerkingen
Huisartsen (praktijkhoudend)	2,0	1	39%	
HIDHA's		2		In loondienst van huisarts
Praktijkassistenten	2,0	3	39%	In loondienst van huisarts
POH-ers	0,53	3	10%	Twee in dienst, 1 gedetacheerd
NP	0,6	1	12%	Gedetacheerd
Totaal	5,13	10	100%	

Tabel 5.1: Disciplines en omvang in Case 2

5.3 Case 3: Gezondheidscentrum te Vriezenveen

In oktober 2004 is gestart met de bouw van dit gezondheidscentrum, in opdracht van woningstichting Vriezenveen/Westerhaar en in februari 2006 is het centrum geopend. In het gezondheidscentrum bevindt zich op de begane grond een huisartsenpraktijk met drie praktijkhoudende huisartsen. De zorgaanbieders in Case 3 zijn huurder in het gezondheidscentrum.³²

³¹ 1 fte NP betreft 40 uur per week.

³² In het centrum zijn naast de huisartsenpraktijk aanwezig: een apotheek, het Zorgloket van de gemeente Twenterand samen met de stichting Welzijn Ouderen, een prikpoli en een fysiotherapeut. Ook zijn er drie thuiszorgorganisaties, twee praktijken voor fysiotherapie en twee organisaties voor geestelijke gezondheidszorg gevestigd. Bovendien heeft de gemeente Twenterand een lunch- en presentatieruimte ingericht in het gebouw.

De drie praktijkhoudende huisartsen in dit gezondheidscentrum vormen een HOED. De huisartsen maken geen deel uit van een gezondheidscentrum volgens de richtlijnen van de LVG. Alle disciplines in het pand huren een ruimte. Er wordt door de huisartsen geen subsidie verkregen voor samenwerking in een gezondheidscentrum.

In deze HOED zijn ten tijde van dit onderzoek vijf huisartsen werkzaam, waarvan drie praktijkhoudende huisartsen en twee huisartsen in dienst van een huisarts (HIDHA's). De vijf huisartsen werken allen parttime (drie keer 4 dagen, 16 uur en 20 uur). Op basis van het aantal werkzame dagen en dienstverband van de HIDHA's vervul en zij een dienstverband van 3.32 fte. Er is daarnaast 3.59 fte³³ assistentie aanwezig, vervuld door 6 assistenten. Er is 0.95 fte³⁴ POH aanwezig, vervuld door 2 POH-ers waarvan één POH gedetacheerd via Medithuis³⁵.

De huisartsen hebben zich niet gespecialiseerd, maar zij hebben wel een aandachtsgebied. Op basis van deze aandachtsgebieden wijzen zij ook patiënten naar elkaar door en worden gerichte cursussen gevolgd. Eén van de huisartsen heeft als interessegebied DM en COPD, een ander richt zich op gynaecologie en verloskunde en de derde praktijkhoudend huisarts houdt zich bezig met het interpreteren van ECG's en reizigersadvisering- en vaccinatie. De praktijk beschikt over echoapparatuur voor het nader onderzoeken en interpreteren van onder andere buikklachten. Er worden door het gebruik van echoapparatuur geen M&I verrichtingen gedeclareerd.

De praktijkverpleegkundigen zijn aangesteld voor de begeleiding van chronische ziekten. Er is een diabetes spreekuur, een spreekuur CVRM en er is gestart met een astma/COPD spreekuur. Bij het CVRM spreekuur zijn ook enkele doktersassistenten betrokken.

Case 3	Aantal fte	Aantal personen	Verhouding naar fte in %	Opmerkingen
Huisartsen (praktijkhoudend)	3,32	3	42%	
HIDHA's		2		In loondienst bij huisartsen
Praktijkassistenten	3,59	6	46%	In loondienst bij huisartsen
POH-ers	0,95	2	12%	Eén in loondienst, één gedetacheerd
Totaal	7,86	13	100%	

Tabel 5.4: Disciplines en omvang in Case 3

5.4 Case 4: Gezondheidscentrum te Hooglanderveen

Op 15 augustus 2002 werd de Stichting Gezondheidscentra Vathorst opgericht en 1 september 2002 werd in een aanpalende wijk het Gezondheidscentrum 'Watersteeg' opgericht. De huisartsenzorg

³³ 1 fte assistentie betreft 36 uur per week.

³⁴ 1 fte POH betreft 40 uur per week.

³⁵ Medithuis is een samenwerkingsverband van Thuiszorg Noord West Twente (TNWT) en Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) locatie Twenteborg Ziekenhuis waarin alle gezamenlijke transmurale activiteiten zijn ondergebracht (<http://www.zgt.nl/site/loader?nader.aspx?DOCUMENTID=85689b77-56DC-4c36-b484-4e2012558acd>, 07/11/2007).

bestond op dat moment uit één huisarts en één assistente. 1 Januari 2003 startte het gezondheidscentrum met twee huisartsen in de huidige tijdelijke voorziening in de wijk Vathorst. Aan de noordoostkant van Amersfoort wordt de VINEX wijk Vathorst gebouwd. Er komen zo'n 11.000 woningen. De Stichting Gezondheidscentra Vathorst beheert Case 4. Het aantal ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk groeit snel. Dit is te verklaren doordat de wijk Vathorst een VINEX locatie is.

De directie, medewerker algemene dienst, praktijkondersteuner, nurse practitioner en centrumassistenten zijn in dienst van de stichting. De huisartsen zijn verenigd in een maatschapconstructie en zijn aan de stichting verbonden door middel van een toelatingsovereenkomst.³⁶ Sinds 2006 worden naast reguliere spreekuren ook kleine chirurgische ingrepen uitgevoerd. Op 1 oktober 2007 is gestart met het klantgericht inloop spreekuur (KIS). Ingeschreven patiënten kunnen via de website van het centrum zelf een afspraak inplannen voor eenvoudige klachten, in de reguliere spreekuren ontstaat daardoor meer tijd voor complexere zorgvragen. De inkomsten van de huisartsen kunnen worden onderverdeeld in een inkomensdeel en een kostendeel. Het kostendeel dragen de huisartsen af aan de stichting. In ruil daarvoor regelt de stichting de inzet van de centrumassistenten, de POH, de NP en facilitaire zaken.

In dit gezondheidscentrum zijn ten tijde van dit onderzoek vijf huisartsen werkzaam, waarvan 1 HIDHA bij één van de vier huisartsen. Samen vervullen zij een dienstverband van 3.3 fte.³⁷ Er is daarnaast 4.53 fte³⁸ assistente aanwezig, vervuld door 7 assistenten en één administratief medewerker. De formatie huisartsen en assistenten is sinds 2003 ieder jaar in omvang gegroeid. Er is 0.7 fte³⁹ afgestudeerde POH aanwezig, en 0.39 fte POH in opleiding aanwezig. POH is gestart in 2006, vanaf 1 januari 2006 0.2 fte en in het najaar 0.3 fte. Per 1 februari 2007 is er een nieuwe afgestudeerde POH in de praktijk gestart. Er is 0.6 fte⁴⁰ NP aanwezig, vervuld door één NP'er in opleiding. De NP'er is in september 2006 met de opleiding gestart en zal vermoedelijk in juni 2008 afstuderen.

De vijf huisartsen werken a en partime (4, 4, 4, 2.5 en 2 dagen). De huisartsen hebben zich gespecialiseerd en zijn bezig zich verder te specialiseren. Een huisarts heeft als specifieke aandachtsgebieden KNO, astma/COPD en allergologie. Een andere huisarts heeft als aandachtsgebied cardiovasculair risicomanagement (hieronder valt behandeling en begeleiding bij hypertensie, cholesterol en diabetes, en ECG's maken en beoordelen). Verder specialiseert één huisarts zich in oogheelkunde en echografie en er is een huisarts met als specialisatie chirurgie en orthopedie. Twee van de huisartsen hebben een chirurgische achtergrond. Zij verrichten chirurgische ingrepen waaronder sterilisaties bij de man. De HIDHA die in 2007 in Case 4 is komen werken zal zich meer gaan specialiseren in de gynaecologie. De HIDHA is bij één van de huisartsen in dienst.

³⁶ Ook de fysiotherapeuten en oefentherapie Mensandiax vormen afzonderlijke maatschappen en zijn door middel van een toelatingsovereenkomst verbonden aan de stichting. De verloskundigen, opgeleid op een zelfstandig verloskundig centrum vormen een zelfstandige maatschap en hebben een huurovereenkomst met een hieraan gekoppelde samenwerkingsovereenkomst met de stichting.

³⁷ Het fte huisartsen is berekend op basis van het aantal dagen dat de huisartsen werkzaam zijn in de praktijk (in dit geval samen 16,5 dagen)

³⁸ 1 fte assistentie betreft 38 uur per week.

³⁹ 1 fte POH betreft 40 uur per week.

⁴⁰ 1 fte NP betreft 40 uur per week.

De gediplomeerde praktijkondersteuner richt zich op cardiovasculair risicomanagement en Diabetes Mellitus patiënten. De praktijkondersteuner in opleiding zal zich gaan toeleggen op astma/COPD. De NP richt zich op de enkelvoudige geprotocolleerde zorg op het gebied van keel-, neus- en oorkachten, longproblemen, allergieën, huidaandoeningen en advies op het gebied van anticonceptie. Case 4 heeft zich ten doel gesteld in de nabije toekomst een centrum te realiseren met 4 huisartsen, 2 HIDHA's, 2 POH's en 2 NP's. Gezamenlijk willen zij een praktijkomvang realiseren van 15.000 ingeschreven patiënten;

Case 4	Aantal fte	Aantal personen	Verhouding naar fte in %	Opmerkingen
Huisartsen (praktijkhoudend)	3,3	4	35%	
HIDHA's		1		In loondienst van 1 huisarts
Praktijkassistenten	4,53	7	48%	In loondienst van stichting
POH-ers	1,09	2	11%	In loondienst van stichting en 0,39 i.o.
NP	0,6	1	6%	In loondienst van stichting en i.o.
Totaal	9,52	15	100%	

Tabel 5.2: Disciplines en omvang in Case 4

5.5 Analyse van de onderzochte cases

De data van de individuele case studies zijn afzonderlijk geanalyseerd. Op basis van de gegevens uit de interviews, de archiefdata en jaarverslagen is voor iedere case een caseverslag gemaakt waarin alle verzamelde data zijn geanalyseerd. Deze caseverslagen zijn door de geïnterviewde huisartsen in de praktijken gecontroleerd op onjuistheden. De individuele verslagen zijn te vinden in bijlage 6. Op basis van de caseverslagen kon een cross case analyse worden uitgevoerd, waarvan de resultaten in het volgende hoofdstuk te lezen zijn.

5.6 Vergelijkingscases in het onderzoek

In het onderzoek is gebruik gemaakt van vergelijkingscases ten behoeve van een vergelijking van kwantitatieve data en bij een aantal cases is een aanvullend gesprek gevoerd over de inrichting van de huisartsenzorg.

Vijf huisartsenpraktijken waar huisartsen werken zonder POH en NP hebben ten behoeve van dit onderzoek een aantal archiefdata verstrekt. Bij deze vijf praktijken is daarnaast aan de praktijkhoudend huisarts gevraagd hoe de chronische zorg is ingericht ten aanzien van DM, astma/COPD en CVRM. Van een aantal praktijken konden gegevens als het aantal contacten van patiënten met de praktijk per jaar en met de huisarts per jaar worden verkregen. Voor 2007 zijn alle aangeleverde data indien relevant geëxtrapoleerd voor heel 2007 om een vergelijking met 2006 mogelijk te maken.

Praktijk 1: Het betreft een huisartsenpraktijk in de gemeente Oost Gelre. De praktijk heeft ten tijde van het onderzoek 2950 ingeschreven patiënten. De formatie huisartsen is 1 fte en de formatie assistenten¹ is 1.48 fte.

Praktijk 2: Het betreft een huisartsenpraktijk in Enschede. Er zijn ten tijde van dit onderzoek 2542 patiënten ingeschreven. De huisartsenzorg wordt verleend door 1 fte huisarts en 1.2 fte assistenten.

Praktijk 3: Het betreft een huisartsenpraktijk in Den Haag. De omvang van de praktijk ten tijde van dit onderzoek is 2300 ingeschreven patiënten. Er is 1 fte huisarts werkzaam en 1.06 fte assistenten.

Praktijk 4: Het betreft een huisartsenpraktijk in Halsteren. Op het moment van onderzoek waren 2377 patiënten ingeschreven bij de praktijk. Er is ten tijde van het onderzoek 1 fte huisarts werkzaam en 1.06 fte assistenten.

Praktijk 5: Het betreft een huisartsenpraktijk in Rotterdam. Deze praktijk heeft ten tijde van het onderzoek 2982 ingeschreven patiënten. De huisartsenzorg wordt verleend door 1.7 fte huisartsen en 0.74 fte assistentie. Het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts is 1754 patiënten.

5.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is een korte anonieme beschrijving gepresenteerd van alle cases die in het onderzoek zijn betrokken, waarbij de formatie van de praktijken een belangrijk onderwerp was. Deze beschrijving vormt het uitgangspunt voor de weergave van de resultaten en conclusies van het onderzoek. Een uitgebreide beschrijving van de interventiecases is te lezen in bijlage 6. Uit de beschrijving van de cases blijkt een behoorlijke diversiteit aan inzet van ondersteunende disciplines. In het volgende hoofdstuk worden allereerst ten aanzien van een aantal onderwerpen de resultaten van de cross case analyse gepresenteerd. Verderop in het hoofdstuk wordt ook een cijfermatige vergelijking gepresenteerd van de interventie- en vergelijkingscases.

¹ Ter vergelijking met de interventiecases, is ook bij de vergelijkingscases het aantal fte assistentie berekend volgens 1 fte is 33 uur.

Hoofdstuk 6

CROSS-CASE ANALYSE

In het vorige hoofdstuk is gepresenteerd welke cases in het onderzoek zijn opgenomen. De individuele casebeschrijvingen zijn te lezen in bijlage 6. Dit hoofdstuk heeft ten doel de belangrijkste gedeelde en afwijkende conclusies tussen de verschillende cases te bespreken. Achtereenvolgens zal worden besproken wat de redenen waren voor het aantrekken van POH-ers en NP's in de praktijk, wat de taakinhoud is van de disciplines in de verschillende praktijken, wat de effecten zijn voor de huisarts, de coördinatie in de huisartsenpraktijk, de omvang en productie van de huisartsenpraktijk en de kosten.

6.1 Redenen van komst POH-ers en NP's en taakinhoud disciplines

De huisartsenpraktijken die in het kader van dit onderzoek zijn bezocht blijken op sommige punten behoorlijk van elkaar te verschillen wanneer het gaat om de redenen voor de komst van POH-ers en NP's en de invulling van de verschillende functies in de praktijken (zie onderstaande tabel).

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
Reden komst POH	* Kwaliteitsverbetering; * werkdrukverlaging; * subsidie zorgverzekeraar	* Kwaliteitsverbetering; * ondersteuning bij chronische zorg; * subsidie zorgverzekeraar	* Kwaliteitsverbetering; * taakdelegatie; * praktijkvergroting; * subsidie zorgverzekeraar	* Verbeteren continuïteit en kwaliteit; * ruimte creëren voor huisartsen om andere dingen te gaan doen
Reden komst NP	-	* Verbeteren toegankelijkheid en laagdrempeligheid; * samenwerking met detacheringsorganisatie	-	* Praktijkvergroting; * ontlasten van huisartsen (en opzetten anderhalve lijn door huisartsen)
Verwachting capaciteit/ taken HA door POH	* Lagere werkbelasting; * geen verwachtingen capaciteit	* Chronische zorg gestructureerder; * geen verwachtingen capaciteit	* Geen verwachting werkdrukvermindering; * capaciteitsvergroting (meer contacten)	* Kwaliteitstoename; * ruimte huisartsen voor andere dingen
Verwachting capaciteit/ taken HA door NP	-	* Groei van de praktijk	-	* Ruimte huisartsen voor andere dingen; * capaciteitsvergroting
Taken POH	* POH; DM, CVRM, COPD, stoppen met roken, sociale huisbezoeken. POH i.o. gestart met DM en hypertensie	* POH-ers (3) ieder eigen patiëntencategorie; diabetes mellitus, P&O en hypothyreoïdie, en ouderen/hartfalen	* POH-ers (2) zien zelfde categorieën patiënten; DM, CVRM en astma/COPD (assistenten betrokken bij CVRM en astma/COPD)	* POH; DM, CVRM (assistenten betrokken bij screening nieuwe patiënten). POH i.o. gestart met astma/COPD
Taken NP	-	* Kleine klachten in de huisartsenpraktijk; * Case-management	-	* Kleine klachten in de huisartsenpraktijk
Specialisatie huisartsen	* Gestart met aandachtsgebieden d.m.v. het volgen van cursussen	* Geen specialisatie, wel interessesgebieden	* Gestart met aandachtsgebieden d.m.v. het volgen van cursussen	* Concreet vormgegeven en specifieke M&I verrichtingen

Tabel 6.1: Vergelijking redenen van komst en taakinhoud onderscheidende disciplines

6.3 Effecten voor de huisarts en de productie praktijk

In de verschillende praktijken is aan alle respondenten gevraagd welke veranderingen zijn opgetreden in het takenpakket van de huisarts en de productie van de huisartsenpraktijk door de komst van POH-ers en NP's. Voor de assistenten, POH-ers en NP's is gevraagd naar de effecten die in het conceptuele model waren opgenomen en daarnaast naar andere effecten. Bij de huisartsen betrof het een open vraag. Hieronder staat weergegeven wat de respondenten hierover meedeelden

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
Effecten inzet POH en/of NP	* Geen daling werkbelasting, verschuiving 2e naar 1e lijn door komst POH, chronische patiënten langer onder behandeling in huisartsenzorg doordat huisartsen zich meer zijn gaan verdiepen en zij verwijzen minder door; * lastig in te stellen DM-patiënten verlichten het werk van de huisarts worden minder vaak gezien; * organisatie inzet POH kost tijd; * assistenten vermoeden daarnaast opvulling met nieuwe consulten	* Werkbelasting gelijk, maar veranderd, vrijgekomen tijd wordt besteed aan: complexe zorg; * nieuwe consulten; * organisatorische aspecten van de praktijk; * meer efficiëntie eigen triage; * uitbesteding tijdrovende klusjes (thuiszorg of opname in verpleeghuis regelen, afstemming wijkverpleging); * samenwerking thuiszorgorganisatie en ziekenhuis verbeterd	* Werkbelasting gelijk maar veranderd, zorg volgens huidige standaarden levert de huisarts tijd op, deze wordt besteed door: in consulten meer uit te vragen; * managen POH inzet (organisatie en overleg), dit wordt echter steeds minder; * opzetten nieuwe dingen (COPD-zorg, ECG diagnostiek, praktijkaccreditering); * POH en assistenten: tijdsinvestering in kwaliteitsbeleid * assistenten: tijdsinvulling met nieuwe consulten	* Opleiden disciplines kost de huisarts tijd; * in het tweede jaar van de opleiding werkdrukafname bij huisartsen; * overleg en begeleiden disciplines kost extra tijd; * werkdrukafname ingevuld met andere huisartsgeneeskundige zorg en specialisaties; * ondersteunende disciplines wijzen daarnaast op invulling met nieuwe consulten en aandacht voor complexe patiënten
Groei door POH en/of NP	* Mening respondenten t.a.v. groei verdeeld; * geen cijfermatig materiaal bekend bij huisartsen	* Verwachting groei aantal contacten 10%; * geen cijfermatig materiaal bekend bij huisartsen	* Groei aantal contacten, niet van ingeschreven patiënten * geen cijfermatig materiaal bekend bij huisartsen	* Toename productie aldus huisartsen; * geen cijfermatig materiaal bekend bij huisartsen

Tabel B.2: Vergelijking effecten en groei praktijken door ondersteunende disciplines

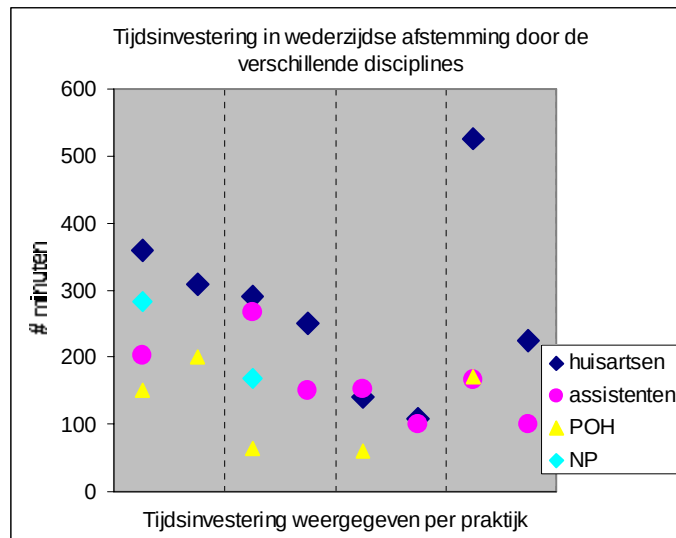
6.4 Coördinatie

In het theoretisch kader van dit onderzoek is gesproken over het belang van coördinatie wanneer arbeidsverdeling tot stand komt. Er zijn verschillende coördinatiemechanismen besproken, te weten: protocollen, panning, afstemming tussen twee personen, afstemming groep, directe supervisie, gestandaardiseerde vaardigheden, en coördinatoren.

In de praktijken die hebben deelgenomen aan dit onderzoek, bleek dat de verschillende disciplines een aanzienlijke tijd besteden aan wederzijdse afstemming in het kader van de patiëntenzorg, door Mintzberg 'mutual adjustment' genoemd.

In onderstaande grafiek is de tijdsinvestering van de verschillende disciplines weergegeven en per praktijk geëxtrapoleerd voor een fulltime dienstverband. Daarbij is voor de assistenten, POH en NP uitgegaan van 40 uur, zodat de tijden die zij investeren in wederzijdse afstemming onderling goed te vergelijken zijn. Voor de huisartsen is uitgegaan van 1 fte is 45 uur voor huisartsen in loonciens en voor zelfstandige huisartsen houdt 1 fte in, dat zij vijf dagen per week in de praktijk

werken. De wederzijdse afstemming in onderstaande grafiek is niet gespecificeerd naar hoeveel tijd huisartsen bijvoorbeeld besteden per ondersteunende discipline.

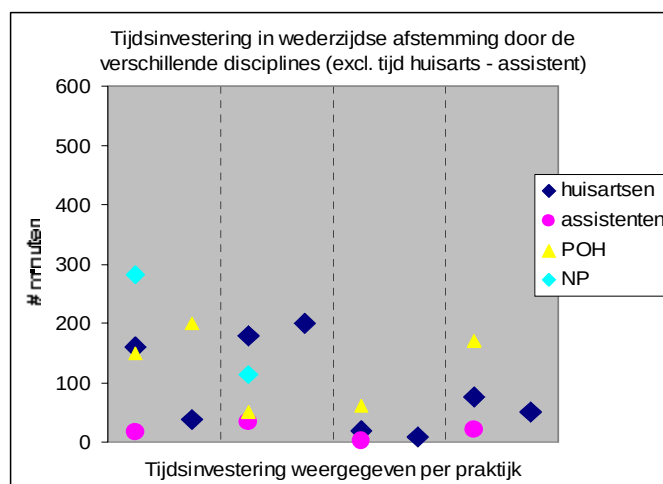


Afbeelding E.1: Tijdsinvestering wederzijdse afstemming

In bovenstaande grafiek is te zien dat in drie van de vier praktijken (praktijken zijn gescheiden door de verticale stippellijnen) de huisartsen de meeste tijd besteden aan wederzijdse afstemming. In de derde praktijk is dit niet het geval. Daar besteden huisartsen en assistenten ongeveer evenveel tijd aan overleg. Gemiddeld besteden huisartsen 4.6 uur aan wederzijdse afstemming bij een fulltime inzet. De assistenten lijken een sterk wisselende tijdsinvestering te hebben, zowel tussen als binnen praktijken. Assistenten zouden bij een dienstverband van 40 uur per week gemiddeld 2.7 uur besteden aan wederzijdse afstemming. Ook zijn tussen praktijken verschillen te zien in de tijdsinvestering tussen huisartsen POH-ers en NP's. Dit is redelijkerwijs te verklaren vanuit het feit dat in sommige praktijken nog POH-ers in opleiding zijn en in één praktijk de NP. Daarnaast zijn er huisartsen die belast zijn met het opleiden cq. begeleiden en die als gevolg daarvan meer tijd besteden aan wederzijdse afstemming. POH-ers zouden bij een dienstverband van 40 uur per week gemiddeld 2.2 uur besteden aan afstemming en NP's zouden gemiddeld 3.8 uur besteden. Bij de NP's is de verwachting dat de investering zal gaan dalen. Eén van NP's is in juni 2007 afgestudeerd en de ander is nog in opleiding (tweede jaar). Alle huisartsen overleggen meer met de praktijkassistenten dan met de POH. Van de vier huisartsen die ook werken met een NP besteden twee huisartsen meer tijd aan overleg met de NP en twee huisartsen evenveel tijd aan overleg met POH en NP. Eén huisarts geeft aan meer te overleggen met de NP dan met de assistent. In Case 2 (voor de eerste stippellijn in de afbeelding) is de grootste tijdsinvestering zichtbaar van de praktijken. Zij hebben gemiddeld 4.13 uren afstemmingstijd per persoon bij een volledige werkweek⁴² van de disciplines. In Case 3 (na de laatste stippellijn in de afbeelding) wordt gemiddeld 3.87 uren overlegd per persoon bij een volledige werkweek, in Case 4 (tussen de tweede en derde stippellijn) gemiddeld 3.18 uren en in Case 1 (tussen de eerste en tweede stippellijn) gemiddeld 1.79 uren.

⁴² Bij de vergelijking aan tijdsinvestering tussen praktijken is voor de assistenten uitgegaan van een werkweek van 36 uur en voor de POH en NP van 40 uur.

Hieronder is dezelfde afbeelding met betrekking tot de coördinatietijd zichtbaar exclusief de overlegtijd tussen huisarts en assistent. Zodoende kan inzicht worden gegeven in hoeveel overlegtijd de ondersteunende disciplines vergen ten opzichte van praktijken zonder POH-ers en NP's. In deze afbeelding is te zien dat de coördinatietijd van de disciplines aanzienlijk is gedaald.



Afbeelding 6.2: Tijdsinvestering wederzijdse afstemming excl. tijd assistent

Wanneer de overlegtijd tussen huisartsen en assistenten niet is meegerekend, dan besteedt Case 2 (2.15 uur) nog steeds het meeste tijd aan overleg per persoon, gevolgd door Case 4 (1.6 uur). Bij deze praktijken is er ook de meeste ondersteuning van POH/NP. Case 1 (0.32 uur) besteedt de minste tijd gevolgd door Case 3 (1.05 uur). Verder is uitgezocht hoeveel overlegtijd de NP en POH vergen van de huisarts. Met de POH wordt gemiddeld een half uur per week afgestemd per huisarts en met de NP gemiddeld een uur.

Voor een vergelijking van andere coördinatiemechanismen zie onderstaande tabel.

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
Planning	* Assistenten plannen afspraken huisartsen; * assistenten plannen eerste afspraken bij POH-ers	* Huisarts 3 ochtenden voor huisartsen en NP; * assistenten plannen overige tijd voor huisartsen; * POH-ers plannen zelf; * NP plant case-management	* Assistenten plannen afspraken huisartsen; * assistenten plannen alle afspraken bij POH-ers	* Assistenten plannen afspraken huisartsen; * patiënten plannen zelf voor KIS ⁴³ ; * assistenten plannen eerste afspraken bij POH-ers en alle afspraken NP
Protocollen	* Ja, POH-ers en assistenten voor merendeel van de werkzaamheden	* Ja, POH-ers, NP en assistenten voor merendeel van de werkzaamheden	* Ja, POH-ers en assistenten voor merendeel van de werkzaamheden	* Ja, POH-ers, NP en assistenten voor merendeel van de werkzaamheden
Coördinatoren	* Geen; * coördinerende taken: hoofdassistent, centrummanager, coördinerend huisarts	* Geen; * coördinerende taken: praktijkhoudende huisarts, hoofdassistent, POH P&O	* Geen; * coördinerende taken: POH met managementtaken	* Geen; * coördinerende taken: coördinerend assistent, directeur stichting, coördinerend huisarts POH, 2 begeleidende huisartsen NP ¹¹
Directe supervisie	* Nauwelijks, wel tijdens opleiding van disciplines	* Nauwelijks, wel tijdens opleiding van disciplines	* Nauwelijks, wel tijdens opleiding van disciplines	* Nauwelijks, wel tijdens opleiding van disciplines
Groeps-coördinatie	* Gestructureerd tussen assistenten; * ongestructureerd tussen alle disciplines	* Gestructureerd tussen assistenten; * ongestructureerd tussen alle disciplines	* Gestructureerd tussen huisartsen, assistenten en POH, en gezamenlijk	* Gestructureerd tussen huisartsen en assistenten afzonderlijk
Overig	* Memo's in HIS en e-mail	* Memo's in HIS ⁴⁵ en e-mail	* Memo's in HIS	* E-mail, klinische lessen voor assistenten en NP, MT en KT ⁴⁶

Tabel B.3: Vergelijking coördinatiemechanismen excl. wederzijdse afstemming

6.5 Dijfermatig

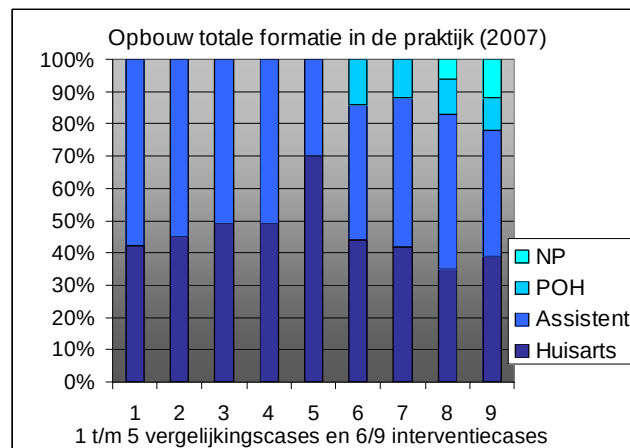
Onderstaande afbeelding geeft de opbouw van de formatie in de verschillende praktijken weer:

⁴³ Klant Gericht Inloopspreekuur: patiënten kunnen zelf een afspraak inplannen via het internet.

¹¹ De taken zijn in beginsel niet coördinerend, maar de beide huisartsen zijn wel aanspreekpunt voor en richting de NP voor de hele praktijk.

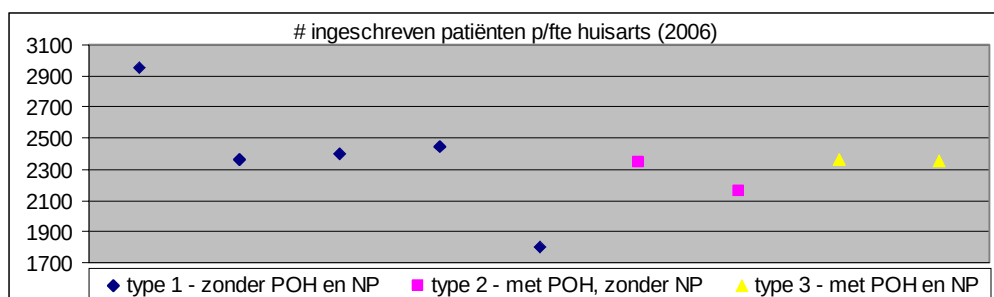
¹² Huisartsen Informatie Systeem

¹³ Binnen Case 4 zijn een Managementteam en een Kenteam opgericht waarin bedrijfsprocessen worden besproken en waarin uitgangspunten van hante en worden vastgesteld op basis van de gedragen zorgvisie.

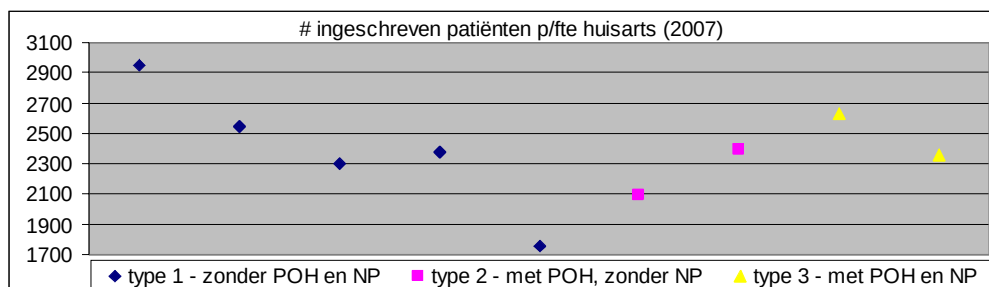


Afbeelding 6.3: Opbouw formatie vergelijkings- en interventiecases

In de onderzoeksopzet was opgenomen dat er een vergelijking van het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts zou plaatsvinden tussen de interventiecases en de vergelijkingscases. Hieronder zijn zowel de resultaten van 2006 als van 2007 weergegeven. Het is niet mogelijk gebleken om binnen de kaders van dit onderzoek een volledig objectieve vergelijking op te stellen. Dit heeft met name te maken met het feit dat het weergeven van een fte huisarts een moeilijke aangelegenheid is. Praktijkhoudende huisartsen geven 1 fte aan wanneer zij alle dagen in de praktijk werkzaam zijn. Het aantal uren dat ze feitelijk werkzaam zijn kan tussen de huisartsen verschillen. Voor HIDHA's wordt in de CAO uitgegaan van een 40-urige werkweek en huisartsen in loondienst van een gezondheidscentrum hebben een werkweek van 45 uren bij een praktijkomvang van 2350 patiënten. Het aantal fte's is berekend op basis van het aantal werkzame dagen in de praktijk bij praktijkhoudende huisartsen en een fte van 45 uur voor huisartsen in loondienst van een gezondheidscentrum en HIDHA's. De drie interventiepraktijken met praktijkhoudende huisartsen hebben allen één of meer HIDHA's in dienst. Door uit te gaan van 45 uur voor een HIDHA, kunnen de meeruren van praktijkhoudende huisartsen van de interventiecases enigszins worden gecompenseerd. Voor de vergelijkingscases was het niet mogelijk een compensatie aan te brengen, zodoende kan de beeldvorming tussen interventie- en vergelijkingscases enigszins scheef zijn.

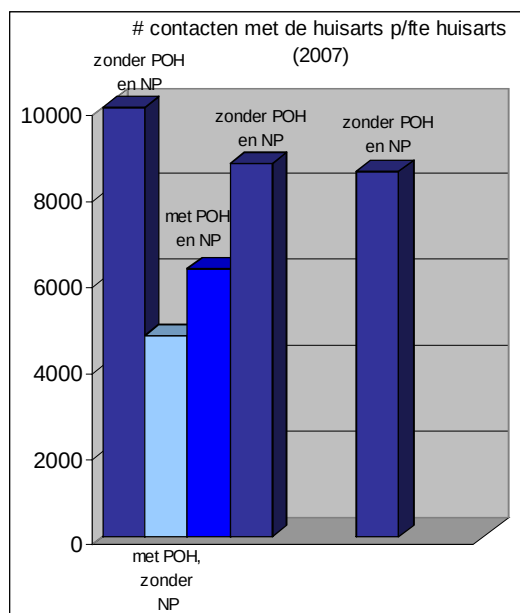


Afbeelding 6.4: Ingeschreven patiënten vergelijkings- en interventiecases (2006)

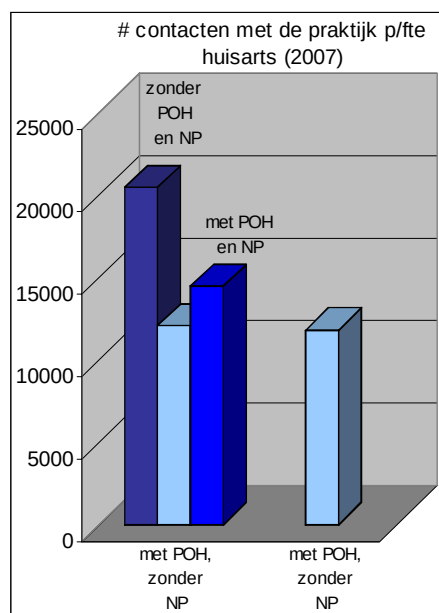


Afbeelding 6.5: Ingeschreven patiënten vergelijkings- en interventiecases (2007)

In 2006 lijkt het aantal ingeschreven patiënten tussen drie vergelijkingscases en de vier interventiecases redelijk overeen te komen. Zeven van de negen praktijken hebben tussen de 2100 en 2300 ingeschreven patiënten. Bij de vergelijkingscases is er een uitschieter naar boven en naar beneden.⁴⁷ Naast het feit dat er één interventiecase is met een aantal onder de 2300 ingeschreven patiënten zijn er verder geen opmerkelijke verschillen. In 2007 is de spreiding tussen de verschillende praktijken groter. Zeven van de negen praktijken hebben tussen de 2100 en 2700 ingeschreven patiënten. Ook nu zijn dezelfde uitschieters zichtbaar. Daarnaast is er weer één praktijk met POH-ers die een laag aantal laat zien, namelijk rond de 2100 ingeschreven patiënten. Het aantal ingeschreven patiënten in de praktijken houdt niet altijd een gelijke verhouding met het aantal contacten dat patiënten hebben met de praktijk of met de huisarts. Daarom is waar mogelijk ook een vergelijking gemaakt tussen interventie- en vergelijkingscases ten aanzien van het aantal contacten met de huisarts per fte huisarts en met praktijk per fte huisarts. Hieronder zijn de resultaten van deze vergelijking zichtbaar.



Afh. 6.6: Vergelijking aantal contacten huisarts (2007)



Afh. 6.7: Vergelijking aantal contacten praktijk (2007)

⁴⁷ De opbouw van de patiëntenpopulatie van de verschillende praktijken is onbekend. Deze zou een aantal verschillen kunnen verklaren.

In bovenstaande afbeelding is te zien dat zowel het aantal contacten met de huisarts als het aantal contacten met de praktijk per fte hoger liggen in de vergelijkingscases dan in de interventiecases. Uit de vergelijking van het aantal contacten van de huisarts per ingeschreven patiënt blijkt deze gemiddeld ruim 1 contact lager te liggen op jaarbasis.⁴⁸ Het agere aantal contacten met de huisarts per fte huisarts kan mogelijk (deels) verklaard worden vanuit de delegatie van taken naar POH-ers en NP's en de overlegtijd van huisartsen. Huisartsen in de interventiecases gaven aan aanzienlijke tijd te besteden aan coördinatie, met name aan wederzijdse afstemming. Ook uit een door het Nivel uitgevoerd onderzoek blijkt dat huisartsen in praktijken met POH-ers statistisch significant minder contacten hebben met patiënten (Lamkaddem et al., 2004: 18,21).

Helaas was er bij het aantal contacten met de praktijk per fte huisarts maar één vergelijkingscase die hiertoe data kon aanleveren. Het is niet bekend of het bij andere praktijken ook hoger ligt dan bij de interventiecases. Ook hier kan de lagere productiviteit te maken hebben met de overlegtijd en de organisatie van de inzet van POH-ers en NP.

Van belang is om te melden dat in twee praktijken in ieder geval één ondersteunende werknemer (POH of NP) nog met de opleiding bezig is. Bovendien zijn in drie van de vier interventiepraktijken de POH-ers en NP korter dan twee jaar in dienst. Verder doen zowel de POH-ers als de NP's langer over een consult dan de huisartsen, waarbij door een aantal respondenten werd opgemerkt dat de consulttijd zou kunnen worden teruggebracht. Hierdoor is een hoger aantal contacten met POH-ers en NP's op termijn mogelijk.

In alle praktijken werd aangegeven dat de POH-ers een aanzienlijk deel van de zorg aan chronische patiënten overnamen van de huisarts. Er is daarom ook opgevraagd hoe de zorg aan drie categorieën van chronische aandoeningen is geregeld in vergelijkingspraktijken. Hieronder wordt een opsomming gepresenteerd van de interventie- en vergelijkingscases.

⁴⁸ In huisartsenpraktijken met praktijkassistenten blijkt uit dit onderzoek dat de huisarts gemiddeld 3,48 contacten per ingeschreven patiënt per jaar heeft en in de praktijken met POH-ers en/of NP's ligt het gemiddelde op 2,44 contacten met de huisarts per ingeschreven patiënt per jaar.

Cases	Chronische zorg		
	DM	Astma/COPD	CVRM
Interventie cases:			
1: 2 POH	POH (1 en 2) voor 3 maand controle, samen met huisarts jaarcontrole	POH 1	Hypertensie POH (1 en 2)
2: 3 POH	POH DM (1) voor 3 maand controle, samen met huisarts jaarcontrole	Geen specifiek beleid	POH hartfalen (2), eigen protocol ontwikkeld
3: 2 POH	POH (1 en 2) voor 3 maand controle, samen met huisarts jaarcontrole	Start spraakuren astma/COPD (1 en 2), assistente doet longfunctiemetingen	Patiënten ingedeeld in drie groepen o.b.v. complexiteit. Controles en behandeling door assistenten, POH-ers en huisartsen
4: 2 POH	POH (1) 3 maand en jaarcontroles	Start spraakuren astma/COPD door POH i.o. (2)	POH (1)
Vergelijkingscases:			
1:	Assistenten 3 maand controle en oproep, huisarts jaarcontrole	Geen systematische controles	Geen systematische aanpak, controles door huisarts
2:	Assistenten 3 maand controle, huisarts jaarcontrole, oproep SHL	Geen systematische controles, start jaarlijkse longfunctiemeting SHL en controle in de praktijk	Geen systematische aanpak, controles door huisarts
3:	Huisarts alle controles, oproep SHL	Jaarlijkse oproep longfunctiemeting door SHL, controle door huisarts	Geen systematische aanpak, controles door huisarts
4:	Huisarts alle controles, oproep assistente	Jaarlijkse longfunctiemeting en controle door huisarts, assistente nu in opleiding voor longfunctiemetingen	Geen systematische aanpak, controles door huisarts
5:	Diabetesverpleegkundige van TZDE, oproep door bureau TZDE	Geen systematische controles	Geen systematische aanpak, controles door huisarts
6:	Diabetesverpleegkundige van TZDE, oproep door bureau TZDE	Geen systematische controles	Geen systematische aanpak, controles door huisarts

Tabel 3.4: Controles chronische zorg in interventie- en vergelijkingscases

Uit bovenstaande vergelijking blijkt dat de huisartsenpraktijken zonder POH-ers vaak wel systematische controles uitvoeren voor DM-patiënten, maar niet of nauwelijks voor astma/COPD en CVRM patiënten. Daarnaast is de zorgverlening aan DM-patiënten in de vergelijkingscases op uiteenlopende wijzen ingericht. Zonder een oordeel te vormen over de kwaliteit van de zorg in de verschillende praktijken, kan wel gesteld worden dat voor astma/COPD in bijna alle interventiepraktijken en voor (onderdelen van) CVRM in alle interventiepraktijken een specifiek controlebeleid voor patiënten is opgesteld.

6.6 De kosten

Op basis van het aantal ingeschreven patiënten en het aantal contacten met de praktijk kunnen we niet concluderen dat de productiviteit in huisartsenpraktijken met PCH-ers en/of NP is gestegen. Met de kanttekeningen⁴¹ die zijn geplaatst, kan voorzichtig gesteld worden dat het aantal ingeschreven patiënten en het aantal contacten gelijk is tussen praktijken met en praktijken zonder ondersteuning van PCH-ers en/of NP's. Het is vervolgens van belang te onderzoeken of de zorg aan een gelijk aantal patiënten goedkoper geleverd kan worden door praktijken met PCH-ers en/of NP's.

Er is voor dit onderzoek bij de praktijken uit het onderzoek opgevraagd wat de loonkosten van de verschillende disciplines zijn. Deze bleken niet eenduidig. Er is daarom gezocht naar de inschaling van de verschillende disciplines volgens CAO's en op Gobnet. De NP is nog niet in CAO's opgenomen, maar één van de praktijken vermeldde dat de NP wordt uitbetaald volgens schaal 60 van de CAO Thuiszorg. Hieronder zien we een overzicht van de salarissen van de disciplines huisartsen, NP's en PCH-ers. De salarissen zijn doorberekend naar loonkosten per jaar. Loonkosten kunnen worden omschreven als de salariskosten opgehoogd met werkgeverslasten, vakantiegeld en eindejaarsuitkering (Kuiper et al., 2007: 74).

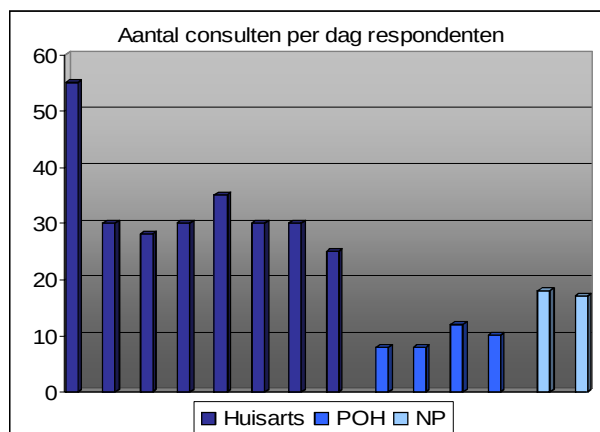
⁴¹ Het is moeilijk het aantal fte huisarts per praktijk te bepalen. Aan de verschillende praktijken is gevraagd dit in te vullen. Bij praktijken waar huisartsen in loondienst zijn wordt als 1 fte huisarts 45 uur gerekend. Echter praktijkhoudende huisartsen gaan uit van het aantal dagen dat zij in de praktijk werken. Bij vijf dagen is dat 1 fte. Maar die vijf dagen zouden meer dan 45 uur kunnen betekenen. Van den Berg (2003) meldt over 2001 een gemiddelde van 53,4 werkzame uren per week per fte huisarts. Ten tweede hebben een aantal huisartsen die als vergelijkingscases zijn gebruikt de zorg aan DM (gedeeltelijk) uitbesteed en kan daar ook efficiëntiewinst zijn behaald in de huisartsenpraktijk.

	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>Bron:</i>	<i>Loonkosten per jaar:</i>	<i>Gemiddelde discipline:</i>
HIDHA	4357	5538	4907,5	CAO HIDHA 2005-2008	78.561	
Huisarts	3305	5070	4187,5	Gobnet	65.828	HA: 72.195,-
NP	2080	4455	3272,5	Gobnet	51.444	
NP	2775,02	3700,75	3237,885	CAO Thuiszorg 2005-2008 FWG 50	50.900	NP: 51.172,-
POH	2075	2840	2457,5	Gobnet	38.832	
POH	1987,62	2740,42	2354,02	CAO Gezondheidscentra 2006-2007 Functiegroep B	37.005	
POH	1918	2876	2297	CAO huisartsenzorg 2007-2009 Referentiefunctie 6 (schaal 6)	36.109	
POH + management	2210	2895	2552,5	CAO huisartsenzorg 2007-2009 Referentiefunctie 7 (schaal 7)	40.125	POH: 37.968,-
DA dag	1571	2210	1800,5	CAO huisartsenzorg 2007-2009 Referentiefunctie 1 (schaal 4)	29.719	
Coördinerend DA dag	1732	2402	2067	CAO huisartsenzorg 2007-2009 Referentiefunctie 3 (schaal 5)	32.493	
DA	1500,86	2236,10	1873,03	CAO Gezondheidscentra 2006-2007 Functiegroep 4	29.444	
Hoofd-assistent	1571,02	2324,7	1947,86	CAO Gezondheidscentra 2006-2007 Functiegroep 5	30.620	
DA	1395	2155	1775	Gobnet	27.903	
DA plus	1460	2315	1887,5	Gobnet	29.672	DA: 29.975,-

Tabel 6.5: Loonkosten per jaar van de verschillende disciplines

* Gebaseerd op maandsalaris * 12 * 1.31 (op basis van Kuiper et al., 2007: 74-75)

Op basis van de conkosten zou een voorzichtige vergelijking kunnen worden gemaakt. Ervan uitgaande dat een huisarts (in loondienst) een huisarts per jaar € 72.195,- kost, een NP € 51.172,- en een POH € 37.968,-, zou gekeken moeten worden naar het aantal consulten dat de verschillende disciplines hebben. Dit is zichtbaar in onderstaande grafiek.



Afbeelding 6.8: Aantal consulten per dag per discipline

In principe kan alleen een vergelijking worden gemaakt van de kosten voor een NP en een huisarts in loondienst in relatie tot hun productiviteit. Zij verrichten gelijke zorg tegen eenzelfde tarief. Een vergelijking tussen een huisarts in loondienst en een POH is minder relevant. In principe zouden huisartsen alle controles voor chronische aandoeningen zelf kunnen doen. Echter, zoals in de gesprekken werd gemeld, wordt de zorg door POH-ers over het algemeen uitgebreider uitgevoerd. POH-ers hebben meer tijd voor een consult, er wordt meer volgens protocollen gewerkt en patiënten worden actief opgeroepen. Vergelijking van chronische controles tussen POH en huisarts is daardoor niet goed mogelijk.

De NP's in beide praktijken hebben op dit moment 18 en 17 face to face consulten per dag. Huisartsen hebben gemiddeld over de vier praktijken 32,875 face to face consulten per dag. Omdat één NP nog niet is afgestudeerd⁵⁰ en de ander ten tijde van het onderzoek pas 3 maanden afgestudeerd was zijn de huisartsen in de beide praktijken gevraagd naar een realistisch aantal consulten voor de afgestudeerde en ingewerkte NP. Gemiddeld zouden 27,375 consulten mogelijk zijn aldus de huisartsen. Op basis van deze gegevens zou het verschil in aantal consulten 5,5 zijn ten gunste van de huisarts.

Om het aantal werkzame dagen per jaar te berekenen bij een fulltime dienstverband is een formule gehanteerd die bij bureau HHM⁵¹ wordt toegepast voor soortgelijke berekeningen. Er wordt daarbij uitgegaan van 25 vakantiedagen, 5,9 feestdagen en 4% ziekteverzuim (inclusief zwangerschapsverlof). Er is gerekend met een werkweek van 45 uur voor een huisarts in loondienst en 38 uur voor een NP.⁵²

	Huisarts	NP
uren huisarts per week	45	
uren NP per week		38
aantal uren per jaar (52,142,96 weken)	2348	1981
minus 25 vakantiedagen	225	200
minus 5,9 feestdagen	53,1	47,2
bruto uren exclusief ziekteverzuim	2068	1734
minus 4% ziekteverzuim	83	69
aantal werkzame uren per jaar	1986	1665
aantal werkzame dagen per jaar	221	208
aantal consulten per dag	32,875	27,375
aantal consulten per jaar	7.252,0	5.686,0
loonkosten per jaar	72.195	51.172
loonkostendeel van het consult	€ 9,95	€ 8,98

Tabel 6.6: Berekening loonkostendeel van een consult voor huisarts en NP

⁵⁰ Daarleijendver staat wel dat de werkgever van de NP (huisarts of stichting) gedurende de duur van de opleiding een subsidie krijgen voor de NP van € 1.750,- per maand (Overheid.nl, 2007).

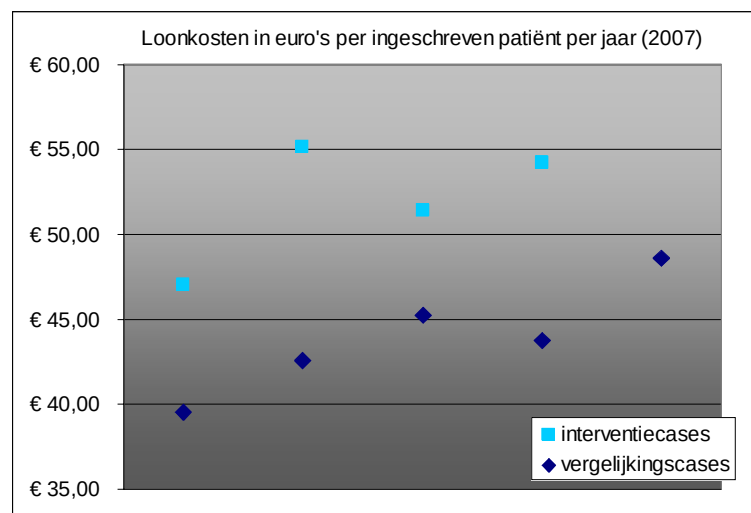
⁵¹ Hoekstra, Homans & Menting organisatieadviseurs BV in Enschede.

⁵² In de CAO voor HIDHA's wordt uitgegaan van een fulltime dienstverband van 40 uur. In de CAO voor gezondheidscentra wordt gesteld dat bij een nonpraktijk van 2350 patiënten wordt uitgegaan van een werkweek van 45 uur. Het dienstverband van werknemers in de huisartsenpraktijk op basis van de CAO huisartsenzorg is gesteld op 38 uur, en in de CAO voor gezondheidscentra op 38 uur, tenzij 38 uur overeengekomen.

Per consult zien we een verschil van € 0,97. Dit betekent dat de loonkosten van de huisarts in loondienst per consult 10% hoger zijn dan de loonkosten van een NP.

Het inzetten van een NP ten opzichte van een huisarts in loondienst kan daarnaast een voordeel en een nadeel hebben. Nadeel is dat de NP coördinatiekosten met zich meebrengt voor de huisarts, die bij een huisarts in loondienst lager zouden kunnen liggen. Deze coördinatie tijd kan bijvoorbeeld wel gereduceerd worden wanneer NP's de bevoegdheid krijgen om onder andere medicijnen voor te schrijven³³. Voordeel van de inzet van de NP zou kunnen zijn dat huisartsen zich meer op de complexere problematiek kunnen gaan richten of op uitbreiding van het zorgaanbod van de praktijk.

Voor een inzicht in de kosten van praktijkondersteuning kan verder de volgende berekening worden aangedragen. De loonkosten per praktijk van alle disciplines worden gedeeld door het aantal ingeschreven patiënten bij de praktijken.³⁴ In hoofdstuk 5 en in bijlage 6 is te lezen wat de formatie is van de verschillende praktijken in 2007 en wat het aantal ingeschreven patiënten is. Door de gemiddelde loonkosten per jaar van de disciplines uit de eerste tabel van paragraaf 6.6 te vermenigvuldigen met de formatie in de praktijk, kunnen de totale loonkosten worden berekend. Bij deze berekening zijn ook de loonkosten van assistenten meegenomen. De loonkosten kunnen vervolgens worden gedeeld door het aantal ingeschreven patiënten. Dit resulteert in onderstaand overzicht.



Afbeelding 6.9: Totale loonkosten per ingeschreven patiënt vergelijkings- en interventiecasses

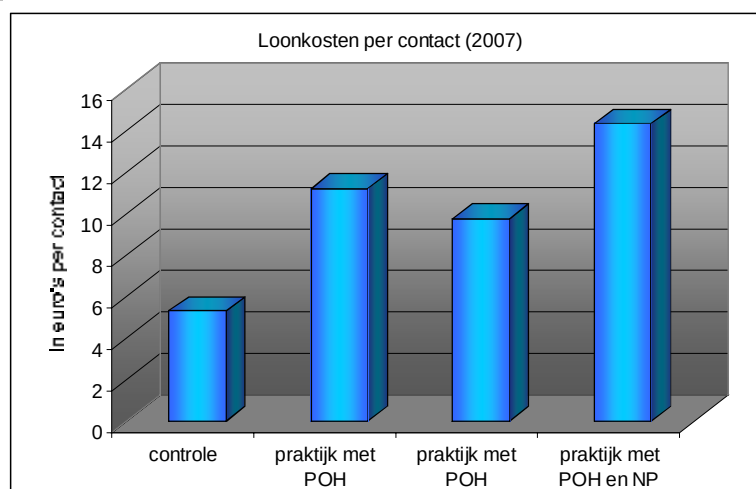
Uit dit overzicht kan worden geconcludeerd dat de loonkosten van de praktijk per ingeschreven patiënt in drie van de vier interventiecasses hoger ligt dan bij de vergelijkingscasses. Op basis van deze data kan worden geconcludeerd dat de zorg in de praktijken met POH-ers en NP in drie van de vier gevallen duurder is qua loonkosten. Dit houdt in dat de productie niet evenredig stijgt met een toename van de

³³ Het Ministerie van VWS wil daarop een experimenteel artikel ontwikkelen (V&VN, 2007).

³⁴ Hier wordt uitgegaan van gemiddelde bedragen van de disciplines volgens CAO's en Gobnet. NB. Er is geen rekening gehouden met kosten voor andere werknemers in de praktijk (bijvoorbeeld administratieve medewerkers) en andere kosten die moeten worden afgedragen voor taken die een stichting uitvoert.

loonkosten in de drie praktijken. De interventiecase die goedkoper is dan één van de vergelijkingscases is een praktijk met alleen POH ondersteuning. De verschillen zijn aanzienlijk. De loonkosten per ingeschreven patiënt zijn relatief laag in een vergelijkingspraktijk met € 39,51 aan loonkosten en relatief hoog in een interventiecase zonder NP met € 55,16. Op basis van een gewogen gemiddelde van vergelijkings- en interventiecases blijkt dat de interventiecases € 7,39 aan loonkosten per ingeschreven patiënt duurder zijn dan de vergelijkingscases. Dit betekent dat de interventiecases 17% duurder zijn in loonkosten.

Ook de gemiddelde loonkosten³⁰ per contact met de praktijk zijn hoger in de praktijken met ondersteuning dan zonder. Zie daarvoor onderstaande afbeelding. De verschillen zijn wederom aanzienlijk.



Afbeelding 6.10: Vergelijking totale loonkosten per contact van vier praktijken

Bovenop de loonkosten komen voor huisartsen indien zij werkgever zijn ook nog de extra kosten voor tijdsinvestering in het werkgeverschap. Zij kunnen dit eventueel uitbesteden aan een manager, maar ook die zal moeten worden betaald. Echter tijdsinvestering in werkgeverschap is er eveneens indien HIDA's worden aangetrokken.

Ook uit een recent evaluatieonderzoek naar Gezondheidscentrum West in Groningen blijkt dat het gezondheidscentrum uit dit onderzoek een ruime personele bezetting heeft voor het aantal ingeschreven patiënten en dat de personeelskosten relatief hoog zijn. Niet-arts personeelskosten is aldus de onderzoekers dan ook één van de oorzaken van de hoge gemiddelde kosten per verzekerde ten opzichte van traditionele huisartsenpraktijken (Van den Berg et al., 2007: 33; 57-58).

6.7 Concluderend

Concluderend is onderstaand figuur opgenomen. Hierin zijn effecten opgenomen die door inzet van de POH en/of NP tot stand kunnen worden gebracht. Een aantal effecten zijn opgenomen omdat zij

³⁰ De loonkosten zijn wederom indicatief omdat per praktijk per discipline uitgegaan is van gelijke loonkosten op basis van CAO inschaling en salarisindicaties van Gbnref. Salariskosten kunnen per individuele praktijk per discipline wel hoger en lager uitvallen dan gepresenteerd.

in de interviews naar voren kwamen. Een aantal effecten zijn gerelateerd aan de onderzoeksvragen van dit onderzoek en daarnaast zijn er effecten die van overheidswege als wenselijke effecten werden genoemd. Er zit een overlap tussen effecten die vanuit de overheid werden verondersteld, vanuit de respondenten en het onderzoek. Of de verschillende effecten al dan niet zijn opgetreden zal onder het schema worden besproken.



Afbeelding 6.11: Overzicht mogelijke effecten ondersteunende disciplines

Effect 1: Alle huisartsen in de onderzochte praktijken noemden als voornaamste reden voor het aantrekken van een PCH-er kwaliteitsverbetering. Uit een meta-analyse verricht door Van den Berg et al. (2003) blijkt dat van de onderzoeken die tot dan toe zijn gedaan de verhoogde patiënttevredenheid in twee onderzoeken is aangetoond, dat een aantal klinische parameters voor astma/COPD, en astma/COPD en DM zijn verbeterd op grond van 2 onderzoeken en dat de conclusie van twee onderzoeken was dat de kwaliteit volgens de zorgverleners was verbeterd (Van den Berg et al., 2003; 22-25).

Een aantal huisartsen in de bezochte praktijken gaven aan dat er door de komst van POH een kwaliteitsverbetering tot stand was gekomen. Zij konden dit in het gesprek niet onderbouwen met klinische parameters, maar wel blijkt dat er een langere consulttijd is bij de POH. Daarnaast worden patiënten opgeroepen en geven een aantal huisartsen en POH-ers aan dat controles uitgebreider zijn, dat protocol en beter worden gevolgd en waarden worden genoteerd. Op basis van eerder verricht onderzoek en reacties in de praktijken kan de stelling worden ingenomen dat de kwaliteit van de zorg is verbeterd.

Effect 2: Een volgende reden die huisartsen aangaven was taakdelegatie of een vermindering van de werkdruk. In de interviews is huisartsen gevraagd of dit is opgetreden. Het merendeel van de

huisartsen geeft aan dat de werkbelasting is veranderd, maar niet is verminderd. In alle praktijken geven de huisartsen aan dat de zorg die POH-ers leveren volgens de protocollen die ervoor zijn ontwikkeld, de huisartsen tijdsbesparing opleveren. Ook de twee praktijken die een NP in dienst hebben geven aan een tijdsbesparing te zien voor de huisartsen. Echter alle huisartsen geven aan deze tijd in te vullen met andere zaken in de huisartsenpraktijk. Twee huisartsen in verschillende praktijken stellen dat de werkbelasting is verminderd door de komst van POH-ers en/of NP's. Uit een meta-analyse van Van den Berg et al. (2003) blijkt dat in één van de vijf studies een reductie van de objectieve werkbelasting werd gerapporteerd. Op basis van de gesprekken in de praktijken en eerdere studies kan de stelling worden ingenomen dat een vermindering van de werkbelasting slechts in zeer beperkte mate is opgetreden.

Effect 3: Er is op basis van data van de betrokken praktijken onderzocht of de productie hoger is in praktijken met POH-ers en/of NP's. Eerder dit hoofdstuk werd geconcludeerd dat het aantal ingeschreven patiënten in interventie- en vergelijkingscases redelijk overeen lijkt te komen (uitgezonderd een uitschieter naar boven en naar beneden bij de vergelijkingscases). Er kan niet gesteld worden dat praktijken met POH-ers en/of NP's meer ingeschreven patiënten per fte huisarts hebben. Daarnaast was op basis van de data in dit onderzoek zichtbaar dat de praktijken met POH en NP minder contacten met de praktijk en met de huisarts per fte huisarts hebben dan praktijken zonder deze ondersteunende disciplines.

Effect 4: Wanneer gekeken wordt naar de kosten van de zorg die geleverd wordt in praktijken met ondersteuning van POH-ers en/of NP's ten opzichte van praktijken zonder, dan kunnen we op basis van de voor dit onderzoek gegenereerde data concluderen dat de zorg duurder is in praktijken met ondersteuning. Praktijken worden (deels) gecompenseerd voor de hogere oonkosten.²³ Huisartsenpraktijken krijgen dus meer geld vanwege de ondersteunende disciplines, maar niet om een toename van de productie. Dat huisartsen meer geld krijgen zonder een zichtbare productiestijging lijkt aanvaardbaar wanneer de kwaliteit van de zorg stijgt, wanneer huisartsen patiënten langer in de eerste lijn houden of dat ten aanzien van een aantal verrichtingen substitutie optreedt van veel duurdere ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg. Aldus het Nive (2007) breedte er nog geen duidelijk substitutie-effect op. Nivel heeft hiervoor de correlaties tussen M&I verrichtingen en verwijzingen onderzocht (Te Brake et al., 2007: 31).²⁴ De NZa, echter, stelt dat het nieuwe financieringssysteem van huisartsen met M&I-verrichtingen wel tot substitutie heeft geleid maar nog niet tot kostenbesparingen (NZa, 2007: 9-10).

²³ Een praktijk met POH ontvangt een toeslag voor de inzet van POH. Daarnaast kan de POH de consulten declareren voor eenzijdige lariaet als de huisarts, een prijs voor een M&I verrichting als diabetes begeleiding, of een prijs voor een zorggroep waarbij de inzet van de POH in de DBC is meegenomen. De toeslag bovenop het inschrijftarief per ingeschreven patiënt is € 8,40 per jaar. Deze toeslag wordt samen met de inkomsten uit het aantal verrichtingen van de POH verstrekt om de personeelskosten en management- en huisverlengskosten te kunnen dekken. Voor de opleiding van de NP wordt een huisartsenpraktijk tegemoet gezien met een subsidie van € 1.750,- per maand voor de oonkosten gedurende de opleidingsperiode. Ten aanzien van de NP kunnen aanvullende afspraken met zorgverzekeraars worden gemaakt.

²⁴ M&I verrichtingen als spirometrieën, ECG's en diabetesbegeleiding in de huisartsenpraktijk zouden kunnen leiden tot minder verwijzingen naar de tweede lijn.

Effect 5: Een vergroting van het zorgaanbod is een volgend mogelijk effect waarnaar is gekeken. Dit is een motief van het ministerie van VWS om nieuwe professionals in de huisartsenpraktijk te introduceren.⁵⁸ Er is een vergelijking gemaakt tussen het aanbod van chronische zorg in praktijken zonder POH-ers en de praktijken met POH-ers. Uit deze vergelijking hebben we geconcludeerd dat er in de huisartsenpraktijk waar POH-ers werkzaam zijn gestructureerde chronische zorg wordt geleverd aan meer patiëntencategorieën. In een aantal gevallen betekent dit dat er ook spirometrieën en ECG's in de praktijk worden aangeboden. Voor DM hebben alle praktijken een controle beleid, weliswaar wisselend van opzet. Omdat niet onderzocht is of de vergelijkingcases hun zorgaanbod buiten deze chronische categorieën ook hebben verruimd door aanvullend, bijzonder en transmurale zorgaanbod, kan hier geen uitspraak over worden gedaan. In één interventiecase werd nadrukkelijk aangegeven, dat door de komst van POH-ers en NP het mogelijk is geworden voor huisartsen het zorgaanbod (mede door specialisatie) uit te breiden. Hier is door het verruimen van het zorgaanbod dan ook direct inzichtelijk dat verrichtingen van de tweede lijn naar de eerste lijn kunnen worden verschoven.

Effect 6: Een volgend effect dat de inzet van POH-ers en NP's kan rechtvaardigen is een continuïteitsverbetering. Het lastige aan dit effect is dat het op twee manieren beschouwd kan worden. In de eerste plaats in de zin dat een patiënt zoveel mogelijk door de eigen huisarts kan worden gezien en in de tweede plaats in de zin dat patiënten zo lang mogelijk dichtbij huis in de huisartsenvoorziening kunnen worden behandeld. De interpretaties leveren een tegenstrijdig oordeel. Enerzijds kan gesteld worden dat patiënten in praktijken met POH-ers en of NP's te maken krijgen met meer verschillende zorgverleners in de huisartsenpraktijk. Dit zou voor patiënten een vermindering van de continuïteit kunnen betekenen. Anderzijds werd geconstateerd dat er in huisartsenpraktijken met POH-ers en NP's een verruiming van het zorgaanbod is opgetreden. Dit kan zich uiten in ECG's en longfunctieonderzoeken in de huisartsenpraktijk en bijvoorbeeld chirurgische ingrepen, waardoor het niet langer nodig is uit te wijken naar bijvoorbeeld een ziekenhuis. Het continuïteitseffect kan vanwege de wisselend positieve en negatieve interpretaties dan ook als neutraal worden bestempeld.

De effecten in bovenstaand model zijn de effecten die in het kader van dit onderzoek belicht konden worden. Bij de onderzochte cases zijn verder geen andere wezenlijke effecten genoemd die ook voor andere cases gelden. Wel werd in alle praktijken gewezen op een nadelig (neven)effect, namelijk de organisatie van de inzet van POH-ers en NP's en de overlegtijd die nodig is.

Op basis van bovenstaande kunnen de effecten als volgt worden gepresenteerd:

⁵⁸ In het kamerstuk 'De toekomst bestendige eerstelijnszorg' uit 2003 blijkt dat een gedifferentieerd zorgaanbod door het Ministerie van VWS wenselijk wordt geacht omdat de aard van de zorgvraag verandert. Volgens het Ministerie van VWS kan het anders voldoen van taken een bijdrage leveren aan het vergroten van het zorgaanbod. Het uitgangspunt daarbij is, zo stelt het Ministerie van VWS, dat taken en geldstromen verschuiven naar nieuw op te leiden zorgverleners, zoals nurse practitioners, physician assistants en praktijkonderzoekers (Ministerie van VWS, 2003a).

<i>Effecten</i>	Positief	Neutraal	Negatief
Kwaliteit	X		
Werkbelasting huisartsen		X	
Productie		X	X
Kosten			X
Verbreiding zorgaanbod	X		
Continuïteit		X	

Tabel B.7: Overzicht effecten in onderzochte cases

6.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk werden de onderzochte cases op een aantal belangrijke punten van het onderzoek vergeleken, zoals de taakhoud van de POH-ers en NP's, de effecten en coördinatie van hun inzet. Daarna zijn ook de vergelijkingscases in de analyse betrokken. Uit de vergelijking van interventie- en vergelijkings-/controlecases bleek dat de productie in de interventiecases niet is toegenomen en dat de loonkosten van interventiecases hoger liggen dan in de vergelijkingscases. Tot slot werd in dit hoofdstuk een concluderend beeld gegeven van onderzochte effecten van POH-ers en NP's. Hieruit bleek dat er twee positieve en twee negatieve effecten kunnen worden geconstateerd. De positieve effecten zijn de kwaliteitsverbetering en de verbreiding van het zorgaanbod en negatieve effecten zijn de niet evenredig gestegen productie en de kostenname. Er lijkt geen sprake te zijn van een productiedaling van de interventiecases ten opzichte van de vergelijkingscases. Een niet te beantwoorden, maar interessante vraag is of er een productiedaling zou zijn opgetreden in die praktijken wanneer de ondersteunende disciplines niet in de praktijken waren gaan werken?

In het volgende hoofdstuk wordt getoetst in hoeverre de theoretische achtergrond, het conceptuele model en de geformuleerde veronderstellingen kloppen met wat in de praktijk is aangestroffen.

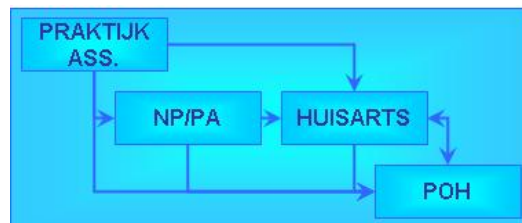
Hoofdstuk 7

EMPIRISCHE RESULTATEN VERSUS DE THEORIE

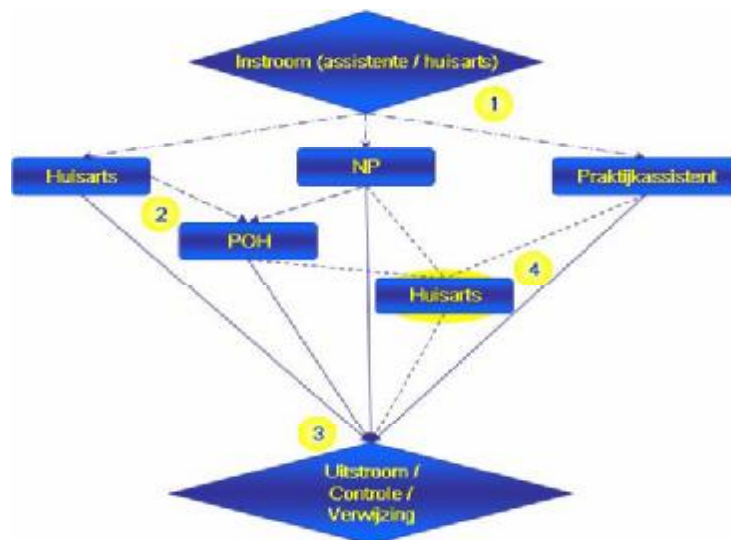
Dit hoofdstuk heeft ten doe op basis van de in het vorige hoofdstuk gepresenteerde inzichten een koppeling te maken met de theorie en de theorie waar nodig bij te stellen. In het tweede hoofdstuk is een conceptueel model gepresenteerd dat het uitgangspunt vormde voor de studie en dat in de praktijk zou worden getoetst samen met een aantal vooronderstellingen. Die toetsing zal hieronder eerst worden beschreven. Daarna zal ook nog worden teruggegrepen naar hoofdstuk 3 van dit verslag waarin het theoretisch kader werd beschreven. De theorie die gebruikt werd voor dit onderzoek over taakverdeling en coördinatie zal in relatie tot de bevindingen in de praktijk worden beschouwd.

7.1 Het conceptuele framework met de vooronderstellingen en de praktijk

In het tweede hoofdstuk is een conceptueel model gepresenteerd dat in de praktijk zou worden getoetst. De throughput van de huisartsenzorg zoals weergegeven in dit schema (zie onderstaande afbeelding) blijkt niet te kloppen met wat er in de praktijk is aangetroffen. De throughput zoals die in de praktijk werd aangetroffen wordt hieronder kort besproken.



Wanneer de patiënt de huisartsenpraktijk benadert met een nieuwe klacht, dan kan de zorg rondom de patiënt eigenlijk als volgt worden georganiseerd:



Ad 1) De patiënt meldt zich telefonisch of aan de balie bij de huisartsenpraktijk. De assistent(e), en in een enkel geval de huisarts, staat de patiënt te woord. De assistent(e) of de huisarts triert of en door wie de patiënt gezien moet worden. In sommige gevallen kan de patiënt door middel van een herhaalrecept of advies worden geholpen. In andere gevallen maakt de assistent(e) of huisarts een afspraak bij de huisarts, de NP of de assistent(e). Er worden in principe geen afspraken ingepland bij de POH, tenzij de patiënt reeds bekend is bij de POH voor zijn/haar aandoening.

Ad 2) De huisarts en de NP kunnen een patiënt voor chronische zorg doorverwijzen naar de POH. In de meeste gevallen worden patiënten via de huisarts doorverwezen.

Ad 3) Patiënten die door de POH, NP en praktijkassistent(e) kunnen worden behandeld, kunnen in een deel van de gevallen zonder tussenkomst van de huisarts uitstromen uit de praktijk.

Ad 4) In het overige deel van de gevallen is er voordat de patiënt uit de praktijk stroomt een zichtbare of onzichtbare tussenkomst van de huisarts. Voor het verstrekken van medicatie is op dit moment fiatting van de huisarts vereist. Ook in andere gevallen kan overleg of controle nodig zijn voordat de patiënt uitstroomt. Tussenkomst van de huisarts vóór uitstroming uit de praktijk wordt ook nadat de disciplines zijn opgeleid en ingewerkt in stand gehouden, omdat de huisarts medisch eindverantwoordelijk blijft voor de huisartsgeneeskundige zorg.

Bovenstaande weergave van de throughput van het primaire proces van de huisartsenzorg biedt tegelijkertijd enig inzicht in de coördinatie die vereist is tussen de schakels om de zorg te kunnen leveren.



Ad 1) Wanneer de assistent(e) of huisarts vindt dat de patiënt in de praktijk gezien moet worden, dan wordt een afspraak gemaakt bij een bepaalde discipline voor de specifieke kacht. Vaak plannen assistenten en de huisarts een afspraak in de agenda of wordt de zorgverlener (POH of NP) gevraagd de patiënt te bellen om een afspraak te maken. Wanneer er bij het eerste contact met de patiënt een afspraak kan worden gepland is minder tijd nodig voor het doorgeven van informatie of overleg.

Ad 2) Op het moment dat de huisarts bij een patiënt een chronische aandoening diagnosticeert waarvoor POH-ers in de praktijk zijn aangesteld, dan draagt de huisarts deze patiënt voor (een deel van) de chronische zorg over aan de POH. Dit gebeurt hoofdzakelijk in face to face overleg en soms wordt een e-mail gestuurd aan de POH met de vraag de patiënt op te roepen.

Ad 3) Indien de huisarts, NP, POH en praktijkassistent(e) een patiënt kunnen behandelen zonder dat controle, advies of goedkeuring van de huisarts noodzakelijk is, is er geen overleg nodig tussen de ondersteunende discipline en de huisarts. Om de werkzaamheden van de ondersteunende disciplines zoveel mogelijk zelfstandig te kunnen laten uitvoeren zijn, naast het vereiste van een geschikte opleiding, vooral protocollen ontwikkeld en geïmplementeerd. De protocollen en de opleiding van de disciplines minimaliseren zodoende de coördinatietijd in de huisartsenpraktijk.

Ad 4) Indien tussenkomst van de huisarts nodig is voor het uitstromen van de patiënt bij de POH, NP of praktijkassistent(e) is wederom face to face overleg het meest toegepaste coördinatiemechanisme. Tussenkomst van de huisarts kan geminimaliseerd worden door voldoende scholing en ervaring van de ondersteunende disciplines en door het protocollair werken. Voor het voorschrijven van medicatie is nu nog goedkeuring van de huisarts nodig. Echter ook wanneer verpleegkundigen medicatie mogen gaan voorschrijven zal in sommige gevallen tussenkomst van de huisarts nodig blijven. Er zullen zich onvoorziene situaties voorbijverdoen die niet of nauwelijks in protocollen vast te leggen zijn.

Uit bovenstaande beschrijving valt op te maken dat planning, opleiding, protocollen en wederzijdse afstemming coördinatiemechanismen zijn die voorkomen in de huisartsenpraktijk.

7.2 De vooronderstellingen

Bij het conceptuele model zijn in het tweede hoofdstuk van dit rapport zes vooronderstellingen geformuleerd. De geformuleerde verwachtingen voor aanvang van het veldwerk zijn vergeleken met vier praktijksituaties. Of en in welke mate de vergelijkingen bleken te kloppen is hieronder te lezen.

De vooronderstelling (no. 1) dat door de extramuralisering van de AWBZ de vraag naar huisartsenzorg toenam en dat om de capaciteit te vergroten ondersteunende disciplines in de huisartsenzorg zijn komen te werken, wordt niet bevestigd in de praktijk. Toename van de vraag naar huisartsenzorg werd in geen van de praktijken genoemd als reden om ondersteunende disciplines aan te trekken.

Dit betekent dat ook de vooronderstelling (no. 2) over de toegenomen vraag door toegenomen aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering in de praktijk niet wordt bevestigd. Echter, het is wel zichtbaar dat POH-ers daarvoor worden ingezet. Bij de zorg aan chronische zieken ligt een sterke nadruk op preventie en gezondheidsbevordering. Het lijkt er daarom op dat de

aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering kon worden uitgebreid door de inzet van POH-ers.

Door de komst van ondersteunende disciplines zijn er in de praktijken verscheidene taakverschuivingen opgetreden in het primaire proces van de huisarts naar de ondersteunende disciplines. Het is niet zo dat ondersteunende disciplines alleen nieuwe taken zijn gaan uitvoeren. De derde vooronderstelling – ondersteunende disciplines leiden tot taakverschuivingen in het primaire proces – werd bevestigd in de onderzochte praktijken.

In de volgende vooronderstelling (no. 4) werd gesteld dat door de komst van ondersteunende disciplines het aanvullende/bijzondere/transmurale zorgaanbod kon worden uitgebreid, dat daardoor substitutie van ziekenhuiszorg plaats gaat vinden en dat dit in de huisartsenpraktijk leidt tot een toename van de vraag. Deze vooronderstelling blijkt deels te worden bevestigd in de praktijk. In drie van de vier praktijken zijn POH-ers ingezet voor de zorg aan met astma/COPD. In het kader van deze zorgverlening beschikt de praktijk over een spirometer en worden spirometrieën afgenomen. In de praktijk Case 3 worden de spirometrieën door de assistent afgenomen. Een spirometrie valt onder het bijzonder aanbod van de huisartserzorg. Verder is het maken en interpreteren van ECG's een bijzondere verrichting en het maken alleen aanvullend aanbod (LHV, 2004). In Case 1 had een POH-er ook een spreekuur stoppen met roken opgezet. Als het stopadvies roken volgens de richtlijnen van de minimale interventie strategie (MIS) stoppen met roken plaatsvindt, dan is sprake van aanvullend aanbod (LHV, 2004). Daarnaast worden in drie van de vier praktijken DM-patiënten ingesteld op insuline, dit valt onder het aanvullende aanbod (LHV, 2004). Deze verrichtingen, uitgezonderd spreekuren stoppen met roken, zijn opgenomen in de lijst met M&I verrichtingen.²⁰ Patiënten hoeven bijvoorbeeld voor het maken van een spirometrie of een ECG niet anger naar het ziekenhuis en insulineafhankelijke patiënten hoeven niet meer te worden ingesteld door de DM-verpleegkundige van het ziekenhuis of de thuiszorg. In die zin, heeft er substitutie plaatsgevonden. Doordat meer dingen mogelijk zijn in de huisartsenpraktijk neemt de vraag toe ten opzichte van de situatie zonder deze mogelijkheden. In de verschillende praktijken waren ook andere vormen van aanvullend en bijzonder zorgaanbod zichtbaar, zoals reizigersadviesing, sterilisatie bij de man, circumcisie, audiometrie en tympanometrie. Echter, deze verrichtingen worden door de huisartsen en assistenten uitgevoerd. In hoeverre dit aanbod is gecreëerd door de komst van POH-ers en NP's is daarom niet duidelijk. In Case 4 praktijk gaven de huisartsen aan uitbreiding van het zorgaanbod op te kunnen zetten door de komst van POH-ers en NP.

In de vijfde vooronderstelling werd gesteld dat alle disciplines een rol hebben in de coördinatie van de activiteiten met de komst van POH-ers en NP. Daarnaast werd gesteld dat de tijdsinvestering in coördinatie toe zou nemen naarmate er meer ondersteunende disciplines in de praktijk werkzaam zijn en wanneer de ondersteuning toeneemt in omvang per fte huisarts. Deze vooronderstelling werd gedeeltelijk bevestigd. Alle disciplines hebben een rol in de coördinatie. Omdat alleen van het coördinatiemechanisme wederzijdse afstemming de tijdsinvestering kon worden gemeten is dit in de praktijken vergeleken in relatie tot de inzet van POH-ers en/of NP's. Hieruit blijkt dat in de praktijk waar de meeste aantal personen en inzet fte POH en NP, ook de meeste tijd wordt besteed aan wederzijdse afstemming. Het gaat om huisartsenpraktijk Case 2. De

²⁰ Module Modernisering & Innovatie. Deze wijze van financieren creëert mogelijkheden om te investeren in de versterking van de eerste lijn en het ondersteunen van ontwikkelingen (Menzis, 2007).

praktijk Case 3 heeft relatief de minste ondersteuning van POH in fte en aantal personen, maar investeert de op één na meeste tijd in wederzijdse afstemming en de op één na minste tijd wanneer de afstemmingstijd tussen huisartsen en assistenten niet is meegerekend.

Tot slot, de zesde vooronderstelling werd niet bevestigd. Gesteld werd dat in alle praktijken een in hoofdstuk 2 omschreven effect⁵⁰ zou optreden in de werkzaamheden van de huisarts. In Case 2 en Case 4 gaven de huisartsen aan dat een dergelijk effect was opgetreden. In de andere twee praktijken stelden de huisartsen dat andere effecten waren opgetreden. Het verschil zou veroorzaakt kunnen worden door het feit dat in Case 2 en Case 4 een NP werkt. De NP zou in de huisartsenpraktijk voor een ander effect bij de huisarts kunnen zorgen dan de POH-er. In alle praktijken noemden de ondersteunende disciplines wel één of meer effecten voor de werkzaamheden van de huisarts. Daarnaast werden ook effecten genoemd die niet in het conceptuele model zijn opgenomen. Deze effecten zijn: tijdsinvestering van huisarts aan organisatorische aspecten van de praktijk, opleiding, begeleiding en overleg met POH en NP, organisatie en management van de inzet van POH-ers, verdieping van huisartsen op de gebieden waar de POH-ers werkzaam zijn, in consulten meer uitvragen en het opzetten van nieuwe dingen in de praktijk zoals praktijkaccreditering.

In het conceptuele model zijn drie zaken nog niet ter sprake gekomen, namelijk aan de inputkant 'substitutie van de 2^e lijn', bij de besturende processen, de beheersing, en bij de ondersteunende processen de personeelszaken.

Ten aanzien van substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn kan worden gemeld, dat geen van de huisartsen dit noemde als reden om POH-ers of NP's aan te trekken in de praktijk. Echter, in alle praktijken worden POH-ers ingezet voor zorg die gesubstitueerd is van de tweede naar de eerste lijn, namelijk intensieve zorg en controles aan mensen die lijden aan diabetes mellitus, astma/COPD en mensen die qua zorg in de categorie CVRM vallen. Huisartsen gaven kwaliteitsverbetering als voornaamste reden aan voor de komst van POH-ers. Bovendien gaven enkele huisartsen aan dat POH-ers de controles aan chronisch zieken beter uitvoeren. Het is denkbaar dat de substitutie al had plaatsgevonden, maar dat voor het zorgen voor goede kwaliteit POH-ers in de praktijken zijn gaan werken.⁵¹

Kijkend naar de rol van huisartsen met betrekking tot beheersing naast coördinatie, dient de beheersing eigenlijk opgedeeld te worden in beheersing van het primaire proces en van de organisatie van de praktijk. Wanneer in het primaire proces wordt afgeweken van het beleid of wanneer zaken mis (dreigen te) gaan, dan zijn huisartsen aanspreekpunt. Incidenten worden ad hoc en in overleg opgelost. Wanneer gekeken wordt naar de beheersing van de organisatie dan is de rol van huisartsen in een aantal praktijken minder duidelijk. Case 2 en Case 3 vallen niet onder een stichting. Daar nemen de huisartsen de organisatie en het management op zich. Beheerszaken worden er door de praktijkhoudende huisartsen uitgevoerd. In Case 4 en Case 1 is sprake van een stichting. Case 4 kent een managementteam en een kernteam die de organisatie sturen. Deze teams houden zich bezig met bedrijfsmatige processen, respectievelijk de gedragen zorgvisie.

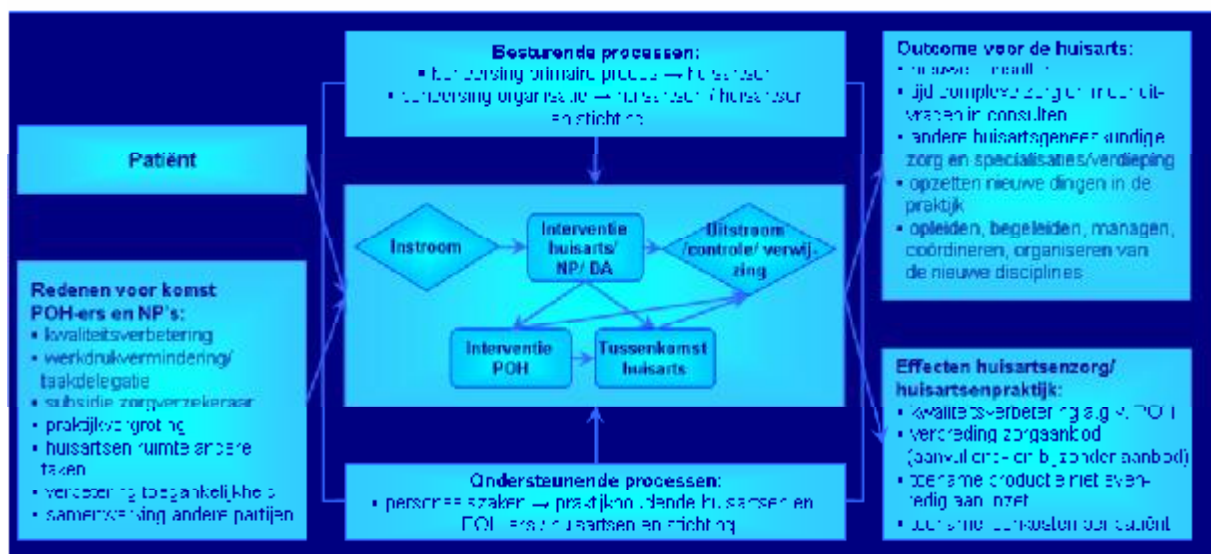
⁵⁰ De omschreven effecten zijn: minder gaan werken; nieuwe consulten; meer aandacht voor complexe chronische patiënten; tijd/aandacht kwaliteitsbeleid; tijd/aandacht onderzoek; tijd/aandacht administratief werk; meer aandacht voor exacerbaties en complicaties; differentiëren/speciëren.

⁵¹ Dit fenomeen is beschreven in het tijdschrift *Modem Medicina* (Maurial, 2006: 188-197).

Daarin hebben twee huisartsen zitting. In Case 1 is er een centrummanager voor de interne sturing van het centrum. De stichting houdt zich bezig met het beleid.

Personeelszaken als planning en functionering kunnen een taak zijn van de huisarts. In gevallen waarbij de huisarts een assistent(e) in dienst heeft zal de huisarts deze taak uitvoeren naast de medische beroepsuitoefening. De huisarts is dan werkgever. In twee praktijken die in het kader van dit onderzoek werden bezocht had de huisarts of hadden de huisartsen deze taak ook met betrekking tot de POH-ers en in één geval gedeeltelijk met betrekking tot de NP. De NP (net als een aantal POH-ers) werd gedetacheerd vanuit een thuiszorgorganisatie, maar dat neemt niet weg dat er organisatorisch de nodige afspraken moeten worden gemaakt. De beide praktijken hebben een aantal managementtaken naar een POH-er gedelegeerd, zoals planning en (voorbereiding van) functioneringsgesprekken. In de twee andere huisartsenpraktijken waren alle ondersteunende disciplines in dienst van de stichting van het gezondheidscentrum en wordt een groot deel van de personeelszaken door de stichting uitgevoerd.

De verwachtingen die in het conceptuele model uiteen zijn gezet blijken niet altijd te kloppen. Het conceptuele model uit hoofdstuk twee was hoofdzakelijk opgesteld op basis van bevindingen uit de literatuur. Omdat taakverschuivingen recentelijk zijn opgetreden lijkt de literatuur nog niet sterk gefundeerd. Op basis van de vergelijking van de praktijksituaties met de verwachtingen blijkt het noodzakelijk dat de verwachtingen worden bijgesteld. Dit heeft geleid, samen met de conclusies uit het vorige hoofdstuk, tot onderstaand model.



7.3 Theorie versus praktijk

Eenvoudige taken kunnen worden afgestoten naar een lager niveau aldus Van der Schroeff (1967). Dit wordt aangeduid met de term verticale differentiatie. Voor de opbouw van arbeidstaken lijkt in de meeste praktijken gekozen te zijn voor gelijksoortigheid van verichtingen. Echter, tussen de verschillende praktijken bestaan verschillen in de mate van gelijksoortigheid.

Op basis van de gevoerde gesprekken wordt de indruk gewekt dat in de onderzochte huisartsenpraktijken op dit moment sprake is van zowel horizontale functiespecialisatie, horizontale functieverrijking, verticale functiespecialisatie en verticale functieverrijking. Bij horizontale functiespecialisatie gaan medewerkers de focus leggen bij een sterk gespecialiseerde taak. Door de specialisatie neemt de herhaling van het werk toe en wordt standaardisatie gefaciliteerd. De POH-ers in de praktijk Case 2 hebben te maken met sterke horizontale specialisatie. Zij voeren ieder een deel van de chronische zorg uit die in andere praktijken door eenzelfde POH-er wordt uitgevoerd. Bij de assistenten in Case 4 is ook deels horizontale specialisatie opgetreden evenals bij de assistenten in de praktijk Case 3. Er zijn een aantal taken die door alle assistenten worden uitgevoerd, maar veel assistenten zijn zich ook met een specifieke taak gaan bezighouden (opreken CCRM, spirometrie, uitstrijkjes in de praktijk Case 3 en assisteren bij chirurgie en allergieconsulten bij Case 4).

Van der Schroeff (1967) stelt dat voordeel kan worden behaald in organisaties wanneer hoger gewaardeerde arbeid van lager gewaardeerde arbeid wordt gescheiden en dat daardoor een deel van de hoger gewaardeerde arbeidscapaciteit vrij komt voor hoger gewaardeerde taken. In de vorige hoofdstukken werd geconstateerd dat sterk geprotocolleerde zorg van de huisarts is verschoven naar zowel POH-ers als NP's. Deze disciplines kunnen een helder omschreven pakket van taken grotendeels zelfstandig uitvoeren. Bovendien werd geconstateerd dat POH-ers en NP's goedkoper zijn om in dienst te nemen dan een huisarts. De huisartsen in drie praktijken gaven aan dat door het verschuiven van een aantal taken, de huisartsen zich meer konden gaan toelagen op hoger gewaardeerde taken. Genoemd werden: meer aandacht voor complexe zorg, nieuwe consulten, andere huisartsgeneeskundige zorg en specialisaties en het opzetten van nieuwe dingen in de praktijk. Echter, in alle huisartsenpraktijken besteden de huisartsen ook een deel van de vrijgekomen capaciteit aan organisatorische taken, scholing, overleg en management. Geconcludeerd kan worden dat de vrijgekomen capaciteit niet volledig wordt ingevuld met hoger gewaardeerde taken.

Daarnaast dient te worden opgemerkt dat de arbeidscapaciteit die vrijkomt bij de huisarts minder is dan wordt verwacht, doordat ondersteunende disciplines uitgebreidere zorg en soms nieuwe vormen van zorg kunnen bieden dan de huisarts voorheen deed. Zo kan één NP zich bezighouden met case-management van moeilijke patiënten, en is de zorg die POH-ers bieden uitgebreider. Zo is er in sommige gevallen een uitgebreidere screening, wordt er meer aandacht besteed aan het voetonderzoek bij DM-patiënten en de motivatie van patiënten. In één praktijk is een stoppen met roken spreekuur opgezet en worden nu inhalatie-instructies gegeven door de POH.

Van der Schroeff stelt dat voor een doelmatige organisatie taken met specifieke eisen bij elkaar worden gebracht en dat een arbeidskracht die taken verricht die overeenkomen met hun capaciteiten. We zien het idee van de gelijksoortigheid van verrichtingen in de huisartsenpraktijken terug bij de POH-ers. De NP's laten een wat breder scala aan activiteiten zien. POH-ers worden ingezet voor één of een aantal chronische patiëntgroepen en voeren daarvoor grotendeels dezelfde handelingen volgens protocollen uit.

Coördinatie werd in het theoretisch kader als volgt gedefinieerd: *Coördinatie is het integreren van verschillende onderling afhankelijke taken met het doel een gezamenlijk product of dienst van een organisatie te leveren.*

Naarmate het onderzoek vorderde werd temeer duidelijk dat deze definitie van coördinatie met betrekking tot de huisartsenpraktijk vooral betrekking lijkt te hebben op de medisch inhoudelijke coördinatie. Medisch inhoudelijke coördinatie neemt toe naarmate er meer disciplines in de huisartsenpraktijk gaan werken. Immers, de taken van de praktijkassistent(e) hoeven niet alleen afgestemd te worden met de taken van de huisarts, ook met de andere disciplines moet er een heldere aansluiting in taken plaatsvinden. Deze vorm van coördinatie is onderdeel van het primaire proces van de huisartsenzorg, want het is patiëntgebonden. Het is niet noodzakelijk dat dit plaatsvindt op het moment dat de patiënt zich in de huisartsenpraktijk bevindt. Het kan ook vooraf of na afloop van een contact met de patiënt plaatsvinden.

Buiten de medisch inhoudelijke coördinatie blijkt in de huisartsenpraktijken ook een andere vorm van coördinatie nodig te zijn. Het betreft hier de organisatorische inbedding van ondersteunende disciplines in de praktijk. Immers, er dient een manier gevonden te worden die het volgende belangrijke punt facilt teert: *Hoe zorg ik er als huisarts voor dat er iedere dag voldoende tevreden mensen de juiste taken op het juiste moment correct doen?* De organisatorische coördinatie is onderdeel van de besturende processen.

Op het werken met protocollen ligt in de bezochte huisartsenpraktijken een sterke nadruk. Ondersteunende disciplines kunnen ogenschijnlijk goed functioneren op die terreinen die goed te protocolleren zijn. Het werk van POH-ers is overigens nog sterker te standaardiseren door protocollen dan het werk van de NP.

Geconstateerd werd dat in de huisartsenpraktijken naast protocollen en planning een aanzienlijke hoeveelheid tijd wordt besteed door de verschillende disciplines aan wederzijdse afstemming (mutual adjustment). Thompson (1987) stelt dat mutual adjustment nodig is wanneer er sprake is van reciproke interdependentie (wederzijdse afhankelijkheid) tussen twee personen. Mintzberg (1983) stelt dat wederzijdse afstemming nodig is bij professionele taken wanneer het niet mogelijk blijkt de taken binnen de organisatie op enige wijze te standaardiseren.

In de huisartsenpraktijken in dit onderzoek zien we dat de redenering van Mintzberg hier van toepassing is. Aldus Thompson vormt de output van een bepaald onderdeel input voor andere onderdelen en is uitwisseling van informatie tijdens het proces van handelen geschikt. In de huisartsenpraktijken is te zien dat er informatie wordt uitgewisseld tussen de verschillende disciplines, echter dit gebeurt niet noodzakelijk tijdens het proces van handelen. Ook vooraf of achteraf kan het handelen rondom de patiënt worden afgesproken. In feite is er niet zozeer sprake van wederkerige afhankelijkheid, maar van een geringe beslissingsbevoegdheid bij de ondersteunende disciplines. Zij mogen of hebben de capaciteit niet om in alle gevallen zelf beslissingen te nemen. Bovendien blijft de huisarts eindverantwoordelijk. Ondersteunende disciplines hebben in een aantal gevallen flattering of navraag bij de huisarts nodig en zijn zodoende afhankelijk van de huisarts. In zekere zin is de huisarts ook afhankelijk van de ondersteunende disciplines omdat deze eindverantwoordelijk is. Deze afhankelijkheden hebben te maken met beslissingsbevoegdheden in plaats van met de wederkerige inrichting van het zorgproces.

In dit verband is ook de stelling van Mintzberg beter te duiden. Hij stelt dat het werk van een organisatie complexer wordt wanneer de taken verschuiven van ongeschoolde naar professionele taken. Coördinatie in de vorm van mutual adjustment is nodig wanneer taken niet gestandaardiseerd

kunnen worden door directe supervisie en standaardisatie van werkprocessen, outputs en vaardigheden.

We zien dat dit de situatie is in de huisartsenpraktijken. De taken van de ondersteunende disciplines zijn zoveel mogelijk gestandaardiseerd. Er worden geschoolde mensen aangetrokken en er zijn protocollen opgesteld. In een aantal gevallen bieden deze coördinatiemechanismen onvoldoende houvast voor de disciplines en is afstemming met de huisarts nodig. Mintzberg stelt dat de meeste organisaties alle coördinatiemechanismen toepassen. Dat is ook in de huisartsenpraktijk het geval. De nadruk ligt hier vanwege de professionele taken op het mechanisme 'mutual adjustment'. Aldus Mintzberg bestaat 'mutual adjustment' uit het informeel communiceren met elkaar. Dit beeld wordt bevestigd in de huisartsenpraktijken. Er zijn een aantal momenten waarop overleg plaatsvindt, maar veel overleg vindt ook tussen de werkzaamheden door plaats.

De geformuleerde tabel met coördinatiemechanismen is niet altijd goed toepasbaar op de huisartsenzorg. Standaardisering van vaardigheden wordt binnen de huisartsenpraktijken veelal als aannemelijk beschouwd. Zonder een juist diploma voor toetreding aan de praktijken kunnen en mogen veel taken niet worden uitgevoerd. Daarnaast wordt directe supervisie als coördinatiemechanisme nauwelijks toegepast in de huisartsenpraktijk, enkel tijdens de opleidingsperiode van disciplines. Verder is de tabel met coördinatiemechanismen niet volledig actueel in het licht van de 'informatiseringsmaatschappij' waarin we ons bevinden. In verscheidene praktijken bleken disciplines gebruik te maken van e-mail en memo's in het computerprogramma. Digitale afstemming zou als een nieuw mechanisme kunnen worden toegevoegd.

7.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk werden zowel de constatering en uit het theoretisch kader als het conceptuele model met haar vooronderstellingen getoetst aan de praktijksituaties. Het conceptuele model dat hoofdzakelijk aan de hand van literatuuronderzoek was opgesteld bleek voor een groot deel niet te kloppen met de praktijk. Als gevolg daarvan werden de vooronderstellingen slechts ten dele bevestigd in de praktijk. Dit heeft wel geleid tot een bijstelling van de verwachtingen en een nieuw model waarin de bevindingen uit de praktijksituaties zijn weergegeven. Tot slot is ook gereflecteerd op de theoretische inzichten die leidend waren tijdens dit onderzoek. De theorie over arbeidsdeling van Van der Schreeff blijkt niet goed toepasbaar op dit praktijkonderzoek. Het afstoten van hoger gewaardeerde taken leidt niet tot veel vrijgekomen arbeidscapaciteit voor huisartsen. Daarnaast blijkt dat huisartsen dit maar voor een klein deel kunnen invullen met hoger gewaardeerde arbeid. Mogelijk is deze theorie van arbeidsdeling uitsluitend geschikt voor de 'profit sector' en niet voor de gezondheidszorg. Verder werd ook geconstateerd dat de coördinatiemechanismen zoals door verscheidene auteurs beschreven aangevuld zouden kunnen worden met moderne communicatiemiddelen. Met e-mail en berichten in de computer is sprake van een vorm van wederzijdse afstemming, echter dit gebeurt niet face to face. Een nieuw coördinatiemechanisme zou digitale afstemming kunnen betreffen.

Na deze reflectie op de theorie en met de bevindingen uit hoofdstuk 6 in het achterhoofd, kan worden overgegaan naar de conclusie waarin antwoord wordt gegeven op de vraagstellingen

van het onderzoek. De conclusie met aanbevelingen en discussie is in het navolgende hoofdstuk te lezen.

Hoofdstuk 8

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Na de beschrijving van alle onderdelen van het verrichte onderzoek en de resultaten, zal hieronder de conclusie van het onderzoek worden gepresenteerd. Allereerst worden de onderzoeksvragen en centrale vraagstelling beantwoord, daarna zullen aanbevelingen worden gedaan. Verder worden een aantal discussiepunten besproken die gerelateerd zijn aan de opzet van het onderzoek en de betrokken casus.

De centrale vraagstelling van dit onderzoek betrof:

Op welke wijze veranderen het takenpakket van de huisarts, het aantal ingeschreven patiënten en het aantal contacten per huisarts door taakverschuivingen als gevolg van de komst van de praktijkondersteuner op hbo-niveau en de nurse practitioner in de huisartsenpraktijk en wat voor effect heeft de komst van deze ondersteunende beroepen op de coördinatie en kosten in de huisartsenpraktijk?

Door achtereenvolgens een antwoord te geven op de geformuleerde onderzoeksvragen kan daarna een antwoord worden gegeven op de centrale vraagstelling.

Onderzoeksvraag 1: Welk effect treedt op in het takenpakket van de huisarts door taakverschuivingen naar ondersteunende disciplines in de praktijk?

Op basis van de theoretische inzichten van Van der Schroeff werd verwacht dat een aanzienlijk deel van de arbeidscapaciteit van huisartsen zou vrijkomen en dat huisartsen deze capaciteit zouden invullen met hoger gewaardeerde arbeid. We hebben geconcludeerd dat NP's en POH-ers dezelfde taken als huisartsen verrichten, maar daarnaast ook uitgebreidere zorg verlenen dan de huisarts voorheen deed en daar meer tijd aan kunnen besteden. Dit heeft als gevolg dat de vrijgekomen arbeidscapaciteit bij de huisarts minder groot is dan verwacht. Daar komt bij dat het in de huisartsenzorg gaat om taken die niet volledig te protocolleren zijn en waar de huisarts eindverantwoordelijkheid over behoudt. Dit veroorzaakt de aanzienlijke tijdsbesteding van huisartsen in opleiden, begeleiden, organiseren en coördineren van de inzet van POH-ers en NP's. Het merendeel van de huisartsen stelt geen werkdrukvermindering te ondervinden. Dat betekent dat de vrijgekomen restcapaciteit door huisartsen in de huisartsenpraktijk wordt ingevuld. Volgens de huisartsen gebeurt dit door: nieuwe consulten te doen, meer tijd en aandacht te besteden aan complexe zorg en meer uit te vragen in consulten. Verder hebben een aantal huisartsen tijd voor andere huisartsgeneeskundige zorg en specialisaties of verdieping op bepaalde gebieden. Ook werd het voor een aantal huisartsen mogelijk om nieuwe dingen in de praktijk op te zetten.

Wel werd gedurende het onderzoek zichtbaar dat er door de inzet van POH-ers en NP naast veranderingen in het takenpakket van de huisarts, veranderingen zijn opgetreden in het zorgaanbod van de praktijk. Er worden voor meer categorieën chronische patiënten systematische

controleprogramma's opgezet en er zijn mogelijkheden om het aanvullend- en bijzonder aanbod uit te breiden. Verder werd gesteld, en is ook uit onderzoek gebleken, dat de kwaliteit van in ieder geval de zorg aan chronisch zieken is verbeterd. Dit zijn effecten voor de huisartsenpraktijk als geheel en niet voor de individuele huisarts.

Onderzoeksvraag 2: Welk effect treedt op in het aantal ingeschreven patiënten per huisarts en het aantal contacten per huisarts per jaar door taakverschuivingen naar ondersteunende disciplines in de praktijk?

Op basis van een vergelijking met vijf controlecases (huisartsenpraktijken met praktijkassistenten) is geconstateerd dat er geen verandering optreedt in het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts. Praktijken die in dit onderzoek zijn benaderd zien hun patiëntenbestand weliswaar stijgen, maar dit overtreft (nog) niet het aantal ingeschreven patiënten bij traditionele huisartsenpraktijken. Opvallend genoeg werd ook geconstateerd dat het aantal contacten met de praktijk per fte huisarts niet is toegenomen in vergelijking met het aantal contacten in traditionele huisartsenpraktijken. Tot slot werd geconstateerd dat huisartsen in praktijken met POH-ers en NP's gemiddeld ruim 1 contact per jaar per patiënt minder hebben dan de huisartsen in traditionele praktijken.

Onderzoeksvraag 3: Hoe wordt de nieuwe verdeling van taken in huisartsenpraktijken gecoördineerd en wat is de omvang van de tijdsinvestering in coördinatie?

Op basis van de inzichten in het theoretisch kader was de verwachting dat er een toenemende behoefte zou ontstaan aan coördinatie wanneer nieuwe disciplines als de POH-er en NP hun intrede in de praktijk doen. Er werd door verscheidene respondenten dan ook gemeld dat er een tijdsinvestering werd geleverd voor de organisatie en inzet van deze disciplines. Uit dit onderzoek blijkt dat naast standaardisatie van vaardigheden (opvoeding) en protocollen, wederzijdse afstemming tussen huisartsen en de betreffende disciplines van groot belang blijkt te zijn. Al die zaken die niet gecoördineerd kunnen worden door het feit dat werknemers geschoold zijn en door te werken met vaste protocollen dienen in overleg met de huisarts te worden afgestemd. Huisartsen besteden van alle disciplines de meeste tijd aan wederzijdse afstemming. De gemiddelde tijd voor afstemming bij huisartsen is 4,6 uur per week waarvan 1,5 uur (33%) voor afstemming met nieuwe ondersteunende disciplines en 3,1 uur per week voor afstemming met praktijkassistenten.

Onderzoeksvraag 4: Wat zijn de kosten van ondersteunende disciplines in de huisartsenpraktijk en wegen de kosten op tegen de capaciteitseffecten die door de inzet van de disciplines worden behaald?

Een inschatting van de loonkosten op basis van CAO's en Gobnet-laten zien dat een fulltime NP gemiddeld circa € 51.172,- aan loonkosten per jaar kost en een fulltime POH circa € 37.968,-. Een FICHA daartegenover kost gemiddeld € 72.195,- per jaar. Omdat bij onderzoeksvraag 2 werd gevonden dat er geen stijging in de productie optreedt (aantal ingeschreven patiënten en aantal contacten met de praktijk per fte huisarts) in praktijken met POH-ers en/of NP's, kan gesteld worden dat de meerkosten die worden gemaakt voor het extra personeel geen extra productie opleveren. Dit betekent dat de kosten niet opwegen tegen capaciteitseffecten. In de praktijken lijkt goed te worden

toegevoegd aan de zorgverlening, maar dit uit zich niet in capaciteitseffecten. Op grond van de niet aangetroffen capaciteitseffecten lijkt het aantrekken van een HIDHA een betere oplossing wanneer uitbreiding van de praktijk gewenst is.

Er kan nu antwoord worden gegeven op de volgende vraag: *Op welke wijze veranderen het takenpakket van de huisarts, het aantal ingeschreven patiënten en het aantal contacten per huisarts door taakverschuivingen als gevolg van de komst van de praktijkondersteuner op hbo-niveau en de nurse practitioner in de huisartsenpraktijk en wat voor effect heeft de komst van deze ondersteunende beroepen op de coördinatie en kosten in de huisartsenpraktijk?*

Het takenpakket van de huisarts verandert in beperkte omvang door de inzet van PCH-ers en NP's. Er komt minder arbeidscapaciteit voor zorg vrij dan op basis van de theoretische inzichten werd verwacht. De capaciteit die vrijkomt wordt ingevuld met nieuwe consulten, meer tijd en aandacht voor complexe zorg en meer uitvragen in consulten. Daarnaast zijn er huisartsen die zich bezig zijn gaan houden met andere huisartsgeneeskundige zorg en specialisaties/verdieping: er lijkt een verbreding van het zorgaanbod op te treden. Ook zijn er huisartsen die vrijgekomen tijd gebruiken om nieuwe dingen in de praktijk op te zetten. Tot slot, de inzet van PCH-ers en NP's vereisen voor de huisarts gemiddeld 1.5 uur extra coördinatie tijd per week. Met de POH wordt gemiddeld een half uur per week afgestemd per huisarts en met de NP gemiddeld een uur.

Het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts en het aantal contacten met de praktijk per fte huisarts stijgt niet uit boven de aantallen die worden behaald in traditionele huisartsenpraktijken. Tot slot werd geconstateerd dat het inzetten van POH-ers en NP's meer kost per ingeschreven patiënt, doordat de productie van dergelijke praktijken niet evenredig stijgt met de verhoogde inzet.

Dit betekent dat er een ander effect zou moeten zijn, die de inzet van de POH-ers en NP rechtvaardigt. Als er namelijk geen of een gering positief effect is, dan zouden zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS moeten overwegen of de inzet van deze disciplines wel moet worden voortgezet.

De zware en daarmee dure bezetting in huisartsenpraktijken met ondersteunende disciplines als NP's en POH's lijkt op dit moment de prijs te zijn voor een verbetering van de kwaliteit van zorg en een verruiming van het zorgaanbod. Of de kwaliteitsverbetering en de verbreding van het zorgaanbod de prijsstijging rechtvaardigen wordt binnen dit onderzoek in het midden gelaten. Het is ter beoordeling van het veld, de maatschappij en de overheid.

Aanbevelingen

Uit dit onderzoek is gebleken dat het voor huisartsenpraktijken wel uitvoerbaar kan zijn om een POH en/of NP in dienst te nemen voor orderdelen van de huisartsenzorg. Ondanks de wisselende invulling in de vier praktijken wordt er in de praktijken positief over geoordeeld. Dit positieve oordeel geven de respondenten vanuit hun opinie dat er kwaliteitsverbetering optreedt in de huisartsenzorg. Er werd op basis van de vier praktijk situaties geconstateerd dat er een kwaliteitsverbetering optreedt en dat er een verbreding van het zorgaanbod tot stand komt door in ieder geval de inzet van de

POH. Wanneer kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg en/of substitutie van de tweede naar de eerste lijn door verbreding van het zorgaanbod mogelijk wordt dan is het wenselijk huisartsenpraktijken met ambities in deze richting te blijven stimuleren. Er worden op dit moment onvoldoende prestatie-indicatoren toegepast voor kwaliteitsverbeteringen en substitutie effecten door inzet van NP's en POH-ers. Onderzoek naar prestatie-indicatoren is dan ook een belangrijke richting voor vervolgonderzoek, zowel voor de nieuwe professionals, huisartsen, de zorgverzekeraars en de overheid. Indien goede prestatie-indicatoren worden ontwikkeld kunnen goed presterende huisartsenpraktijken extra worden beloond door zorgverzekeraars. Zodoende worden praktijken gestimuleerd tot kwaliteitsverbetering, substitutie vanuit de tweede lijn en de inzet van nieuwe professionals. De ontwikkeling van prestatie-indicatoren is dan ook een eerste aanbeveling die voortkomt uit dit onderzoek.

Een tweede aanbeveling heeft betrekking op krapte van het aantal huisartsen. Omdat de verwachting is dat de vraag naar huisartsenzorg in de toekomst verder zal toenemen, lijkt het van belang te zijn dat ook de productie van de huisartsenzorg gaat stijgen. Uit dit onderzoek blijkt dat een productiestijging niet wordt gerealiseerd door de inzet van POH-ers en NP's. Wanneer zich een dreiging van huisartsentekort voordoet lijkt daarom de remedie meer huisartsen op te leiden. Het introduceren van nieuwe professionals die minder hoog opgeleid zijn dan de huisarts is een oplossing voor we omschreven klachten en aandoeningen, maar kan geen volledige vervanging bewerkstelligen voor onderdelen van de zorg. De huisarts blijft eindverantwoordelijk en zal daartoe een aantal zaken blijven afstemmen in de praktijk. Dit kost zowel de huisarts als de POH/NP tijd. De coördinatiekosten liggen vermoedelijk lager bij een HIDA omdat een HIDA een gelijke opleiding heeft genoten en bevoegd is tot gelijke voorbehouden handelingen. Indien er daadwerkelijk een kwaliteitsverbetering en/of substitutie vanuit de tweede lijn optreedt door introductie van de POH en NP, dan is de inzet van deze disciplines voor onderdelen van zorg een optimale aanvulling in de huisartsenpraktijk. Voor een capaciteitsvergroting van huisartsenpraktijken zal echter uitgeweken moeten worden naar meer huisartsen.

Een derde aanbeveling heeft betrekking op de productie van NP's en POH-ers. Het is van belang dat er prikkels komen voor huisartsenpraktijken om een hogere productie te realiseren bij de inzet van NP's en POH-ers. Mogelijkheden hiervoor zijn het verminderen van de vergoeding en subsidie voor de inzet van de POH en NP of strengere regels ten aanzien van de inzet van deze disciplines. Daarnaast kan de honorering van nieuwe professionals worden gewijzigd, waarbij zij deels vast en deels naar rato van het aantal verrichtingen worden betaald. POH-ers en NP's blijken in dit onderzoek soms aanzienlijke tijd te kunnen besteden aan niet-cliëntgebonden zaken. Deze tijdsinvestering zou omlaag kunnen worden gebracht waardoor de disciplines meer cliëntgebonden tijd hebben en daarbinnen meer productie kunnen genereren. In de POH-module van verzekeraars is om dit moment vastgelegd dat ten minste 50% van de beschikbare tijd van de POH besteed moet worden aan zorg volgens NHG-standaarden. Indien dit percentage landelijk wordt verhoogd zou de POH doelgerichter ingezet kunnen worden.

Een vierde aanbeveling betreft een algemenere aanbeveling. Uit het onderzoek is gebleken dat sommige huisartsen zich bezig houden met organisatorische coördinatie. Het is van belang dat de coördinatietijd bij huisartsen zo laag mogelijk is, omdat zij dan zoveel mogelijk tijd kunnen besteden aan zorgverlening. Een middel om te stimuleren dat huisartsen zich nauwelijks bezig houden met organisatorische coördinatie is huisartsen voor te lichten met voorbeelden van 'good practices' waarbij managementtaken bij specifiek daartoe opgeleide professionals liggen.

Discussie

Er is geconstateerd dat de geleverde zorg in huisartsenpraktijken met ondersteuning van POH en NP en in één praktijk met POH-ers duurder is in loonkosten per ingeschreven patiënt en in alle gevallen per contact met de praktijk. Toch wordt op basis van het onderzoek het vermoeden gewekt dat traditionele huisartsenpraktijken en huisartsenpraktijken met ondersteuning van POH-ers en NP's qua loonkosten dichterbij elkaar zullen gaan bewegen. Enerzijds wordt dit verondersteld door het feit dat het aantal contacten van POH-ers en NP's in de praktijken waarvan data beschikbaar was, in 2007 was toegenomen ten opzichte van 2006. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de introductie van de disciplines in veel praktijken recent heeft plaatsgevonden en dat zowel de ondersteunende disciplines als de huisartsen zich in een leerproces bevinden waardoor nog verbetering kan optreden. Door een verdere stijging kunnen meer contacten worden gedaan per praktijk en kan wellicht ook het aantal ingeschreven patiënten worden uitgebreid. Dit is direct gerelateerd aan de volgende onderzoeksuitkomst. Het merendeel van de huisartsen geeft aan veel tijd te besteden aan patiëntgerelateerd overleg met de NP's en POH-ers. Tijdens de overlegmomenten gaat productie verloren bij beide partijen. Huisartsen en POH-ers en NP's kunnen verder in het leerproces mogelijk de overlegtijd inperken en meer contacten met patiënten hebben. Gezien het feit dat de overegtijd met praktijkassistenten – die al jaren in de praktijken werken – hoger ligt dan met ondersteunende disciplines, is het zeer de vraag of de afstemmingstijd kan worden verminderd na de leerperiode van deze disciplines.

Anderzijds is er ook sprake van een nog niet volledig uitgekristalliseerde inhoud van beide beroepen. POH-ers en NP's lijken hun taken in alle praktijken stukje bij beetje uit te breiden. Daarnaast hebben POH-ers en NP's in sommige gevallen naast de patiëntenzorg tijd voor protocolontwikkeling en oopt de consultduur van POH-ers en NP's nog terug. Omdat de verwachting is dat het aantal chronisch zieken en de druk op de huisartsenzorg gaat stijgen, kunnen zij wellicht meer contacten gaan hebben in de beschikbare tijd die zij hebben. Bovendien kan de zorg door POH-ers en NP's verder gedifferentieerd worden op basis van de huidige en toekomstige zorgvraag en leiden tot een verdere verbreding van het zorgaanbod in huisartsenpraktijken met deze vorm van ondersteuning.

In deze discussie is het van belang te melden dat bij de vergelijking van de interventie- en vergelijkingscases nog een ander aspect aanwezig is dat de resultaten uit dit onderzoek beïnvloedt, namelijk het onderscheid tussen personeel in loondienst en zelfstandigen. Bij drie interventiepraktijken en bij één vergelijkingspraktijk waren huisartsen in loondienst werkzaam. Bij één van de interventiepraktijken waren zelfs alle huisartsen in loondienst. Het vermoeden bestaat dat zelfstandige huisartsen meer produceren dan huisartsen in loondienst en dat zelfstandige huisartsen ook meer tijd aan hun werk besteden. Het zou kunnen zijn dat daardoor enige verschillen in aantal ingeschreven patiënten en aantal contacten zijn opgetreden, ten gunste van de praktijken met zelfstandige huisartsen. Of dit effect aanwezig is en hoe groot het is, kan niet worden beantwoord. Wanneer huisartsen in loondienst zijn van een stichting of bij een andere huisarts zou er ook een kleinere prikkel kunnen zijn om vrijgekomen arbeidscapaciteit door de komst van ondersteunende disciplines in te vullen met hoger gewaardeerde arbeidstaken. Immers, het inkomen is zeker. Ook dit effect is niet onderzocht.

Ander punt van discussie betreft de vaardigheid van delegeren. Dit onderzoek werpt de vraag op of huisartsen wel goed kunnen delegeren en in welke mate ondersteunende disciplines gedelegeerde taken zelfstandig kunnen uitvoeren? Huisartsen moeten nu aanzienlijke tijd investeren in het coördineren van de taken die zij delegeren. Wenselijk is deze coördinatie tijd zo klein mogelijk te laten zijn. Daarom zou in de opleiding van huisartsen aandacht moeten zijn voor het onderwerp 'hoe efficiënt taken te delegeren'. En in de opleiding voor POH-ers en NP's zou extra aandacht kunnen komen voor het beter voldoen aan de eindtermen die worden gesteld voor huisartsenzorg, waardoor minder afstemming met de huisarts nodig is. Daarnaast kan ook in individuele huisartsen worden bekeken hoe de coördinatie van het zorgproces zo goed mogelijk kan worden gestroomlijnd, zodat de coördinatie tijd kan worden verminderd. Hierbij kan worden gedacht aan vaste procedures bij twijfel, meer protocollen, meer nascholing en/of gerichte instructies door huisartsen. Indien het voor NP's mogelijk wordt om onder andere zelf medicatie voor te schrijven zal ook de coördinatie tijd worden verminderd.

Literatuur

- Allen, J. , Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svat, I. Ram, F. (2005) *The European Definition of General Practice / Family Medicine 2005 edition* Ljubljana: WONCA Europe.
- Bakker, D.H. de, Polder, J.J., Sluijs, E.M., Treurniet, H.F., Hceymans, N., Hngstman, L., Poos, M.J.J.C., Gijssen, R., Griffioen, D.J. Velden, L.F.J. van der (2005) *Op één lijn – Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020* Utrecht: Nivel.
- Berg, M. van den, Bakker, D. de (2003) *Meta-analyse: Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland* Utrecht: Nivel.
- Berg, M. van den et al (2003) De werkdruk van de huisarts – Zorgvraag en arbeidsduur in 1987 en in 2001, in: *Medisch Contact*, Vol. 58 No. 26/27, pp.: 1054-1056.
- Berg, M.J. van den, Kolthof, E.D., Bakker, D.H. de, Zee, J. van der (2004) *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen* Utrecht: Nivel.
- Berg, M. van den, Simkens, A. (2006) Praktijkondersteuner en assistente: wie doet wat? In: *Huisarts & Wetenschap*, Vol. 48 No. 8, p. 397.
- Berg, M.J. van den, Koopmanschap, M.A., Bakker, D.H. de, Verheij, R.A. (2007) *Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West – Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het Menzis-model* Utrecht: Nivel.
- Boer, C. (2006) *Eindrapportage Diabolo-project 2001/2005* R dderkerk: Diabolo-project.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., Findlay, B. (2004) From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework in: *BMC Health Service Research*, Vol. 4 No. 15.
- Borst-Eijers, E. (2006) De Nurse Practitioner: een succesverhaal in: *Nederlands Tijdschrift voor Nurse Practitioners* Vol. 1 No. 1, pp. 7-8.
- Brake, H. te, Verheij, R., Abrahamse, H., Bakker, D. de (2007) *Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging – Monitor 2006* Utrecht: Nivel.
- Bussemakers, H., Schultz, U., Vlerken, M. van, Kwaak, D.A. van der, Ebbens, E.H. (2007) Taakherschikking en taakverdeling in de huisartsenpraktijk in: *Medisch Contact*, No. 26, juli 2007, pp: 1216-1217.

Capaciteitsorgaan (2004) *Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg 2000 – 2004 – 2012, Een tussenrapportage met beleidsscenario's* Utrecht: Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen.

Capaciteitsorgaan (2005) *Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen – Advies 2005 over de initiële opleiding geneeskunde – beide vanaf 2006* Utrecht: Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen.

Cardo, M., Dijk, L. van, Jong, J.D. de, Bakker, D.H. de, Westert, G.P. (2004) *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht: Nivel/RIVM.

Christensen, C.M., Bohmer, R., Kenagy, J. (2000) Will Disruptive Innovations Cure Health Care? In: *Harvard Business Review*, September – October 2000, pp. 101-111.

CNV Publieke Zaak (2005a) *Overzicht Document Huisartsenzorg*, afkomstig van: <http://www.cnvpubliekezaak.nl/Documenten/Overige%20Mappen/Huisartsenzorg/Overzicht%20document%20Huisartsenzorg.doc>, 09/08/2007.

CNV Publieke Zaak (2005b) *Referentie Functie FWHZ*, afkomstig van: <http://www.cnvpubliekezaak.nl/Documenten/Overige%20Mappen/Huisartsenzorg/Referentie%20Functies%20FWHZ.doc>, 09/08/2007.

Damme, R.A.E. van (2007) *Moorjarenbeleidsplan Julius Gezondheidscentra 2007-2010 – Gestroomlijnde ambities 2007 – 2008 – 2009 – 2010* De Meern: Directie Julius Gezondheidscentra.

Derckx, E.W.C.C. (2006) De NP in de huisartsenpraktijk in: *Nederlands Tijdschrift voor Nurse Practitioners*. Vol. 1 No. 1, pp. 13-16.

Eisenhardt, K.M. (1989) Building Theories from Case Study Research in: *Academy of Management Review* Vol. 14 No. 4, pp. 532-550.

Essen, G. van, Derks, M., Boemendaal, A. (2006) *Praktijkervaringen met taakherschikking in de zorgsector – Aansprekende voorbeelden uit het medische domein* Utrecht: Stuurgroep MOBG.

FASTeerstelijns (2007) *(Mogelijke) taken van een praktijkondersteuner*, afkomstig van: <http://www.fasteerstelijns.nl/include/files/fasteerstelijns.nl/POH%20div./bijlage%202%20beleid%20POH%202007%20taken%20poh.doc.doc>, 15/08/2007.

Galbraith, J.R. (1995) *Designing Organizations – An Executive Briefing on Strategy, Structure, and Process* San Francisco: Jossey Bass.

Gittel, J.H. (2002) Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects in: *Management Science*, Vol. 48 No. 11, pp.:1408-1426.

Grix, J. (2004) *The Foundations of Research* Basingstoke: Palgrave Macmillan

Health Council of the Netherlands (Gezondheidsraad) (2004) *European primary care* The Hague: Health Council of the Netherlands.

Heemskerk, F., Ven, C. van de, Jettinghoff, K., Sloten, G. van, Putten, D. van (2004) *Werk situatie van huisartsen in opleiding: Eindrapport* Hoofddorp: TNO Arbeid.

HuisartsVandaag ANP (2007) Het tekort aan huisartsen is opgelost meent Zorgverzekeraar De Friesland in Leeuwarden, afkomstig van:
<http://www.huisartsvandaag.nl/index.php?option=content&task=view&id=11619>, 20/06/2007.

Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) (2006) *Circulaire Taakherachikking en voorschrijven geneesmiddelen* Den Haag: IGZ.

Jaegers, H.P.M., Jansen, W., Coun, M. (1998) *De structuur van de organisatie* Amsterdam: Boom/Lemna.

Jong, H. de (2008) *Anamnese*, afkomstig van: <http://home.hotnet.nl/~vaidya/artikel/Anamnese.pdf>, 30/10/2007.

Kenens, R.J., Fofhuis, H., Hingsman, L. (2006) *Inventarisatie mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: een eerste verkennning* Drecht: Nivel.

Kok, L., Stevens, J., Brouwer, N., Garneren, E. van, Gadiraj, K., Woittiez, I. (2004) *Kosten en baten van extramuralisering De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen* Den Haag: SCP.

Kuiper, D., Sijtsma, F.J., Dijkstra, G.J., Groothoff, J.W. (2007) *Inzet van de Nurse Practitioner op het consultatiebureau – Deel 1: procesevaluatie en klanttevredenheid Deel 2: kostenevaluatie* Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken UNCG.

Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (2004) *Beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg* Utrecht: LEVV.

Lawrence, P.R., Lorsch, J.W. (1967) Differentiation and Integration in Complex Organizations in: *Administrative Science Quarterly*, Vol. 12 No. 1, pp.: 1-47.

LHV (2004) *Het aanbod aan huisartsgeneeskundige zorg - 2004* Utrecht: LHV.

LHV (2006) *Nieuwe ondersteunende bemepen in de Huisartspraktijk* Utrecht: LHV

LVG (2006) *Visiedocument LVG* Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.

Malone, T.W., Crowston, K. (1994) The Interdisciplinary Study of Coordination in: *ACM Computing Surveys*, Vol. 26 No. 1, pp.: 87-119.

Masurel, N. (2006) Diabeteszorg in de eerste lijn: wat kunnen praktijkondersteuning en thuiszorg voor elkaar betekenen? In: *Modern Medicine*, Vol. 30 No. 4, pp.: 188-197

Menzis (2007) *Zorgcontractering, beleid en inkoop*, afkomstig van:
<http://www.menzis.nl/web/show?id=43975>, 23/11/2007.

Meredith, J. (1998) Building operations management theory through case and field research in: *Journal of Operations Management* Vol. 16, pp. 441-454.

Ministerie Verkeer en Waterstaat (2004) *Sturen op kwaliteit*, afkomstig van: http://www.professioneel-handhaven.nl/Bibliotheek/Documenten/Projectinformatie/Projecten/Project10/41_Sturen_op_kwaliteit_alg_1.0.doc, 07/09/2004.

Ministerie van VWS (2005) *Huisartsentekort valt mee - nieuwsbericht van 7 februari 2005*, afkomstig van: <http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/nbe/2005/huisartsentekort-valt-mee.asp> 07/02/2005.

Ministerie van VWS (2007) *Overzicht eerstelijnszorg*, afkomstig van:
<http://www.minvws.nl/dossiers/erstelijnszorg/overzicht-erstelijnszorg/>, 02/07/2007.

Mintzberg, H. (1979) *The Structuring of Organizations* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Mintzberg, H. (1980) Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design in: *Management Science* Vol. 26 No. 3, pp. 322-341.

Mintzberg, H. (1983) *Structure in fives: Designing effective organizations* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Moll van Charante, E.P., Delnoij, D.M.J., Ijzermans, C.J., Klazinga, N.S. (2002) Van spelverdeler tot speelbal? De veranderende rol en positie van de Nederlandse huisarts in: *Huisarts en Wetenschap*, Vol. 45, pp. 70-75.

Nederlandse Zorgautoriteit (2007) *Oriënterende Monitor Huisartsenzorg – Het nieuwe financieringssysteem en marktwerking in de huisartsenzorg* Utrecht: NZa.

NHG (2001) *De visie kort en krachtig – Huisartsenzorg in 2012: 'Medische zorg in de buurt* Utrecht: NHG.

NHG (2005) *NHG/LHV-Standpunt – Ondersteunend personeel in de huisartsenzorg* Utrecht: NHG/LHV.

NHG (2006) *NHG- Meerjarenbeleidsplan 2006-2011 – Zichtbare huisartsenzorg: van toekomstvisie naar praktijk* Utrecht: NHG.

NIZW (2007) *Korte lijnen startpagina*, afkomstig van: <http://www.nizw.nl/smartsite.htm?id=9221>, 10/07/2007.

Numans, M. (2000) *Leidsche Rijn Monitor 2000*, afkomstig van: <http://www.uu.nl/uupublish/content-cln/LR%20Monitor%202000.pdf> 19/09/2007.

Overheid.nl (2007) *Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant*, afkomstig van: <http://wetten.overheid.nl/cgi-bin/sessioned?textdocs:cwvitemrgl=23470/query=01445>, 21/11/2007.

PAH (2007) *Physician Assistant in de Huisartsenpraktijk Na de opleiding > toekomstige wetgeving*, afkomstig van: <http://www.pahinfo.nl/index.php?pagina=122>, 29/06/2007.

PHV-werkgroep (2005) *Competentieprofiel van de huisarts* Utrecht: NIIG/LHV.

Postbus 51 (2007) *Vergoeding huisarts*, afkomstig van: <http://www.kiesbeter.nl/zorgindebuurt/Huisarts/Vergoeding/>, 10/07/2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg* Zoetermeer: RVZ.

Ram, P., Gruijters, N., Hombergh, F. van den, Rosmalen, C., Veld, C. in 't, Weert, H. van, Goor, G. van de, Brugge, A. ter (2004) *Huisartsenzorg en Huisartsvoorziening – Concretisering Toekomstvisie 2012* Utrecht: werkgroep Functie en Taakomschrijving Huisartsenzorg.

Rijssenbrij, D.B.B. (2007) *Bedrijf en zijn omgeving*, afkomstig van: <http://home.hetnet.nl/~daanrijssenbrij/ebi/nlh1.htm>, 21/08/2007.

Saltman, R.B. Rico, A., Boerma, W.G.W. eds. (2006) *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care* Maidenhead: Open University Press.

Schellekens, M. (2005) *Beroeps- en opleidingscompetenties voor de Bachelor of Nursing in de huisartsenzorg*, in opdracht van: LHV, HBO raad, NHG, Stichting Verenigde universitaire Huisartsenopleidingen.

Schreiff, H.J. van der (1967) *Organisatie en bedrijfsleiding* Amsterdam: Kosmos.

Sitter, L.U. de (1982) *Op weg naar nieuwe fabrieken en kantoren* Deventer: Kluwer.

Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (2006) *Doen & Laten – Werk en resultaat van de Stuurgroep IAOBG 2004-2006* Utrecht: MOBG.

Thompson, J.D. (1967) *Organizations in action* New York: McGraw-Hill.

Tweede Kamer der Staten Generaal (2003) *De toekomstbestendige eerstelijnszorg, kamerstuk, nr. 2431353* Der Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal.

Velden, L.F.J. van der, Hngstman, L. (2001) *Vraag en aanbod huisartsen: Bronnenoverzicht en raming 2000-2010* Utrecht: Nivel.

Ven, A.H. van de, Delbecq, A.L., Koenig, R. jr. (1976) Determinants of Coordination Modes within Organizations in: *American Sociological Review*, Vol. 41 No. 2, pp.: 322-338.

Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidingscontinuüm (VBOC) & Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV, thans V&VN) (2006) *Verpleegkundige toekomst in goede banen – Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening* Utrecht: VBOC.

Voss, C., Tsikriktsis, N., Frohlich, M. (2002) Case Research Case research in operations management in: *International Journal of Operations and Production Management* Vol. 22 No. 2, pp. 195-219.

Vrijland, E. (2007) POH en Nurse Practitioner Huisartsenzorg in: *Nieuwsbrief V&VN – Beroepsvereniging van zorgprofessionals*, No. 3, september 2007.

V&VN- Nurse Practitioners (2007) *Koerswijziging Ministerie VWS*, afkomstig van: http://www.nvnp.nl/Documenten/Experimenteer%20artikel%20NPI_01/10/2007.

Wilson, A., Pearson, D., Hassey, A. (2002) Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective in: *Family Practice* Vol. 19 No. 6, pp. 641-646.

Wissel, F. van der (2007) Anderhalve lijn zaagt aan stoelpoten specialisten in: *Zorgmarkt*, No. 3 september '07, pp: 6-8.

Yin, R.K. (1984) *Case Study Research – Design and Methods* Beverly Hills: Sage.

Yin, R.K. (2003) *Case Study Research – Design and Methods third edition* Beverly Hills: Sage

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVRM	Cardiovasculair risicomanagement
DM	Diabetes Mellitus
FWHZ	Functiewaardering in de huisartsenzorg
GP	General Practitioner
HICHA	Huisarts In Dienst van een HuisArts
HOED	Huisartsen Onder Één Dak
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NP	Nurse Practitioner
PA	Physician Assistant
PO	Praktijkondersteuner
POH	Praktijkondersteuner op hbo-niveau
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
Stuurgroep MOBG	Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg
Stuurgroep VBOC	Stuurgroep Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidingscontinuüm
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

BIJLAGEN

Bijlage 1: Literatuurverkenning naar taakverschuivingen in de huisartsenpraktijk

Er is veel literatuur beschikbaar over eerstelijnsgezondheidszorg en verschuivingen die optreden binnen de huisartsenzorg. Hieronder wordt de inhoud van een aantal recente en toonaangevende onderzoeksrapporten op deze gebieden besproken. Om meer structuur aan te brengen in het literatuuroverzicht, is ondersteunend hoofdstuk opgedeeld in een aantal paragrafen. Te weten: eerstelijnsgezondheidszorg, verschuivingen in de huisartsenzorg, capaciteit van de huisartsenzorg in relatie tot optredende verschuivingen, resultaten van taakverschuivingen en ondersteunende disciplines.

Eerstelijnsgezondheidszorg

Door heel Europa wordt het belang aangegeven van adequaat gestructureerde samenwerking tussen de verschillende disciplines in de eerstelijnszorg. Daarnaast wordt er al decennia lang gepleit voor multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidszorg teams, maar in de meeste Europese landen komen ze nog zelden voor. Uitzonderingen hierop zijn Finland, waar de meeste eerstelijnszorg door grote gezondheidscentra geleverd wordt, het Verenigd Koninkrijk en in mindere mate Nederland (Health Council of the Netherlands, 2004: 55).

Duidelijk is wel dat eerstelijnsgezondheidszorg, al dan niet in samenwerking met elkaar, door een groot aantal verschillende disciplines wordt geleverd. Zo blijkt ook uit het volgende citaat uit een boek van de World Health Organization: *“As in other sectors, the professional division of tasks and specialization have resulted in an increasing number of disciplines working in or with primary care.”* (Saltman et al., 2006: 9) Naast de huisarts (Eng: General Practitioner) worden in hoofdlijnen de volgende disciplines onderscheiden (Saltman et al., 2006: Health Council of the Netherlands, 2004):

- Praktijkassistenten ondersteunen de huisarts en vervullen voornamelijk administratieve en logistieke verplichtingen en eenvoudige medische taken.
- De verpleegkundige professie komt in de eerstelijnsgezondheidszorg tegenwoordig in verschillende vormen tot uitdrukking. De oudste verschijning is die van de wijkverpleegkundige, door wie zorg wordt geleverd aan patiënten in hun thuisituatie. Daarnaast kunnen praktijkverpleegkundigen worden onderscheiden, die vooral voorlichting en monitoring voor chronisch zieken verzorgen in de huisartsenpraktijk. Nurse practitioners werkzaam in de eerste lijn houden zich voornamelijk bezig met een aantal diagnostische procedures en daarop gerichte behandelingen. Tot slot worden de gespecialiseerde verpleegkundigen genoemd. Zij worden ingezet voor een aantal categorieën patiënten zoals mensen met diabetes, astma of hartfalen.
- Apothekers voor de bereiding en verspreiding van medicijnen.
- Fysiotherapeuten voor de behandeling van aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Zij zijn in Nederland naar verhouding sterk vertegenwoordigd.
- Verloskundigen hebben in Nederland een bijzondere positie. Zij zijn verantwoordelijk voor ongeveer 40 procent van alle bevallingen, waarvan de meeste thuis plaatsvinden.

Tot slot zijn er ook een aantal disciplines die niet altijd tot de eerstelijnsgezondheidszorg worden gerekend. Belangrijkste voorbeeld is de thuiszorg.

In Nederland wordt onder eerstelijnszorg een nog breder spectrum aan disciplines verstaan. Het Ministerie van VWS voegt er bovendien de volgende disciplines toe: landartsen, mondhygiënisten, oefentherapeuten, Cesar/Mensandreeck, ergotherapeuten, logopedisten, podotherapeuten, landtherapeuten, diëtisten, maatschappelijk werkers, psychologen, bedrijfsartsen en arts-laboratorium, diagnostische centra, consultatiebureaus en ambulanciezorg (Ministerie van VWS, 2007).

Om een juiste mix van professionele kennis en vaardigheden tot stand te laten komen voor de specifieke behoeften van patiënten is samenwerking tussen professionals een vereiste. Eerstelijnsgezondheidszorg wordt nu vaak als te gefragmenteerd bestempeld (Saltman et al., 2006). Ook de Gezondheidsraad stelt in haar rapport ‘European primary care’ dat er meer internationaal onderzoek zou moeten worden gedaan naar determinanten van succesvolle werkprocessen in eerstelijnsgezondheidszorg tevens met betrekking tot de samenstelling van teams, de ‘skill mix’ en verdeling van taken (Health Council of the Netherlands, 2004).

Bij de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) waren in 2006 152 gezondheidscentra aangesloten. Van de aangesloten gezondheidscentra bevond 43 procent zich in de sterk stedelijke gemeenten. Het vermoeden bestaat dat dit een klein deel is van het totale aantal samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Er bestaan allerlei vormen van samenwerking. Om een beter overzicht van samenwerkingsverbanden weer te geven heeft de LVG onderzocht in hoeveel gevallen er op het praktijkadres van de huisarts ook een apotheker⁶², verloskundige, fysiotherapeut of oefentherapeut was gevestigd. Dit bleek in 1.108 van de 4.330 gevallen zo te zijn (Kenens et al., 2006). Van de huisartsen maakt minimaal 26 procent deel uit van een MOED, wat omschreven wordt als: 'Meerdere disciplines Onder Één Dak' (Kenens et al., 2006: 47). Wanneer gegevens beschikbaar zouden zijn geweest over andere beroepsdisciplines dan zou dit aandeel ongetwijfeld hoger liggen (Kenens et al., 2006).

Verschuivingen in de huisartsenzorg

In 1989 werd het convenant 'Huisartsenzorg' ondertekend door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Door ondertekening werd besloten dat de praktijkondersteuning op libo-niveau (POH) in de huisartspraktijk ingevoerd werd, om onder andere de stijgende en complexere zorgvraag, het groeiende huisartsentekort en de hoge werkdruk van huisartsen te kunnen opvangen (Van den Berg & De Bakker, 2003). Toch bleef grootschalige inzet van de POH lange tijd uit. Eén op de drie huisartspraktijken – ingeschreven bij het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) – maakte in 2001 gebruik van een praktijkondersteuner. Uit cijfers van de LHV bleek dat in december 2002 32 procent van de huisartsen een contract had afgesloten om in aanmerking te komen voor de financiering van praktijkondersteuning (Van den Berg & De Bakker, 2003).

In het rapport *Beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg* van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) (2004) wordt geconcludeerd dat taakherschikking in de eerste lijn al wel plaatsvindt, maar vaak nog in experimentele vorm. Mogelijkheden worden aldus de LEVV niet overal benut. Een schatting is dat 25 procent van de taken van de huisarts door verpleegkundigen overgenomen kunnen worden. Naast de herschikking van huistaak naar praktijkverpleegkundigen wijzen zij ook op de mogelijkheden taken te verschuiven naar nurse practitioners, gespecialiseerde verpleegkundigen, wijkverpleegkundigen en zelfstandig gevestigde verpleegkundigen (LEVV, 2004).

Uit een studie van Wilson et al. (2002) blijkt; hoewel in het Verenigd Koninkrijk in de afgelopen twee decennia veel taken werden gedelegeerd naar verpleegkundigen, de General Practitioners (GP's) zich zorgen maken over de ontwikkeling van de status van een onafhankelijke beroepsbeoefenaar, de 'nurse practitioner' (NP). Belemmerende factoren ten aanzien van de introductie van NP's blijken in deze studie betrekking te hebben op de status van de GP (inclusief financiële zekerheid en verzekering van werk), twijfels van de GP ten aanzien van de NP's mogelijkheden (inclusief training en reikwijdte van verantwoordelijkheden) en ongerustheid van GP's ten aanzien van structurele en organisatorische barrières. In deze studie werd wel aangegeven dat veel van de barrières een historische oorsprong vinden en dat de situatie door ervaring in de praktijk zou veranderen. Daarnaast vindt er ook verschuiving plaats van de tweede naar de eerste lijn, wat betekent dat GP's niet bang zouden hoeven te zijn dat hun werk wordt ingepakt (Wilson et al., 2002).

Uit een onderzoek uit 2006 naar taakherschikking en taakverdeling in de huisartsenpraktijk bleek dat in drie onderzochte praktijken huisartsen veelvuldig assistenten, POH-ers en NP's in zellen bij het leveren van huisartegeneseekundige zorg (Bussackers et al., 2007). Opvallend resultaat is dat de ondersteunende disciplines niet alleen 'traditionele' huistaak uitvoeren, maar ook taken uitvoeren die huisartsen van oudsher veel minder vaak uitvoeren, maar die wel worden gerekend tot de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk. Hierbij kan gedacht worden aan onder andere periodieke controles, voortlichting en hegeleidng

⁶² Dit betreft een praktijkadres van een libo-arts waar ook een apotheker is gevestigd (Kenens et al., 2006). Het wil zeggen dat "medicatie wordt bezocht/gegevend door de huisarts".

van patiënten met een chronische aandoening. De taakverdeling zoals in de onderzochte praktijken bleek in grote mate overeen te komen met de beschrijvingen van takenpakketten in de literatuur. Wel bleek uit de studie dat door de komst van de praktijkondersteuner de werkzaamheden van de gespecialiseerde verpleegkundige en de meer gespecialiseerde praktijkassistent overbodig lijken te worden. Belangrijke constatering in deze studie is dat er een fragmentatie ontstaat in de zorgverlening. Als voorbeeld wordt de zorg aan diabetespatiënten genoemd. Het hangt af van de fase waarin patiënten verkeren, de soort zorg (hijsvoorbeelden controle of voorlichting) of de klachten die de patiënt heeft, welke discipline de zorg verleent. In dit verband verwijzen de auteurs dan ook op een toenemende coördinatiebehoefte en coördinatie tijd voor zorgverleners en verlies van capaciteit. De auteurs vermoeden dit als: *“Bij het begrip ‘taakverschuiving’ wordt veelal alleen aan de voordelen van functiedifferentiatie en specialisatie gedacht, niet aan integratie: vormen van functieintegratie zijn in de huisartsenpraktijk o.g. eerstelijnszorg het overdenken waard.”* (Eusemackers et al., 2007: 1217).

De Nederlandse wetenschappelijke vereniging van huisartsen, de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de beroepsvereniging, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hebben samen een standpunt uitgebracht over ondersteunend personeel in de huisartsenzorg. Voorafgaand aan hun standpunt wordt aangegeven dat taken in het aanvullende aanbod van de huisartsenzorg – waaraan zij vooral de toenemende zorg aan chronisch zieken bedoelen – moeilijk te realiseren zijn zonder voldoende ondersteunend personeel (NHG/LHV, 2005). Toch pleiten de beide partijen tegen de inzet van meer disciplines zoals de NP en PA naast de twee functies van praktijkassistent en praktijkverpleegkundige. De NHG en LHV spreken hun zorgen uit dat wanneer nieuwe functies worden ingezet, de zorg gefragmenteerd en onoverzichtelijk wordt, dat er discussies zullen ontstaan over afbakening en afstemming, dat er meer tijd zal gaan plaatsvinden terwijl de capaciteit daarvoor onvoldoende is, dat de huisarts voor patiënten minder toegankelijk wordt, dat de huisarts minder in aanraking komt met patiënten met alledaagse klachten en aandoeningen, dat coördinatie en management van de samenwerking toeneemt en dat er aan de regionale en landelijke ondersteuning nieuwe eisen worden gesteld, terwijl de krachten ten behoeve van efficiëntie gebundeld zouden moeten worden (NHG/LHV, 2005: 4-5).

Wel achten de NHG en de LHV de ontwikkeling van huisartsenvoorzieningen noodzakelijk waarbinnen meerdere huisartsen met ondersteunend personeel onderling samenwerken (NHG/LHV, 2005: 5). Zij stellen dat daardoor – in een huisartsenvoorziening bestaan mogelijkheden voor samenwerking, taakdelegatie, functiedifferentiatie en specialisatie – ingespaard kan worden op de toename in de zorgvraag en de veranderingen daarin. Er wordt gewezen op de mogelijkheid een bijzonder aanbod²⁴ te creëren naast het basis- en aanvullende aanbod. En het aanvullende aanbod kan kwalitatief worden verbeterd door de inzet van ondersteuners. Voor de huisarts kan dit tot gevolg hebben dat deze zich naast alledaagse klachten, steeds meer gaat richten op complexe aspecten van de zorg voor patiënten met comorbiditeit, veelal ouderen en chronisch zieken. Wanneer er meerdere huisartsen in een huisartsenvoorziening zijn gevestigd ontstaan volgens de NHG en LHV mogelijkheden voor taakverdeling en specialisatie (NHG/LHV, 2005: 9). Saltman en Rico wijzen in hun bespreking van organisatorische hervormingen in de Europese eerstelijnszorg ook op het feit dat de omvang van huisartsenpraktijken groeiende is in veel Europese landen. Volgens hen ontstaat daardoor functiedifferentiatie tussen huisartsen (Saltman & Rico, 2006: 149).

Capaciteit van de huisartsenzorg in relatie tot optredende verschuivingen

De Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen stelt ramingen op voor onder andere de opleiding voor huisarts en levert hierover informatie aan zowel de zorgsector als de overheid. In 2004 hebben zij een raming met de titel: ‘Ontwikkelingen capaciteit huisartsenzorg’ (Capaciteitsorgaan, 2004). Het Capaciteitsorgaan spreekt in haar raming over substitutie van werk van de huisarts, met daarin een onderscheid tussen verticale en horizontale substitutie. Eind 2003 bleek uit cijfers van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) dat er al 1.100 praktijkondersteuners werkzaam waren in een huisartsenpraktijk. Veertig procent van de huisartsen beschikken nu over enige capaciteit van de praktijkondersteuner (PO). Aangenomen werd dat in de periode 2000-2004 ongeveer 30 procent van het werk van de huisarts door middel van verticale

²⁴ Bijvoorbeeld op het gebied van diagnostische testen en ECG.

substitutie door de praktijkondersteuner werd uitgevoerd en dat dit percentage bij efficiëntieverbetering zou kunnen stijgen naar 50 procent. Dit betekent aldus het Capaciteitsorgaan een toename in de huisartsencapaciteit van 3,1 procent. In de raming werd ook gewezen op de opkomst van nurse practitioners (NP) en physician assistants (PA). Voor 2012 werd een inzet van circa 150 PA's geschat in de eerste lijn en 400 tot 500 NP's. Effecten daarvan waren op dat moment nauwelijks onderzocht maar substitutie-effecten zouden volgens het Capaciteitsorgaan mogelijk groter kunnen zijn (Capaciteitsorgaan, 2004). Verondersteld wordt dat de NP breder ingezet kan worden dan de PO. Er is niet gemeten hoeveel consulten de huisartsen minder doen door inzet van de NP een ook niet hoeveel extra tijd de huisarts nodig heeft door inzet van een NP. Het Capaciteitsorgaan gaf in haar raming wel een aanname van een substitutie-effect van 50 procent bij een goed ingewerkte NP en dat dit in de toekomst zou kunnen toenemen. Daarnaast wijst het Capaciteitsorgaan wel op de verwachting dat de huisarts een zwaardere 'caseload' krijgt en daardoor zelf meer tijd per patiënt nodig zal hebben (Capaciteitsorgaan, 2004). Het Capaciteitsorgaan werpt overigens daarnaast de vraag op hoe de NP en PO zich tot elkaar verhouden. "Als de po vooral blijft werken voor chronisch zieken en de NP vooral aan de voorkant hoeft er geen overlap te zijn. Aannemelijk is dat er toch enige overlap zal zijn in deze werkzaamheden (Capaciteitsorgaan, 2004: 36)." Verwacht wordt dat er per praktijk gekozen zal worden voor één van beide ondersteuners (Capaciteitsorgaan, 2004).

Opvallend genoeg wijst het Capaciteitsorgaan niet als reden voor uitbreiding van de huisartsencapaciteit naar een huisartsen tekort en een toenemende zorgvraag van met name chronisch zieken. Het Capaciteitsorgaan zag als belangrijkste reden om te verwachten dat er 5 procent meer capaciteit nodig was in tien jaar, het optreden van horizontale substitutie. "Er werd een trend geïdentificeerd dat vanuit de tweede lijn werk zou verschuiven naar de eerste lijn (Capaciteitsorgaan, 2004: 17)." Aangehouden werd dat extramuralisering tot 2001 geleid heeft tot een afname van opnames en verpleegdagen. De huisarts zou mede als gevolg van deze ontwikkeling te maken krijgen met meer complexe problematiek (Capaciteitsorgaan, 2004).

Het Capaciteitsorgaan ging in haar raming ook in op de organisatie van de huisartsenzorg en constateerde sinds het jaar 2000 een schaalvergroting van de diensten. Zij vermoedt dat dit een belangrijke factor zou kunnen zijn en dat als gevolg daarvan de werkweek per fte in uren afgenomen is. Volgens het Capaciteitsorgaan treedt er geen verlies in capaciteit op, omdat dezelfde vraag nu efficiënter wordt opgevangen (Capaciteitsorgaan, 2004).

In 2005 concludeert het Capaciteitsorgaan dat er een beperkte belangstelling onder NP's is voor de eerste lijn en omgekeerd onder huisartsen voor de NP. De voorkoor van huisartsen gaat uit naar de praktijkondersteuner. In de periode van 2005 tot 2010 wordt er door het Capaciteitsorgaan in 2005 geschat dat er 12 procent meer capaciteit aan huisartsen nodig is vanwege drie ontwikkelingen.

Ten eerste wordt er een vraagtoename geschat van 3 procent door sociaal culturele ontwikkelingen. Aangenomen wordt dat patiënten mondiger worden, meer informatie willen en dat daardoor onder andere de consultduur omhoog gaat. Ten tweede wordt er als gevolg van epidemiologische trends (toename van diabetes, adipositas en kanker) 3 procent extra capaciteit geschat. En tot slot verandert zoals al in 2004 geconstateerd, het werkproces. Er wordt geschat dat 5 procent meer capaciteit aan huisartsen nodig is door verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn. Voorzien wordt dat meer werk poliklinisch wordt gedaan en dat de ligduur in ziekenhuizen verder afneemt. In de eerstelijnszorg zal daardoor meer opgevangen kunnen worden (Capaciteitsorgaan, 2005).

Er worden tevens drie ontwikkelingen besproken die erop wijzen dat er meer capaciteit beschikbaar zal zijn dan op basis van bovenstaande wordt verwacht. Door de invoering van een eigen risico zou het bezoek aan de huisarts kunnen afnemen, ondanks dat een huisartsenbezoek buiten de regeling valt. Daarnaast zijn meer disciplines rechtstreeks toegankelijk en een aantal kan naar de tweede lijn verwijzen zonder tussenkomst van de huisarts. In 2005 werd reeds geïdentificeerd dat uit angst voor inkomensverlies huisartsen de praktijk al vergoeden door meer patiënten aan te nemen, zonder de capaciteit aan huisartsen uit te breiden en dus tijdelijk meer uren te gaan werken (Capaciteitsorgaan, 2005).

Uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (Van den Berg et al., 2004) blijkt dat de vraag naar huisartsenzorg is gestegen en dat huisartsen kortere werkvakken hebben dan voorheen. In deze studie wordt gezocht naar verklaringen in de wijze waarop huisartsen hun praktijk organiseren en in de taakopvatting van huisartsen. Hierna volgt een overzicht van de verklaringen die naar voren komen. De eerste is dat huisartsen minder visites doen en meer telefonische contacten hebben met patiënten. Telefonische contacten zijn minder tijdsintensief. Ten tweede is de toegang tot de huisarts sterker gereguleerd, doordat inloosprekken vaker zijn vervangen door afspraakspreekuren; huisartsen hebben vaker een terugbelsprekuren en assistenten geven vaker telefonisch adviezen. Ten derde zijn huisartsen meer medische taken gaan delegeren, vooral naar de praktijkassistent maar ook naar nieuwe disciplines. Er zijn meer assistenten bij gekomen per huisarts en het beroep van de assistent is geprofessionaliseerd waardoor meer gedelegeerd kan worden.

Zo blijkt dat 80 procent van de huisartsen taakdelegatie als mogelijkheid ziet om de werkdruk te verminderen. De huisarts en de praktijkassistent kijken positief tegen taakdelegatie aan. Een benaming van taakdelegatie werd in 2001 geïntroduceerd. Het gaat om de overheveling van niet-medische en eenvoudige medische taken. De praktijkassistent neemt taken uit als het maken van uitstrijkjes, het aanstippen van wonden, verwijderen van hechtingen en het verruimen van bloedruimtelingen. Daarnaast wordt patiënten telefonisch vaker gevraagd waarvoor patiënten een afspraak willen maken. Het werk van de huisarts kan zo beter georganiseerd worden. Echter, gebrek aan tijd, ruimte en geld vormen belemmering bij het overhevelen van meer taken (Van den Berg et al., 2004).

Daarnaast zijn centrale huisartsenposten opgekomen, waardoor het aantal diensten buiten kantooruren sterk gedaald is. Tot slot hebben huisartsen beperkingen opgelegd in wat men tot hun eigen taak rekent. Een belangrijk voorbeeld is dat huisartsen psychosociale zorg minder tot hun takenpakket rekenen. Er wordt op gewezen dat hier eigenlijk een verschuiving plaatsvindt naar eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers.⁵⁴

Al deze factoren hebben bijgedragen aan een verminderde werklast, waardoor het voor huisartsen mogelijk werd minder uren per week te werken, terwijl de vraag bleef stijgen. In deze studie wordt aangegeven dat het maatschappelijk belang van de efficiëntieverhoging hebben bevestigd en waarvoor nauwelijks aanwijzingen zijn gevonden voor verminderde kwaliteit van de zorg (Van den Berg et al., 2004). In onderstaande tabel is een vergelijking in de werkbelasting te zien tussen 1987 en 2001. Opvallende bevindingen zijn dat het aantal werkzame uren ten opzichte van 1987 omlaag is gegaan, praktijkgrootte en het aantal consulten per week omhoog is gegaan en dat er nauwelijks een vermindering heeft plaatsgevonden in gemiddelde consultduur.

⁵⁴ De enige uitbreiding, gefinancierd door het Ministerie van VWS, die uit deze fondsen voortvloeit is binnen en tussen de jaren van de eerste en tweede studie (GGZ) te verbeteren zijn het DiaBov-project en het project Korte lijnen (Boer, 2008; KIZW, 2007).

Maten van objectieve werkbelasting, 1987 en 2001
(gemiddelden, standaardfouten, verschillen, en significantiematen)

	1987		2001		verschil	p
	Mean	s.e.	Mean	s.e.		
Aantal werkzame uren per week	52,9	,86	44,1	1,01	- 8,8	,000
Aantal uren patiëntgerelateerd per week	37,0	,80	31,0	,82	- 6,0	,000
Aantal uren niet-patiëntgerelateerd per week	15,9	,71	13,1	,78	- 2,8	,007
Aantal fte werkzaam	0,94	,013	,84	,017	- 0,10	,000
Aantal werkzame uren per week per fte	58,6	1,39	53,4	1,52	- 5,2	,013
Aantal uren patiëntgerelateerd per week per fte	39,9	,72	37,0	,98	- 2,9	,019
Aantal uren niet-patiëntgerelateerd per fte	18,6	1,21	16,3	1,11	- 2,3	NS
Uren werk per patiënt per jaar	1,25	,04	1,05	,03	- ,20	,001
Algemene praktijkgrootte	3073	118	5150	212	+2077	,000
Aantal patiënten per fte huisarts	2297	46	2529	41	+232	,000
Aantal contacten per patiënt per jaar	3,59	,08	3,94	,08	+ ,35	,02
Aantal contacten per week	159	*	192	*	+33	
Consultduur	9,93	,25	9,81	,17	-,12	NS

* Standaardfout kan niet worden berekend omdat de getallen zijn geschat door het aantal patiënten per fte huisarts te vermenigvuldigen met het aantal contacten per patiënt per jaar
NS = Niet statistisch significant

Bron: Van den Berg et al., 2004: 67

Voor de toekomst wijst de studie (Van den Berg et al., 2004) bovendien een aantal ontwikkelingen aan die gevolgen kunnen hebben voor de werkbelasting, zowel in positieve als in negatieve zin. De eerste ontwikkeling die wordt genoemd is het herstaande en het steeds oplopende huisartsentekort. Ten tweede komen er steeds meer huisartsenposten bij. Ten derde wordt gewezen op tenuitkenning van het beroep, wat tot gevolg heeft dat meer huisartsen in deeltijd gaan werken. Er wordt ook gewezen op de opkomst van andere disciplines in de huisartsenpraktijk (Van den Berg et al., 2004). Hierover zeggen de auteurs van de studie: *"De beroepsgroep heeft zich uitgesproken voor een ontwikkeling richting een 'huisartsgeneeskundige voorziening' (Stalenhoef, 2002) waarbinnen huisartsen en ondersteunend personeel samenwerken en taken gedelegeerd en gedifferentieerd worden zonder dat daarbij de huisarts de eindverantwoordelijkheid uit handen geeft."* (Van den Berg et al., 2004: 24)

In de literatuur worden taakdelegatie en taakherschikking vaak genoemd als een noodzakelijke ontwikkeling om het huisartsentekort tegemoet te treden. Echter, zeer recentelijk werd in de media opgemerkt dat het huisartsentekort in Nederland is opgelost. Als redenen daarvoor worden aangehaald, de toegenomen opleidingscapaciteit en automatisering bij huisartsenposten (HuisartsVandaag-ANP, 2007). Maar ook eerder werd door het Ministerie van VWS reeds opgemerkt dat het huisartsentekort minder groot was dan verwacht, op basis van een onderzoek van het Capaciteitsorgaan in 2004 'Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg' (Ministerie van VWS, 2005).

Resultaten van taakverschuivingen

De Bakker et al. (2005) rapporteren over effecten van taakdelegatie van de huisarts naar praktijkassistenten en praktijkondersteuners (POH-ers). Er blijkt kwaliteitsverbetering tot stand te komen en ten aanzien van de werkbelasting van huisartsen blijkt dat een wisselend resultaat wordt gehaald met de inzet van POH-ers. Echter, over de resultaten van taakdelegatie naar nieuwe disciplines (NP's, PA's en allochtone zorgconsulenten) zijn nog nauwelijks gegevens bekend (De Bakker et al., 2005). De nurse practitioners worden in dit onderzoek als volgt omschreven: *"zeer ervaren verpleegkundigen die taken van de huisarts kunnen overnemen"* (De Bakker et al., 2005: 161-162). De physician assistants worden omschreven als: *"medisch opgeleide professionals op*

masterniveau die onder supervisie van de arts medische taken verrichtten' (De Bakker et al., 2005: 152). De allochtone zorgconsument wordt sinds 1997 vooral ingezet in grote stecken in achterstandswijken. Zij geven voorlichting in de eigen taal (De Bakker et al., 2005).

In een onderzoek uitgevoerd door het Nivel (2003) wordt gesteld dat het aannemelijk lijkt dat het delegeren van taken naar de POH de objectieve werkbelasting van huisartsen vermindert, maar dat daar weinig empirische onderzoeksresultaten over te vinden zijn. In dit rapport stellen de onderzoekers dat een aantal taken van de huisarts door de komst van de POH wegvallen, namelijk het geven van voorlichting, controle en begeleiding met name met betrekking tot chronisch zieken. De huisarts is daardoor zelf minder uren tijd kwijt en er ontstaat een positief effect van de preventieve activiteiten van de POH (Van den Berg & De Bakker, 2003). Tegelijkertijd stellen de onderzoekers dat de werkbelasting van huisartsen door twee andere factoren wordt verhoogd, namelijk actieve opsporing van nieuwe gevallen en betere monitoring brengen meer gevallen aan het licht en ook zullen vaker patiënten door de POH naar de huisarts verwezen worden. In dit geval lovert de POH de huisarts extra werk op. Door de actieve opsporing en monitoring wordt echter ook voorkomen dat mensen zich te laat melden bij de huisarts. Daarnaast wordt opgemerkt dat het samenwerken met een ondersteuner de huisarts ook tijd kost, met name in de beginfase. Zo is er tijd nodig voor overleg, overleg, begeleiding en opleiding. De huisarts heeft er ook werkgeverslast bij gekregen. Onderzoekers en huisartsen gaan er overwegend vanuit dat de winst in werkbelasting pas na enige tijd optreedt (Van den Berg & De Bakker, 2003).

De eerste resultaten van een onderzoek dat nog niet is afgerond naar de inzet van Nurse Practitioners in huisartsenpraktijken wijzen uit dat meerdere huisartsen een vermindering van de werklast ervaren doordat de NP zorg overneemt (Derckx, 2006: 15). Daardoor komt tijd vrij. De huisarts vult deze tijd in met het opleiden van de NP en het zien van andere patiënten. Omdat de NP's ten tijde van deze tussenrapportage nog in opleiding waren gaven huisartsen opleiders aan meer tijdswinst te verwachten (Derckx, 2006: 15).

Ondersteunende disciplines

Huisartsen worden in hun praktijk vaak ondersteund door verpleegkundigen. De Stuurgroep Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidingscontium (VBOC) presenteerde in mei 2006 een rapport waarin de verpleegkundige beroepsstructuur werd gepresenteerd. De verpleegkundige valt onder artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Het deskundigheidsniveau en de opleidingen zijn wettelijk vastgelegd. Een verpleegkundig specialist valt onder artikel 14 van de wet BIG. De verpleegkundig specialist heeft een hogere mate van zelfstandigheid, deskundigheid en beroepsontwikkeling. Er is daarmee sprake van een verticale tweedeling. De nurse practitioner (NP) wordt in de nieuwe beroepsstructuur gepositioneerd binnen het verpleegkundige beroep, onder de verpleegkundig specialist. In het rapport van de VBOC – AVVV wordt gesteld dat voor de physician assistant (PA) een ander traject wordt ingezet, ondanks dat de PA en de NP over een aantal gemeenschappelijke competenties beschikken en een gelijk opleidingsniveau hebben, namelijk een professioneel master (VBOC – AVVV, 2006: 32).

De Wet BIG gaat uit van beroepen (art. 3) en specialisaties binnen beroepen (art. 14) (VBOC – AVVV, 2006). Omdat de huidige omschrijving van deskundigheden en bevoegdheden voor de verpleegkundig specialist onvoldoende handlingsruimte biedt, zal wettelijk geregeld moeten worden dat verpleegkundig specialisten de bevoegdheid krijgen een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren en uit te voeren. Hiermee behoort ook de bevoegdheid geneesmiddelen op recept uit te schrijven (VBOC – AVVV, 2006: 11-12).

Het ministerie van VWS is momenteel bezig met de uitwerking van een regeling (VBOC – AVVV, 2006). De toevoeging van een bepaling aan een bevoegdheidsregeling uit de Wet BIG wordt voorlopig op de definitieve regeling van een beroep om te zetten als een experimenteelartikel. De inspectie communiceerde in november 2006 naar betrokkenen over dit experimenteelartikel als in voorbereiding zijnde wetwijziging. Wettelijke belemmeringen voor taakoverdracht van arts naar verpleegkundig specialist of physician assistant worden daarmee opgeheven. Het experimenteelartikel kan voor de periode van maximaal vijf jaar een bepaalde categorie beroepsbeoefenaren zelfstandige bevoegdheden toekennen (PAH, 2007). De inspectie voor de

gezondheidszorg (IGZ) omschreef het belang van het experimenteerartikel als volgt: "Daarbij gaat het om beroepen die door het ontbreken van die bevoegdheden geen reële kans hebben om zich goed uit te kristalliseren en hun meerwaarde te bewijzen, maar waarvan die meerwaarde in potentie al is vastgesteld (IGZ, 2006: 3)." Ook de Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg sprak in 2006 de aanbeveling uit van een experimenteerartikel in de Wet BIG. De stuurgroep zag dit als prioriteit om juridische belemmeringen voor leekberoepschikking weg te nemen in het kader van de positionering van de nurse practitioner en de physician assistant (Stuurgroep MOBG, 2006). De toepassing van het experimenteerartikel werd aldus de inspectie in 2006 voor het herop van de physician assistant voorbereid (IGZ, 2006). De verwachting is dat de Tweede Kamer zich nog in 2007 over het wetsvoorstel uitspreekt (PAH, 2007).

Bijlage 2: Beschrijving van disciplines in de huisartsenpraktijk

Voorafgaand aan het veldwerk van dit onderzoek was het noodzakelijk een overzicht te krijgen van de verschillende disciplines in de huisartsenvoorziening, alsmede de inhoud van hun takenpakket te bespreken op basis van de huidige beschikbare literatuur. Daarmee zijn ook de taakverschuivingen zoals die op dit moment in de literatuur worden besproken, onderdeel van dit hoofdstuk. Door eerst een beschrijving te geven kan later in het onderzoek bekeken worden of in de onderzochte cases hetzelfde wordt gewerkt, of dat er juist een nieuwe taakhoud van disciplines wordt aangenomen. Hieronder zal achtereenvolgens het takenpakket van de huisarts worden besproken, van de praktijkassistent, van de praktijkondersteuner op HBO-niveau (POH), van de Nurse Practitioner (NP) en van de Physician Assistant (PA).

De huisarts

De NHG stelt dat de kern van de huisartsenzorg bestaat uit inventarisatie van de hulpvraag, diagnostiek, advies, behandeling, begeleiding, preventie en verwijzing, met inachtneming van de context van de patiënt (NHG, 2006: 7).

De werkgroep Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg van de NHG en LHV stelt dat een taak- en functieomschrijving voor de huisarts beperkt houdbaar is als gevolg van veranderingen in de context van de huisartsenzorg en als gevolg daarvan veranderingen in het werk van de huisarts (Ram et al., 2004). De werkgroep stelde dat de laatste taak en functieomschrijving dateerde uit 1987. De LHV beschreef toen het Basis takenpakket: het geheel van taken waarop elke in Nederland praktiserende huisarts aanspraakbaar is (Ram et al., 2004: 2). De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 (2002) en de concretisering daarvan (2004) werden door de werkgroep geschreven om patiënten, andere zorgverleners, zorgverzekeraars en overheid duidelijkheid te verschaffen in waar de huisartsgeneeskunde voor staat en wil staan (Ram et al., 2004: 2). Voor de functie- en taakomschrijving van zorgverleners in de huisartsenvoorziening, maakte de werkgroep gebruik van de Toekomstvisie Huisartsenzorg, de Europese definitie van huisartsgeneeskunde (door WONCA Europe) en de eindtellen huisartsexpectatie.

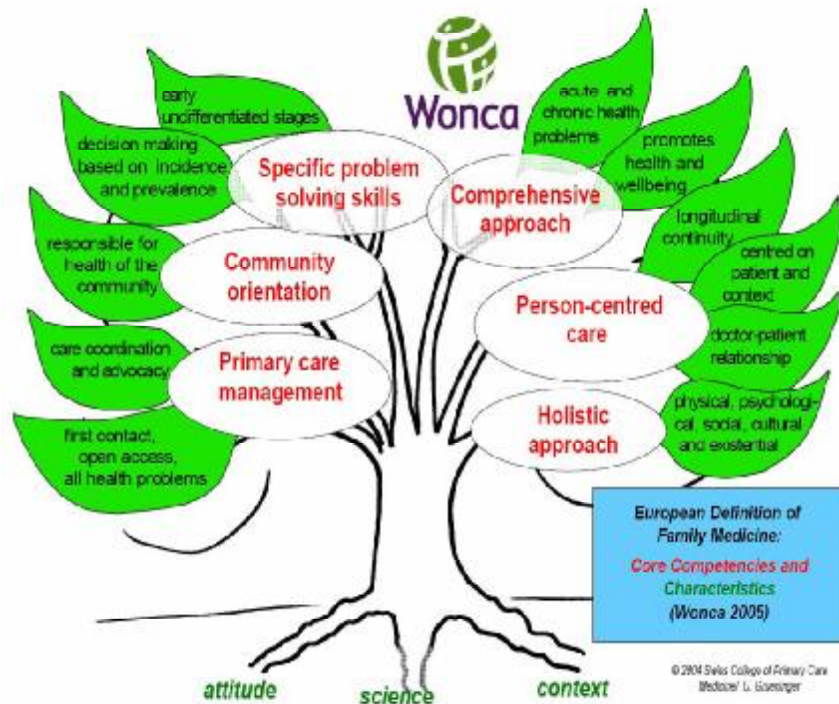
Het rapport Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening Concretisering Toekomstvisie 2012, beschrijft de huisartsgeneeskundige zorg en de inhoud van het zorgaanbod van de huisartsvoorziening, ochtend op het individuele niveau van de huisarts is geen exact takenpakket uit het rapport af te leiden. Daarom wordt in dit rapport eerst gekeken naar hoe de rol van de huisarts door WONCA Europe wordt gedefinieerd.

WONCA Europe is de Europese afdeling van de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. WONCA Europe heeft in 2002 en 2005 Europese definities gegeven van de hoofdkenmerken van de discipline van huisartsgeneeskunde, de rol van de huisarts en een beschrijving van de kerncompetenties van de huisarts. De rol van de huisarts werd als volgt gedefinieerd:

"General practitioners/family doctors are specialist physicians trained in the principles of the discipline. They are personal doctors, primarily responsible for the provision of comprehensive and continuing care to every individual seeking medical care irrespective of age, sex and illness. They care for individuals in the context of their family, their community, and their culture, always respecting the autonomy of their patients. They recognise they will also have a professional responsibility to their community. In negotiating management plans with their patients they integrate physical, psychological, social, cultural and existential factors, utilising the knowledge and trust engendered by repeated contacts. General practitioners/family physicians exercise their professional role by promoting health, preventing disease and providing cure, care, or palliation. This is done either directly or through the services of others according to their health needs and resources available within the community they serve, assisting patients where necessary in accessing these services. They must take the responsibility for developing and maintaining their skills, personal balance and values as a basis for effective and safe patient care." (Allen et al., 2006: 11)

De definitie van de rol van de huisarts is een lange definitie. Dit valt te verklaren vanuit het feit dat patiënten met alle klachten die zich voordoen naar een huisarts kunnen gaan. Bovendien handelt hij/zij ongeveer 90 procent van de

binnenkomen de klachten zelf af (Rusthuis 51, 2007). De huisarts heeft in Nederland ook een 'poortwachterrol' – in de zin dat hij/zij klachten die niet binnen de huisartsenzorg kunnen worden onderzocht naar wel behandeld doorverwijst naar bijvoorbeeld een specialist in het ziekenhuis – en is als eerste aanspreekpunt van veel patiënten een belangrijke 'spin in het web van de gezondheidszorg'. De kerncompetenties en kenmerken van de discipline huisartsgeneeskunde zijn door WONCA Europe in onderstaande afbeelding weergegeven:

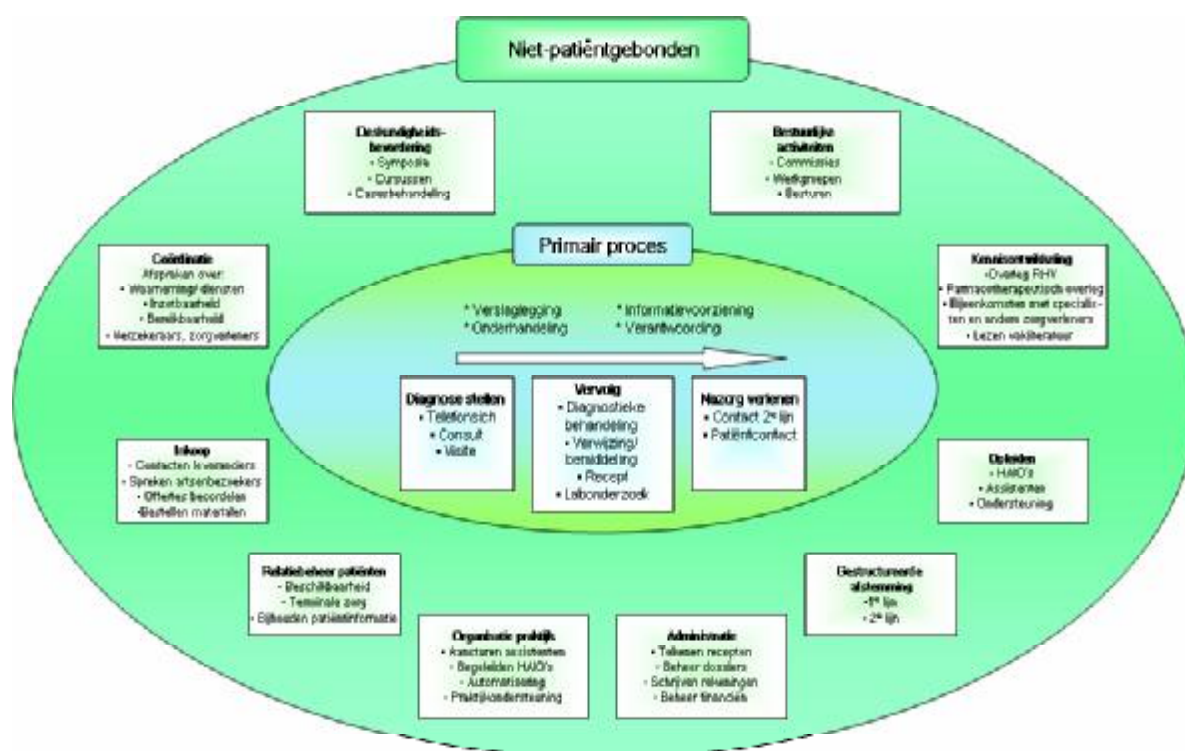


(In: Allen et al., 2005: 2)

Bovenstaande definitie van de rol van de huisarts en de afdeling waarin kenmerken en competenties zijn weergegeven, geeft al enig inzicht in de beroepsuitoefening van de huisarts. Echter, een concreet overzicht van taken wordt ook in dit rapport niet gegeven. De NHG en LHV hebben in 2005 het 'Competentieprofiel van de huisarts' uitgebracht onder regie van het 'Project Vernieuwing Huisartsopleiding' (PHV-werkgroep, 2005). Het voert te ver om alle competenties hier te bespreken. Een overzicht van de taakgebieden geeft enig inzicht in de diversiteit van de taken van de huisarts. De taakgebieden die worden onderscheiden zijn: [1] vakinhoudelijk handelen, [2] arts-patiënt communicatie, [3] samenwerken, [4] organiseren, [5] maatschappelijk handelen, [6] wetenschap en onderwijs, en [7] professionaliteit (PHV-werkgroep, 2005: 13-19).

Op basis van een onderzoek in opdracht van de LHV uit 2001 naar functiekenmerken en inkomen van de huisarts, wordt door de onderzoekers een analyse van de huisartsfunctie gepresenteerd. Zij maakten ook een schematische weergave (Boonsma et al., 2001). Hieronder is deze weergave in aangepaste vorm terug te vinden. In dit figuur zijn omgevingsinvloeden buiten beschouwing gelaten³⁴ en is het opleiden van praktijkondersteuning weergegeven.

³⁴ Omgevingsinvloeden betreffen: 1) Samenwerking en samenwerking 2) Traditioneel en innovatief 3) Strategieën en beleid en 4) Wetenschap en onderwijsactiviteit (Boonsma et al., 2001: 5).



Bron: Op basis van Boixens et al., 2001: 9

Boixensland overzicht geeft al een beter inzicht in de taken die de huisarts in zijn takenpakket heeft zitten. Uit de afbeelding valt ook snel op te maken dat veel van de taken van de huisarts, niet direct gericht zijn op 'de patiënt in zijn/haar spreekkamer'. Het primair proces geeft aan welke taken direct op de zorgverlening aan de patiënt zijn gericht (binnen de ovaal), de patiëntgebonden activiteiten. De niet-patiëntgebonden activiteiten zijn zeer divers. Omdat heel veel is in dit onderzoek niet de verschuiving van facilitaire zaken te onderzoeken, zal een deel van het takenpakket van de huisarts zoals boven weergegeven in dit onderzoek nauwelijks ter sprake komen (waaronder inkoop en administratie).

De NHG en LHV stellen dat huisartsen zich naast alledaagse klachten steeds meer gaan richten op complexe aspecten van de zorg van onder andere ouderen en chronisch zieken als gevolg van co-morbiditeit. Bovendien wordt erop gewezen dat bij de aanwezigheid van meerdere huisartsen in een huisartsen voorziening mogelijkheden ontstaan voor taakverdeling en specialisatie (NHG/LHV, 2005: 9). In het 'Project toekomstige Huisartsenzorg' wordt dan ook gesteld dat opleiding en certificering van differentiatie een belangrijke randvoorwaarde is voor de toekomstige huisartsenzorg (NHG, 2001: 12).

In 2005 is in de huisartsensector een akkoord bereikt over functiewaardering in de huisartsenzorg (FWHZ). De CAO partijen hebben voor in de praktijk gangbare functies referentiefuncties opgesteld, met hiërarchische functieprofielen (CNV Publieke Zaken, 2005a). Voor de doktersassistent en de praktijkondersteuner zijn functieprofielen ontwikkeld. Deze geven een eerste inzicht in de taken en verantwoordelijkheden van deze disciplines.²⁸

De doktersassistent

²⁸ In het rapport 'Huisartsenzorg en huisartsenverandering – Continuïteit Toekomst 2012' van de werkgroep Functie en Taakomschrijving Huisartsenzorg, wordt een eenduidelijke omschrijving gegeven van de werkzaamheden van de praktijkassistent en praktijkondersteuner in de vorm van competenties en hiërarchische modellen. De omschrijving in dit rapport is nog uitgebreider en daarom wordt hier volstaan met een versimpelde en meer competentiegerichtte beschrijving geweest is.

Onderstaande beschrijving van de doktersassistent is gebaseerd op de referentiefunctie doktersassistent FWHZ (CNV Publicke Zaak, 2005h).

De doktersassistent is verantwoordelijk voor het op basis van de door de patiënt verstrekte informatie en zo mogelijk aan de hand van de opgestelde werkplannen en/of protocollen, op adequate wijze zelfstandig afhandelen van de hulpvraag of de verheldering van de hulpvraag de patiënt doorverwijzen naar de dienstdoende huisarts of andere functionaris, ten einde de patiënt zo spoedig en adequaat mogelijk te voorzien van de benodigde (medische) zorg. De doktersassistent is hiërarchisch gezien onder de huisarts geplaatst en kan functionele aanwijzingen ontvangen van een coördinerend doktersassistent en/of huisarts. Praktisch gezien is zij het eerste aanspreekpunt voor cliënten en draagt zij zorg voor de dagelijkse organisatie.

De doktersassistent heeft taken en verantwoordelijkheden op 4 resultaatgebieden, te weten: intake patiënt, medische assistentie, beheer en kwaliteit. De coördinerend doktersassistent kent een extra resultaatgebied, namelijk management. Hieronder zullen alleen de taken en verantwoordelijkheden op het gebied van intake patiënt en medische assistentie worden gepresenteerd, omdat deze in het kader van dit onderzoek van belang kunnen zijn.

De doktersassistent voert de intake uit op basis van vastgestelde protocollen en richtlijnen (voor zover beschikbaar). Het resultaatgebied van intake bestaat uit:

- Inventariseert en stelt de hulpvraag vast;
- Registreert de benoemde persoonsgegevens.
- Classificeert zelfstandig de (telefonische) hulpvraag.
- Bepaalt de urgentie van de klachten en ondemeemt actie op basis van urgentie.
- Verstrekkt indien mogelijk, zelfstandig medische adviezen aan de hand van protocollen en NHG standaardler.
- Consultaat de huisarts indien eigen kennis ontoereikend is.
- Verwijst patiënten door naar het (eventueel telefonisch) srookuur van de huisarts of andere functionaris.
- Maakt en registreert afspraken met patiënten.
- Verwijst in overen met de huisarts de patiënt door naar andere zorginstellingen.
- Registreert de gegevens en draagt zorg voor een accurate afhandeling van financiële en medische dossiers.

De doktersassistent assisteert de dienstdoende huisarts bij voorkomende (medische) werkzaamheden, opdat deze zijn werkzaamheden in een zo kort mogelijk tijdsbestek zo optimaal mogelijk kan vervullen.⁵² Het resultaatgebied van medische assistentie bestaat uit:

- Vooert via een srookuur, volgens werkplannen en/of protocollen, zelfstandig medisch technische en laboratorium werkzaamheden uit zoals orer uitspuiten, wrillensprookuur, injecties toedienen.
- Assisteert de Huisarts bij medische ingrepen, onderzoeken en handelingen (injecties toedienen, hechten, e.d.).
- Zorgt dat de juiste instrumenten, apparatuur en materialen voor ingrepen, onderzoeken en behandelingen gereed gemaakt zijn en draagt zorg voor het onderhoud, de hygiëne daarvan.
- Verwerkt de gegevens over verichingen in elektronisch patiëntendossier.
- Gaet voorlichting aan de patiënt over de behandeling en het vervolg.

De praktijkondersteuner

Onderstaande beschrijving van de praktijkondersteuner is gebaseerd op de referentiefunctie praktijkondersteuner FWHZ (CNV Publicke Zaak, 2005b).

⁵² Er bestaat een onderscheid in doktersassistent A, B en C. Daarnaast bestaat ook verschil in medische assistentie.

De praktijkondersteuner is verantwoordelijk voor het verlenen van gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg in het bijzonder aan patiënten met een chronische ziekte. De praktijkondersteuner is in dienst van of gedetacheerd bij een samenwerkingsverband van huisartsen. De praktijkondersteuner valt hiërarchisch gezien onder de huisarts, die hiervoor door het samenwerkingsverband van huisartsen is aangewezen. De huisartsen werkzaam binnen het samenwerkingsverband verzorgen de functionele aansturing van de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner met managementtaken voert naast de functie van praktijkondersteuner gedelegeerde managementtaken uit en is daardoor eveneens verantwoordelijk voor de verzorging van administratieve (staf)taken en/of het aansturen, begeleiden en inwerken van collega praktijkondersteuners, met als doel kennisverdracht en ontwikkeling van de praktijkondersteuner te bevorderen en te bevesteren.

De praktijkondersteuner heeft taken en verantwoordelijkheden op 4 resultaatgebieden, te weten: zorgverlening, educatie en voorlichting, beheer en organisatie, en kwaliteit. De praktijkondersteuner met managementtaken kent een extra resultaatgebied, namelijk management. Hieronder zullen alleen de taken en verantwoordelijkheden op het gebied van zorgverlening, educatie en voorlichting en beheer en organisatie worden gepresenteerd, omdat deze in het kader van dit onderzoek van belang kunnen zijn.

De praktijkondersteuner verzorgt op basis van vastgestelde protocollen op medisch-inhoudelijke wijze doelgerichte (gedelegeerde) zorgverlening voor patiënten met een chronische ziekte, met als doel de patiënt zo adequaat mogelijk te voorzien van medische zorg en verbetering van al bestaande zorg. Het resultaatgebied van zorgverlening bestaat uit:

- Bepaalt, gedelegeerd of zelfstandig de te kiezen methodiek.
- Inventariseert en analyseert de medische of verpleegkundige problemen van de patiënt;
- Stelt daar waar het nodig is een zorgplan op met doelen en interventies.
- Kiest een interventie uit beschikbare alternatieven; indien er geen alternatief is volgt overleg met huisarts.
- Bepaalt of de patiënt dient te worden terug- respectievelijk wordt doorverwezen naar huisarts of andere hulpverlener. Verwijst zelfstandig naar diëtist, oogarts of podotherapeut.
- Formuleert in overleg met de patiënt het beoogde resultaat, en geeft hierover resultaatindicatoren aan.
- Beoordeelt de interventie op effectiviteit en efficiëntie en onderneemt naar aanleiding daarvan actie.
- Kiest in samenspraak met de patiënt voor de best passende toedieningsvorm van door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen.
- Verzorgt een probleemgerichte rapportage in het (elektronisch) medisch dossier;
- Draagt zorg voor afstemming en terugkoppeling van de geboden zorgverlening aan huisarts.
- Draagt zorg voor de administratieve afhandeling in het patiëntendossier.

De praktijkondersteuner verzorgt een doelgerichte educatie en voorlichting aan individuele patiënten in de huisartsenzorg (vooral patiënten met DM en Astma/COPD) gericht op kennis, mogelijke gedragsveranderingen te realiseren en het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening en met gebruikmaking van de beschikbare middelen:

- Geeft voorlichting, adviezen, instructie en educatie aan patiënten en zonodig diens leefomgeving over ziektebeeld en behandeling, leefregels en hulpmiddelen.
- Begeleidt en coacht patiënten en zonodig diens leefomgeving ten aanzien van zelfmanagement van de ziekte, het leren omgaan met en het hanteren van de consequenties van de aandoening en het
- Geeft informatie en adviezen aan relevante andere interne of externe hulpverleners.
- Geeft instructie over medicatie en behandeling en hoe zelf te handelen bij problemen.
- Beoordeelt voorlichtingsmateriaal op functionaliteit en kwaliteit.

hanteren van de leestegels.

De praktijkondersteuner draagt op het gebied van beheer en organisatie, zorg en verantwoordelijkheid voor een doelgerichte organisatie van de eigen zorgverlening in de huisartsenpraktijk met een effectieve en efficiënte inzet van beschikbare mensen en middelen, opdat er een goede afstemming plaatsvindt met activiteiten van andere teamleden en externe hulpverleners/instituten:

- Plant en organiseert eigen spreekuur/visites en voert dit uit.
- Regeldeelt consultaanvragen en verdeelt deze in te ondernemen activiteiten.
- Coördineert de zorgverlening en de continuïteit daarvan.
- Lost knelpunten in de eigen praktijkvoering zelfstandig op.
- Overlegt met andere relevante interne of externe disciplines/hulpverleners en verwijst patiënten waar nodig naar hen door.
- Verleent (telefonische) consulten aan patiënten en intra- en extramurale hulpverleners.
- Zet een sociale kaart op en onderhoudt die t.a.v. de eigen taak resp. de eigen patiënten groep.

De doktersassistent en de praktijkondersteuner in de praktijk

Bovenaanstaand is beschreven welke taken assistenten en praktijkondersteuners uitvoeren volgens een landelijke omschrijving van hun functie. Omdat het van belang is een beeld te hebben van welke taken in de praktijk zelf worden uitgevoerd, zullen hieronder op basis van eerdere stuf en een overzicht geven van taken die in de praktijk uitgevoerd worden. Dit kan zowel overeen komen als afwijken van de landelijke beschrijving.

In de Tweerde Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk is in het kader van taakdelegatie in de huisartsenpraktijk ook onderzocht welke taken door assistenten worden uitgevoerd in de praktijk. De taken die hierin worden genoemd zijn concreter en zullen hieronder voor een goede beeldvorming van de taakuitvoering van de doktersassistent worden opgesomd.

Op het gebied van medisch/technische taken werden – in sommige gevallen sterk variërend in frequentie tussen assistenten – de volgende taken genoemd:

- Cervixuitslijpjes maken
- Hypertensie controles
- Wonden aanstippen met vloeibare stikstof
- Oren uitspuilen
- Longfunctie onderzoek met peak-flow meter
- Begalenen pilgebruiksteren
- Hechtingen verwijderen
- Lengte of gewicht meten
- Gehoordeel uitvoeren met audiometer
- Aantal vragen stellen voordat dokter anamnese komt opnemen
- E.C.G.'s maken
- Testen gezichtsvermogen
- Injecties geven
- Zwachtelen aan bij patiënt met ulcus cruris
- Aanleggen of verwisselen verband
- Allergietest uitvoeren
- Verapuncties verrichten
- Vuiltje uit oog verwijderen
- Wonden lijmen met wondlijm
- Wonden hechten
- Oogdruk meten
- Diabetes controles
- Astma en COPD controles

Ten aanzien van de uitvoering van laboratoriumtaken werden de volgende zaken genoemd (wederom in sommige gevallen sterk variërend in frequentie tussen assistenten):

- Urine onderzoeken m.h.v. teststrips
- Urine sediment beoordelen
- Urinecultuur zetten en aflezen
- Zwangerschapstest uitvoeren
- Faeces onderzoek op occult bloed
- Faeces onderzoek op wormeieren
- Bepalen hemoglobinegehalte in bloed
- Bepalen glucosegehalte in bloed
- BSE inzetten en aflezen
- Microscopisch onderzoek fluor vaginalis preparaat bijvoorbeeld KOH preparaat

Ten aanzien van de uitoefening van intake- en voorlichtende taken werden de volgende zaken genoemd (wederom in sommige gevallen sterk variërend in frequentie tussen assistenten):

- Werken aan de hand
- Telefon aannemen
- Inschrijven nieuwe patiënt
- Bijhouden mededelingenbord/foldermateriaal
- Voorlichting aan patiënten met specifieke aandoeningen (DM, hypertensie, astma en COPD)
- Dieetadvies geven
- Voorlichting geven over medicijngebruik
- Instructies geven bij verzamelen van urine- en faecesmonsters

Daarnaast werd gevraagd of assistenten zelfstandig telefonisch (medische) adviezen geven. Dit blijkt ten aanzien van de volgende zaken voor te komen:

- Acute diarree
- Reizigersdiarree
- Sinusitis
- Luionuitslag
- Hoest
- Acute koepijn
- Oorpijn
- Kinderen met koorts
- Bloedneus
- Worm in de ontlasting
- Urinewegsinfecties

Uit een onderzoek door Bussemakers naar taakherschikking en taakverdeling in de huisartsenpraktijk blijkt dat assistenten ook assisteren bij chirurgische ingrepen en dat zij wondcontroles verrichten (Bussemakers et al., 2007: 1216).

Ten aanzien van de taken van praktijkondersteuners, biedt de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk geen concreet aanvullend inzicht in het takenpakket van de praktijkondersteuner.

De NHG en LHV schrijven over het takenpakket van de praktijkondersteuner, dat de LHV zich bij de invoering van de praktijkondersteuning geconcentreerd had op de 'kern van de functie' wat inhield dat patiënten met diabetes mellitus type 2 en astma/COPD tot de doelgroep van de praktijkondersteuner hoorden, maar dat praktijkondersteuners de activiteiten hebben vertaald naar zorgverlening aan patiënten met een chronische aandoening en ouderen (NHG/LHV, 2005: 12-13). Zo is er een breed spectrum van taken ontstaan naast de kerntaken (NHG/LHV, 2005). De LHV en NHG wijzen er bovendien op dat in de toekomst ervaren praktijkondersteuners binnen hun vakgebied door zouden kunnen groeien op het gebied van: [1] specifieke patiëntengroepen/aandoeningen, [2] specifieke competenties zoals voorlichting en educatie, consultvoering en zorgcoördinatie, [3] kwaliteitsontwikkeling en innovatie, en [4] inhoudelijke coaching, opkleding en management binnen grotere huisartsenvoorzieningen waar meerdere praktijkondersteuners werkzaam zijn (NHG/LHV, 2005: 13).

Van Erken et al. (2005) schrijven in hun rapport 'Praktijkervaringen met taakherschikking in de zorgsector' dat in de huisartsenzorg praktijkondersteuners ook soms breder worden ingezet dan ondersteuning aan de huisarts bij chronisch ziekten. Zo zouden praktijkondersteuners ook ingezet worden bij huisbezoeken en managementtaken (Van Erken et al., 2005: 75).

Bij de behandeling van chronisch ziekten worden in veel gevallen diabetes en astma/COPD genoemd. Bussemakers kwam in zijn onderzoek ook behandeling van patiënten met hart- en vaatziekten tegen (Bussemakers, 2008; Bussemakers et al., 2007).

FASToerstelij, een organisatie om de eerstelijns in Zuid-Nederland te ondersteunen en verstevigen, schreef in 2007 ook over (mogelijke) taken van een praktijkondersteuner. Zij beschrijven een nog hierder pakket aan mogelijke taken. Zij maakten een onderverdeling in (FASToerstelij, 2007):

- Zorg volgens NHG standaarden
Begeleiding specifieke patiëntengroepen (zoals ouderenzorg)
- Liaisonfunctie (bijvoorbeeld met thuiszorg en ziekenhuis)
Managementtechnische en organisatorische taken (ontwikkeling protocollen, werkoverleg)
- Taken die reeksreeks voortvloeien uit het werk (administratie/ automatisering/ overleg POH)

De onderstaande beschrijving van taken per gebied is afkomstig uit het overzicht '(Mogelijke) taken van een praktijkondersteuner', opgesteld door FASTeerslijn (2007).

Ten aanzien van de zorg volgens NHG standaarden schrijven zij: de praktijkondersteuner bekleedt tenminste 50% van de beschikbare werkdag aan implementatie van de NHG-standaard astma/COPD of diabetes mellitus type II of een van de andere NHG-standaarden. Gezamenlijk zal het samenwerkingsverband van huisartsen uiteindelijk moeten bepalen welke standaard als eerste dient te worden geïmplementeerd door de praktijkondersteuner. Dit geldt ook voor de taken die de praktijkondersteuner in de overige 50% van de werkdag gaat verrichten. Veelal zal ook de rest van de werkdag gevuld worden met medisch inhoudelijke zorg. Onder genoemd overzicht van mogelijke taken die aan een praktijkondersteuner gedelegeerd zouden kunnen worden is niet compleet aldus FASTeerslijn.

Begeleiding van specifieke patiënten/risicogroepen (volgens standaarden indien beschikbaar, zoals:

- Complex ouderenzorg/dementie/terminale zorg
- Hart- en vaatziekten
- Moeder- en kindzorg
- Psychiatrische patiënten
- Taken in kader van preventie zoals:
 - Opstellen specifieke risicogroepen
 - Organiseren (andelijke) vaccinatieprogramma's (bijvoorbeeld griep)
 - Opzetten en uitvoeren van categorale gesprekken (bijvoorbeeld reuma, vrouwenpoli)

Zorgcoördinatie (ondersteuning bij): het organiseren en coördineren van (delen van) de zorg zoals:

- Het inventariseren van de zorgvraag/zorgwens bijvoorbeeld door het afleggen van huisbezoeken ter verduidelijking van problematiek en mogelijke hulpvraag.
- Organiseren van thuiszorg.
- Het onderhouden van contacten met instanties om de zorg of de voorwaarden van de zorg te regelen (specialist, transferverpleegkundige, CIZ, medewerkers verzorgingshuis/verpleeghuis/thuiszorg, zorg verzekeraar (aanvragen nachtzorg, machtigingen hulpmiddelen en voorzieningen als zuurstof, speciale bedden, e.d.).
- Bezoek van opgenomen patiënten in ziekenhuis of na ontslag.
- Functioneren als intermediair tussen medewerkers van het ziekenhuis, de huisarts, wijkverpleegkundige en thuiszorgmanager gezinsverzorging. Zo nodig kan hij/zij patiënten opgenomen in ziekenhuis of verpleeghuis, bezoeken om zicht te krijgen op de situatie van de patiënt alvorens deze weer terugkeert naar huis en ervoor zorg dragen dat de patiënt met het juiste curatieve zorgarrangement naar huis komt en iedere betrokkene de actuele informatie heeft over de toestand van de patiënt.
- Beantwoorden van vragen van patiënten die op de wachtlijst staan voor een medische behandeling, of wachten op een opname in verzorgings- en/of verpleeghuis.

Managementtechnische- & organisatorische taken:

Strategische managementtaken

- Beleidvoorbereiding POH
- Opstellen werkplan POH
- Ontwikkelen/voorbereiding kwaliteitsbeleid POH zoals ontwikkelen protocollen en opzetten onderzoek
- Schrijven jaarverslag POH

- Initiëren van nieuwe werkvijzen
- Volgen van professionele en maatschappelijke ontwikkelingen
- Bijdrage leveren aan evaluatie van het beleid en de uitvoering POH

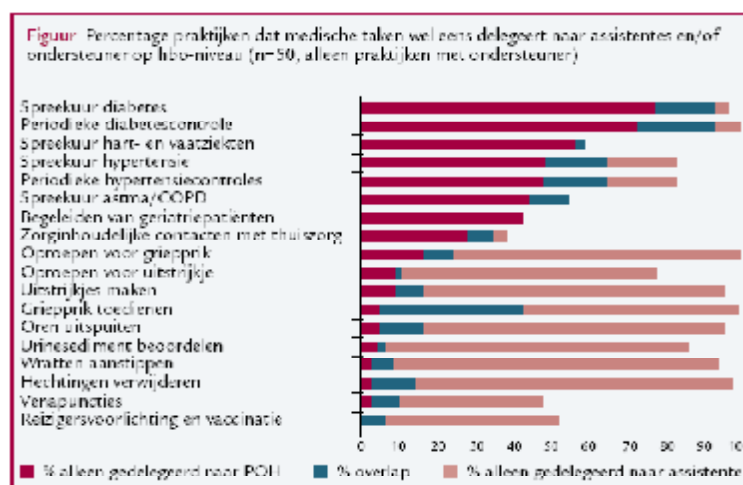
Tactisch management

- Uitwerken projectbeleidsplannen POH (voorwaarden realiseren, afschrijven, tijdspanning)
- Inwerken assistenten op hun taken in bepaalde protocollen
- Omschrijving en vertaling taken praktijkondersteuner, assistenten en huisartsen
- Voorbereiding en uitwerking samenwerking POH tussen huisartsen
- Patiëntenaanpakking ten aanzien van POH
- Financiële en inhoudelijke (HIS) administratie POH
- Ondersteuning optimalisering praktijkorganisatie
- Voorraadheer POH (zorgen dat apparatuur, voorlichtingsmateriaal etc. aanwezig is, instrumenten op tijd gekocht zijn)

Operationeel management

- Coördinatie; organiseren werkoverleg/stemming werkzaamheden
- Controle naleving afspraken en besluiten
- Begeleiding assistenten
- Logistieke planning (wie werkt wanneer, wie doet wat en op welke werkplek)
- Ontwikkelen van (zorginhoudelijke) protocollen, afstemmen van de taken tussen assistente, praktijkondersteuner en huisarts
- Organiseren en voorzitten periodiek werkoverleg op praktijkniveau
- Controle op naleving van besluiten/opzellen en monitoren van een kwaliteitsbeleid op praktijkniveau
- 'Up to date' houden van voorlichtingsmaterialen, de praktijkfolder, etc.
- Maken jaarversagen
- Organiseren van (wetenschappelijk) onderzoek

In onderstaande figuur valt af te lezen dat een aantal taken in de praktijk verschillend door praktijkondersteuner en assistente worden uitgevoerd.



Bron: Van den Berg en Simkens, 2006.

Wat betreft de Nurse Practitioner en de Physician Assistant, dit zijn beide beroepen die niet zijn opgenomen in de referentiefuncties in de huisartsenpraktijk. Korte omschrijvingen van de inhoud van hun taken is in diverse stukken te

vinde. Ook is er al wel enig onderzoek gedaan naar de taken die deze disciplines uitvoeren. Belangrijke bevindingen zullen hieronder worden gepresenteerd.

De Nurse Practitioner (NP)

De LHV stelt in haar beschrijving van 'Nieuwe ondersteunende beroepen in de Huisartspraktijk' dat nurse practitioners zich voornamelijk bezig houden met de behandeling van vaak voorkomende klachten en 'korte-episodes-aandoeningen' (LHV, 2006: 2). Het betreft aldus de LHV klachten waarvoor geen uitgebreide medische achtergrondkennis nodig is, zoals keelpijn, oorpijn, hoesten, huidaandoeningen en urineweginfecties. Tijdens de masteropleiding tot NP wordt aandacht besteed aan verschillende geneeskundige modules zoals, KNO (Keel-Neus-Ortheelkunde), huid, bewegingsapparaat, blaasproblemen, gynaecologie en geriatric (LHV, 2006: 2).

De Fontys hogeschool in Eindhoven heeft een specifieke 'Differentiatie Huisartsenzorg' van de opleiding Advanced Nursing Practice ontwikkeld. Dit is uniek in Nederland (Derckx, 2006). In de module patiëntenzorg wordt specifiek ingegaan op diagnose en behandeling van vaak voorkomende klachten, ook wel 'minor ailments' genoemd. Hiervoor is minder medische diagnostiek als achtergrondkennis voor nodig. Het gaat om klachten op het gebied van: KNO en hoesten, bewegingsapparaat (onderste extremiteiten); huidaandoeningen, SOA, anticonceptie, incontinentie, urineweginfecties, overgangsklachten en geriatric (Derckx, 2006: 14).

De NP houdt zich verder ook bezig met voorlichting en educatie, preventie, zorgcoördinatie, kwaliteitsontwikkeling en aspecten van praktijkorganisatie en -management (Derckx et al., in Van Eeren et al., 2006: 16).

De voorzitter van de Landelijke Klankoerpgroep Opleidingen Master Advanced Nursing Practice stelt dat het werk van NP grotendeels bestaat uit voormalige medische taken (Borst-Eilers, 2006: 7). In de eerste lijn verdienen NP's zelfstandige hulp bij kleine kwalen. NP's nemen de anamnese af, doen lichamelijk onderzoek, vragen naar het onderzoek aan, en stellen een behandelplan op. Zij stellen ook dat NP's vaak de begeleiding van chronisch zieken voor hun rekening nemen (Borst-Eilers, 2006: 7).

Uit een onderzoek in de praktijk is gebleken dat ook het diagnosticeren van patiënten met klachten waarvan het vermoeden heerst dat zij samenhangen met een chronische ziekte, tot het takenpakket van de NP behoort (Bussackers et al., 2007: 1216). Daarnaast wordt genoemd dat patiënten met hoofdpijn tot het aandachtgebied van de NP behoren en dat NP's actief zijn op het gebied van deskundigheidsbevordering van assistenten en kwaliteitsbevorderende projecten opstarten (onder andere ter verbetering van samenwerking tussen zorgverleners) (Bussackers et al., 2007: 1216-1217).

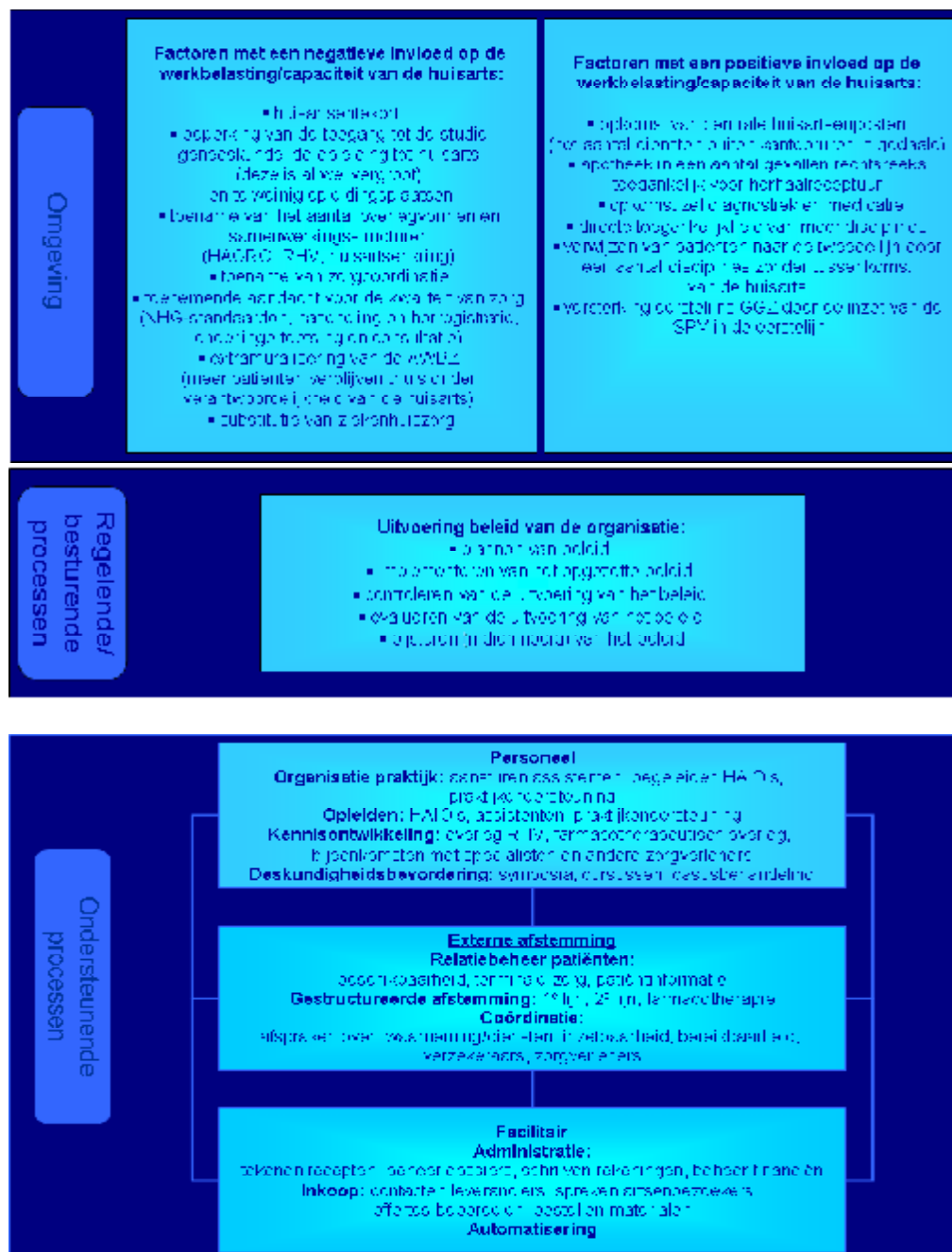
De Physician Assistant (PA)

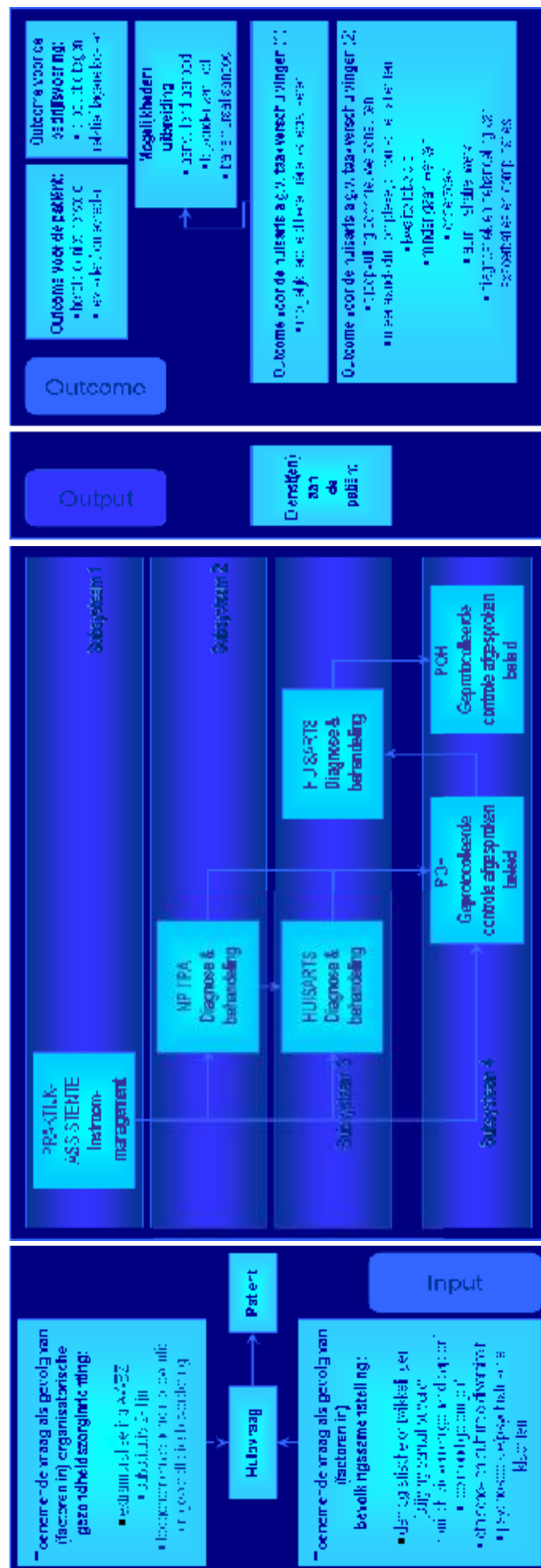
De LHV gaf in 2006 bij de bespreking nieuwe ondersteunende beroepen in de huisartspraktijk een summiere omschrijving van de taken van de Physician Assistant. Aldus de LHV houdt de PA zich bezig met het diagnosticeren en behandelen van veel voorkomende aandoeningen binnen de huisartsenpraktijk (LHV, 2006). De NP geeft ook voorlichting en verwijst patiënten door naar andere zorgverleners. In de masteropleiding wordt aan diverse gebieden aandacht besteed, namelijk chirurgie, spoedeisende zorg, neurologie, psychiatrie, geriatric, pediatrie en gynaecologie. Zo wordt gesteld dat specifieke grenzen aan de bevoegdheid van de PA afhankelijk zijn van de individuele bekwaamheden en het onderlinge vertrouwen tussen de PA en de huisarts (LHV, 2006: 3).

Van Eeren et al. schrijven dat "er bij de PA geen focus is op bepaalde klachten of patiëntencategorieën, maar dat hij of zij ineenkelijk is voor alle klachten, met uitzondering van traumata en infarcten." (Van Eeren et al., 2006: 76)

Tot slot, op basis van bovenstaande kunnen we stellen dat de verschillende disciplines in de huisartsenvoorziening nog niet volledig uitgekristalliseerd zijn, zowel op papier als in de praktijk. Dit betekent dan ook dat er in verschillende praktijksituaties verschillende verschuivingen zullen optreden. In het volgende hoofdstuk zullen we kijken welke verschuivingen optreden binnen de cases van dit onderzoek en of het misschien zelfs afwijkt van datgene dat hier reeds is geconstateerd.

Bijlage 3: Algemeen overzicht met factoren, constructen en variabelen



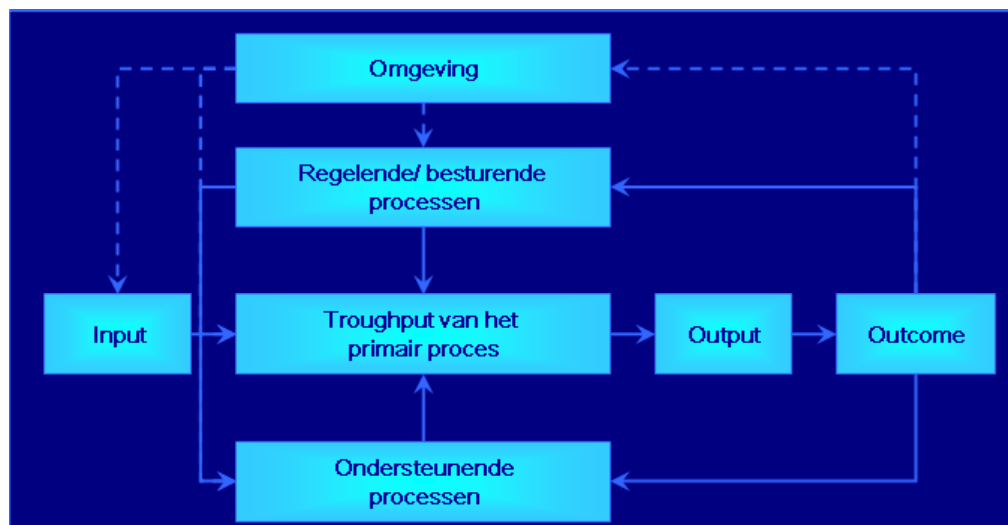


Bij het primaire proces kunnen input, throughput, output en outcome worden onderscheiden. De output houdt in de prestaties die worden geleverd, de diensten. De outcome houdt in het effect van de diensten die worden geleverd. De outcome is hier uitgesplitst naar outcome voor de patiënt, outcome voor de bedrijfsvoering outcome voor de huisarts.

Bijlage 4: Factoren, constructen en variabelen in het conceptuele framework

Het conceptuele framework na inbrenging van POH en/of NP en/of PA aan de praktijk

Onderstaand model is het basismodel voor het conceptuele framework. De verandering die wordt onderzocht namelijk de inbrenging van nieuwe disciplines in de huisartsenpraktijk heeft plaatsgevonden. Zo bestaat de throughput uit de disciplines: praktijkassistent, huisarts, POH en mogelijk ook NP en/of PA.



Input (de patiënt):

Toenemende vraag (dit wordt niet onderzocht, maar kan een rol spelen bij het vormgeven van het zorgaanbod in de praktijk):

- Toenemende vraag door demografische ontwikkelingen (stijging van het aantal ouderen, chronisch zieken en gehandicapten) (Capaciteitsorgaan, 2005; Moll van Charante et al., 2002; NHG-LHV, 2005; TK 2431353, 2003; Van den Berg & De Bakker, 2003; Van den Berg et al., 2004)
- Toenemende vraag als gevolg van 'de mondige burger' (Capaciteitsorgaan, 2005; LVG, 2006; Moll van Charante et al., 2002)
- Toename van etnische- en culturele diversiteit van patiënten (LVG, 2006)
- Toename van het aantal psychosociale en psychiatrische klachten (Cardol et al., 2004)

De volgende factoren veroorzaken een directe verandering in de input van de huisartsenzorg (deze factoren zullen behandeld worden in het onderzoek):

- Extramuralisering van de AWBZ (meer patiënten verblijven thuis onder verantwoordelijkheid van de huisarts) (Cardol et al., 2004; LVG, 2006)
- Substitutie van ziekenhuiszorg (huisartsen krijgen in toenemende mate een rol in transmurale zorg) (Capaciteitsorgaan, 2004; Capaciteitsorgaan, 2005; LHV, 2006; LVG, 2006; Moll van Charante et al., 2002)
- Toegenomen aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering (huisartsen gaan preventieve zorgtaken uitvoeren die voorheen niet tot hun takenpakket behoorde) (Cardol et al., 2004; Moll van Charante et al., 2002)

Troughput:

- Taken assistent
- Taken NP/PA
- Taken huisarts
- Taken POH
- Uitvoering van taken door ondersteunende disciplines die huisartsen voorheen veel minder vaak uitvoerden, maar die wel tot de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk gerekend kunnen worden (onder andere periodieke controles, begeleiding en voorlichting aan patiënten met een chronische aandoening) (Bussersmakers, 2007)

Output:

- Diensten aan de patiënt (*dit wordt niet onderzocht*)

Outcome (effect):

Voor de patiënt (dit wordt niet onderzocht):

- Hersteld/ niet hersteld
- Teverdien/ introvreden
- etc.

Voor de huisarts (kern van het onderzoek):

- Mogelijkheid te differentiëren/ specialiseren (LVC, 2006; NHG/LHV, 2005; NHG, 2001; Ram et al., 2004; Saltman & Rico, 2006; www.pahinfo.nl, 2007b)
- Tijdepvulling door nieuwe consulten (Derckx, 2006; Van Eesaen et al., 2006)
- Meer aandacht complexe, chronische patiënten (Bussersmakers, 2005; Capaciteitsorgaan, 2004; NHG/LHV, 2005; Van Eesaen et al., 2006; www.pahinfo.nl, 2007bc)
- Kwaliteitsbeleid (www.pahinfo.nl, 2007b)
- Minder gaan werken (Van Eesaen et al., 2006; www.pahinfo.nl, 2007h)
- Onderzoek (www.pahinfo.nl, 2007a)
- Administratief werk (www.pahinfo.nl, 2007c)
- Diagnostiek en behandeling van exacerbaties (plotselinge verslechteringen van een ziekte) en complicaties (Carroll et al., 2004)

De volgende ontwikkelingen kunnen tot stand komen na specialisatie en differentiatie (kern van het onderzoek):

- Mogelijkheden/uitbreiding aanvullend aanbod⁸⁸ (LVC, 2006; NHG/LHV, 2005)
- Mogelijkheden/uitbreiding bijzonder aanbod⁸⁹ (LVC, 2006; NHG/LHV, 2005; www.pahinfo.nl, 2007h) Dit kan wel leiden tot minder verwijzingen naar de tweede lijn
- Mogelijkheden/uitbreiding transmurale zorgaanbod⁹⁰ (LVC, 2006)

⁸⁸ Omschrijving: Een aanvulling op het bestaande aanbod. Het betreft huisartsengeneeskundige zorg die aansluit op een specifieke behoefte van de populatie van een betreffende huisartsenpraktijk en voortvloeit uit de diagnostische aanpak van het verzorgingsproces en het uitbreiden van openbare gezondheidszorgaanbiedingen. Het gaat om het (om)ontwikkelen van activiteiten of groepen patiënten. Er zijn aanvullende middelen of ondersteuning nodig. Voorbeelden zijn het aanbod van cervixscreening, screenen op gezichtsvervalsingen en seksueel overdraagbare aandoeningen (LVC, 2004: 7-9; Ram et al., 2004: 24).

⁸⁹ Omschrijving: Een aanvulling op het basis- en aanvullende aanbod. Grensoverschrijdende huisartsengeneeskundige zorg, in geassocieerde specialiteiten (overstijgende competenties van collega's) en kwalificaties aan het (op)scheppen, is ook beschikbaar voor patiënten die niet bij de voorziening lijn ingeschreven. Er zijn aanvullende middelen of ondersteuning nodig. Voorbeelden zijn het aanbod van dubbeldiagnose, in vivo therapie in gezichten en reïngeneratie van (LVC, 2004: 8-9; Ram et al., 2004: 25).

⁹⁰ Bijna gaat het hierbij om nieuwe kanten in de gezondheidszorg. In andere gevallen gaat het om kanten die voortvloeien uit het op elkaar afstemmen van de zorg van de huisartsenpraktijk en de zorg van andere hulpverleners in de eerste of tweede lijn. Voorbeelden zijn diagnostiek en behandeling op het gebied van echtheid, naalgeluiden en acut ongemak syndroom (LVC, 2004: 9; Ram et al., 2004: 25-26).

Omgevingsfactoren:

Hebben een negatieve invloed op de werkhelasting en daarmee op de capaciteit van de huisarts (dit wordt niet onderzocht, maar kan in de gesprekken naar voren komen en deze factoren hebben een invloed op de capaciteit van de huisartsenzorg)

- Huisaartentekort (in 2004 naar beneden bijgesteld door het Capaciteitsorgaan) (Capaciteitsorgaan, 2004; TK 2431353, 2003; Van den Berg & De Bakker, 2003; Van den Berg et al., 2004)
- Beperking van de toegang tot de studie geneeskunde, de opleiding tot huisarts (deze is al wel vergroot (De Bakker et al., 2005)) en te weinig opleidingsplaatsen (Cardol et al., 2004; Moll van Charante et al., 2002; TK 2431353, 2003)
- Toename van het aantal overlegvormen en samenwerkingsstructuren (HAGRO, RHV, huisartsenkring, voorheen DHV) (Cardol et al., 2004; Moll van Charante et al., 2002; TK 2431353, 2003)
- Toename van zorgcoördinatie (TK 2431353, 2003)
- Toenemende aandacht voor de kwaliteit van zorg (NHG-standaarden, nascholing en herregistratie, onderlinge toetsing en consultatie) (Moll van Charante et al., 2002)
- Externalisering van de AWBZ (meer patiënten verblijven thuis onder verantwoordelijkheid van de huisarts) (Cardol et al., 2004; LVC, 2006)
- Substitutie van ziekenhuiszorg (huisartsen krijgen in toenemende mate een rol in transmurale zorg) (Capaciteitsorgaan, 2004; Capaciteitsorgaan, 2005; LHV, 2006; LVG, 2006; Moll van Charante et al., 2002)

Hebben een positieve invloed op de werkhelasting en daarmee op de capaciteit van de huisarts (dit wordt niet onderzocht, maar kan een invloed hebben op de capaciteit van de huisartsenzorg)

- Opkomst van centrale huisartsenposten (het aantal diensten buiten kantooruren is gedaald) (Capaciteitsorgaan, 2004; TK 2431353, 2003; Van den Berg et al., 2004)
- Apothek in een aantal gevallen rechtstreeks toegankelijk voor herhaalreceptuur (De Bakker et al., 2005; RVZ, 2002)
- Opkomst zelfdiagnostiek en medicatie (De Bakker et al., 2005)
- Directe toegankelijkheid van meer disciplines (waar onder de fysiotherapeut) (Capaciteitsorgaan, 2005; De Bakker et al., 2005)
- De wijzen van patiënten naar de tweede lijn door een aantal disciplines zonder tussenkomst van de huisarts (waar onder de bedrijfsarts) (Capaciteitsorgaan, 2005; De Bakker et al., 2005)
- Versterking eerstelijns GGZ door de inzet van de SPV in de eerstelijns (De Bakker et al., 2005)

Ondersteuningsprocessen (Op basis van Boonstra et al., 2001):

Personeel (gedeeltelijk onderdeel van het onderzoek, hier kunnen verschuivingen in optreden/verzwaring in optreden)

- Organisatie praktijk en bedrijfsvoering⁷¹: assistenten, begeleiden HAO's, praktijkondersteuning
- Samenwerken met een ondersteuner en werkgeverstaak kiest de huisarts tijd, met name in de begintase (onder andere overleg, nabespreking, begeleiding en opleiding) (Van den Berg & De Bakker, 2003; Van Erven et al., 2006). Ook wel toenemende coïncidentietijd (Busschmakers, 2007).)
- Opleiden: HAO's, assistenten, praktijkondersteuning
- Kennisontwikkeling: overleg RHV, farmacotherapeutisch overleg, bijeenkomsten met specialisten en andere zorgverleners
- Deskundigheidsbevordering: symposia, discussies, casusbehandeling

⁷¹ Daarnaast werd in 2003 dat de tijdsduur van huisartsen voor schriftvoering is geslagen (TK 2431353, 2003)

Externe afstemming (geen onderdeel van het onderzoek)

- Relatiebureau patiënten: beschikbaarheid, terminale zorg, patiëntinformatie
- Geïnduceerde afstemming: 1e lijn, 2e lijn, farmacotheapie
- Coördinatie: (afspraken over) waarneming/diensten, inzetbaarheid, bereikbaarheid, verzekeraars, zorgverleners

Faciliteir (geen onderdeel van het onderzoek)

- Administratie: tokenen rooipen, beheer dossiers, schrijven rekeningen, beheer financiën
- Inkoop: contacten leveranciers, spreken met verzekers, offertes beoordelen
- Bestellen materialen
- Automatisering

Bijlage 5: Voorbeeld interviewlijst

Interviewvragen huisartsen:

NB

Indien gesproken wordt over het primaire proces, dan wordt hiermee bedoeld: alle activiteiten die direct gericht zijn op de zorg- en dienstverlening aan de patiënt.

Indien gesproken wordt over ondersteunende disciplines, dan wordt hiermee bedoeld: praktijkassistent(en), PCH(-ers) en NP.

Algemeen

- a. Hoeveel jaren werkzaam als huisarts:
... jaren
- b. Hoeveel jaren werkzaam in dit gezondheidscentrum:
... jaren
- c. Aantal uren dat u wekelijks besteedt aan uw werk (exclusief beschikbaarheid voor ANW-diensten)
... uren
- d. Hoeveel consulten hebt u gemiddeld op een dag?
... consulten
- e. Wat is de gemiddelde consultduur:
... minuten
- f. Is er sprake van aandachtsgebieden of specialisaties tussen de huisartsen? Zo ja, kunt u deze kort omschrijven?

Redenen voor keuze POH en NP:

1. Welke reden(en) bestond(en) er voor het aantrekken van een POH in de huisartsenpraktijk?
2. Welke reden(en) bestond(en) er voor het aantrekken van een NP in de huisartsenpraktijk?

Inhoud van taakverschuivingen

3. Hoe is het primaire proces van huisartsenzorg veranderd door de komst van de POH?
4. Hoe is het primaire proces van huisartsenzorg veranderd door de komst van de NP?
5. Welke taken voeren de assistenten uit in het primaire proces?
6. Is de rol van de assistente in het proces veranderd door de komst van de POH of NP?

Effecten taakverschuivingen:

7. Welke verwachtingen had u ten aanzien de capaciteit van de praktijk en de gevolgen voor uw eigen werkzaamheden voortvloeiend uit de komst van de POH?
8. Welke verwachtingen had u ten aanzien de capaciteit van de praktijk en de gevolgen voor uw eigen werkzaamheden voortvloeiend uit de komst van de NP?
9. Welke invloed hebben de POH en NP op uw werkbelasting?
10. Welke effecten zijn opgetreden in uw takenpakket door de komst van de POH en NP?
11. Heeft de komst van de POH en NP invloed gehad op uw eigen consultduur? Zo ja, hoe?
12. Is de productie van de huisartsenpraktijk veranderd na de komst van de POH en NP? Zo ja, hoe?

Vragen ten aanzien van coördinatie van de patiëntenzorg:

13. Welk deel van de werkzaamheden van de assistent in het primaire proces gebeurt volgens een vast protocol?
... %
14. Welk deel van de werkzaamheden van de POH in het primaire proces gebeurt volgens een vast protocol?
... %
15. Welk deel van de werkzaamheden van de NP in het primaire proces gebeurt volgens een vast protocol?
... %
16. Hoeveel uur besteedt u maandslijks aan de ontwikkeling van protocollen voor onderzekenende disciplines?
... uren
17. Verzoegt de praktijkassistent de planning van alle oproeken van alle disciplines?
18. Is er binnen uw praktijkgezondheidscentrum een persoon werkzaam die als specifieke taak coördinatie heeft door als intermediair tussen verschillende personen op te treden? Zo ja, welke werkzaamheden voert deze coördinator uit op het gebied van patiëntenzorg en wat is de wekelijkse tijdsbesteding aan de coördinatie taken?

19. Van een drietal manieren om werkzaamheden te coördineren zou ik graag van u willen weten hoeveel tijd u daar wekelijks aan besteed:

Kwantificeerbare coördinatiemechanismen			
Wederzijdse afstemming	Met praktijkassistent	# keren p/wk:	# min. p/wk:
	Met POH	# keren p/wk:	# min. p/wk:
	Met NP	# keren p/wk:	# min. p/wk:
Wederzijdse afstemming (groep)	Met minimaal twee anderen (assistent(en), POH en NP)	# keren p/wk:	# min. p/wk:
Directe supervisie (geven van instructies)	Bij praktijkassistent	# keren p/wk:	# min. p/wk:
	Bij POH	# keren p/wk:	# min. p/wk:
	Bij NP	# keren p/wk:	# min. p/wk:

Tabel 2 Coördinatiemechanismen

20. Zijn er in uw huisartsenpraktijk dingen geregeld om werkzaamheden te coördineren die nog niet genoemd zijn? Zo ja, wat voor dingen en hoeveel tijd besteedt u daar wekelijks aan?

Zojuist zijn allerlei manieren besproken om werkzaamheden van verschillende disciplines in de praktijk te coördineren.

21. Geburen er wel eens dingen door ondersteunende disciplines die vooraf niet waren voorzien en waarvoor niets is geregeld?
22. Wat doet u daar op dat moment mee als huisarts?
23. En hoeveel tijd besteedt u wekelijks aan?

Aanvullende vragen ten behoeve van inschatting kostenefficiëntie

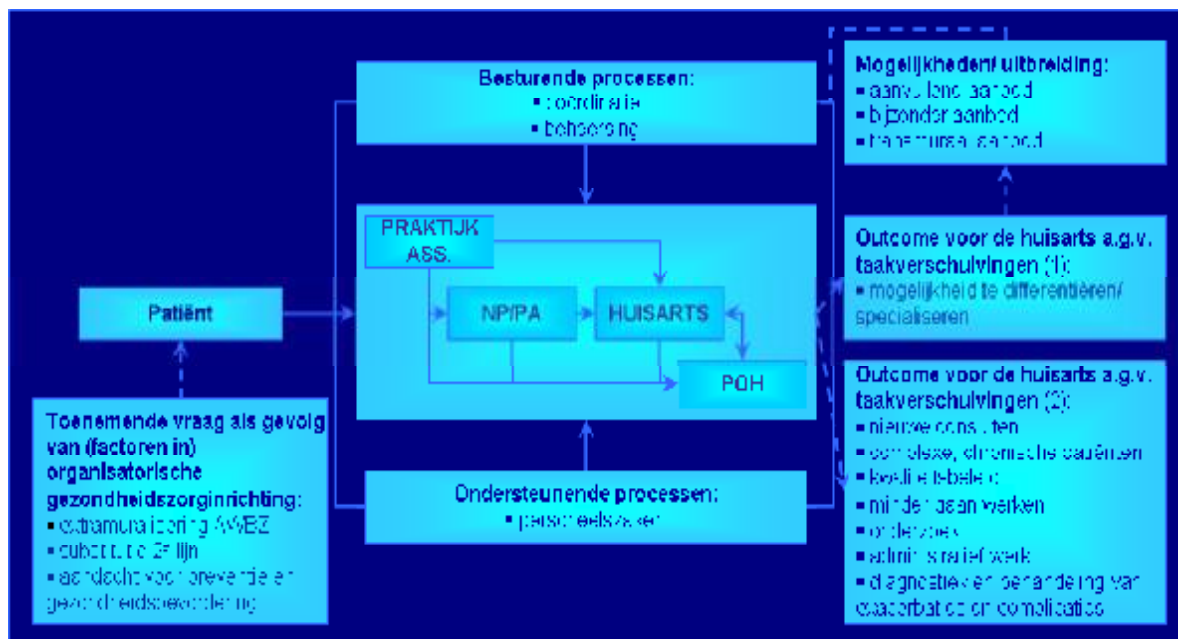
- I. Hoeveel consulten op een dag is volgens u realistisch voor een afgestuurde en ingewerkte POH-er?
- II. Wat is een realistische gemiddelde consultduur voor een afgestuurde en ingewerkte POH-er?
- III. Hoeveel consulten op een dag is volgens u realistisch voor een afgestuurde en ingewerkte NP?
- IV. Wat is een realistische gemiddelde consultduur voor een afgestuurde en ingewerkte NP?

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit interview

Bijlage 6: Individuele casbeschrijvingen

Doel van de individuele case verslagen betreft een antwoord te geven op de vraag in hoeverre onderstaand model vertaalt kan worden naar de praktijk gegeven de situatie in deze huisartsenpraktijk. Met andere woorden: Klopt het model zoals deze is opgesteld?

Het model onvoldoende rief alle te onderzoeken elementen. Er is tevens een productiviteitsvraag opgenomen in het onderzoek. Of de huisartsenpraktijk kon groeien door de komst van ondersteunende disciplines wordt daarom naar onderstaand model behandeld.



Case verslag Case 1

Voor het schrijven van dit case verslag is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Interviews met twee huisartsen (in loondienst van stichting)
- Interview met één POH-er (POH cardiovascular risicomanagement, Diabetes Mellitus, astma/COPD, stopper met roken en sociale huisbezoeken)
- Interview met twee praktijkassistenten
- Archiefdata (indien beschikbaar) volgens toegezonden excel-sheet (zie dataverzamelingprotocol)
- Jaarverslag 2006
- In een pagina
- Voorbereidend gesprek en e-mailcontact met aanvullende vragen aan de directeur van de stichting

Formatie

Case 1	Aantal fte	Aantal personen	Verhouding naar fte in %	Opmerkingen
Huisartsen	4,0	8	44%	In loondienst van stichting
Praktijkassistenten	3,79	6	42%	In loondienst van stichting
POH-ers	1,26	2	14%	In loondienst van stichting en 0,36 i.o.
Totaal	9,05	15	100%	

Dit gezondheidscentrum is onderdeel van de stichting Leidache Rijn Julius Gezondheidscentra, waaronder vijf gezondheidscentra vallen. In het centrum werken acht huisartsen, die samen 4,0 fte²² vervullen. Er werken vijf assistenten en per december komt er weer een coördinerend doktersassistent werken. De vorige coördinerend doktersassistent is in september naar een nieuwe locatie van de Julius gezondheidscentra gegaan. Er is 0,9 fte afgestudeerde POH aanwezig en 0,36 POH in opleiding in de praktijk aanwezig. De POH in opleiding heeft van mei tot september 2007 meegelopen met de afgestudeerde POH-er. Eén september 2007 is de POH met de opleiding gestart en doet de POH zelf spreekuren. De afgestudeerde POH leidt de POH in opleiding op.

De huisartsen in het centrum zijn niet gespecialiseerd in de zin dat zij een kaderopleiding hebben gevolgd. Wel gaan een aantal huisartsen zich binnenkort meer toeleggen op een eigen aandachtsgebied waarvoor zij speciale cursussen volgen. De praktijk krijgt eigen ECG-apparatuur en daar zullen twee huisartsen voor worden opgeleid. Daarnaast gaan twee huisartsen zich richten op de uitvoering en interpretatie van spirometrieën binnen de praktijk. Dat twee huisartsen zich hiermee gaan bezighouden houdt ook verband met het Leidache Rijn Gezondheidsproject. Nieuwe patiënten krijgen vrijblijvend een gezondheids 'check up', waarvan de data worden opgeslagen in een onderzoeksdatabase. Met de uitvoer van ECG's en spirometrieën is nog niet begonnen. Twee andere huisartsen krijgen als aandachtsgebied insulinetherapie voor de diabetes patiënten en volgen een insulinecursus.

De huisartsen, assistenten en de twee praktijkondersteuners zijn in dienst van de Stichting Leidache Rijn Julius Gezondheidscentra.

Redenen voor komst POH-ers

De redenen voor de komst van praktijkondersteuners waren vooral kwaliteitsverbetering van de zorg en werkdrukke mindering en delegatie bij huisartsen aldus één van de huisartsen. De POH kan dingen doen die de huisartsen kunnen omdat het sterk geprotocolleerd is. Een collega huisarts geeft aan dat het vooral is ingezet voor kwaliteitsverbetering. De zorg wordt gestructureerder geleverd door POH-ers dan door veel huisartsen.

²² Het aantal fte huisartsen betreft de aanstelling van de huisartsen bij de stichting. Voor de berekening van fte huisartsen in gezondheidscentra, wordt uitgegaan van 45 uur voor 1 fte.

Bovendien kreeg een gezondheidscentrum een subsidie als een POH er wordt ingezet. De assistenten noemen als reden de werklastvermindering bij huisartsen. De POH noemt naast deze reden de eerder genoemde reden dat de kwaliteit van zorg voor chronische patiëntengroepen nu wel worden verbeterd. Door de juiste personen op de juiste plaats in de huisartsenzorg in te zetten, kan er aldus de POH meer ingezet worden.

Sinds de start van het centrum in de Vinexwijk is de werkdruk toegenomen. Door het hoge aantal patiënten met chronische aandoeningen is er een nieuwe POH (in opleiding) bij aangenomen.

Eén van de huisartsen geeft aan dat de verwachting was dat ze het rustiger zouden krijgen; een lagere werkbelasting. Een andere huisarts gaf aan dat er geen specifieke verwachtingen waren ten aanzien van een eventuele groei van de praktijk. De groei van de praktijk is gebaseerd op inschattingen over de Vinex-locatie Leidse Rijn, waarin Case 1 zich bevindt.

Werkzaamheden

De assistenten in Case 1 hebben geen aandachtsgebieden of specialisaties. Wel zijn een aantal factoren zaken onderscheiden. Algemene taken die zij uitvoeren zijn telefoonbehandeling (triage en advies), inschrijvingen, poel, instrumenten steriliseren en bestellingen. Eén van de assistenten geeft aan dat er veel aandacht is voor de telefonische triage, omdat de praktijk erg druk is. Er zijn weinig vrije plaatsen bij huisartsen die op de dag zelf kunnen worden ingevuld. Een advies kan in sommige gevallen voldoende zijn en daar moet bij worden stilgestaan door de assistenten. Om de werkdruk bij de assistenten te verlagen zijn er twee administratieve krachten in de praktijk werkzaam.

De assistenten voeren daarnaast kleine verrichtingen uit als bloeddruk meten, eenvoudig blootonderzoek, urinonderzoek, oronuitspuits, geven van injecties, maken van uitschijfjes, wondbehandeling, verbinden, hechtingen verwijderen, wonden aanstippen, uitvoeren van gehoortesten en a-lorgietesten. Daarnaast assisteren de assistenten de huisartsen bij kleine ingrepen.

De centrumassistenten plannen naast de afspraken voor huisartsen, en de eerste afspraak bij POH-ers, ook afspraken voor fysiotherapeuten. Vaak wordt voor fysiotherapeuten alleen een eerste afspraak gepland en plannen zij zelf de vervolgspraken.

De praktijkondersteuner die reeds afgestudeerd is, houdt zich bezig met de controles en het instellen van diabetespatiënten, met cardiovasculair risicomanagement, COPD en astma bij volwassenen, per september 2007 specifiek astma bij kinderen, sloppen met niken en knieale huistoezoeken. De knieale huistoezoeken zitten nog in de startfase. De bedoeling is dat in de praktijk op termijn longfuncties (spirometrie) worden gemeten door de POH en dat de huisarts deze gaat aflezen. De POH in opleiding is op dit moment gestart met gesprekken voor diabetes (zonder instelling) en hypertensie. De patiënten die door de POH worden gezien zijn in principe allemaal verwezen door de huisarts. De diagnose is op dat moment gesteld.

De afgestudeerde POH heeft naast de patiëntenzorg nog een aantal andere taken. Deze POH leidt de nieuwe collage op, binnen Case 1 verzorgt zij de aansturing van het Leidse Rijn Gezondheidsproject en het project Veilig Incident Meldan. Samen met een huisarts wordt de keuze van patiëntfolders bepaald en worden bestellingen gedaan. De sociale kaart voor patiënten wordt bijgehouden en er wordt thuiszorg geregeld voor chronische patiënten. Verder hebben de POH-ers binnen de stichting LRJG allen een eigen aandachtsgebied. Dit betekent dat zij zich bezig houden met het ontwikkelen van protocollen op dat gebied en dat zij een consultfunctie vervullen voor andere POH-ers. De afgestudeerde POH geeft aan ongeveer 12 patiënten op een dag te zien en dat daarnaast ook nog zo'n zes telefonische contacten zijn met patiënten. Bij een jaarcontrole DM en bij een nieuwe patiënt duurt een consult gemiddeld 30 minuten. Controles duren gemiddeld 10 minuten, maar daar mag van worden afgeweken indien dit nodig is. De POH-ers plannen zelf een groot deel van de afspraken. Wanneer patiënten voor een eerste afspraak komen via de huisarts wordt door de assistente een afspraak gepland of de huisarts vraagt de POH om de patiënt op te roepen.

Veranderingen in de huisartsenzorg

In het primaire proces van de huisartsenzorg zijn door komst van de POH-ers vooral de reguliere controles aan chronisch zieken veranderd. De POH hanteert de protocollen beter dan huisartsen en er zijn ook betere protocollen opgesteld voor chronisch zieken. De zorg voor mensen met Diabetes Mellitus is kwalitatief beter en geprotocolleerder en mensen met COPD komen nu voor controles, terwijl zij voorheen alleen met exacerbaties naar de huisarts kwamen. Volgens één van de huisartsen nemen vooral lastig in te stellen patiënten tijd uit handen van de huisarts. Voorbeelden van dat de zorg door de POH geprotocolleerder uitgevoerd wordt, is dat de voeten van DM patiënten nauwkeurig worden nagekeken en dat ook alle waarden die worden onderzocht worden genoteerd. De POH geeft daarnaast een inhalatie-instructie aan kinderen met astma of COPD. De POH ziet nauwelijks nieuwe patiënten. Dit mag wel, maar patiënten worden vaak doorverwezen nadat zij eerst bij de huisarts zijn geweest. De jaarcontrole van DM patiënten vindt niet gezamenlijk door huisarts en POH plaats. De huisarts heeft na de jaarcontrole door de POH zelf een afspraak voor een controle van 10 minuten.

De POH vindt aldus één van de taken niet zo zeer anders taken uit dan de huisarts voorheen deed, maar een aantal taken worden wel completer uitgevoerd, doordat de POH het protocol beter volgt. Een andere huisarts merkt op dat COPD patiënten nu gecontroleerd worden, terwijl zij voorheen alleen bij exacerbaties naar de huisarts kwamen. Daarnaast worden patiënten nu ook door de POH opgenomen als ze niet op een controle verschijnen. De assistenten geven ook aan dat de zorg geen andere nieuwe taken betreft maar dat het uitgebreider wordt uitgevoerd. Wel wordt er door de POH een stoppen met roken spreekuur gedaan, dit was er voorheen niet. Verder geeft de POH nu inhalatie-instructies (wat voorheen bij de apothek werd verkregen). De POH stelt ook dat er meer gedaan wordt; in de zin dat er meer controles worden uitgevoerd en dat alle handelingen uit de NHG standaard worden nagegaan, terwijl huisartsen dit niet altijd deden. Het verschil ligt bij de zorg voor chronisch zieken dat de POH zoekt naar een 'bindende factor' met de patiënt. Er mist voor gezorgd worden dat mensen op controle blijven komen en er moet achtte aan gehele worden als dit niet gebeurt.

De rol van de assistenten is volgens de huisartsen niet gewijzigd door de komst van de POH. In het begin hebben zij lichter minder bloeddrukken en bloed op bloedruiker gecontroleerd, maar dit komt aldus één van de huisartsen terug. De andere huisarts omschrijft dit als dat ad hoc contacten door de assistenten worden verricht en dat POH-ers de chronische zorg doen, dat wil zeggen de vaste controles. Beide assistenten geven aan dat sinds de komst van de POH zij minder drie maandelijks bloeddrukcontroles uitvoeren. De POH stelt eveneens dat een aantal kleine metingen nu minder door assistenten worden gedaan, maar door de POH.

Coördinatie

Planning

In deze praktijk verzorgen de assistenten de planning van de afspraken van de huisartsen en in veelal het eerste contact van de POH-ers en de fysiotherapeut. De POH-ers plannen hun vervolgafspraken meestal zelf. De assistenten plannen vervolgafspraken, wanneer patiënten bellen om afspraken te wijzigen.

Voor de werkzaamheden van de assistenten is een aparte planning gemaakt. In principe werken er iedere dag van de week drie of vier assistenten. Twee personen hebben zitting aan de balie bij de ingang van het gezondheidscentrum. Eén persoon beantwoordt daar de telefoon en de ander staat de mensen die aan de balie komen te woord. Bij drukte aan de balie kan de ene assistente de andere bijstaan. Daarnaast werken twee assistenten in de BackOffice. Eén persoon behandelt daar de telefoon en de ander heeft de behandelkamer. De persoon in de behandelkamer heeft ook een telefoon waarop huisartsen haar kunnen bellen voor bijvoorbeeld het uitspuiten van oren van een patiënt. De centrumassistenten hebben spreekuur op afspraak. Behalve voor het vrachtenspreekuur (twee keer per maand) is een inloopspreekuur bij de centrumassistent(e).

ProtocolLEN

Zowel de huisartsen als de assistenten geven aan dat veel kleine verrichtingen volgens een vast protocol door de assistent(a) worden uitgevoerd of tijdens de opleiding zijn aangeleerd. De assistenten beschikken over een protocollenboek. Voor de telefoon afhandeling worden de NHG protocollen gebruikt. Ook ten aanzien van de POH-ers stellen huisartsen en POH dat gestreefd wordt om alle werkzaamheden volgens een vast protocol te laten verlopen, waaronder de DM-, COPD-zorg en de gesprekken voor stoppen met roken.

De POH geeft aan maandelijks ongeveer een dag te besteden aan de ontwikkeling van protocollen maar vermeldt dat dit wisselend is. De assistenten besteden alleen tijd aan protocolontwikkeling bij wijzigingen of nieuwe taken. De huisartsen besteden nauwelijks tijd aan de ontwikkeling van protocollen. Iedere huisarts houdt zich bezig met protocollen op één aandachtsgebied en brengt indien nodig wijzigingen aan. Protocolontwikkeling gebeurt op Julius niveau, dit betekent ontwikkeling en verspreiding binnen alle locaties van de Julius gezondheidscentra.

Coördinatoren

Binnen Case 1 werden door meerdere respondenten meerdere coördinatoren genoemd. Zo wordt er gesproken over een huisartsencoördinator, een fysiotherapiecoördinator²¹, een hoofdassistente en een centrummanager. De huisartsencoördinator vertaalt vanuit de huisartsen zaken naar de andere disciplines in het centrum en naar de directie, en regelt waarnemers. De hoofdassistente is het aanspreekpunt voor zaken tussen huisartsen en assistenten en verzorgt de planning en taakverdeling van de assistenten, en de carrièreplanning in het centrum. De centrummanager houdt zich bezig met de declaraties van de huisartsen en het pand, het contact tussen andere huurders en de schoonmaak. Verzoekt het contact tussen de praktijk en het bestuur en houdt zich bezig met de klachtenregeling. Wanneer zaken in de praktijk niet goed verlopen is de hoofdassistente of de centrummanager aanspreekpunt. De centrummanager heeft ruim 8 uur per week beschikbaar om aan management activiteiten te besteden, maar daarnaast wordt vaak tussen de bedrijven door en in de koffiepauzes ook zaken geregeld. De centrummanager stelt bij het aansturen van personeel, een schakel te vormen tussen directie en de werkvloer; het aansturen van de hoofdassistente en de coördinerend fysiotherapeut, bijhouden met beleidszaken en het voeren van functioneringsgesprekken.

Het is niet bekend hoeveel tijd de huisartsencoördinator, de coördinator fysiotherapie en de hoofdassistente wekelijks besteden aan coördinerende taken.

Wederzijdse afstemming

In deze praktijk zijn er geen dagelijks vastgestelde overleg momenten. De assistenten hebben wel vaste pauzemomenten, maar niet allemaal te gelijk. De groep wordt in tweeën verdeeld, zodat patiënten telefonisch en aan de hand de hele dag te woord kunnen worden gesproken. De assistenten stemmen zaken af met de huisartsen tussen de patiënten door of lopen even binnen bij de huisarts.

Onderstaende tabel geeft de coördinatie tijd weer die de disciplines besteden aan wederzijdse afstemming en het geven van instructies (excluseert eventueel groepsoverleg):

Discipline	Omvang functie	Coördinatie tijd wekelijks	Coördinatie tijd bij 1 fe
Huisarts 1 (loondienst)	0.5	70	140
Huisarts 2 (loondienst)	0.7 (incl. 0.2 CM)	76	108
POH	0.9	55	51
Assistent 1	0.89	123	138
Assistent 2	0.89	80	90
Totaal	3.88	404 (573)	538 (597)

²¹ Fysiotherapeuten zijn net als de huisartsen, POH-ers en assistenten in dienst van de Stichting LRJC.

Naast bovengenoemde wederzijdse afstemming vindt er eens per drie maanden een assistentenoverleg plaats. Overleg tussen assistenten, huisartsen en POH vindt nauwelijks plaats. Dit wordt door de huisartsen geschat op drie keer per jaar. Ook de assistenten geven aan dat het de bedoeling is dat het eens per vier maanden plaats vindt, maar dat het in het afgelopen jaar slechts één keer heeft plaatsgevonden. Daarnaast is er een overleg tussen superviserend huisarts en de POH. Aangesproken is dat dit eens per twee weken plaats zou moeten vinden. Nu de POH al angmer werkzaam is, vindt dit niet meer eens per twee weken plaats. Er is eens per zes weken een POH-overleg op stichtingsniveau. De vier POH-ers binnen de stichting overleggen dan circa een uur met de superviserende huisartsen en de directeur van de stichting.

Overige coördinatiemechanismen

Eén van de huisartsen geeft aan dat gebruik wordt gemaakt van de e-mail, memo's en te stoon om kort zaken af te stemmen en het postvakje om recepten te lekennen. De assistenten geven aan dat zij in de planning van de huisartsen in de computer memo's zullen om kort een vraag te stellen of iets door te geven.

De POH geeft aan een coördinerende functie te hebben in de diabeteszorg. Voor de DM-patiënten verzorgt de POH het overleg met de huisarts(en), de internist en de thuiszorg.

Opvangmechanismen

Onvoorziene zaken tijdens of als gevolg van werkzaamheden van ondersteunende disciplines in de praktijk worden opgelost door de betreffende persoon daarop aan te spreken, of de hoofdassistente of de eenheidsmanager aan te spreken. Mensen die met spoed binnenkomen worden door de assistente in de behandelkamer opgevangen. De POH geeft aan dat wanneer er patiënten op haar spreekuur komen die te complex zijn, dit in wederzijds overleg met de huisarts en assistente wordt opgelost.

Effecten van ondersteuning POH voor de praktijk

Eén van de huisartsen had verwacht dat de werkbelasting omlaag zou gaan door de inzet van POH. Echter, door de hoge eisen die worden gesteld (NHG-standaarden) treedt er een verschuiving op van de tweede naar de eerste lijn op het gebied van diabeteszorg en zorg aan COPD patiënten. Huisartsen gaan zich daardoor ook verder verdiepen in diabeteszorg en COPD zorg. Patiënten blijven daardoor langer onder behandeling in de huisartsenzorg. De huisartsen weten er meer van en er wordt minder naar het ziekenhuis verwezen. Maar de patiënten worden ook kwalitatief beter begeleidt en er is minder achteruitgang waardoor minder wordt verwezen. Een deel van de zorg aan deze patiënten kan de huisarts mittekleden aan de POH.

Een andere huisarts geeft aan dat de diabeteszorg kwalitatief beter en geprotocolleerder wordt uitgevoerd door de POH. De lastig in te stellen DM-patiënten nemen de huisarts tijd uit handen. Daarnaast roept de POH ook de patiënten op die niet voor controle komen. Toch kan niet gesteld worden dat de huisartsen bijna geen DM en COPD patiënten meer zien. Patiënten met diabetes worden vaak voor andere klachten door de huisarts gezien. Complexe patiënten worden wel minder vaak gezien. Verder kwamen COPD patiënten voorheen alleen bij exacerbaties op het spreekuur van de huisarts. Nu worden ze afhankelijk van de ernst eens per kwartaal of eens per jaar door de POH gezien. Maar de COPD-patiënten met exacerbaties worden toch vaker door de huisarts dan door de POH gezien. Dit heeft te maken met het feit dat de huisarts naar de longen kan luisteren hij nauwkeurigheid en de POH niet. Ook de POH geeft aan dat wanneer chronische patiënten een probleem hebben, deze door de huisarts worden gezien.

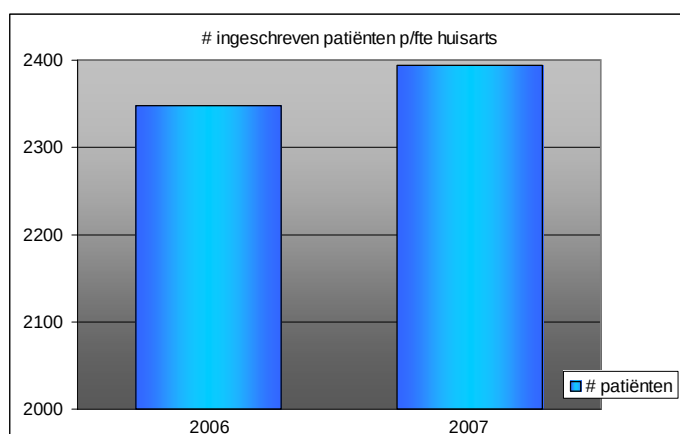
Aan de ondersteunende disciplines is gevraagd of zij aan konden geven of ondersteunende effecten al dan niet waren opgetreden:

<i>Effecten huisartsen</i>	<i>POH</i>	<i>Ass. 1</i>	<i>Ass. 2</i>
Minder werken	-	?	-
Nieuwe consulten	?	+	+
Meer tijd complexe, chronische patiënten	?	?	-
Kwaliteitsbeleid	?	?	-
Onderzoek	?	?	-
Administratief werk	?	?	-
Exacerbaties en complicaties	?	?	?
Differentiëren, specialiseren	?	?	-

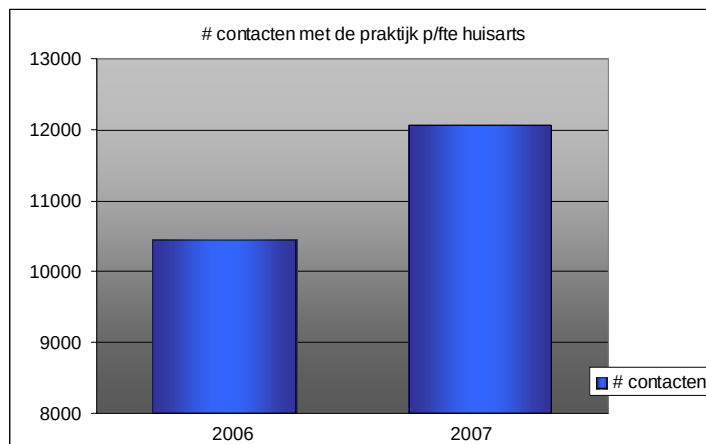
Uit bovenstaande tabel blijkt dat alleen de assistenten aangeven dat huisartsen de vrijgekomen tijd door de POH gebruiken voor nieuwe consulten. Verder werden geen andere effecten opgemerkt. Eén van de assistenten merkt op dat de huisartsen meer tijd kwijt zijn aan patiëntoverleg.

Cijfermatig

Van het gezondheidscentrum Case 1 kon voor de huisartsenzorg de cijfers aangeleverd worden van 2006 en 2007. Voor 2007 was de peildatum voor het aantal ingeschreven patiënten 1 oktober. Het aantal ingeschreven patiënten zou tot het einde van dit jaar nog kunnen toenemen, maar dit is niet in de berekening meegenomen. De cijfers voor het aantal contacten met de praktijk en het aantal contacten met de POH zijn aangeleverd tot 1 november.

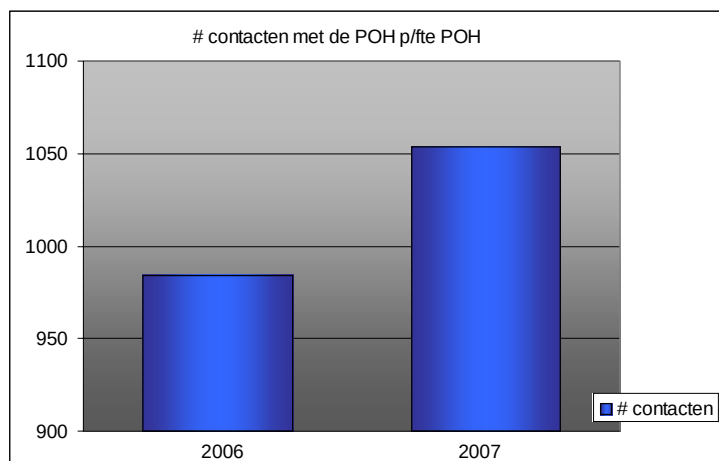


Het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts is in 2007 ten opzichte van 2006 licht gestegen. In totaal gaat het om 46 patiënten per fte huisarts. Het aantal fte huisartsen is berekend op basis van een normpraktijk van 2350 patiënten. Zo staat dit omschreven in de CAO voor gezondheidscentra.



Op basis van een extrapolatie van het aantal contacten met de praktijk in 2007 per fte huisarts en het aantal contacten per huisarts is te zien dat er voor 2007 een stijging kan worden verwacht ten opzichte van 2006 (zie bovenstaande grafiek). Het aantal contacten met de praktijk zal naar verwachting stijgen met ongeveer 1600 contacten per fte huisarts.

Omdat er geen cijfers van eerdere jaren beschikbaar zijn is het niet mogelijk om een inschatting te maken of er een stijging van het aantal contacten met de praktijk en met de huisarts heeft plaatsgevonden nadat de POH-ers hun loelude tot de praktijk hebben gedaan.



In bovenstaande grafiek is te zien dat het aantal contacten van de POH-ers geslagen is in 2007 ten opzichte van 2006. Naar verwachting zullen er in 2007 70 contacten meer zijn per fte POH dan in 2006. Het aantal contacten stijgt daarmee met 7,1%. Deze stijging verklaart voor een klein deel de verwachte stijging van het aantal contacten met de praktijk per fte huisarts.

Doordat er geen cijfers van voorgaande jaren beschikbaar zijn, kan er niet van trends worden gesproken.

Groei

Aldus één van de huisartsen is er geen groei opgetreden in de productie van de praktijk. Dit heeft aldus deze huisarts wel te maken met het feit dat er in 2006 een POH is weggegaan en halverwege dat jaar een nieuwe POH is aangekomen. Er wordt op dit moment bekeken wat de POH nog meer voor taken zou kunnen uitvoeren, maar het organiseren van nieuwe dingen kost tijd. De POH geeft ook aan dat deze op dit moment geen groei

⁷⁴ De cijfers van 2007 worden aangehouden tot en met 31 oktober en zijn gebaseerd op waarheid 2007.

verwacht door de komst van praktijkondersteuners. De praktijk groeit wel qua aantal ingeschreven patiënten, maar de praktijk bevindt zich in een nieuwbouwwijk en dit zou de groei volledig kunnen verklaren.

Eén van de assistenten stelt dat de productie van de praktijk wel gestegen zou zijn, omdat patiënten die voorheen een dubbele afspraak bij de huisarts hadden, nu vaak bij de POH worden ingepland en er bij de huisartsen extra tijd ontstaat. Ook de andere assistente stelt dat de POH tot enige groei zal hebben geleid. De andere huisarts gaat in het gesprek aan het vermoeden te hebben dat het totale aantal contacten van patiënten met de praktijk zal zijn toegenomen.

Case verslag Case 2

Voor het schrijven van dit case verslag is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Interviews met 2 huisartsen (1 praktijkhoudende en 1 HIDHA)
- Interviews met 2 POH-ers (1 POH hartfalen/ouderen en 1 POH hypothyreoïdie/P&O)
- Interview met nurse practitioner
- Interview met praktijkassistent (hoofdassistent)
- Archiefdata (indien beschikbaar) volgens toegezonden excel-sheet (zie dataverzamelingprotocol)
- Jaarverslagen: 2002, 2004, 2005, 2006 (2001 en 2003 niet opgesteld)
- Internetpagina
- Artikel in V&VN, geschreven door de NP in deze praktijk
- Mailverkeer met aanvullende vragen aan praktijkassistent

Formatie

Case 2	Aantal fte	Aantal personen	Verhouding naar fte in %	Opmerkingen
Huisartsen (praktijkhoudend)	2,0	1	39%	
HIDHA's		2		
Praktijkassistenten	2,0	3	39%	In loondienst
POH-ers	0,53	3	10%	Twee in dienst, 1 gedetacheerd
NP	0,6	1	12%	Gedetacheerd
Totaal	5,13	10	100%	

In deze huisartsenpraktijk zijn op dit moment drie huisartsen werkzaam, waarvan 2 HIDHA's. Samen vervullen zij een dienstverband van 2,0 fte.¹ Er is daarnaast 2,0 fte² assistentie aanwezig, vervuld door drie assistenten. De formatie huisartsen en assistenten is sinds 2001 ongewijzigd. Er is 0,53 fte³ POH aanwezig, vervuld door 3 POH-ers. POH is gestart in 2002, vanaf 1 januari 2002 0,2 fte en sinds 1 september 2002 0,53 fte. Na 1 september 2002 is de formatie gelijk gebleven. Wel zijn er veranderingen opgetreden in de personen en in de werkzaamheden. Er is 0,6 fte⁴ NP aanwezig, vervuld door één NP'er. De NP'er is sinds juni 2007 afgestudeerd en startte de opleiding in september 2005. In 2004 was er korte tijd een andere NP in opleiding in de praktijk werkzaam, maar deze heeft voor 2005 de praktijk verlaten.

De drie huisartsen werken allen parttime (3, 3 en 4 dagen). Op elke dag van de week zijn er twee artsen aanwezig. De sprekingen zijn zo opgezet dat er altijd een arts aanwezig is, wanneer de andere arts bijvoorbeeld zijn huisbezoeken doet. De huisartsen hebben zich niet gespecialiseerd maar 2 van de 3 huisartsen hebben wel een specifiek aandachtsgebied, wat inhoudt dat zij ook verantwoordelijk zijn voor de afstemming met de POH'er op dat gebied. Eén huisarts heeft als aandachtsgebied ouderen en een ander heeft als aandachtsgebied Diabetes Mellitus (DM).

De assistenten en twee praktijkondersteuners zijn evenals de HIDHA's in dienst van de praktijkhoudende huisarts. De andere praktijkondersteuner (0,1 fte) en de NP (0,6 fte) zijn gedetacheerd in de praktijk door zorgorganisatie Carayn (voorheen Maaborg).

¹ Volgens de consultatiefunctie (case verslag 2005).

² Het fte huisartsen is berekend op basis van het aantal dagen dat de huisartsen werkzaam zijn in de praktijk (indien gezamenlijk 10 dagen).

³ 1 fte assistentie bedraagt 56 uur per week.

⁴ 1 fte POH bedraagt 40 uur per week.

⁵ 1 fte NP bedraagt 40 uur per week.

Redenen voor komst POH-ers en NP

Door de huisarts die voor de komst van POH-ers al werkzaam was in de praktijk werden als redenen voor het aantrekken van POH-ers genoemd: kwaliteitsverbetering, ondersteuning bij chronische zorg en organisatorische ondersteuning. De assistent noemde eveneens verlichting van de huisarts als reden en inzicht verkrijgen en het onder controle houden van chronisch zieken. De POH-ers zelf noemden kwaliteit van de zorg verbeteren, de huisarts werk uit handen nemen en meer aandacht kunnen besteden aan leefstijl van patiënten. Daarnaast werd genoemd dat de inzet van POH went bevorderend, omdat jekl hiervoor bij de zorgverzekeraar kon worden verkregen.

De redenen voor het aantrekken van een NP in de huisartsenpraktijk waren de toegankelijkheid en de laagdrempeligheid te verbeteren, aldus de huisartsen. De acute zorg kwam 5 jaar geleden in het gedrang. Daarom werd tot het inzetten van een NP besloten. Daarnaast ging één van de huisartsen leegven op de opleiding. De NP gaf aan dat naast het verbeteren van de laagdrempeligheid de praktijk ook de samenwerking met de zorgorganisatie die de NP ging detacheren wilde bevorderen. De assistent noemde naast drempelverlaging, verlichting van de huisarts.

Eén van de huisartsen in de praktijk gaf aan dat de verwachting was dat door de komst van POH de begeleiding van chronisch zieken gestructureerder zou verlopen en dat de betreffende huisarts meer diabetes zou gaan zien (omdat deze DM en de begeleiding van de POH DM als aandachtgebied heeft) en minder patiënten met hartfalen. Ten aanzien van de capaciteit van de praktijk had deze huisarts toen geen verwachtingen. De andere huisarts verwachtte dat de praktijk stabiel in omvang zou blijven. Ten aanzien van de komst van de NP verwachtte één van de huisartsen dat het voor de capaciteit en de werkcruk weinig uit zou maken, voor de werkcruk blijkt de inzet van de NP wel affectief. De andere huisarts verwachtte dat de praktijk door de inzet van de NP weer kon gaan groeien.

Werkzaamheden

De huisartsenpraktijk is momenteel gevestigd in een oud grachtenpand. De diverse ruimten bevinden zich op verschillende niveaus. Daarnaast is er een beperkte parkeermogelijkheid. Voor minder mobiele patiënten is de praktijk niet goed bereikbaar. Een groot aantal oudere patiënten wordt dan ook door middel van een huisbezoek behandeld.

De doktersassistenten zijn voor het grootste deel van het telefonisch verkeer verantwoordelijk zoals hetgeen, het plannen van afspraken, geven van voorlichtingen en herhaalrecepten. Twee van de drie doktersassistenten zijn gediplomeerd en houden ook spreekuren voor de volgende zaken: bloeddruk meten, wratten aanstippen, wonden verbinden, oren uitpuffen, hechtingen verwijderen, zwangerschapsleiden, urinetoetsen en suiker- en HbA_{1c}-controle. De assistenten dragen daarnaast zorg voor de verwijzingen in de eerste en tweede lijn en de preventieve zorg. Er worden preventieve activiteiten verricht in het kader van de landelijke griepvaccinatie en preventie van baarmoederhalskanker. Assistenten voeren tevens de controles van aanwezige materialen en medicatie in de praktijk uit.

De praktijkondersteuners hebben allen een cursus praktijkondersteuning gevolgd van de zorgorganisatie Careyn (voorheen Maatzorg). Een van de praktijkondersteuners heeft de 2-jarige opleiding tot praktijkondersteuner gevolgd.

Er is een POH werkzaam voor zorg aan ouderen en sociale visites. Het gaat hier met name om het doen van huisbezoeken met als aandachtgebieden hartfalen en beginnende dementie. De preventieve ouderenbezoeken van 80 jaar en ouder zijn gericht op drie aandachtgebieden: algehele indruk van lichamelijk, psychisch en

sociaal welbevinden van de patiënt, een aantal lichamelijke controles en advies omtrent hulpmiddelen, veiligheid in huis, vervoersvoorzieningen, aanvraag huishoudelijke hulp, voeding e.d. Door de POH ouderen werd tot 2006 niet volgens een speciaal protocol gewerkt, maar was wel een zelfgemaakt klappenplan ontwikkeld. In 2006 heeft de POH samen met een stagiaire HBC-V het protocol chronisch hartfalen ontwikkeld. Deze is teruggekoppeld naar de verantwoordelijke huisarts en de huisarts heeft het medicamenteuze behandelcchema voor hartfalen toegevoegd. Over de huisbezoeken van de POH hartfalen/beginnende dementie werd gerapporteerd over 2005 dat zij gemiddeld 30 tot 45 minuten duren en worden 1 keer per 12 weken of 1 keer per 5 tot 8 weken uitgevoerd afhankelijk van de stabiliteit van de patiënt. Voor ieder bezoek wordt in de praktijk het dossier doorgenomen en eventueel overleefd met de huisarts. Na afloop worden bijzonderheden geëvalueerd met de huisarts.

De diabetes POH had in 2004 regelmatig overleg met de diabetesverpleegkundige van het ziekenhuis om na te gaan of een deel van de patiënten in het ziekenhuis gezien wordt of dat zij voor controle in de praktijk uitgenodigd kunnen worden. Via deze samenwerking wordt een groter vangnet gecreëerd. In 2006 werd gemeld dat eens per jaar de lijst van de patiënten onder controle van de internist wordt gecontroleerd of deze nog elders door de internist en diabetesverpleegkundige worden gezien. De POH DM houdt een dialoogsprekbeurt op twee vaste middagen per week. Deze gesprekken worden volgens afspraak bezocht. De POH plant haar agenda zelf in. De driemaandelijkse controle van diabetespatiënten wordt uitgevoerd door de POH. De jaarcontrole wordt aldus het jaarverslag 2006 gedaan door de POH en de voor het onderwerp verantwoordelijke huisarts. In de praktijk komt het er volgens de gesprekken op neer dat de jaarcontrole door de POH wordt gedaan en dat de huisarts de laatste 10 minuten van het consult aanwezig is.

De POH personeel en organisatie organiseert ook de controles van hypothyreoïdie. Patiënten met een verlaagde schildklierfunctie worden jaarlijks verzocht bloed te laten prikken om aan de hand van de gevonden waarden te beoordelen of de patiënten nog goed zijn ingesleut op de medicatie. De taak van de POH is te controleren of patiënten gehoor geven aan de oproep bloed te laten prikken. Bij een afwijkende bloeduitslag neemt de huisarts contact op met de patiënt. De POH ziet geen van de hypothyreoïdie in de praktijk. Echter zo'n 1,5 uur per week (van de aanstelling van 8 uren per week) wordt besteed aan P&O zaken om de praktijkhoudende huisarts te ontlasten aldus huisarts en POH. De POH houdt zich bezig met het opstellen van jaarverslagen, contractbeheer met ziektekostenverzekeraars, het voorbereiden van functioneringsgesprekken, financiële administratie, overige administratie binnen de praktijk, voorbereiding van de verhuizing naar gezondheidscentrum 'Vermeerloren' in december 2007, regelen van bedrijfsuitjes en andere personeelsaangelegenheden, volgen van cursussen op het gebied van managementtaken in de huisartsenpraktijk, preventiemedewerker op het gebied van 'anker' versieren.

De nurse practitioner heeft naast het uitvoeren van verpleegkundige taken tot taak sommige taken van de huisarts over te nemen. Hierbij gaat het onder andere om het verzorgen van wonden, beoordelen van KNO-klachten, bovenste luchtweginfecties, urineweginfecties, lage rugklachten, problemen met het bewegingsapparaat en huidproblemen. Dit wordt ook wel de diagnose en behandeling van laagcomplex medische zorgvragen genoemd (Jaarverslag, 2005; Anoniem, 2007). Daarnaast worden huisbezoeken gedaan bij laagcomplex medische en hoogcomplex verpleegkundige zorg. De NP treedt ook op als casemanager van patiënten in complexe situaties (Anoniem, 2007) en er wordt intensief samengewerkt met de wijkverpleging (o.a. deelname aan patiëntbesprekingen) (Anoniem, 2007; Jaarverslag, 2005). De NP heeft zich aldus de jaarverslagen van 2005 en 2006 ook bezig gehouden met het invoeren van structureel werkoverleg tussen de disciplines in de praktijk in het kader van kwaliteitsbeleid. Echter uit de interviews is gebleken dat alleen structureel werkoverleg tussen de assistenten (met aanwezigheid van de NP en POH P&O) een aantal keren heeft plaatsgevonden.

De NP heeft geen eigen spreekkamer waardoor de planning gebonden is aan beschikbaarheid van ruimte. Sinds februari 2007 is gestart met een inloepsprekbeurt van anderhalf uur op drie ochtenden in de week door de NP. In 2006 (jaarverslag) wordt reeds opgemerkt dat dit om een verscherpte triage vraagt bij de assistenten, om de patiënten naar aanleiding van hun klacht bij de NP of de huisarts in te plannen.

Veranderingen in de huisartsenzorg

Het primaire proces van de huisartsenzorg is door kuxmel van de POH-ers veranderd in de zin dat de controle en begeleiding van diabetespatiënten nu systematisch wordt aangepakt. Door de gestructureerde aanpak is voor huisarts en patiënt de aanpak duidelijker geworden en is ook duidelijk wie wel in de praktijk doet. Routinecontroles van diabetes hebben de huisartsen uit handen gegeven aan de POH DM. Daarnaast kan er meer aandacht worden besteed aan de zorg aan ouderen. Zo is er voor deze categorie meer aandacht voor begeleiding en ondersteuning van het ziekteproces en kan meer uitleg worden gegeven waarom bepaalde klachten optreden.

Het primaire proces van de huisartsenzorg is door kuxmel van de NP veranderd in de zin dat er inloepsprekuren op drie dagen van de week zijn geïntroduceerd van 8:00 uur tot 9:30 uur en er is case-management gekomen voor moeilijke patiënten. Complex patiënten worden gevolgd en begeleidt en er wordt tussen verschillende instanties hemiddeld. Dit gebeurt veelal in de vorm van huisbezoeken. Dit is binnen de praktijk omach even als hoogcomplex verpleegkundige zorg. Hydroenla probleempatiënten van de huisarts kuxgen bij de NP betere begeleiding en meer aandacht. Als gevolg van deze verandering is adus de respondenten een kwaliteitsverhatering ontlaan.

Voor de assistenten is er door de komst van de POH DM veranderd dat zij geen diabetescontroles meer doen. Vooratgaand aan een consult bij de POH DM wordt er nog wel suiker geprikt door de assistente. Wel moeten de assistenten nu met meer mensen communiceren en hij de triage met meer disciplines rekening houdt. Verder hoeven de assistenten op drie ochtenden van de week 'a ochtends van 8:00 uur tot 9:30 uur de telefoon niet meer aan te nemen sinds de komst van de NP. De huisarts beantwoordt dan de telefoon en triert door wie de patiënt gezien moet worden. Daarnaast voeren assistenten sinds de komst van de POH-ers en NP geen huisbezoeken meer uit wanneer bij minder mobiele patiënten de oren moeten worden uitgespoten, dit wordt nu door de POH of NP gedaan.

Verder is de huisartsenzorg ook veranderd door de NP en POH-ers in de zin dat zij meer taken uitvoeren dan de huisarts vroerteen deed. Er is nu veel meer tijd voor case-management van patiënten in complexe situaties. Ouderen en chronisch zieken worden beter gevolgd. Er worden veel meer controles uitgevoerd en de controles worden nu door één persoon uitgevoerd in plaats van door alle artsen. Ouderzorg en controles van mensen met hartfalen schoten er vanwege tijddruk bij huisartsen vaak bij in. Ook is er wanneer mensen na een grote ingreep uit het ziekenhuis komen, nu meer tijd om bij deze patiënten langs te gaan, ikommt de NP dit doet.

Coördinatie

Planning

In deze praktijk kuxen de assistenten een klein gedeelte van de planning van spreekuren. Op drie dagen van de week is er een huisarts die de telefoon aanneemt en voor patiënten afspraken inplant gedurende anderhalf uur in de ochtend. Voor deze aanpak is gekozen omdat de huisarts dan zelf kan aangeven welke patiënten naar het inloepsprekuur van de nurse practitioner kunnen komen. Buiten deze tijden om plannen de assistenten de spreekuren van de huisartsen. De diabetes POH en de POH hartfalen/ouderen plannen de eigen spreekuren. De assistenten hebben wel inzage in de agenda. Wanneer patiënten bellen om de afspraak te annuleren of te wijzigen wordt dit aan de betreffende POH-er doorgegeven en de POH-er belt de patiënten dan zelf terug. De werkzaamheden van de NP buiten het inloepsprekuur om, dat wil zeggen met name case-management van patiënten, wordt door de NP zelf gepland.

In de praktijk zijn iedere dag twee assistenten aanwezig. Eén assistente zit achter de balie en neemt op de dagen dat de huisarts tot 9:30 uur 'a ochtends de telefoon aanneemt – de telefoon aan van 9:30 uur tot 14:00 uur. Na 14:00 uur wordt de spoedlijn beantwoord en worden andere administratieve zaken gedaan. De

andere assistente heeft een eigen kamertje waar patiëntbriefjes worden gescand en de receptenlijst wordt afgeluisterd. Daarnaast kunnen op afspraak (een half uur per patiënt) in deze ruimte de kleine medische verrichtingen plaatsvinden. Medische handelingen kunnen worden ingepland tussen 8:00 uur en 10:30 uur en tussen 14:00 uur en 16:00 uur. Alleen voor wratten aanstippen is er om de week een vast spreekuur waar mensen zonder afspraak naar toe kunnen. Wanneer de niet-gediplomeerde assistente aanwezig is worden alle verrichtingen door de gediplomeerde assistente gedaan en ligt de planning van de werkzaamheden vast en doet de persoon die de telefoon aanneemt ook de medische verrichtingen. Op de andere drie dagen worden de werkzaamheden (balie of andere ruimte) uitgevoerd op basis van wie waar op dat moment zin in heeft. Door de assistenten worden geen uits rijkes gemaakt omdat er geen ruimte voor is, de huisarts maakt in deze praktijk de uits rijkes.

Protocolen

Uit de jaarverslagen van 2002, 2004 en 2005 blijkt dat de doktersassistenten in overleg met de huisartsen protocollen hebben opgesteld voor vaak voorkomende handelingen en voorbehouden handelingen. Het gaat om protocollen met betrekking tot het geven van injecties, aanstippen van wratten en dergelijke. In de protocollen wordt vermeld hoe de handeling verricht dient te worden en of een arts aanwezig dient te zijn. Daarnaast werken de assistenten met de telefoonkaarten van de NHG bij het geven van voorlichting. Ook voor oproepen van patiënten voor preventieve activiteiten bestaan protocollen.

Voor de werkzaamheden van de POH-arts ten aanzien van patiënten met hypothyreoïdie (POH P&O), patiënten met DM (POH DM) (landelijk Diabetes protocol) en patiënten met hartfalen (POH hartfalen) zijn protocollen opgesteld. Voor de P&O zaken van de POH-er bestaan geen protocollen. Er worden wel cursussen gegeven in het kader van de managementtaken in de huisartsenpraktijk. De NP bepaalt het beleid van de patiënt, evenals de huisarts, aan de hand van de NHG-standaard. Van de geïnterviewde personen geven enkel de praktijkhoudende (en levans opleidende) huisarts en de NP aan maandelijks enige tijd te besteden aan de ontwikkeling van protocollen, respectievelijk 10 en 8 uur per maand.

Groeps-/werkoverleg

Werkoverleg vindt in principe aldus de jaarverslagen van 2002, 2004, 2005, 2006 eens per drie maanden plaats. Alle werksamenpersonen in de praktijk zouden bij dit overleg aanwezig zijn. Echter uit de interviews blijkt dat deze overleggen de afgelopen jaren slechts twee maal hebben plaatsgevonden. Daarnaast wordt in het jaarverslag van 2006 gemeld dat er ongeveer eens in de drie maanden een overleg is tussen huisartsen en los daarvan ook tussen de assistente. Uit de gesprekken blijkt dat overleg tussen de assistenten een aantal keren heeft plaatsgevonden, maar tussen de huisartsen niet.

Coördinatoren

Binnen de praktijk wordt wisselend aangegeven welke personen belast zijn met specifieke coördinerende taken. Zo geeft de praktijkhoudende huisarts aan zelf specifieke coördinerende taken uit te voeren. Hij is in de praktijk het aanspreekpunt. De tijdsbesteding voor deze specifieke coördinerende taken worden geschat op zo'n 2 uur per week. Deze verzorgd de afstemming en de planning wanneer mensen vrij willen of die op andere tijden willen werken. Dit gebeurt in sommige gevallen samen met de hoofdassistente. Verder wordt aangegeven dat de NP de overleggen tussen de assistenten organiseert en de praktijkhouder P&O de overleggen voor de hele praktijk. De POH P&O doet ook de voorbereiding van de functioneringsgesprekken. Daarnaast geeft de NP aan ook wel eens te bemiddelen tussen de huisartsen en assistenten bij conflicten tussen de disciplines.

Wederzijdse afstemming

Dagelijks is er tijdens de koffie (10:30 – 11:00 uur) overleg tussen de huisartsen en de assistenten die op die dag in de praktijk werkzaam zijn. Er is wederzijdse afstemming ten aanzien van recepten en vragen van patiënten. Buiten dit overlegmoment wordt er nog zo'n 15 minuten per dag afgestemd met de assistenten aldus

beide huisartsen. Overleg met de praktijkondersteuners vindt op de dagen dat POH aanwezig is plaats met de voor het onderwerp verantwoordelijke arts.

Onderstaende tabel geeft de coördinatie tijd weer die de disciplines besteden aan wederzijdse afstemming en het geven van instructies (exclusief eventueel gepsuiverd overleg):

Discipline	Omvang functie	Coördinatie tijd werkelijk	Coördinatie tijd bij 1 fs
Huisarts 1 (praktijkhoudend)	0.60	240	360
Huisarts 2	0.8	200	300
POH 1	0.2	30	150
POH 2	0.1	20	200
NP	0.6	170	283
Assistent	0.80	163	183
Totaal	3.25	820 (13,82)	1485 (24,75)

Overige coördinatiemechanismen

De NP geeft aan dat de huisarts die de begeleiding verzorgt, in haar journaal medeleest wanneer zij een patiënt heeft gezien in het inloepsprakeur. Zo weet de huisarts wat de NP heeft gecoördineerd en gedaan en kan de naspreking van de patiënten sneller verlopen. In de praktijk wordt ook gebruik gemaakt van memo's in de computer om informatie door te geven of een vraag te stellen. Bijvoorbeeld het verzoek een patiënt terug te bellen. Daarnaast wordt er onderling af en toe gemaild.

Opvangmechanismen

In de praktijk gebeuren er wel eens dingen tijdens of als gevolg van de werkzaamheden van ondersteunende disciplines waarvoor op dat moment niet duidelijk is hoe gehandeld moet worden. Dit wordt op dat moment ad hoc opgelost. De praktijk wordt gebeld voor overleg, de situatie wordt nader uitgezocht, de ondersteunende discipline laat de huisarts terugbellen of er wordt een nieuwe afspraak gemaakt voor de patiënt.

Effecten van ondersteuning POH en NP voor de praktijk

Uit het jaarverslag van 2002 blijkt dat er een praktijkplan heeft plaatsgevonden voor de inzet van POH en dat de praktijk werd opengesteld voor nieuwe inschrijvingen om het minimaal voorgestelde aantal patiënten te verkrijgen.

Een van de huisartsen gaf tijdens het gesprek aan dat de werkbelasting was veranderd, maar dat het niet was verminderd. Het effect dat is opgetreden in het tekortpakket is dat er meer aandacht kan worden besteed aan complexe zorg. Er is wel verlichting opgetreden in een aantal taken, maar dit wordt ingevuld door andere taken. De medische controles zijn uit handen gegeven. Deze huisarts heeft de indruk dat de tijd wordt opgevuld door nieuwe consulten. Voorheen konden patiënten niet altijd dezelfde dag langskomen als ze hielden en het was geen speed. Deze patiënten kwamen vervolgens niet meer of pas later. Nu kunnen deze patiënten door extra ruimte wel dezelfde dag (en hij het inloepsprakeur direct) komen. Deze huisarts geeft tevens aan nu wel meer tijd te hebben voor organisatorische aspecten in de praktijk en voor de nieuwbouw en verhuizing van de praktijk naar een gezondheidscentrum. Deze huisarts geeft bovendien aan dat sinds het invoeren van het inloepsprakeur van de NP, deze de telefonen is gaan aannemen voor triage naar het spreekuur van de NP of de huisarts. Dat deze huisarts zelf de telefonen is gaan aannemen betekent volgens de huisarts meer efficiëntie. Veel leestonnetjes kunnen door de huisarts direct en eenvoudig worden afgehandeld (bijvoorbeeld door het beantwoorden van een vraag); dit houdt in dat er minder door huisartsen hoeft te worden teruggebeld en dat er minder mensen naar het spreekuur hoeven te komen.

De andere huisarts stelde dat de werkbelasting wel verminderd was. Tijdens het opleiden van de disciplines was veel inverkijid nodig, maar nu besparen de POH-ers en NP tijd doordat klussen die de huisarts voorheen hussendoor deed en die veel tijd kostten, nu uitbesteed kunnen worden. Zo kan de huisarts de NP

vragen de zorg thuis te regelen voor de patiënt, een consult in een verpleeghuis of afstemming met de wijkverpleging. Ook is het spreekuur rustiger geworden door de introductie van het inloepsprockuur van de NP. Patiënten die voorheen een afspraak zouden maken bij de huisarts, wordt nu gevraagd of zij (snel) door de NP gezien willen worden. Daarnaast is de DM zorg nu gestructureerd door de POH. Alles is duidelijk voor de huisarts. De mogelijkheden om zaken te delegeren en de gekluisde zorg door POH-ers geven de huisarts een rustiger gevoel.

Aan de ondersteunende disciplines is gevraagd of zij aan konden geven of onderstaande effecten al dan niet waren opgetreden:

<i>Effecten huisartsen</i>	<i>POH 1</i>	<i>POH 2</i>	<i>NP</i>	<i>Ass.</i>
Minder werken	-	-	-	-
Nieuwe consulten	+	+	+	+
Meer tijd complexe, chronische patiënten	+	+	+	+
Kwaliteitsbeleid	?	?	?	?
Onderzoek	?	?	-	-
Administratief werk	-	-	?	-
Exacerbaties en complicaties	?	?	?	?
Differentiëren, specialiseren	-	+	?	-

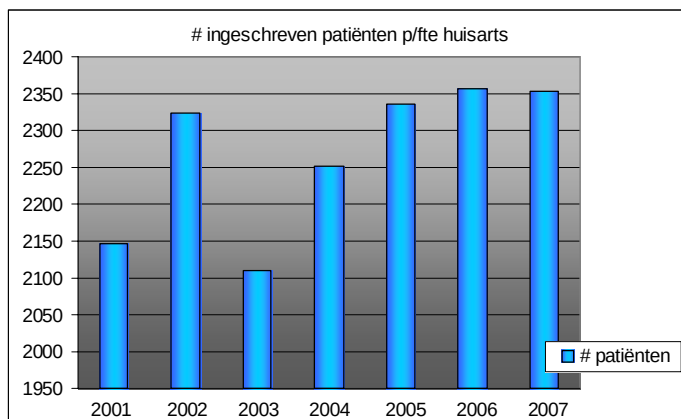
Alle ondersteunende disciplines in de praktijk geven aan dat door de komst van de POH en/of NP de huisartsen in de tijd die is vrijgekomen, nieuwe consulten doen en dat zij meer tijd besteden aan complexe, chronische patiënten.

Door de komst van de POH is aldus één van de POH-ers wel een ander effect opgetreden, maar dit heeft geen effect op het takenpakket van de huisarts. Volgens deze POH-er kan er actief ingezet worden op samenwerking met de detacheringsorganisatie Careyn en ketensamenwerking met het ziekenhuis. Door de NP werd aangegeven dat huisartsen minder energie hoeven te steken in regelwerk met betrekking tot indicaties en aanvragen en in overleg met de wijkverpleging. Dit komt doordat de NP dit van de huisarts heeft overgenomen.

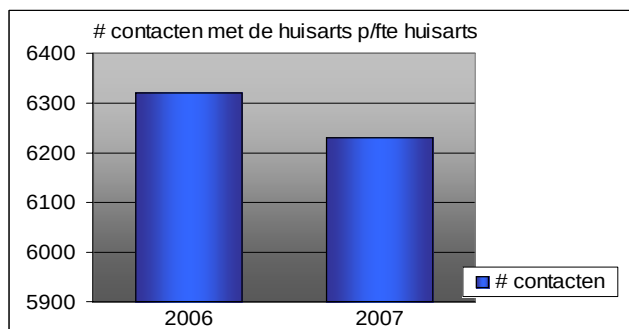
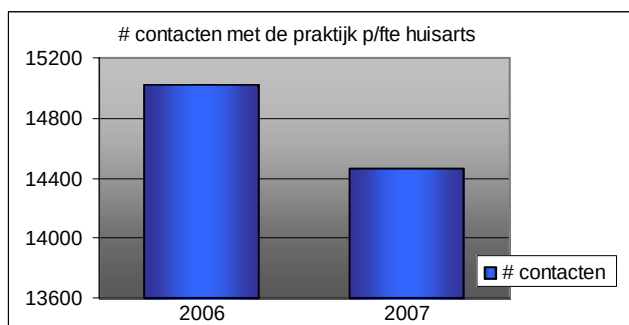
Cijfermatig

Op 1 augustus 2006 is de huisartsenpraktijk op een ander informatiesysteem overgegaan. Veel cijfermatig materiaal van voor 1 augustus 2006 is daarom niet beschikbaar.

De cijfers met betrekking tot het aantal contacten van patiënten met de praktijk per fte huisarts zijn geëxtrapoleerd voor geheel 2006. Voor 2007 zijn de cijfers uit het informatiesysteem gegenereerd tot 8 oktober. Verderom is een extrapolatie uitgevoerd voor geheel 2007.

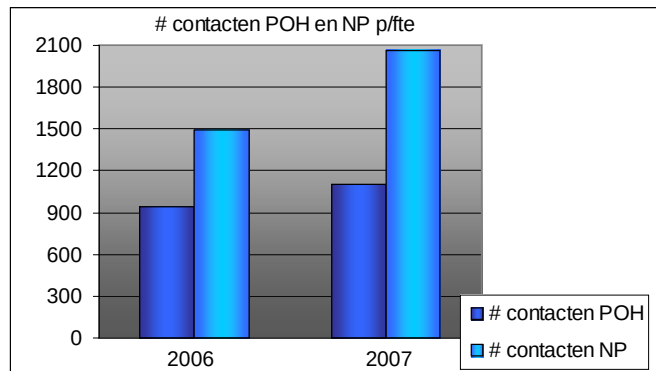


Het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts laat sinds 2002 wat fluctuaties zien. Er is een stijging opgetreden in 2002 en 2004 en een daling in 2003. Na 2003 is het aantal gestegen tot 2006. In 2007 ligt het aantal iets lager dan in 2006, maar het is reëel te verwachten dat het aantal 2006 zal evenaren of overstijgen. Immers er is een peiling gemaakt op 1 oktober 2007, wat inhoudt dat er tot het einde van 2007 nog nieuwe patiënten zouden kunnen toetreden en wellicht meer dan er tot 31 december 2007 vertrekken. Het aantal fte huisartsen is berekend op basis van het aantal dagen dat de huisartsen werken. De patiënten staan ingeschreven op de praktijk.



Op basis van een extrapolatie van het aantal contacten met de praktijk in 2006 en 2007 per fte huisarts en het aantal contacten per huisarts is te zien dat er voor 2007 een lichte stijging respectievelijk een lichte daling kan worden verwacht.

Omdat er geen cijfers van eerdere jaren beschikbaar zijn is het niet mogelijk om een inschatting te maken of er een stijging van het aantal contacten met de praktijk en met de huisarts heeft plaatsgevonden nadat de POH en de NP hun toetrede tot de praktijk hebben gedaan.



In bovenstaande grafiek is te zien dat het aantal contacten van de POH en het aantal contacten van de NP behoorlijk geslagen zijn, terwijl er een lichte stijging van het totale aantal contacten was geconstateerd. De lichte stijging in het totale aantal contacten wordt dan ook veroorzaakt door een daling in het aantal contacten met de huisarts en het aantal contacten van de assistenten.

Doordat er geen cijfers van voorgaande jaren beschikbaar zijn, kan er niet van trends worden gesproken.

Groei

De praktijkassistente merkte in het gesprek op dat de groei van het aantal ingeschreven patiënten een natuurlijk verschijnsel is. Een POH-er geeft aan een hogere productie te verwachten, na de komst van POH-ers. Volgens haar komt dit tot stand doordat meer reguliere diabetes bezoeken aan de praktijk worden gebracht. Eén van de huisartsen kan niet aangeven of de productie van de praktijk is veranderd na de komst van de POH en NP. De andere huisarts stelt dat de productie is toegenomen met 10 procent. De NP verwacht eveneens dat de productie toegenomen zal zijn, er is een medewerker extra bijgekomen die een eigen productie heeft. Daarnaast is het volgens haar laagdrempeliger geworden om naar de praktijk te komen.

Case verslag Case 3

Voor het schrijven van dit case verslag is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Interviews met 2 huisartsen (praktijkhoudend)
- Interviews met 1 POH-er (POH cardiovasculair risicomanagement, Diabetes Mellitus, astma/COPD)
- Interview met 2 praktijkassistenten
- Archiefdata (indien beschikbaar) volgens toegezonden excel-sheet (zie dataverzamelingprotocol)
- Jaarverslag: POH-jaarverslag 2006
- Inbrievenpagina
- E-mailcontact met een praktijkhoudende huisarts in het centrum

Formatie

Case 3	Aantal fte	Aantal personen	Verhouding naar fte in %	Opmerkingen
Huisartsen (praktijkhoudend)	3,32	3	42%	
HIDHA's		2		In loondienst bij huisartsen
Praktijkassistenten	3,59	6	46%	In loondienst
POH-ers	0,95	2	12%	Eén in loondienst, één gedetacheerd
Totaal	7,86	13	100%	

De drie praktijkhoudende huisartsen in dit gezondheidscentrum vormen een HOED. De huisartsen maken geen deel uit van een gezondheidscentrum volgens de richtlijnen van de LVG. Alle disciplines in het pand huren een ruimte. Er wordt door de huisartsen geen subsidie verkregen voor samenwerking in een gezondheidscentrum.

In deze HOED zijn op dit moment vijf huisartsen werkzaam, waarvan drie praktijkhoudende huisartsen en twee HIDHA's. De vijf huisartsen werken allen parttime (drie keer 4 dagen, 16 uur of 20 uur). Op basis van het aantal werkzame dagen en dienstverband van de HIDHA's vervullen zij een dienstverband van 3,32 fte. Er is daarnaast 3,59 fte²⁰ assistentie aanwezig, vervuld door 6 assistenten. Er is 0,95 fte²¹ POH aanwezig, vervuld door 2 POH-ers waarvan één POH gedetacheerd via Medithuis²².

In deze HOED hebben de huisartsen zich niet gespecialiseerd, maar zij hebben wel allen een aandachtsgebied. Op basis van deze aandachtsgebieden wijzen zij ook patiënten naar elkaar door en worden gerichte cursussen gevolgd. Eén van de huisartsen heeft als interessegebied DM en COPD, een ander richt zich op gynaecologie en verloskunde en de derde praktijkhoudende huisarts houdt zich bezig met het interpreteren van ECG's en reizigersartikering- en vaccinatie. De praktijk beschikt over echoapparatuur voor het nader onderzoeken en interpreteren van onder andere buikklachten. Er worden door het gebruik van echoapparatuur gear MBI verrichtingen geadresseerd.

Redenen voor knipst POH-ers

Een huisarts uit de HOED geeft als redenen voor de komst van POH-ondersteuning het tot stand brengen van kwaliteitsverbetering en het feit dat het samenwerkingsverband er voor in aanmerking kwam. Een andere huisarts noemt naast kwaliteitsverbetering delegatie. De huisarts moest om efficiënter te kunnen werken meer delegeren.

²⁰ 1 fte assistentie bedraagt 50 uur per week.

²¹ 1 fte POH bedraagt 40 uur per week.

²² Medithuis is een samenwerkingsverband van Thuis bij Voord West Twente (TWV) en Ziekenhuis Groen Twente (ZGT) op de Terborgh Ziekenhuis was nog een garantiekliniek samen met Medivallen zijn ondergehoord (<http://www.zgt.nl/files/medivallen.aspx?DOCUMENTID=5669&77-5600-4e36-3454-4e201288&acc=07/11/2007>).

De POH geeft als redenen aan voor de komst van POH-ers het verbeteren van de continuïteit en kwaliteit van de zorg aan DM-patiënten en het overnemen van taken van de huisarts. De assistenten tot slot noemen het ontlasten van de spreker van huisartsen.

Eén van de huisartsen geeft aan dat deze voorafgaand aan de komst van de POH niet de verwachting had er een werkdrukvermindering bij de huisarts zou optreden. Een collega huisarts had een capaciteitsvergroting verwacht, dat wil zeggen dat de inzet van de POH ruimte creëerde voor meer contacten.

Werkzaamheden

De praktijkassistenten in deze HOED hebben naast de activiteiten die door iedereen worden uitgevoerd eigen taken/aansachtgebieden. Onder de gezamenlijke taken vallen: de telefonische triage, inclusief triage, planning van spreekuren, post, medische bestellingen kleine verrichtingen als injecties toedienen, wondcontrole en behandeling, bloeddruk, glucose en Hb meten, oren uitspuilen, hechtingen verwijderen, audiometrie, assisteren bij ingrepen en wonden aanstippen. Er is één assistente met een veel spreekuur voor uitslijpen. Deze heeft levens de maanden op en maakt de planning. Er is één assistente die spirometrieën uitvoert op gezonde mensen. Er zijn twee assistenten die beide spreekuren houden op het gebied van cardiovasculair risicomanagement en één assistente houdt zich een halve dag per maand bezig met administratie.

De praktijkassistenten plannen protocollede afspraken voor de huisartsen. Wanneer patiënten over een relatief korte tijd terug dienen te komen voor een controle bij de huisarts dan plannen de huisartsen deze afspraken zelf. Sinds ongeveer een maand geleden plannen de assistenten ook bijna alle afspraken voor de POH. Voorheen planden assistenten alleen het eerste consult en werden vervolgafspraken door de POH-ers zelf gemaakt. Dit is nu overgedragen aan de assistenten.

De praktijkondersteuners zien in principe dezelfde categorieën patiënten. Eén van de praktijkondersteuners voert naast de patiëntenzorg ook managementtaken uit voor de huisartsen. De praktijkondersteuners voeren de controles en begeleiding aan diabetespatiënten uit, hebben spreekuren voor cardiovasculair risicomanagement en zijn in 2007 gestart met de controle en begeleiding aan astma/COPD patiënten. In de regio van deze praktijk loopt een project Diabetes Zorg Protocol (DZP van D4H). Via dit project wordt getracht dat huisartsenpraktijken DM-patiënten op een gelijke manier begeleiden in de regio en dat meer gegevens worden verzameld en opgeslagen in een computersysteem dat ook teleconsultatie ondersteunt. Voor een uitmeting voor dit systeem moesten alle bekende DM-patiënten opnieuw aan een onderzoek worden onderworpen. Dit heeft in 2007 veel tijd gekost. De CCRM-patiënten in de praktijk zijn ingedeeld in drie groepen. In de huisartsenpraktijken is een relatief veel oudere patiënten ingeschreven. Om de werkdruk van de POH te ontlasten houden twee assistenten een halve dag per week een spreekuur voor redelijk goed ingestelde patiënten en patiënten die al jarenlang medicatie gebruiken en die eerder nooit op controle kwamen. Zij hebben daarna uitleg gehard van de huisartsen en POH-ers en werken volgens een vast protocol. Cardiovasculaire patiënten met daarnaast andere problematiek als kanker of relatieproblemen worden door de huisarts gezien.

De POH met managementtaken maakt daarnaast de roosters voor de assistenten en houdt de planning bij, houdt de functioneringsgesprekken met assistenten, plant en is voorzitter van het wekelijkse assistenten-overleg, is aanspreekpunt voor de assistenten en zal zich gaan bezig houden met de praktijkaccreditering van het NHG. De POH ziet gemiddeld 10 patiënten op een dag en de gemiddelde consultduur is 30 minuten.

Veranderingen in de huisartsenzorg

Het primaire proces van de huisartsenzorg is door komst van de POH-ers veranderd in de zin dat er meer structuur zit in de zorg aan DM-patiënten, doordat mensen vaker worden gezien en opgeroepen. De DM-zorg is daarnaast uitvoeriger, zo wordt er meer gecontroleerd, is er betere begeleiding en kunnen patiënten beter

gemotiveerd worden. Daarlegenerover staat wel dat de POH-ers ook meer tijd hebben voor de DM-consulten. De huisarts ziet minder DM-patiënten, echter eens per jaar ziet de huisarts deze mensen in ieder geval voor de jaarcontrole. Daarnaast is ook de cardiovasculaire zorg sterker ingericht. Deze patiënten komen nu structureel langs en twee assistenten voeren een deel van de zorg uit. Er is bovendien gestart met oproepen voor mensen met astma/COPD.

Beide huisartsen stellen dat door de komst van de POH-ers de assistenten het drukker hebben gekregen. Zij krijgen nu ook van de POH opdrachten die zij moeten uitvoeren. Verder moet ook het oproepuur van de POH worden georganiseerd. Door het opzetten van gestructureerde zorg aan patiënten met cardiovasculaire aandoeningen, hebben twee assistenten hun taken ook zien uitbreiden. Zij voeren gesprekken voor de (redelijk) goed ingestelde patiënten. In het kader van de gesprekken voor mensen met astma/COPD vindt één van de assistenten op een vaste middag spirometrieën uit. Daarnaast is er één assistente die alle oproepen verzorgt voor de POH en herhaalde oproepen stuurt aan 'weghijvers'. De POH stelt ook dat de assistenten nu met de POH meer en overleggen in plaats van enkel met elkaar en met de huisartsen en de planning moeten verzorgen. Daarnaast voeren de assistenten nu minder bloedsuikermetingen uit, omdat alle DM-patiënten nu iedere drie maanden nuchter naar het laboratorium in het gezondheidscentrum gaan, ongeveer een week voorafgaand aan het consult bij de POH. Een van de assistenten merkt op dat voor de komst van de POH deze bloedsuiker, bloeddruk en gewicht controleerde voordat de patiënt naar de huisarts ging. Nu wordt dit gedeeltelijk door de POH zelf gedaan.

Een huisarts benadrukt dat veel veranderingen voor assistenten tot stand zijn gekomen doordat de drie huisartsen zijn gaan samenwerken in een HOED. Voorheen deden de assistenten alle kleine taken voor de huisarts. Nu zijn die kleine taken gedeeltelijk onderverdeeld en wordt gewerkt met roosters voor de assistenten.

Zoals hierboven genoemd, wordt de chronische zorg door de POH uitgebreider uitgevoerd als dus de huisartsen. Er wordt aldus de huisartsen geen andere taken uitgevoerd dan de huisarts voorheen deed. De POH geeft aan dat vooral dat de DM-zorg uitvoeriger is, het nu ook een nieuw element kent. Zo worden DM-patiënten nu ingesteld op insuline. Dit werd voorheen niet door de huisarts gedaan, maar door een gespecialiseerd verpleegkundige van een thuiszorgorganisatie. Daarnaast wordt door de POH gewaarschuwd op spirometrie, echter dit kan nu worden uitgevoerd en geïnterpreteerd doordat de apparatuur er nu voor is. Een van de huisartsen noemt dat door de komst van de POH meer aandacht is gekomen voor cardiovasculair risico management en dat mensen worden opgeroepen. Dit was voorheen niet het geval. De assistenten noemen ook de uitgebreidere zorg aan DM-patiënten, waaronder veelonderzoek, speciale CVRM gesprekken en de mogelijkheden voor spirometrie.

Coördinatie

Planning

In deze praktijk verzorgen de assistenten de planning van de gesprekken van de huisartsen en de POH-ers. De huisartsen plannen alleen vervolgafspraken voor een korte termijn zelf. De POH-ers plannen ook nauwelijks zelf vervolgafspraken. Daarnaast plannen de assistenten ook de gesprekken voor de assistenten in behalve voor het uitstrijkjes gesprek. Er is één assistente die deze gesprekken plant en uitvoert.

Voor de werkzaamheden van de assistenten wordt een aparte planning gemaakt door één van de POH-ers. De dag is verdeeld in twee dagdelen en er wordt getracht dat er niet beide dagdelen dezelfde werkzaamheden worden gedaan. In de planning wordt onderscheid gemaakt tussen 's ochtends balie 1, balie 2 en omlopen 's middag tussen balie 1 en balie 2/ omlopen op maandag en dinsdag omlopen. Verder zijn de gesprekken voor uitstrijkjes, spirometrieën en CVRM daarnaast ingepland. De beide balies behandelen de telefoonlijst, receptenlijst en mensen aan de balie. De persoon die omlopen heeft doet de kleine verrichtingen in de behandelkamer. De praktijkassistenten hebben gesprekken op afspraak.

ProtocolLEN

De afpreekuren van de POH worden allemaal volgens een vast protocol uitgevoerd. Om het handelen van de POH te checken en/of het voorschrijven of wijzigen van medicatie wordt overleg gevoerd met de huisarts. De assistenten beschikken over een protocollenboekje (met protocollen van de MHC) waarin voor een groot deel van de door hen uit te voeren verrichtingen een protocol is opgenomen. Ten aanzien van een aantal zaken hebben de huisartsen nadere instructies gegeven. De assistenten die eigen afpreekuren houden hebben een vast protocol. Er wordt getracht de teletoon afhandeling volgens de NHG-standaarden uit te voeren, maar dit zou aldus één van de huisartsen meer gestructureerd moeten. Er bestaan nu aanzienlijke verschillen in triage en daardoor komen relatief veel mensen voor een afspraak bij de huisarts. Bij een meer gestructureerde aanpak kan er vaker advies worden gegeven door de assistenten.

De respondenten geven allen aan op dit moment geen tijd te besteden aan de ontwikkeling van protocollen. In het assistentenoverleg worden wel protocollen doorgenomen wanneer daar aanleiding voor is. De assistenten lezen deze van te voren door, in het overleg wordt het doorgenomen en worden eventuele wijzigingen besproken en er wordt na afloop goedkeuring gevraagd bij de huisartsen. De POH geeft aan meer tijd te willen besteden voor het astma/COPD protocol. Verder geeft één van de huisartsen aan dat het wenselijk zou zijn meer tijd aan protocolontwikkeling te besteden. Zo kan bijvoorbeeld worden gekeken of een deel van de zorg voor ouderen en terminale patiënten bij de POH kan worden ondergebracht.

Coördinatoren

Eén van de POH-ers heeft een coördinerende functie in de praktijk. Deze verzorgt de planning en aansturing van de assistenten en plant en is voorzitter van het assistentenoverleg eens in de zes weken. In dit overleg worden onder andere roosters en protocollen besproken. Voor deze taken is in principe een halve dag per week tijd gereserveerd. Daarnaast wordt de nascholing van assistenten geregeld en een vakantiesplanning bijgehouden. Verder zijn er in deze praktijk geen personen met specifieke coördinerende werkzaamheden.

Wederzijdse afstemming

Iedere dag zijn er in de praktijk drie pauzemomenten, waarin assistenten en POH-ers met hun vragen bij de huisarts terecht kunnen. 's Ochttends is er 30 minuten koffiepauze en worden veel vragen gesteld. Daarnaast is er in de lunchpauze van 12:00 - 13:00 uur en in de theepauze van 15:00 - 15:30 uur de mogelijkheid voor overleg. Maar ook tussendoor wordt er overleg gevoerd. Dit kan telefonisch zijn tijdens een consult, maar er kan ook overlegd worden over de patiënten die de assistenten zelf zien in de behandelkamer.

Onderstaande tabel geeft de coördinatie tijd weer die de disciplines besteden aan wederzijdse afstemming en het geven van instructies (exclusief eventueel groepsoverleg):

<i>Discipline</i>	<i>Omvang functie</i>	<i>Coördinatie tijd per week</i>	<i>Coördinatie tijd bij 1 de</i>
Huisarts 1 (praktijkhoudend)	0.8	420	525
Huisarts 2 (praktijkhoudend)	0.8	180	225
POH	0.5	85	170
Assistent 1	0.58	87	150
Assistent 2	0.67	60	90
Totaal	3.35	832 (13.87)	1160 (19.33)

Naast bovengenoemde wederzijdse afstemming vindt er eens per zes weken een overleg plaats tussen alle assistenten en één van de POH-ers. De huisartsen komen hier het laatste half uur van het overleg bij. Daarnaast hebben de drie praktijkhoudende huisartsen sinds twee maanden eens per week een uur overleg. Hierin worden allerlei zaken besproken. En verder hebben de huisartsen eens in de 3/4 weken ongeveer een uur overleg met de POH met managementtaken. Dit overleg vindt meestal een dag voorafgaand aan het assistentenoverleg plaats. De agendapunten van de assistenten worden dan voor besproken. Ook hebben de huisartsen eens per twee

maanden ongeveer anderhalf uur een multidisciplinair overleg van de GGZ. Casusbesprekingen zijn onderdeel van dit overleg en er wordt ingegaan op het verwijzen van patiënten.

Overige coördinatiemechanismen

De huisartsen en assistenten maken regelmatig gebruik van een rooij kladhok in de agenda van de huisartsen in de computer. Assistenten kunnen daar vragen stellen, zodat zij de artsen niet hoeven te storen. Door de assistenten worden verder belangrijke zaken of gebeurtenissen opgeschreven in een overzichtschrift voor assistenten die op die betreffende dag vrij zijn. Voor aanvang van de volgende dag kunnen zij dan lezen of er bijzonderheden zijn of dat er specifieke dingen gedaan moeten worden.

Opvangmechanismen

Onvoorziene zaken gebeuren aldus de respondenten nauwelijks. Assistenten overleggen dan vaak eerst onderling. Als de assistenten er niet uitkomen of het is dringend, dan wordt de zaak voorgelegd aan de huisarts van de praktijk waar de patiënt staat ingeschreven. Eén van de huisartsen is van mening dat door meer protocollen te ontwikkelen assistenten ook vaker zelf zaken kunnen afhandelen door zelf een oplossing te bedenken. Dit zou ook kunnen door als huisartsen interne nascholingen te verzorgen. Voor de assistenten is met betrekking tot organisatorische zaken de POH met managementtaken het aanspreekpunt.

Effecten van ondersteuning POH voor de praktijk

Eén van de huisartsen stelt dat voor de komst van de POH era de controles van DM-patiënten 'en passant' werden uitgevoerd. Er was op dat moment te weinig aandacht voor gerichte chronische zorg. Daarom levert aldus deze huisarts de inzet van de POH (netto in uren) dit de huisarts niets op. Daarentegen, wanneer deze huisarts volgens de huidige standaarden de chronische zorg van diabetes zou verlenen, dan zou het deze huisarts wel veel extra uren kosten. Voorheen werden de DM controles snel gedaan tijdens een consult waarbij mensen met een andere klacht kwamen. In dat consult werden dus eigenlijk twee dingen in één gedaan. Nu is er een volledig consult beschikbaar voor de klacht waarmee de patiënt komt. Deze huisarts geeft aan dat er daardoor soms wel meer tijd is om dingen uit te vragen bij de patiënt. De huisarts geeft aan dat ook het maken van een uitstraling door de huisarts wordt gedaan in een ander consult.

De collega huisarts geeft aan dat buiten de directe patiëntenzorg om, het de huisarts meer tijd kost om de praktijk te managen. Het organiseren van de zorg en het voeren van overleg kost de huisarts tijd. Deze arts geeft echter wel aan dat de tijdswinsten steeds minder wordt en dat dit effect op dit moment ook merkbaar is. Echter de tijd die daardoor vrijkomt wordt ingevuld door andere taken uit te breiden. De gestructureerde COPD zorg is enkel gestart en ook heeft de huisarts zich bezig met het managen van accreditatie van de praktijk. De praktijk accreditatie, de verschillende overleggen van de praktijk en de salarisadministratie zijn allerlei losse dingen waar de drie praktijkhoudende huisartsen zich alle drie mee bezig houden. Deze huisarts is van mening dat een aantal zaken hij één persoon zouden kunnen worden neergelegd, zoals dat in sommige gevallen gebeurt in de vorm van een centrummanager.

Deze arts stelt dat de POH era de werkbelasting wel voor een klein deel verlagen, maar dat er voor de huisarts ook nieuwe taken zijn komen. De werkzaamheden van de POH-ers moeten worden georganiseerd en getaact. Dit geeft deze huisarts wel meer werkplezier, omdat deze meer op een betere manier huisarts te kunnen zijn. Over het algemeen is er iets meer tijd voor de huisarts. De sprekkuren zijn iets minder vol, maar er worden andere organisatorische dingen opgepakt. En er is gestart met ECG diagnostiek. Ook deze huisarts geeft aan dat er in de eigen consulten nu meer aandacht kan worden besteed aan de patiënt. Samenvattend stelt deze huisarts dat de werkdruk gelijk is gebleven, maar dat er een andere invulling aan is gegeven.

Aan de ondersteunende disciplines is gevraagd of zij aan konden geven of ondersteunende effecten al dan niet waren opgetreden:

<i>Effecten huisartsen</i>	<i>POH</i>	<i>Ass. 1</i>	<i>Ass. 2</i>
Minder werken	?	-	-
Nieuwe consulten	?	+	+
Meer tijd complexe, chronische patiënten	+	+	?
Kwaliteitsbeleid	+	+	+
Onderzoek	-	?	?
Administratief werk	-	-	+
Exacerbaties en complicaties	+	?	?
Differentiëren, specialiseren	?	?	+

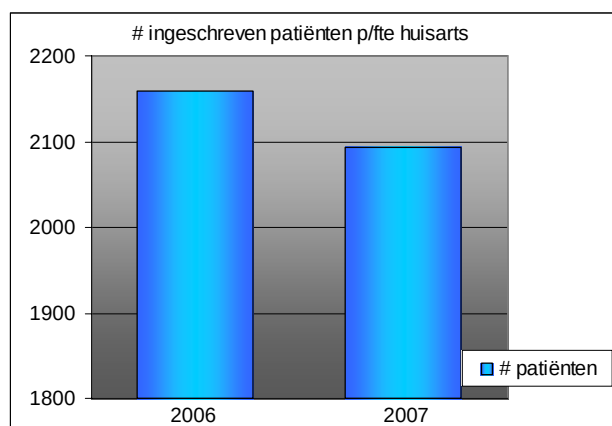
In bovenstaande tabel zijn de effecten te zien die opgetreden zijn bij de huisartsen aldus de ondersteunende disciplines niet geheel eenduidig zijn. De respondenten zijn het eens over het feit dat de huisartsen zich meer zijn gaan bezighouden met kwaliteitsbeleid. Daarnaast zijn twee respondenten van mening dat de huisartsen eventueel vrijgekomen tijd door POH-ers invullen met nieuwe consulten en meer aandacht hebben voor complexe, chronische patiënten.

De POH geeft aan dat er een ander effect is opgetreden in de werkhelasting van huisartsen, namelijk het overleg dat gevoerd wordt met de POH.

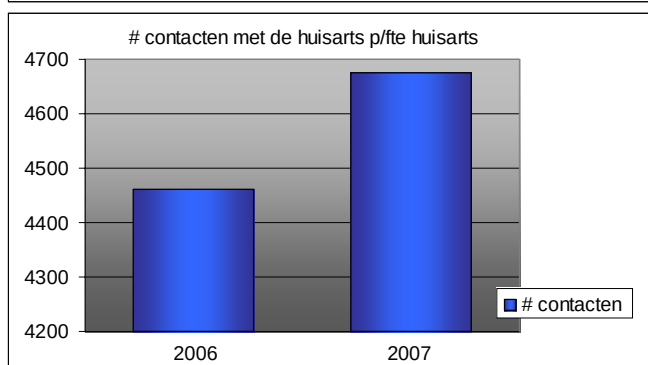
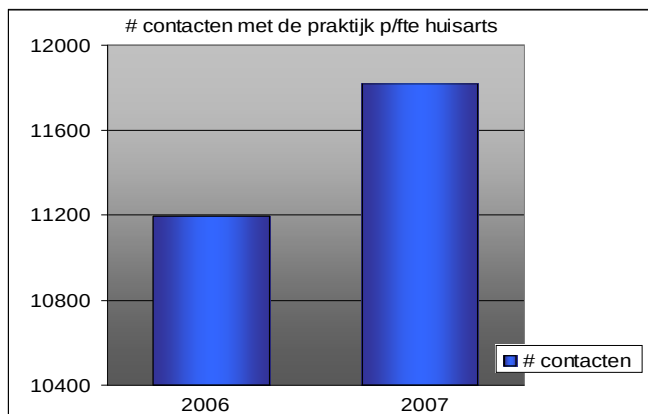
Cijfermatig

De drie huisartsenpraktijken hebben zich in 2005 verenigd in een HOED. Dit betekent dat enkel gegevens kunnen worden versprekt van het samenwerkingsverband van 2005 en een gedeelte van 2007.

De cijfers met betrekking tot het aantal contacten van patiënten met de praktijk per fte huisarts zijn beschikbaar voor geheel 2006 en geëxtrapoleren voor heel 2007. Voor 2007 zijn de cijfers uit het informatiesysteem gegenereerd tot 1 november.

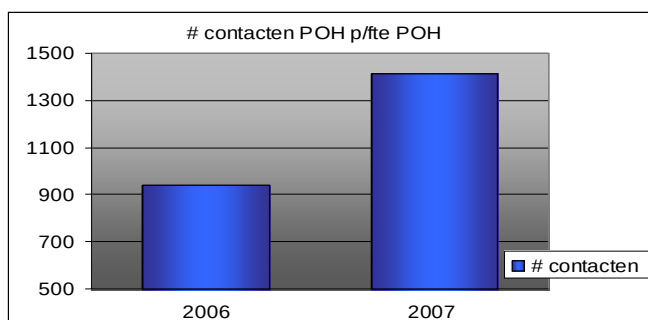


Het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts is in 2007 ten opzichte van 2006 gedaald. In 2007 is de inzet van HIOHA's uitgebreid en zijn de praktijkhoudende huisartsen minder gaan werken. Het aantal ingeschreven patiënten zou nog wel verder kunnen stijgen tot het einde van het jaar. Daarnaast hebben twee van de drie praktijkhoudende huisartsen een groter bestand dan de derde huisarts, de patiënten staan ingeschreven bij een huisarts. Deze cijfers geven een overzicht van de HOED als één praktijk. Het aantal fte huisartsen is berekend op basis van het aantal dagen dat de huisartsen werken en het dienstverband van de HIOHA's. Voor de HIOHA's is uitgegaan van 1 fte is 45 uur.



Op basis van een extrapolatie van het aantal contacten met de praktijk in 2007 per fte huisarts en het aantal contacten per huisarts is te zien dat er voor 2007 een stijging kan worden verwacht ten opzichte van 2006. Het aantal contacten met de praktijk zal naar verwachting stijgen met ongeveer 600 contacten per fte huisarts. In tegenstelling tot de daling van het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts is er wel sprake van een stijging van het aantal contacten met de praktijk en per huisarts. Dit betekent dat patiënten in 2007 gemiddeld vaker contact zoeken met de huisartsenpraktijk.

Omdat er geen cijfers van eerdere jaren beschikbaar zijn is het niet mogelijk om een inschatting te maken of er een stijging van het aantal contacten met de praktijk en met de huisarts heeft plaatsgevonden nadat de POH-ers hun toelating tot de praktijk hebben gedaan.



In bovenstaande grafiek is te zien dat het aantal contacten van de POH-ers gesloten is in 2007²⁴ ten opzichte van 2006, waarbij gecorrigeerd is voor de inzet POH²⁵. Naar verwachting zullen er in 2007 477 contacten meer zijn per fte POH dan in 2006. Het aantal contacten stijgt daarmee met 50,8%. Deze stijging verklaart voor een deel een stijging van het aantal contacten met de praktijk per fte huisarts.

²⁴ De cijfers van 2007 worden aangegeven tot en met 31 oktober en zijn geëxtrapoleren voor heel 2007.

²⁵ In 2006 was de inzet gemiddeld 0,79 en in 2007 0,95.

Doordat er geen cijfers van voorgaande jaren beschikbaar zijn, kan er niet van trends worden gesproken.

Groei

Eén van de huisartsen in deze praktijk gaf aan wel enige groei van de praktijk te hebben verwacht voor de komst van de POH-ers. Echter, de praktijk is nauwelijks gegroeid en de groei gaat heel langzaam. Daaruit concludeert de respondent dat de POH-ers niet voor groei van de praktijk hebben gezorgd. De collega huisarts is het eens met het feit dat er niet meer patiënten in de praktijk staan ingeschreven als gevolg van de komst van de POH-ers. Wel is deze huisarts van mening dat het aantal contacten met de praktijk zal zijn gegroeid. Ook de POH stelt dat het aantal contacten van de praktijk zal zijn gegroeid. De CVRM patiënten worden nu twee tot vier keer per jaar gecontroleerd en de diabetespatiënten komen vier keer per jaar voor controle. Al deze contacten worden afzonderlijk gadegeleerd. Eén van de assistenten stelt dat de productie van de praktijk is toegenomen doordat er meer tijd en aandacht besteed kan worden aan DM-zorg, COPD-zorg en CVRM-zorg. De patiënten worden vaker en beter gecontroleerd. De omvang van de praktijk zou iets zijn gegroeid, maar niet als gevolg van de komst van POH-ers. De collega assistent geeft aan dat er meer patiënten zijn ingeschreven en dat er een toename van het aantal contacten heeft plaatsgevonden. Enerzijds zou dit komen door de gestructureerde chronische zorg en anderzijds doordat de patiënt minder wordt.³²

³² Tot en onder de respondenten visie werd aangegeven dat de praktijk is aanmerkelijk gegroeid, van te maken hebben met het feit dat in deze PCFD drie verschillende praktijken gevestigd zijn die ieder een eigen polikliniekambulant hebben.

Case verslag Case 4

Voor het schrijven van dit case verslag is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Interviews met twee huisartsen (zelfstandig geventijd)
- Interview met één POH'er (POH cardiovasculair risicomanagement en Diabetes Mellitus)
- Interview met nurse practitioner
- Interviews met twee praktijkassistenten (waarvan één de coördinerend assistente)
- Archiefdata (indien beschikbaar) volgens toegezonden excel-schaat (zie dataverzamelingprotocol)
- Jaarverslagen: 2004, 2005, 2006
- Internetpagina
- Artikel in Zorgmarkt september 2007, geschreven door één van de huisartsen in deze praktijk
- Voorbarendend gesprek, e-mail en telefonisch contact met aanvullende vragen aan de directeur van de stichting

Formatie

Case 4	Aantal fte	Aantal personen	Verhouding naar fte in %	Opmerkingen
Huisartsen (praktijkhoudend)	3,3	4	35%	
HIDHA's		1		In loondienst van 1 huisarts
Praktijkassistenten	4,53	7	48%	In loondienst van stichting
POH-ers	1,09	2	11%	In loondienst van stichting en 0,39 i.o.
NP	0,6	1	6%	In loondienst van stichting en i.o.
Totaal	9,52	15	100%	

In dit gezondheidscentrum zijn op dit moment vijf huisartsen werkzaam, waarvan 1 HIDHA bij één van de vier huisartsen. Samen vervullen zij een dienstverband van 3,3 fte.¹² Er is daarnaast 4,53 fte¹³ assistentie aanwezig, vervuld door 7 assistenten en één administratief medewerker. De formatie huisartsen en assistenten is sinds 2003 ieder jaar in omvang gegroeid. Er is 0,7 fte¹⁴ afgetuigde POH aanwezig, en 0,39 fte POH in opleiding aanwezig. POH is gestart in 2005, vanaf 1 januari 2006 0,2 fte en in het najaar 0,3 fte. Per 1 februari 2007 is er een nieuwe afgetuigde POH in de praktijk gestart. Er is 0,6 fte¹⁵ NP aanwezig, vervuld door één NP'er in opleiding. De NP'er is in september 2006 met de opleiding gestart en zal vermoedelijk in juni 2008 afstuderen.

De vijf huisartsen werken allen parttime (4, 4, 4, 2,5 en 2 dagen). Op dit moment specialiseren zich 2 huisartsen in chirurgie, één in orthopedie, drie in echografie, twee in oogheelkunde, één in cardiovasculair risicomanagement en één in KNO/astma/COPD en allergologie. Twee van de huisartsen hebben een chirurgische achtergrond. Zij verrichten chirurgische ingrepen waaronder sterilisaties bij de man.

De assistenten, de twee praktijkondersteuners en de nurse practitioner zijn in dienst van de stichting Case 4. De HIDHA is bij één van de huisartsen in dienst.

Redenen voorkomst POH-ers en NP

De komst van POH-ers en een NP ligt al min of meer vast sinds de oprichting van de stichting en de ontwikkeling van het centrum. Case 4 is een centrum in een Vinex-wijk. Er is bekend hoeveel huizen worden gebouwd en

¹² Het formatieaantal is berekend op basis van het aantal dagen dat de huisartsen werkzaam zijn in de praktijk (in dit geval samen 10,5 dagen).

¹³ 1 fte assistentie bedraagt 0,56 uur per week.

¹⁴ 1 fte POH bedraagt 40 uur per week.

¹⁵ 1 fte NP bedraagt 40 uur per week.

hoeveel mensen het centrum straks zal moeten bedienen. In de visie van de stichting is dan ook hennemd dat in de praktijk POH-ers en NP's zullen komen om het totale patiëntenbestand aan te kunnen. De praktijk zou kunnen groeien zonder daarvoor extra huisartsen aan te nemen.

Eén van de huisartsen gaf als redenen aan voor de komst van de POH-ers het verbeteren van de continuïteit en kwaliteit van de zorg en tijd en ruimte creëren voor de huisartsen om andere dingen te gaan doen. Dit kan volgens deze huisarts door de huisartsen ten aanzien van een aantal taken te ontlasten. Ook de andere huisarts noemde als reden taakdelegatie. De huisartsen konden op het gebied van chronische zorg worden ontlast en meer mogelijkheden krijgen om andere patiënten te zien aldus de assistenten. Ook de POH gaf de kwaliteitsverbetering van zorg ten aanzien van chronisch zieken en uitbreiding van de praktijk (het aantal patiënten) aan als redenen.

De redenen voor het aantrekken van een NP in de huisartsenpraktijk waren praktijkvergroting tot klant te brengen, de huisartsen ten aanzien van een aantal taken te ontlasten en de werkdruk te verlagen bij assistenten ten aanzien van de telefonische diensten, aldus een huisarts. De collega huisarts noemt als reden het introduceren van vernieuwing van het zorgaanbod (de anderhalve lijn), waarmee onder andere bedoeld wordt dat huisartsen veel kleine chirurgische verrichtingen zelf doen en op deze manier wordt voorkomen dat de patiënt de duurdere tweedea lijn ingaat. Assistenten en NP meldten eveneens dat door de komst van de NP kleine klachten bij de huisarts konden worden weggehaald, zodat huisartsen tijd krijgen voor het vernieuwde zorgaanbod. Specialisaties en gespecialiseerde zorg zijn daar onderdeel van. Door de disciplines in de praktijk wordt dit de anderhalve lijn genoemd. Aldus de huisartsen blijven huisartsen wel de spil in het zorgweb, ook met betrekking tot de basiszorg, maar worden zij daarbij ondersteund door andere disciplines om de kwaliteit te waarborgen.

De huisartsen hadden voorafgaand aan de komst van de POH en NP de verwachting dat door de POH-ers de kwaliteit van de zorg zou gaan toenemen, dat door de NP en de POH-ers de huisartsen ruimte kregen om andere dingen te doen en dat de NP zou zorgen voor capaciteitsvergroting. In het begin brachten de POH en NP weinig op in verband met opleiden/ inwerken en een nog gering aantal diabetes in de praktijk, maar zij krijgen het steeds drukker.

Werkzaamheden

Het gezondheidcentrum – waarin ook de huisartsenzorg is gevestigd – bevindt zich in een Vinex-wijk. Het aantal ingeschreven patiënten neemt steeds verder toe, doordat voortdurend nieuwe woningen worden opgeleverd. De patiëntenpopulatie bestaat uit relatief veel jonge gezinnen.

De centrumassistenten binnen Case 4 hebben naast de activiteiten die door iedereen worden uitgevoerd eigen taken/ aandachtgebieden. De assistenten hebben gezamenlijk de telefonische afhandeling als taak waaronder triage, planning van spreekuren, de post invoeren en opruimen, kleine verrichtingen als urine controles, bloedarmoede en suikeronderzoek, uitschijfjes en ECG's maken, hechtingen verwijderen, ogen uitspuiten en het doen van gehoortesten. Daarnaast voeren de assistenten een screening uit bij nieuwe patiënten voor de POH. De nieuwe patiënten worden voorafgaand aan het consult van de POH alvast in kaart gebracht door middel van verschillende onderzoeken. Ook is er tijdens de op 1 oktober gestarte klantgerichte inloop spreekuren (KIS) op vier dagen in de week een assistente die bij dit spreekuur assistentie gedurende anderhalf uur. Dit houdt in dat de patiënt alvast naar de spreekkamer wordt gebracht, patiëntgegevens worden opgezocht in de computer en de patiënt voorbereid is op de komst van de huisarts, zodat deze snel kan starten met het consult. De assistenten hebben verder als aandachtgebieden eigen taak het assisteren bij chirurgische ingrepen van de huisartsen (2 assistenten), het assisteren bij het allergie spreekuur (2 assistenten), herstellingen van medische artikelen (1 assistente), folders bijhouden (1 assistente), wachtkamer op orde houden (1 assistente) en één van de assistenten is coördinerend assistente. De administratief medewerkster houdt zich bezig met rekeningar, onderhoud, bestellingen voor de kantine. Voortaan deden de assistenten dit, maar dit werd te omvangrijk. De centrumassistenten plannen naast de afspraken voor huisartsen, NP, POH-ers ook afspraken voor fysio-

therapeuten. Vaak wordt voor fysiotherapeuten alleen een eerste afspraak gepland en plannen zij zelf de vervolgsafspraken.

De praktijkondersteuners, waarvan één afgestudeerde en één in opleiding doen niet dezelfde taken. De POH in opleiding is gekant met het opstellen van astma/COPD sprekkuren. Deze kan daarna eventueel op meerdere aandachtsgedieden worden ingezet. De andere praktijkondersteuner levert ondersteuning op vasculair gebied.⁵⁰ Er is gekant met sprekkuren voor hoge bloeddruk en/of hoog choleste ol, omdat deze problematiek het meeste voorkwam bij de patiëntenpopulatie van de praktijk. Deze POH is ook bezig met het uithreiden van de kern is op het gebied van astma/COPD, zodat er in de nabije toekomst sprekkuren kunnen worden gehouden. De praktijkondersteuner geeft aan zo'n 8 consulten op een dag te doen. Omdat deze pas in februari 2007 is gekant moet de populatie van de praktijk eerst in kaart worden gebracht. Dit betekent dat er veel eerste consulten zijn die langer duren. Als de populatie in kaart is gebracht zullen er steeds meer controles worden uitgevoerd en zijn er minder eerste consulten. Het aantal consulten per dag kan dan gaan groeien. Op dit moment duurt een eerste consult ongeveer 60 minuten en een controle 15 minuten. Deze POH voert de diagnostiek, (niet) medicamenteuze behandeling en de effectcontrole uit op vasculair gebied (hoge bloeddruk, hoog choleste ol en DM). Verder houdt deze POH zich bezig met het opstellen van richtlijnen/protocol en de voorbereiding en administratie ten aanzien van de sprekkuren. Te zijner tijd zal er scholing aan andere disciplines worden verzorgd. De taken van de POH worden door de huisartsen als intensief bestempeld, omdat patiënten bijvoorbeeld ook worden nagevolgd indien zij niet op controle komen. De afgestudeerde POH-er plant haar sprekkuren grotendeels zelf in. De assistenten maken een afspraak voor de patiënt als het gaat om een nieuwe patiënt die wordt verwezen door de huisarts of bij wijzigingen. De POH-er in opleiding (die tevens centrumassistent is) laat naast de afspraken voor nieuwe patiënten ook veel vervolgsafspraken door de centrumassistenten plannen.

De NP in opleiding voert sprekkuren voor de veel voorkomende kleine klachten in de huisartsenpraktijk. Bij de assistenten is bekend welke klachten door de NP gezien kunnen worden. Het gaat op dit moment vooral om KNO-klachten (zoals hoesten en ontsteking) en huidaandoeningen (zoals eczeem en krentenbaard). De bedoeling is dat de NP straks ook ingezet wordt voor vragen op het gebied van anticonceptie, SOA, menopauze en ouderenzorg. De klachten die de NP ziet hreiden zich gaandeweg de opleiding verder uit. Verder houdt de NP zich bezig met een onderzoek voor de studie ANP⁵¹ naar het Klantgericht Inkoop Sprekkuur (KIS). Wanneer de studie naar het KIS is afgerond zal de NP zich meer bezig gaan houden met de ontwikkeling van eigen protocollen.

Veranderingen in de huisartsenzorg

Het primaire proces van de huisartsenzorg is door komst van de POH-ers veranderd in de zin dat de chronische zorg gestructureerder wordt uitgevoerd en dat er meer tijd is voor andere huisartsenzorg. Er is tijd vrij gekomen voor huisartsgeneeskundige complexe problematiek en gespecialiseerde zorg. Er is een start gemaakt met de vormgeving van nieuwe dingen in de praktijk. Voorbeelden hiervan zijn echografie (drie huisartsen zijn hiervoor in opleiding) en chirurgie. Voor chirurgische verichtingen bestaan op dit moment al wachtlijsten. Een huisarts beschrijft het effect van de komst van de POH en NP als dat er extra tijd is gekomen voor zorgvernieuwende dingen. Verder is de taak van POH te omschrijven als intensief. De POH belt patiënten na wanneer zij niet op de controle verschijnen.

Door de komst van de NP is het primaire proces van de huisartsenzorg veranderd op een andere manier. Een aantal kleine klachten die binnen protocol en vallen, kunnen nu door de NP worden gezien. Ook daardoor is er voor de huisartsen ruimte gekomen om andere dingen te doen. De respondenten stellen dat hij de inzet van de

⁵⁰ Deze POH was eerder NP op een vasculaire pol van een ziekenhuis.

⁵¹ Masteropleiding Advanced Nursing Practice.

NP het eerste jaar de aandacht lag op kwaliteit en dat nu het tweede jaar meer wordt ingezet op kwantiteit. Het in oktober gestarte Klantgericht Inloop Sprockuur (KIS) waarvoor patiënten zelf via het internet een afspraak kunnen maken voor niet uitgebreide klachten op vier dagen van 8:00 uur tot 9:30 uur, wordt nu gedaan door een huisarts. Op termijn zou de NP dit wellicht over kunnen nemen. Als het KIS goed verloopt, zullen tijden worden verruimd van bijvoorbeeld 7:00 uur 's ochtends en 's avonds. Het idee hierachter is dat mensen de eigen regie krijgen en dat het centrum voor een efficiënte afhandeling kan zorgen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid het zorgaanbod te vergroten (onder andere complexe zorgvragen en chirurgische ingrepen) en de telefonische bereikbaarheid te vergroten (Case 4, 2007).

Volgens één van de huisartsen hebben de komst van de POH en NP ook geleid tot veranderingen voor de assistenten. In het begin leidde de komst van de POH ernaar toe dat de assistenten minder metingen uitvoerden. Echter de huisarts en POH geven aan dat dit snel veranderde. De assistenten hebben gemerkt dat hun taken nu uitgebreid worden. Bij een nieuwe patiënt die op het cardiovasculaire sprockuur van de POH komt, wordt vooraf door de assistente allerlei metingen verricht om de patiënt alvast voor de POH in kaart te brengen. Zo kunnen assistenten de POH ondersteunen door ECG's te maken, een 24-uurs bloeddruk meting aan te sluiten, lengte gewicht en tailleomtrek op te meten.

De taken door de assistenten konden indirect ook verruimd worden door de komst van de NP en POH. Doordat huisartsen meer aandacht zijn gaan besteden aan zorgvernieuwing, worden allerlei nieuwe initiatieven binnen de praktijk gezet. Bij die nieuwe initiatieven vervullen assistenten in veel gevallen ook een rol. Voorbeelden hiervan zijn het uitvoeren van reizigersvaccinaties, het assisteren bij chirurgische ingrepen als sterilisaties en het houden van een allergologisch sprockuur samen met een huisarts. Wel dient te worden opgemerkt dat een aantal facilitaire zaken bij de centrumassistenten zijn weggehaald door de stichting en dat er een administratief medewerker in dienst is waardoor de assistenten mogelijk meer tijd hebben gekregen om nieuwe taken te gaan uitvoeren.

De assistenten zelf geven aan dat zij door de POH en NP ook te maken hebben gekregen met meer agenda's. Zo dienen zij vooraf goed te bedenken welke patiënt op welk spreekuur dient te worden ingepland. Ook de NP benadrukt het belang van triage naar de huisarts of de NP.

De NP voert geen andere taken uit dan de huisarts voorheen deed. Er is wel iets meer tijd voor een consult en patiënten ervaren het als laagdrempeliger. Maar het zijn de geprotocolleerde zorgtaken van de huisarts die de NP uitvoert. Het gaat met andere woorden om minder complexe huisartsgeneeskundige problemen die goed onder te brengen zijn in protocolen.

Volgens een huisarts worden door de komst van de POH taken wel uitgebreider uitgevoerd maar worden er niet zo zeer meer taken uitgevoerd. Patiënten krijgen onder andere een uitgebreidere screening, zoals dat in het ziekenhuis gebeurt. Dit wordt echter nu door de assistenten gedaan. Verder bellen de POH-ers patiënten op als zij niet op een controle verschijnen. De POH geeft aan dat er nu meer sprake is van gestandaardiseerde zorg waarbij ECG, 24-uurs bloeddrukmeting, 'Inclus anamnese'³⁴ en lichamelijk onderzoek worden gebruikt. Voorheen was er aldus de POH een minimale inzet en gebeurde dit al hoc. Bovendien wordt er nu veel aandacht besteed aan het vooronderzoek bij diabetes patiënten.

Ook de assistenten geven aan dat de zorg gelykverd door de POH uitgebreider is dan die van de huisartsen. De POH doet onderzoek naar oorzaken en risicofactoren. Dit gebeurde voorheen in het ziekenhuis. Daarnaast wordt genoemd dat de POH spirometrie uitvoert. Wel wordt aangevoerd dat de POH ook veel meer tijd heeft voor de controles.

³⁴ Het 'Inclus anamnese' kan omschreven worden als een 'stil met rouw bewegen, die soft en de ongenijde orgaansystemen de revus zal bessen'. Ook hierover is beschreven waarom het op het spoor te komen, die de patiënt niet spontaan verruimt (De Jong, 2006).

Coördinatie

Planning

In deze praktijk verzorgen de assistenten de planning van de spreekuren van de huisartsen, de NP en in veelal het eerste contact van de POH-ers en de fysiotherapeuten. Voor één van de POH-ers worden nauwelijks vervolgafspraken gepland, de andere POH-er die zelf assistente is, laat dit vaker over aan de assistenten. Bij het plannen van een eerste consult bij de POH zorgen de assistenten ervoor dat de patiënt daaraan voorafgaand een afspraak heeft bij één van de assistenten voor een eerste intake. De assistenten zijn voor het inplannen van patiënten bij de NP, geïnstrueerd welke patiënten op deze spreekuren kunnen worden ingepland. Ten aanzien van het KIS plannen patiënten zelf via het internet een afspraak. Alle disciplines in de praktijk hebben een eigen spreek- en/of behandelkamer, zodat hier bij het plannen van patiënten geen rekening mee hoeft te worden gehouden.

Voor de werkzaamheden van de assistenten is een aparte planning gemaakt. De dag is verdeeld in twee dagen en er wordt getracht dat er niet beide dagdelen dezelfde werkzaamheden worden gedaan. In de planning zijn drie locaties opgenomen; voor, achter en behandelkamer. De assistenten die 'voor' zitten, nemen de telefoon aan, slaan mensen aan de halie te woord en voeren de pols in. De assistente die 'achter' zit, doet de elektronische post, doet de receptenlijst, ruimt de post op en verzorgt koffie/thee. De assistente die in de behandelkamer is, staat de huisartsen bij bij neepjes en bij het KIS, verzorgt de medische verrichtingen en urinecontroles en steriliseert de instrumenten. De centrumassistenten hebben spreekuren op afspraak, behalve voor het vallenprekeuur (eens per maand is er een inlooppreekuur).

Protocollen

Zowel de huisartsen als de assistenten geven aan dat veel kleine verrichtingen volgens een vast protocol door de assistente worden uitgevoerd. Het gaat hierbij om de intake van nieuwe patiënten voor de POH, voor het allergiesprekeuur, voor het maken van een ECG en het onderzoeken van urine. Maar ook in de opleiding leert men hoe bepaalde kleine verrichtingen dienen te worden uitgevoerd. Voor de telefoon afhandeling worden de NHG protocollen gebruikt.

Ook ten aanzien van de POH-ers stellen huisartsen en POH dat gestreefd wordt om alle werkzaamheden volgens een vast protocol te laten verlopen. Volgens de afgestuurde POH wordt ook zo'n 70 tot 80% van de werkzaamheden volgens een vast protocol uitgevoerd. De nurse practitioner geeft ook aan dat zo'n 80% van de werkzaamheden volgens de NHG-standaarden wordt uitgevoerd. Daarnaast geeft de NP aan dat een deel van de werkzaamheden aangeleerd is door de huisartsen. Twee huisartsen verzorgen iedere week een kinische les voor de NP.

De respondenten, uitgezonderd één huisarts, geven aan op dit moment geen tijd te besteden aan de ontwikkeling van protocollen, maar dat dit incidenteel wel voor komt. Eén van de huisartsen geeft aan maandelijks circa vier uur te besteden aan de ontwikkeling van protocollen voor ondersteunende disciplines. De NP zal na her afronden van het onderzoek naar het KIS wel haar eigen protocollen gaan maken.

Coördinatoren

Binnen de praktijk is een coördinerend centrumassistent werkzaam. Voor haar coördinerende werkzaamheden is vijf uur per week ingepland. De taken bestaan uit het regelen van de bezetting van assistenten en huisartsen in verband met vakanties en ziekte. Deze maakt ook de roosters voor de assistenten. Daarnaast wordt overleg gevoerd met de coördinerend huisarts (zie onder). De coördinerend centrumassistent is ook aanspreekpunt voor zorgaanbieders vanwaar zij een zorgvernieuwing willen doorvoeren en dit richting de assistenten gecommuniceerd moet worden en indien nieuwe taken door assistenten dienen te worden ingevuld. Verder doet deze assistent ook de functioneringsgesprekken van de assistenten en is zo aanspreekpunt richting de directie. Verder is er een coördinerend huisarts voor de POH-ers. Deze huisarts is aanspreekpunt en doet de begeleiding. Bovendien zijn twee huisartsen belast met de opleiding en begeleiding van de nurse practitioner. Hoewel deze taken in beginsel niet coördinerend zijn, zijn de huisartsen wel aanspreekpunt voor en richting de NP. Ook wordt genoemd de

directeur van de stichting. Deze is personeelsfunctionaris voor de disciplines die in loondienst van de stichting zijn (assistenten, POH-ers en NP) en houdt zich bezig met bedrijfsmatige aspecten van het gezondheidscentrum. De directeur fungeert als intermediair tussen de stichting en de zorgaanbieders. De stichting vormt het facilitaire bedrijf. De directeur heeft een dienstverband van 0.80 fte, maar spant zich niet alleen in voor de huisartsenzorg. Deze faciliteert ook de werkzaamheden van de andere disciplines in het centrum.

Wederzijdse afstemming

Dagelijks houden de huisartsen tussen 10:00 en 10:30 koffiepauze. Tijdens deze pauze hebben de assistenten de mogelijkheid vragen te stellen. 's Middags is er een uur middagpauze. Ook dan kunnen assistenten en huisartsen afstemmen. Als het spreekuur 's middags is afgelopen wordt vaak ook nog gevraagd of zaken afgeslemd moeten worden. Verder kunnen tussen de consulten (dringende) vragen worden gesteld. De recepten worden door één van de assistenten om 9:45 uur naar de kamers van de huisartsen gebracht zodat ze kunnen worden getekend voor de pauze. Dit zorgt voor overzicht tijdens de koffiepauze aldus de assistenten. Overleg met de afgekeurde praktijkcoördinator vindt op willekeurige tijden plaats met de arts(en). Aldus de POH zelf is weinig afstemming nodig. Er was in principe afgesproken dat één van de huisartsen wekelijks een half uur met de POH afstemt als begeleidend huisarts. Dit vindt overigens niet iedere week plaats. Met de POH in opleiding wordt vaker afgeslemd met de huisarts(en). Omdat de NP nog in opleiding zit geven zowel de huisartsen als NP aan dat nog relatief veel afstemming vereist is. Aan het eind van de dag bespreekt de NP alle patiënten na met één van de oplettende huisarts (de één doet dit twee dagen en de ander één dag). En verder worden deze twee huisartsen wel eens bij het consult geroepen of worden tussen door vragen gesteld door de NP. Ook komt het iedere dag zo'n vijf minuten om recepten te laten tekenen door de huisartsen, omdat de NP hier niet toe bevoegd is.

Onderstaende tabel geeft de coördinatie tijd weer die de disciplines besteden aan wederzijdse afstemming en het geven van instructies (exclusief eventueel gepsuiverd):

<i>Discipline</i>	<i>Omvang functie</i>	<i>Coördinatie tijd, wekelijks</i>	<i>Coördinatie tijd bij 1 fte</i>
Huisarts 1 (praktijkhoudend)	0.8	232	290
Huisarts 2 (praktijkhoudend)	0.5	125	250
POH	0.7	45	64
NP	0.6	101	168
Assistent 1 (coördinerend)	0.60	165	239
Assistent 2	0.80	120	135
<i>Totaal</i>	<i>4.18</i>	<i>838 (13.97)</i>	<i>1148 (19.1)</i>

Naast bovengenoemde wederzijdse afstemming vindt er eens per twee weken of eens per maand een overleg plaats tussen alle assistenten en één van de huisartsen. Deze huisarts is coördinerend huisarts richting de assistenten. Tijdens dit overleg kan er een klinische les door de huisarts worden verzorgd (zie onder). Verder hebben de assistenten onderling eens per twee weken een werkoverleg. Daarnaast heeft de coördinerend doktersassistent nog wekelijks ongeveer een half uur overleg met één van de huisartsen.

Overige coördinatiemechanismen

Twee huisartsen verzorgen om en om iedere week een klinische les voor de NP. Deze scholing duurt ongeveer een uur. Verder verzorgt één van de huisartsen eens per twee weken of eens per maand een klinische les voor de assistenten gedurende een uur tot anderhalf uur.

De NP en assistenten geven aan dat er gebruik gemaakt wordt van e-mail om zaken af te stemmen. De minuten van de overleggen van de assistenten worden per e-mail verspreid, evenals ideeën voor het werkoverleg. Verder gebruikt de coördinerend doktersassistent de mail wanneer mensen uitgenodigd moeten worden, zodat dit is terug te vinden. Case 4 beschikt daarnaast over een kernteam (KT) en een managementteam (MT), waar twee

huisartsen in participeren. In het managementteam zijn de maatschappen vertegenwoordigd. Het MT houdt zich bezig met de besluitvorming omtrent bedrijfmatige processen van de instelling. In het KT zitten de kerndisciplines, te noemen de huisarts, apotheek, fysiotherapie, oefentherapie, mensendieet en het algemeen maatschappelijk werk. Andere disciplines kunnen worden uitgenodigd voor deelname. Het KT houdt zich bezig met het vaststellen en hanteren van uitgangspunten die dienen als basis voor een gezamenlijk gedragen zorgvisie (Case 4 Jaarverslag 2005). Daarnaast zijn er maatschapvergaderingen van de huisartsen. Tot slot gaf één van de huisartsen aan dat er aan gewerkt wordt om binnen het HIS-systeem een functie in te bouwen die het mogelijk maakt berichten via dit programma te sturen in het kader van de directe patiëntenzorg. Zo kan er een pop up in het scherm komen wanneer de gegevens van een patiënt geopend worden en iemand anders daar een opmerking over heeft geplaatst. Tot die tijd wordt nog af en toe gebruik gemaakt van de e-mail.

Opvangmechanismen

In de praktijk gebeuren er aldus de respondenten nauwelijks onvoorziene zaken tijdens of als gevolg van ondersteunende disciplines waarvoor op dat moment niet duidelijk is hoe gehandeld moet worden. Aangegeven wordt dat het dan meestal om spiedgevallen gaat. Ook in deze praktijk wordt benadrukt dat het er nu wordt opgelost door een huisarts erbij te roepen of een ander aan te spreken op bijvoorbeeld een verkeerd geplaatste patiënt. In sommige gevallen leiden onvoorziene zaken tot afspraken hoe hierin het vervolg mee dient te worden omgegaan of tot het ontwikkelen van een protocol of een nazorgformulier (dit werd bijvoorbeeld opgesteld voor het wettensprockuur en bij sterilisatie van mannen). Alcus de huisartsen is duidelijk wie wat doet. De assistenten geven aan dat zij vaak onderling overleggen als iemand ergens geen raad mee weet. Alcus één van de assistenten komt het wel zo'n 15 keer per dag voor dat zij wat aan elkaar vragen.

Effecten van ondersteuning POH en NP voor de praktijk

Eén van de huisartsen gaf aan dat de POH-ers in het begin weinig op brachten. Er waren in de wijk weinig mensen met DM. De werkzaamheden trekken daardoor langzaam op met de wijk. Ook zal er een verzorgingshuis in de wijk komen waardoor er meer aandacht zal worden gevestigd op chronisch zieken. Deze huisarts geeft verder aan dat het extra tijd kost om te vergaderen met de disciplines en om overleg te voeren. Een collega huisarts stelt dat het opleiden van de POH en NP meer werk geeft voor de huisarts. Echter in het tweede jaar van de opleiding neemt de werkdruk ook af. Opgemerkt werd dat de werkbelasting door de POH en NP wel omlaag was gebracht, maar dat hier tegelijkertijd andere taken voor in de plaats zijn gekomen. Er is geen sprake van extra werkbelasting a dus de huisarts. Omdat huisartsen zich nu meer kunnen bezighouden met dingen die ze heel leuk vinden. Het levert energie en motivatie voor de basale huisartsenzorg. Voor het takenpakket van de huisarts betekent dit dat er meer tijd kan worden besteed aan andere huisartsgeneeskundige zorg en specialisaties en dat gespecialiseerde sprekers konden worden geïntroduceerd. Hier dient echter wel te worden opgemerkt dat de preferente zorgverzekeraar van dit centrum de zorgvernieuwing stimuleert met projectgelden. AGIS is een zorgverzekeraar die zich sterk inzet voor zorgvernieuwing. Bovendien is de wijk Valhorsk aangemerkt als proeftuin voor zorgvernieuwing.

Aan de ondersteunende disciplines is gevraagd of zij aan konden geven of onderstaande effecten al dan niet waren opgetreden:

<i>Effecten huisartsen</i>	<i>POH</i>	<i>NP</i>	<i>Ass. 1</i>	<i>Ass. 2</i>
Minder werken	-	-	-	-
Nieuwe contacten	+	+	+	+
Meer tijd complexe, chronische patiënten	-	+	+	+
Kwaliteitsbeleid	-	?	+	+
Onderzoek	-	-	-	+
Administratief werk	-	-	-	?

<i>Effecten huisartsen</i>	<i>POH</i>	<i>NP</i>	<i>Ass. 1</i>	<i>Ass. 2</i>
Exacerbaties en complicaties	-	+	+	?
Differentiëren, specialiseren	+	+	+	+

Het differentiëren en specialiseren heeft aldus de POH geleid tot de inzet van echoapparatuur in de praktijk. Aldus de assistenten gaan de huisartsen zich steeds verder specialiseren en komt er meer ondersteuning van de POH-ers en NP. Het aantal uren per week voor specialisatie kan daardoor worden uitgebreid. Er worden scholingen gevolgd om met echoapparatuur te gaan werken. Eén van de assistenten stelt dat huisartsen hun patiënten onderling gaan verwijzen. Eén van de huisartsen specialiseert zich in de cardiologie, waardoor klachten langer in de praktijk kunnen worden behandeld en er niet doorverwezen hoeft te worden naar de cardioloog. De huisartsen zullen daardoor minder reguliere spreekuren gaan doen. Dit kan opvangen worden door de NP. In het kader van deze specialisatie en uitbreiding van het zorgaanbod wordt door de respondenten het idee van 'de anderhalve lijn' genoemd.

De POH geeft tevens aan dat het vasculair takenpakket van de huisartsen is geminimaliseerd. De werkbeëindiging zou niet zijn afgenomen doordat die tijd voor het initiëren van nieuwe projecten wordt gebruikt. De nurse practitioner noemt als effect van haar komst op het takenpakket van de huisarts, dat de huisartsen nu nog veel investeren in de begeleiding van de NP.

Ook op de website van dit centrum worden de specialisaties beschreven:

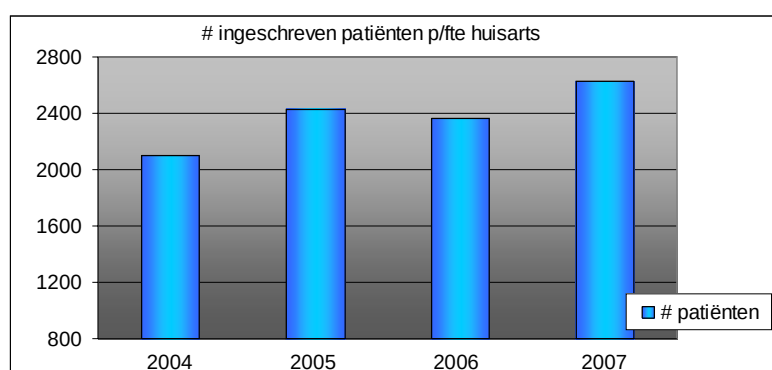
Chirurgisch gespecialiseerde huisartsen - chirurgische ingrepen zoals: • Sterilisatie bij mannen • Verwijderen van goedaardige en kwaadaardige huidzwellingen • Verwijderen van moedervlekken • Uitvoeren van bepaalde peesoperaties aan hand en vingers • Behandelen van het Carpaal Tunnel Syndroom • Behandelen van een tennis elleboog	Orthopedisch gespecialiseerde huisarts - verantwoordelijk voor de behandeling van o.a.: • Nek- en rugklachten die eerst behandeld zijn door de eigen huisarts, zonder resultaat • Schouderklachten die een therapeutische injectie behoeven die de eigen huisarts niet geeft • Pols/handklachten welke mogelijk behandeld kunnen worden met een therapeutische injectie • Klachten van heup en/of aanhechting van spieren die niet reageren op de ingestelde behandeling • (niet) Traumatische knieklachten met onduidelijke diagnose • Enkelvoetklachten die niet reageren op ingestelde therapie
Cardiologisch gespecialiseerde huisarts - verantwoordelijk voor behandeling van o.a.: • Diabetes mellitus (suikerziekte) • Hart- en vaatziekten • Overgewicht en hypertensie • Verhoogd cholesterol	Huisarts gespecialiseerd in astma/COPD en KNO: • Het herverdelen van de longfunctietesten • Behandelen van astma/COPD patiënten die niet goed reageren op de door de huisarts ingestelde therapie • Behandel- en adviseren van patiënten met chronische klachten van keel, neus en oren • Beoordelen van gehooronderzoek (Audiometrie) en middenooronderzoek (Tympanometrie)

Tabel 3: Specialisaties en zorgaanbod van huisartsen binnen Care 4.

Cijfermatig

Het informatiesysteem waarmee op dit moment door de huisartsen binnen Case 4 wordt gewerkt verstrekt aldus de directeur niet goed te interpreteren cijfers met betrekking tot het aantal contacten van de disciplines in de huisartsenzorg. De overzichten die door de fabrikant worden gegenereerd bevatten een categorie onbekend (naast consult, telefonisch consult, visite etcetera) met hoge aantallen. Het is de directeur niet duidelijk wat tot deze categorie behoort. Daarmee zou deze categorie voor een hoger aantal contacten van de huisartsen dan redelijkerwijs kan worden verwacht. Het is niet mogelijk om als stichting of huisarts zelf overzichten uit te draaien, omdat voor de toepassing van dit onderdeel van het programma een cursus is vereist. Gezien deze achtergrond kon voor dit onderzoek geen gebruik worden gemaakt van cijfermatig materiaal op het gebied van het aantal contacten met de praktijk, de huisartsen, de POH-ers en de NP.

Voor het onderzoek kon wel gebruik worden gemaakt van de aantallen ingeschreven patiënten vanaf 2004. Voor 2007 was de peildatum 1 oktober 2007. Omdat dit gezondheidscentrum zich bevindt in een Vinex-wijk kan recenterwijs worden aangenomen dat dit aantal nog stijgt tot 31 december 2007 (peildatum van de andere jaren). Maandelijks worden in Vethorst vele woningen opgeleverd. Dit jaar lag maandelijks de werkelijke groei van de praktijk ochtend wel onder de verwachte groei (125 patiënten per maand versus 163 patiënten per maand). Ook dit heeft aldus de directeur te maken met het feit dat er minder woningen worden opgeleverd dan was gepland.



Het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts laat met uitzondering van 2006 sinds 2004 een behoorlijke stijging zien. Het totaal aantal ingeschreven patiënten steeg van 31 december 2004 van 3360 tot 8583 patiënten op 1 oktober 2007. Echter het aantal huisartsen en assistenten groeide in die periode ook. In 2006 werd in de praktijk geaant met een POH en een NP. Ondanks dat het aantal ingeschreven patiënten ieder jaar groeide, groeide het aantal ingeschreven patiënten niet in 2006 berekend per fte huisarts. In dat jaar kwam er een huisarts bij in het centrum en was er relatief onvoldoende groei. De patiënten bij Case 4 staan wel ingeschreven bij een praktijkhoudend huisarts, maar voor dit overzicht is het aantal per fte huisarts berekend. Het aantal fte huisartsen is berekend op basis van het aantal dagen dat de huisartsen werken. In 2007 werken drie huisartsen vier dagen, twee huisartsen twee dagen, waarvan één huisarts nog een halve dag extra voor chirurgische ingrepen. Het aantal patiënten per fte huisarts is gegroeid van 2100 in 2006 tot 2631 op 1 oktober 2007. De huisartsenmaatschap van vier huisartsen hebben in hun visie gesteld dat zij willen naar een praktijkomvang van 15.000 patiënten (3750 patiënten per huisarts). Dit is mogelijk door ondersteuning van 2 fte HMDA's, NP en POH. De huisartsen hadden als wens het werkgeverschap niet zelf uit te voeren. Daarom zijn de NP, POH-ers en assistenten in dienst van de stichting. De huisartsen dragen hiervoor een kostendel en aan de stichting.

Zoals hierboven genoemd groeit de praktijk sterk vanwege het feit dat het centrum zich in een Vinex-wijk bevindt. Het is daarom niet mogelijk een uitspraak te doen of een toename van het aantal patiënten (gedeeltelijk) verband houdt met de inzet van de POH en NP.

Groei

De huisartsen geven aan dat de NP en POH wel voor groei hebben gezorgd van de productie van de praktijk. Eén van de huisartsen spreekt over een toename van ongeveer 10.000 consulten per jaar. De POH denkt dat de productie van de praktijk door de inzet van POH op dit moment nog niet is gegroeid. Wel wordt erop gewezen dat in de toekomst waarschijnlijk wel meer productie door de POH-ers kan worden gegenereerd. Op dit moment wordt ingezet op kwaliteit, daarna zal het accent meer naar de kwantiteit worden verlegd. De NP merkt ook op dat er meer patiënten kunnen worden gezien. Maar in de planning van de huisartsen die haar begeleiden zijn wel op drie dagen 4 blokken van 10 minuten uitgepland (op één dag bij beide en op twee dagen bij één van de huisartsen), zodat er tijd is voor de NP om huistijde met de huisartsen te overleggen. Volgens de assistenten zou er sprake moeten zijn van een groei van de productie in de huisartsenpraktijk. Iedere dag zijn er meer contacten doordat er een FOH en NP zijn bijgekomen. Bovendien loopt ook de consultduur van de NP en POH terug. Er zijn meer mogelijkheden om patiënten te plaatsen. De hedendaagse ing is ook dat de praktijk gaat groeien. Eén van de huisartsen zit qua aantal ingeschreven patiënten nog onder de normpraktijk en ook de andere praktijken zullen doorgroeien. Opgemerkt wordt dat de wijk nog niet genoeg groeit. Bij de start van het gezondheidscentrum was de norm voor de praktijkomvang 2100 ingeschreven patiënten. De norm lag lager dan de 2350 voor gewone praktijken omdat volgens de aanloopsubsidie voor gezondheidscentra tijd per huisarts was ingeluid voor overleg en afstemming met andere disciplines in het centrum.

Bijlage 7: Vergelijking cases

Case 1			Case 2		Case 3		Case 4	
Soort praktijk	Huisartsenpraktijk in gezondheidscentrum		Solo praktijk		HCED, in een gezondheidscentrum		Huisartsenpraktijk in gezondheidscentrum	
Stichting	Ja (vier andere locaties)		Nee		Nee		Ja (Case 4 enige locatie)	
Aantal praktijkhoudende huisartsen	-		1		3		4	
Aantal HIDA's	-		2		2		1	
Aantal huisartsen in loondienst van stichting	Alle				-		-	
Inschrijving patiënten	Bij een huisarts		Op de praktijk		Bij een huisarts		Bij een huisarts	
Assistenten	In loondienst van stichting		In loondienst bij huisarts		In loondienst bij huisartsen		In loondienst van stichting	
POH	In loondienst van stichting		Deel in loondienst bij huisarts, deel gedetacheerd		In loondienst bij huisartsen		In loondienst van stichting	
NP	-		Gedetacheerd vanuit thuiszorgorganisatie		-		In loondienst van stichting	
Specifieke functies	Centrummanager, coördinerend centrumassistent, huisartsen coördinator		Hoofdassistent		-		Coördinerend doktersassistent	
Management-/ personeelszaken uitbesteed	Ja, aan de stichting		Ja, deels aan POH		Ja, deels aan POH		Ja, aan de stichting	
Facilitaire taken uitbesteed	Ja, deels aan stichting		Nee		Nee		Ja, deels aan stichting	

Bijlage 8: Cijfers bases

2006	Anoniem 1	Anoniem 2	Anoniem 3	Anoniem 4	Anoniem 5	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
# ingeschreven patiënten	2950	2365	2400	2450	3062	9392	4713	6950	7559
Fte huisartsen; o.b.v. aanstelling (45 uur p/wk) / # dagen p/wk	1.0	1.0	1.0	1.0	1.7	4.0	2.0	3.22	3.2
Fte assistenten: Fte = 36 uur	1.27	1.2	1.06	1.06	0.74	3.79	2.0	3.17	3.25
Fte POH; Fte = 40 uur						1.26	0.53	0.79	0.2
Fte NP; Fte = 40 uur						.	0.6 i.o.		0.6 i.o.
Totaal fte	2.27	2.2	2.06	2.06	2.44	9.05	5.13	7.19	7.25
> waarvan huisartsen	44%	45%	49%	49%	70%	44%	38%	45%	44%
> waarvan assistenten	56%	55%	51%	51%	30%	42%	38%	44%	45%
> waarvan POH						14%	10%	11%	3%
> waarvan NP						.	12%		8%
# ingeschreven patiënten per fte huisarts	2950	2365	2400	2450	1801	2348	2357	2'58	2362
# contacten met de huisarts per fte huisarts	10000	7393		8500		-	6320	4462	.
# contacten met de praktijk per fte huisarts		16058				10451	11506	11197	.

Vergelijkende cijfers voor de interventie- en vergelijkingscases in 2006

2007	Anoniem 1	Anoniem 2	Anoniem 3	Anoniem 4	Anoniem 5	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
# ingeschreven patiënten	2950	2542	2300	2377	2982	9576	4708	6950	8683
Fte huisartsen; o.b.v. aanstelling (45 uur p/wk) / # dagen p/wk	1.0	1.0	1.0	1.0	1.7	4.0	2.0	3.32	3.3
Fte assistenten: Fte = 36 uur	1.48	1.2	1.06	1.06	0.74	3.79	2.0	3.59	4.53
Fte POH; Fte = 40 uur	-	-	-	-	-	1.26	0.53	0.95	1.09
Fte NP; Fte = 40 uur	-	-	-	-	-	-	0.6	-	0.6 i.o.
Totaal fte	2.48	2.2	2.06	2.06	2.44	9.05	5.13	7.86	9.52
> waarvan huisartsen	44%	46%	49%	49%	70%	44%	39%	42%	35%
> waarvan assistenten	60%	55%	51%	51%	30%	42%	39%	46%	48%
> waarvan POH	-	-	-	-	-	14%	10%	12%	11%
> waarvan NP	-	-	-	-	-	-	12%	-	6%
# ingeschreven patiënten per fte huisarts	2950	2542	2300	2377	1754	2394	2354	2093	2631
# contacten met de huisarts per fte huisarts	10000	8679	-	8500	-	-	6232	4676	-
# contacten met de praktijk per fte huisarts	-	20428	-	-	-	12060	11593	11820	-

Vergelijkende cijfers voor de interventie- en vergelijkingscases in 2007