

Praktijkvoorbeelden

De verpleegkundig specialist in de eerste lijn

Eindrapport

In opdracht van:

v&vn

Uitgevoerd door:

 **Stichting KOH**
Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg

 **Meetpunt Kwaliteit**
Sturingsinformatie in de zorg

Praktijkvoorbeelden

De verpleegkundig specialist in de eerste lijn

Eindrapport

In opdracht van:



Uitgevoerd door:



Colofon

Praktijkvoorbeelden

De verpleegkundig specialist in de eerste lijn

Eindrapport

In opdracht van

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Uitgevoerd door

Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH)
Meetpunt Kwaliteit

Auteurs

Stichting KOH

Mevrouw drs. M.R. van der Burgt

Mevrouw drs. E.W.C.C. Derckx

Meetpunt Kwaliteit

Mevrouw J. van Roij BSc (Hons)

Mevrouw dr. M.A. Meulepas

Contact

Stichting KOH | Landelijke Kenniscentrum Taakherschikking in de Eerste Lijn

Postbus 2155

5600 CD Eindhoven

info@stichtingkoh.nl

Copyright

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke bronvermelding. Dit rapport als volgt vermelden: Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH.

Eindhoven, februari 2015

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Kernboodschappen	7
1 Inleiding	9
2 Functies in de huisartsenpraktijk	11
3 Zorgmasters in de huisartsenpraktijk	13
4 De VS in de huisartsenpraktijk in Nederland	17
5 Selectie praktijkvoorbeelden en opzet onderzoek	21
6 Beschrijving praktijkvoorbeeld één	25
7 Beschrijving praktijkvoorbeeld twee	37
8 Beschouwing en methodologische kanttekeningen	47
Literatuurverwijzingen en geraadpleegde bronnen	53
Bijlagen	59

Voorwoord

De gezondheidszorg kampt met een groeiende en veranderende zorgvraag, stijgende kosten en toenemende arbeidsmarktproblemen. Toegang tot zorg en het beheersen van kosten met behoud van kwaliteit is de uitdaging. Taakherschikking biedt perspectieven, de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) spelen daarin een belangrijke rol in. Zowel het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) als veldpartijen erkennen deze perspectieven. Taakherschikking is als prominent thema opgenomen in de Zorgakkoorden voor de eerste en tweede lijn. Om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit en haalbaarheid van de VS en PA in de praktijk is er tijdens het Algemeen Overleg over Arbeidsmarktbeleid in december 2011 door de Tweede Kamer aan de minister van VWS gevraagd om over een aantal bestaande, goede praktijkvoorbeelden te (laten) rapporteren. De minister heeft de beroepsverenigingen Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Associatie voor Physician Assistants (NAPA) daartoe uitgenodigd.

Het onderzoek naar de praktijkvoorbeelden VS en PA in de eerste lijn is in opdracht van, en in samenwerking met de beroepsverenigingen uitgevoerd door Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) en Meetpunt Kwaliteit. Het ministerie van VWS is de subsidiegever. Stichting KOH is het Landelijk Kenniscentrum Taakherschikking voor de eerste lijn. Sinds 2003 initieert, stimuleert en begeleidt de Stichting de implementatie van VS en PA in de Nederlandse huisartsenzorg. Aan het Kenniscentrum is een Stuurgroep Taakherschikking Eerste Lijn verbonden waarin verschillende landelijke stakeholders zijn vertegenwoordigd.

De praktijkvoorbeelden over de VS en PA in de eerste lijn zijn in twee separate rapporten beschreven. De rapporten geven inzicht in de wijze waarop de VS en PA in de eerste lijn, in de huisartsenzorg in het bijzonder, worden ingezet. Het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) heeft voorbeelden beschreven van de VS en PA in het algemeen en academisch ziekenhuis, de GGZ en het verpleeghuis. Tijdens het onderzoek hebben we samengewerkt met het iBMG, waarvoor we bij deze bedanken.

Een begeleidingscommissie heeft de voortgang van het onderzoekstraject van de praktijkvoorbeelden bewaakt en ondersteund. Graag willen de commissieleden bedanken voor het meedenken en hun kritische reflectie. Ook past hier een oprecht woord van dank aan onze betrokken contactpersonen vanuit beide beroepsverenigingen.

De beschrijving van deze praktijkvoorbeelden was natuurlijk niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de VS'en, PA's, huisartsen en andere medewerkers in de beschreven voorbeelden. Wij bedanken hen allen dan ook van harte voor hun gastvrijheid en bereidheid om ons 'een kijkje in de keuken' te geven.

De opdrachtgevers en de financier bedanken we voor het in ons gestelde vertrouwen voor het uitvoeren van dit onderzoek.

Namens Regi van der Burgt (projectleider), Janneke van Roij (junior onderzoeker) en Marianne Meulepas (senior onderzoeker),

Emmy Derckx
Raad van Bestuur
Stichting KOH | Landelijk Kenniscentrum Taakherschikking in de Eerste Lijn

Kernboodschappen

Patiënten zijn zeer tevreden over de VS. Ook huisartsen en doktersassistenten zijn enthousiast.

De VS geeft antwoord op de bestaande vraag naar zorg (extra spreekuurcapaciteit), waardoor patiënten eerder terecht kunnen en huisartsen werkdrukverlichting ervaren.

De VS neemt werk van de huisarts uit handen; zowel (in)direct patiëntgebonden taken als niet-patiëntgebonden taken. Er is dus sprake van taakherschikking.

De VS besteedt haar tijd voornamelijk aan (in)directe patiëntenzorg als consulten en visites.

De VS ziet een omschreven pakket aan klachten en/of patiëntengroepen.

Top drie klachten die de VS behandelt, bestaat net als bij de huisarts uit klachten van huid, bewegingsapparaat en luchtwegen.

De VS is deskundig en levert dezelfde kwaliteit van zorg als de huisarts; inzet is veilig en verantwoord.

De 'verpleegkundige blik' van de VS is een meerwaarde voor de huisarts.

Takenpakket VS kan in de loop der tijd uitbreiden (groeimodel).

De VS ondersteunt de poortwachterfunctie van de huisarts (verwijst niet meer en schrijft niet meer voor).

Door de inzet van de VS verschuiven rol en taken van de huisarts.

Door inzet VS heeft huisarts minder volle spreekuren, waardoor meer tijd voor complexere/intensieve zorgvragen, substitutie taken uit tweede lijn of andere werkzaamheden die de veranderingen in de zorg met zich meebrengen.

De VS kan worden ingezet om de huisartsenzorg anders te organiseren, zo kan de patiënt in de toekomst een beroep kan blijven doen op de huisartsenvoorziening (toegankelijkheid).

De VS en huisarts kunnen samen toekomstige groeiende zorgvragen opvangen; helpt 'zorg in de buurt' te realiseren.

Het takenpakket van de VS kan enigszins variëren, afhankelijk van wensen en kenmerken van de huisartsen(praktijk). Biedt mogelijkheid tot inzet op maat.

De VS lijkt zich niet te kunnen 'terugverdienen' door alleen inkomsten uit consulten, visites en M&I-verrichtingen.

1 Inleiding

De zorgvraag die op de huisartsenpraktijk afkomt verandert de komende jaren. We leven steeds langer, langer in gezondheid en langer met beperkingen. Door wijzigingen in de financiering en de organisatie van de zorg blijven we zelfstandig wonen, totdat we gezondheidsproblemen niet meer zelf kunnen oplossen. Professionele zorg en ondersteuning dient dan zo laag mogelijk in de zorgketen te worden georganiseerd, lokaal en in de eerste lijn, in een samenhangend pakket aan zorg, ondersteuning en welzijn. De huisartsenzorg neemt, mede gezien de inschrijving op naam, binnen de eerste lijn een centrale positie in. De huisarts is het eerste aanspreekpunt en fungeert als poortwachter. Veel klachten kunnen binnen de huisartsenpraktijk worden gediagnosticeerd, behandeld en begeleid (Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 - 2017, 2013). Maar liefst 96% van alle contacten in de huisartsenpraktijk wordt door praktijkmedewerkers afgehandeld en 4% wordt verwezen naar de tweede lijn (NIVEL/RIVM, 2004). Een generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg kenmerken de huisartsenzorg.

Zowel voor de overheid als voor de maatschappij is het toegankelijk en beheersbaar houden van de eerstelijnszorg, met behoud van kwaliteit, een grote uitdaging. Taakherschikking kan een oplossing bieden. Door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2002; RVZ, 2008) is taakherschikking gedefinieerd als: "het structureel herverdelen van taken tussen beroepsgroepen inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden". In het rapport uit 2002 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' bepleitte de RVZ al te onderzoeken wat de inzet van nieuwe professionals (zorgmasters) als de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) kunnen betekenen. Mensen nemen voor een breed scala aan klachten en vragen contact op met de huisarts: van pijn in de rug, vergeetachtigheid, slecht slapen, niet goed kunnen horen, wratten, pijn in de nek tot druk op de borst. Niet alle zorgvragen, waarvoor patiënten contact opnemen met de huisartsenpraktijk, zijn zo complex dat de huisarts die moet behandelen. Ook hulpverleners met een ander deskundigheidsniveau, zoals de MBO opgeleide doktersassistente kunnen een belangrijke rol spelen. Het devies is dat de patiënt met een zorgvraag bij de juiste hulpverlener komt. Een team van zorgverleners met verschillende deskundigheden kan in een wijk of dorp een gedifferentieerd huisartsgeneeskundig zorgaanbod realiseren. Hierdoor ontstaat een efficiënte praktijkorganisatie en een sterke eerstelijns zorg (Keeman et al. (red.), 2009).

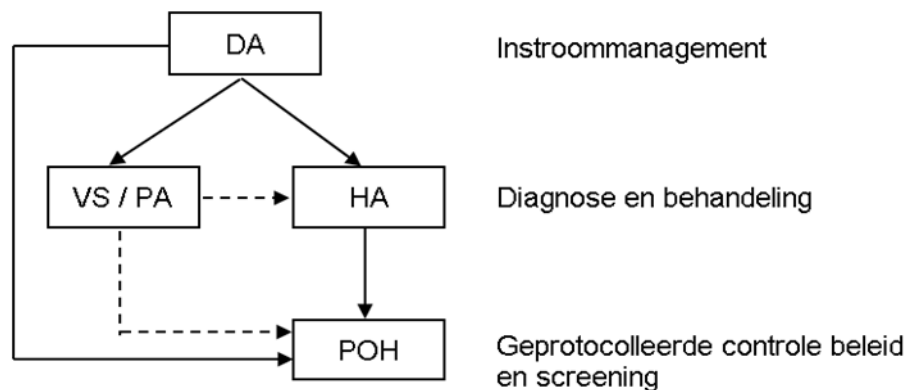
Sinds enkele jaren hebben de VS en PA succesvol hun intrede gedaan in de huisartsenpraktijk. Uit onderzoek blijkt dat de zorgmasters in staat zijn een bijdrage te leveren aan een goede, toegankelijke en beheersbare huisartsenzorg (Dierick-van Daele, Metsemakers, Derckx, Spreeuwenberg & Vrijhoef, 2008; De Leeuw et al., 2008). Het ministerie van VWS heeft taakherschikking als speerpunt op de beleidsagenda staan en erkent de perspectieven van de nieuwe zorgmasters in de eerste lijn (VWS, 2012; VWS, 2012; VWS, 2013). In het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn (2013) hebben partijen met elkaar afgesproken het thema taakherschikking de komende jaren verder uit te werken. In opdracht van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) deden Stichting KOH en Meetpunt Kwaliteit een praktijkgericht onderzoek bij twee huisartsenpraktijken waar een VS werkt. Het gaat hier om twee praktijkvoorbeelden die model kunnen staan de voor de inzet van de VS in de Nederlandse huisartsenzorg. Doel

van deze dieptestudie is inzicht te krijgen in de wijze waarop en onder welke randvoorwaarden de VS wordt ingezet en met welk resultaat in termen van kwaliteit en kosten. Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen zijn aan de hand van vooraf opgestelde criteria twee praktijken geselecteerd die model staan en waar het onderzoek is uitgevoerd. Het selectieproces leverde ook informatie op over de huidige situatie van de VS in de huisartsenzorg in Nederland.

Voor de lezer die direct het eindresultaat wil kennen hebben we de kernboodschappen op pagina 7 op een rij gezet. In hoofdstuk 2 beschrijven we de functies in de huisartsenpraktijk om de VS goed te kunnen situeren naast andere disciplines. Hoofdstuk 3 geeft achtergrondinformatie over de zorgmasters VS en PA in de huisartspraktijk en hoofdstuk 4 een algemeen beeld van de VS in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2013. Hoofdstuk 5 beschrijft de selectiecriteria om aan twee praktijken te komen die model staan voor het onderzoek en de onderzoeksopzet. In hoofdstuk 6 en 7 beschrijven we de twee praktijkvoorbeelden. In hoofdstuk 8 geven we een beschouwing op de onderzoeksresultaten en plaatsen we methodologische kanttekeningen bij dit onderzoek.

2 Functies in de huisartsenpraktijk

De huisartsgeneeskundige zorg wordt tegenwoordig geleverd door een team van zorgverleners dat kan bestaan uit: de huisarts(en), doktersassistent(en), praktijkondersteuner somatiek (POH-S), praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ), de VS en/of PA. De huisarts stuurt het team (inhoudelijk) aan. Maar hoe verhouden die beroepsbeoefenaren in de huisartsenpraktijk zich nu tot elkaar? In onderstaand figuur is dit schematisch weergegeven.



Model E. Derckx & T. Toemen (2005): Positionering beroepsbeoefenaren in de huisartsenzorg

Figuur 1. Positionering beroepsbeoefenaren in de huisartsenzorg¹

De doktersassistente is meestal het eerste aanspreekpunt voor de patiënt in de huisartsenpraktijk; zij beantwoordt de telefoon of staat de patiënt te woord aan de balie. Zij speelt een cruciale rol in de praktijk, omdat zij de toeleiding van de patiëntenstroom reguleert (instroommanagement). Als een patiënt contact opneemt met de praktijk verheldert zij de zorgvraag en bepaalt bij welke zorgverlener hij of zij het beste terecht kan. Afhankelijk van de zorgvraag kan de assistente ook zelf voorlichting en zelfzorgadviezen geven, bijvoorbeeld een advies om paracetamol te gebruiken als iemand enkele dagen last heeft van lage rugpijn. Verder verricht zij kleine laboratoriumonderzoeken en medisch-technische taken, zoals het maken van uitstrijkjes, het controleren van urine, het meten van bloedsuikers, het aanstippen van wratten en het uitspuiten van oren (NVDA, 2013).

In 1999 deed de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) haar intrede in de huisartsenpraktijk. Een POH-S is een functionaris op HBO niveau met een achtergrond als verpleegkundige of doktersassistente aangevuld met een specifieke opleiding. De POH-S levert geprotocolleerde² zorg aan patiënten met een chronische aandoening zoals diabetes mellitus, astma, COPD of hart- en vaatziekten. De huisarts stelt de diagnose en spreekt met de patiënt het beleid af. Door periodieke controles voert de POH-S dit beleid uit. Iedere drie of vier maanden spreekt zij in een eigen spreekuur met de patiënt over zijn ziekte en de gevolgen daarvan. Zo kan een patiënt gemotiveerd worden om meer te bewegen, te stoppen met roken of voorlichting krijgen over zijn aandoening. Als er veranderingen in de gezondheidssituatie optreden of medicijnen moeten worden

¹ DA staat voor doktersassistent en HA is de afkorting voor huisarts

² Vooral de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de zorgstandaarden van Zorginstituut Nederland zijn leidend voor de protocollen waarmee de POH werkt.

aangepast dan overlegt de POH-S dit met de huisarts (Keeman et al. (red.), 2009). De laatste jaren zien we dat de POH-S ook steeds vaker een rol krijgt bij de zorg voor (kwetsbare) ouderen. In de huisartsenpraktijk bieden praktijkondersteuners aanvullende zorg, zij nemen geen zorg van huisartsen over. De werkdruk van huisartsen vermindert niet door de inzet van de POH maar er is vooral sprake van een verbetering van de kwaliteit van zorg (NIVEL, 2004; Laurant, Hermens, Braspenning & Grol, 2008). Het gaat hierbij dus niet om substitutie maar om aanvullende zorg, want het betreft hier taken die voorheen niet of maar deels werden uitgevoerd (Heiligers et al., 2012).

Met de komst van de basis GGZ wordt een toename verwacht van psychische, psychosociale en psychiatrische klachten of ziektebeelden. De huisarts vervult hierin de rol van behandelaar. Sinds 2008 is een nieuwe POH toegevoegd aan het team in de huisartsenpraktijk; de POH GGZ. Deze zorgverlener is HBO opgeleid, maar kent een diverse achtergrond zoals maatschappelijk werker, eerstelijnspsycholoog of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De POH GGZ heeft meestal een aanvullende opleiding gevolgd. De werkzaamheden zijn gericht op vraagverheldering bij psychische, psychosociale of psychiatrische klachten, zoals vermoeidheid, spanningshoofdpijn, depressie of relatieproblemen. Screenen van klachten, geven van kortdurende begeleiding of advies, doorverwijzen en casemanagement zijn andere onderdelen uit het takenpakket (Skill Mix Analyse en functieprofiel POH GGZ).

De POH-S en POH GGZ bieden zorg *na* dat de patiënt een consult heeft gehad bij de huisarts. De huisarts stelt de diagnose of verzoekt om vraagverheldering als het gaat om psychische of psychosociale klachten. Dit is meteen het grote onderscheid met de VS en PA. Zij stellen net als een huisarts diagnoses, behandelen klachten en verwijzen als het nodig is naar de POH-S of POH GGZ. Patiënten worden door de doktersassistente rechtstreeks op het spreekuur van de VS en PA gepland.

Een toelichting op de functie van de VS en PA leest u in het volgende hoofdstuk. In bijlage 1 staat een schematisch overzicht van de meest voorkomende functies in de huisartsenpraktijk. Door de routinematige handelingen en controles uit handen te geven aan andere zorgverleners kan de huisarts zich concentreren op complexere zorgproblematiek, waarvoor zijn medische expertise vereist is. Het overdragen van taken vraagt van de huisarts wel meer tijd voor overleg, aansturing, administratie en coördinatie (Gercama et al., 2007; Capaciteitsorgaan, 2013; Van Wijk, 2014).

3 Zorgmasters in de huisartsenpraktijk

Een VS is een ervaren, BIG geregistreeerde verpleegkundige met een afgeronde HBO verpleegkunde opleiding. Een PA is ervaren professional met een HBO diploma in de gezondheidszorg, zoals fysiotherapie, verlos- of verpleegkunde. Beide hebben een masteropleiding gevolgd; die van de VS duurt twee jaar en die van de PA tweeënehalf jaar. Het gaat om een duale opleiding. Dat wil zeggen dat de VS en PA 32 uur per week leren en werken in de huisartsenpraktijk waar ze worden opgeleid door een huisarts. In de meeste gevallen zijn ze tijdens de opleiding al in dienst van de huisarts of het gezondheidscentrum. Na het afronden van de opleiding registreren VS en PA zich in respectievelijk het Verpleegkundig Specialisten Register en het Kwaliteitsregister van de NAPA.

De VS combineert routinematige medische zorg met (hoog complexe) verpleegkundige zorg. De masteropleiding kent een tweesporenbeleid, te weten verpleegkundige verdieping en medische verbreding. In de huisartsenpraktijk diagnosticeert en behandelt ze patiënten. Meestal gaat het om een specifiek omschreven groep van klachten die veel voorkomen, zoals klachten aan keel, neus, oor bewegingsapparaat of huid. Waar nodig voegt de VS daar haar verpleegkundige expertise aan toe. Dit laatste blijkt vooral van meerwaarde in de zorg voor ouderen, waardoor medische en verpleegkundige zorg kunnen worden geïntegreerd. De PA diagnosticeert en behandelt patiënten met bijna alle voorkomende huisartsgeneeskundige klachten. Veelal wordt hier een aantal uitzonderingen op geformuleerd, bijvoorbeeld pijn op de borst of traumata. De VS en PA werken zelfstandig, kennen de grenzen van hun deskundigheid en overleggen waar nodig met de huisarts. Ze hebben een eigen spreekkamer, met toegang tot het huisartsinformatiesysteem (HIS), waar zij patiënten ontvangen en na afloop van het consult registreren in het patiëntendossier. Beiden nemen deel aan patiëntenbesprekingen en andere overleggen in de praktijk (Keeman et al. (red.), 2009).

Beide professionals nemen structureel medische taken over van de huisarts en geven zo vorm aan taakherschikking. Recent onderzoek laat zien dat, in vergelijking met andere settings³, er een grote mate van overlap is in taken van de VS en PA die werken in de huisartsenzorg. Beiden diagnosticeren en behandelen klachten, waarbij de VS met name wordt ingezet voor een omschreven pakket aan klachten en de PA voor een breed klachtenpalet. Bij de VS lijkt daarnaast ook sprake van coördinatie van zorg en zij lijkt een prominentere rol te krijgen in de ouderenzorg dan de PA. De zorg die de professionals verlenen wordt gekarakteriseerd als variërend van laag tot hoog complex. Naast het verlenen van (in)directe patiëntenzorg voeren VS en PA ook niet-patiëntgebonden taken uit. Deze taken worden vaker door de VS uitgevoerd, bijvoorbeeld het opzetten van ketenzorgprojecten, projecten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en managementtaken (Laurant & Wijers, 2014).

³ Bijvoorbeeld algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of verpleeghuis.

Een werkdag van een VS of PA lijkt op die van een huisarts en kan er zo uit zien:

08.00 uur	De dag start met het spreekuur, de eerste afspraak staat om 8.10 uur. De klachten die worden beoordeeld zijn gevarieerd. Er komen patiënten op spreekuur met keelpijn, hoestklachten, aanhoudende hoofdpijn en lage ruggpijn. Een driejarig meisje wordt gezien vanwege oorpijn en een dame van 73 jaar met oorsuizen.
10.00 uur	Korte koffiepauze
10.20 uur	Het spreekuur wordt vervolgd. Er volgen bijna tien consulten bij patiënten van allerlei leeftijd en met de meest uiteenlopende klachten. Tussen de consulten door wordt op verzoek van de doktersassistente in de behandelkamer snel een vieze snijwond beoordeeld.
12.00 uur	Voor de lunchpauze bellen met de longarts, nog wat gegevens in het HIS invullen en een verwijsbrief schrijven.
12.30 uur	Lunchpauze
13.00 uur	Het telefonisch spreekuur gaat beginnen. In de agenda zijn door de assistenten patiënten gezet die gebeld moeten worden over bijvoorbeeld de uitslag van een bloedtest. Daarna kort overleg met een huisarts over een patiënt die vanochtend is gezien en het bijwerken van achterstallige administratie.
14.00 uur	Tijd voor visites. Er staan vandaag vier visites gepland waarvan één voor een patiënt met een exacerbatie COPD en een bezoek aan een hoogbejaarde dame wiens dochter bezorgd is omdat haar moeder zoveel valt. Het aantal visites wisselt per dag.
15.00 uur	Middagspreekuur begint.
16.45 uur	Nog een aantal patiëntgerichte taken afronden, even overleg met een huisarts over een brief van de specialist en dan rond 17.15 uur naar huis.

Figuur 2. Beschrijving van een werkdag van een VS of PA

Martini-de Bruijn, M. (2013). Vrije bewerking uit artikel Taakherschikking in de huisartsenzorg door PA's. MPA Vakblad voor NAPA leden, herfst 2013, 8-9.

Vorbehouden handelingen

Om het herschikken van taken tussen arts, VS en PA juridisch beter mogelijk te maken is op 1 januari 2012 een nieuw artikel aan de Wet BIG toegevoegd (artikel 36a). Op grond van dit artikel kent de minister in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) tijdelijk, voor de duur van vijf jaar, bevoegdheden toe aan de VS en PA. Door de inwerkingtreding van de wet en de AMvB's zijn de VS en PA bevoegd om, onder bepaalde voorwaarden, zelfstandig een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren, te delegeren en/of uit te voeren (VWS, 2011; KNMG, V&VN & NAPA, 2012). In de huisartsenpraktijk gaat het om handelingen als het voorschrijven van medicatie, injecteren, hechten of katheteriseren.

Financiering VS en PA

De VS en PA zijn in dienst van één of meer huisartsen, een gezondheidscentrum, zorggroep of huisartsenpost. Alleen voor de huisartsenpost zijn beide functies ingeschaald in de CAO Huisartsenzorg (LHV/Ineen, 2013). Deze inschaling geldt niet voor de huisartsenpraktijk tijdens kantooruren. De CAO gezondheidscentra kent de functies van VS en PA niet. Salarisinschaling kan dus variëren en is afhankelijk van de CAO die wordt gebruikt en de onderhandeling tussen werkgever (huisarts) en werknemer (VS of PA). Er is geen apart tarief of financiële regeling voor de VS en PA, zoals die wel geldt voor de POH. Uitgangspunt is dat de VS en PA zichzelf moeten 'terug verdienen'. De VS en PA voeren taken uit op drie gebieden:

- Direct patiëntgebonden taken door consulten, visites en M&I⁴-verrichtingen.
- Indirect patiëntgebonden taken, zoals overleg met andere zorgverleners, casemanagement, registratie en dossiervoering.
- Niet-patiëntgebonden taken zoals het ontwikkelen van protocollen, scholing van doktersassistenten of managementtaken.

Om te bepalen of de VS of PA zich kan 'terug verdienen' wordt doorgaans alleen gerekend met de vergoedingen uit de direct patiëntgebonden taken. Maar de VS en PA kunnen ook werkzaamheden uitvoeren voor de kwaliteitsverbetering of organisatie in de praktijk. Deze uren moeten op een andere manier worden gefinancierd. De verdeling tussen declarabele (direct patiëntgebonden) en niet-declarabele taken (indirect en niet-patiëntgebonden) verschilt per huisartsenpraktijk. Dat hangt af van de visie op zorg binnen een huisartsenpraktijk, de context waar binnen de zorg wordt geleverd en de rol die daarin wordt gezien voor de VS of PA.

Iedere huisartsenpraktijk, gezondheidscentrum of andere werkgever (huisartsenpost of zorggroep) maakt een berekening om zien hoe de kosten voor de VS of PA in de eigen situatie kunnen worden gedekt (Derckx, Van de Rijt & Gauthier, 2008).

Aan de kostenkant moet rekening gehouden worden met:

- Loonkosten plus werkgeverslasten bestaande uit het salaris van de VS of PA (volgens inschaling in de CAO en naar rato dienstverband) vermeerderd met de werkgeverslasten (sociale premies, vakantiegeld en eindejaarsuitkering). Voor de werkgeverslasten wordt uitgegaan van 40% van het salaris (factor 0,4).
- Praktijkkosten als een volledig ingerichte spreekkamer met toegang tot het HIS, instrumentarium en verbruiksmateriaal. Ook de gangbare huisvestingskosten als gas, water en licht worden gerekend tot de praktijkkosten. Verder hoort hier het gebruik van een mobiele telefoon, laptop of geoutilleerde dokterstas bij.
- Overheadkosten waaronder reiskosten die gemaakt worden voor visites of nascholingen, verzekeringen die moeten afgesloten, aansturingkosten of salarisadministratie.

Voor de inkomsten kan gedacht worden aan:

- Inkomsten uit verrichtingen (consulten en visites) die de VS of PA doet. Verzekeraars en NZa hebben hiervoor tarieven vastgesteld die ook kunnen worden gedeclareerd als de VS of PA het consult of de visite uitvoert.

⁴ De module Modernisering en Innovatie (M&I) is bedoeld om substitutie te bewerkstelligen van tweede naar eerste lijn. In de module zijn verrichtingen opgenomen die in de eerste lijn doorgaans goed en veel goedkoper kunnen worden uitgevoerd.

- Inkomsten uit M&I-verrichtingen, zoals kleine chirurgie of het uitvoeren van een longfunctiemeting. Hiervoor zijn tarieven vastgesteld die ook gedeclareerd kunnen worden als de VS of PA de verrichting uitvoert. De opbrengsten uit consulten, visites en M&I-verrichtingen worden ook wel 'productie' genoemd en zijn rechtstreeks toe te rekenen aan de VS of PA.
- Projectmatige activiteiten behorend tot de modules kwaliteit, die zorgverzekeraars inkopen om de kwaliteit of het aanbod van zorg te vergroten. Projecten die hiertoe behoren zijn bijvoorbeeld het verminderen van geneesmiddelengebruik bij een bepaalde doelgroep of het in kaart brengen van een bepaalde doelgroep om bijvoorbeeld de therapietrouw te verhogen. VS of PA kunnen binnen dergelijke projecten een belangrijke rol spelen.
- Activiteiten die de VS en PA doen in de programmatische zorg, bijvoorbeeld in de ouderenzorg die via de DBC-constructie⁵ wordt gefinancierd.
- Toerekenen van een gedeelte van het inschrijftarief aan de VS of PA. Patiënten kunnen alleen worden ingeschreven op naam van een huisarts die voor iedere ingeschreven patiënt een vast bedrag ontvangt. In dit inschrijftarief zijn ook praktijkkosten versleuteld. Het is mogelijk om een gedeelte van het tarief te betrekken in de bekostiging van de VS of PA.
- Inschrijven van extra patiënten, waardoor meer inkomsten worden gegenereerd. Door de inzet van de VS of PA kunnen extra patiënten worden ingeschreven in de praktijk. Door deze capaciteitsvergroting kan een gedeelte van de extra inkomsten gebruikt worden voor de financiering van de VS of PA.
- Een VS of PA inzetten in plaats van een (duurdere) waarnemer of huisarts in dienst van een huisarts (hidha).
- Formatie huisarts verminderen ten gunste van een VS of PA. Als een vacature voor een huisarts ontstaat van bijvoorbeeld 0,8 fte dan kan er voor gekozen worden om een nieuwe arts aan te trekken voor 0,5 fte en de resterende formatie te gebruiken voor de bekostiging van een VS of PA.

In tabel 1 zijn de variabelen voor het financieren van de VS en PA op een rij gezet. Door iedere huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum moeten deze punten nader gespecificeerd en ingevuld worden op basis van praktijk specifieke factoren.

Kosten
Salariskosten plus werkgeverslasten
Praktijkkosten
Overhead
Inkomsten
Verrichtingen (consulten, visites)
M&I-verrichtingen
Projectmatige activiteiten: M&I-modules
Programmatische zorg (DBC's)
Inschrijftarief voor inschrijven (extra) patiënten
Verminderen kosten waarneming
Formatie huisarts verminderen ten gunste van VS of PA

Tabel 1. Variabelen voor het financieren van een VS of PA

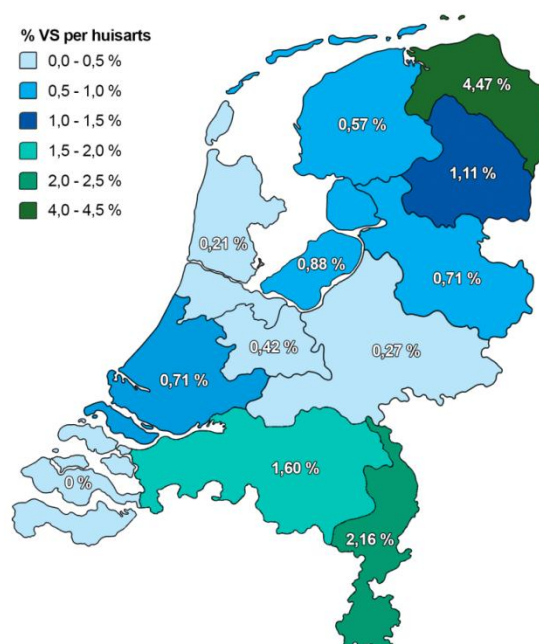
⁵ Het betreft functionele bekostiging tegen een vooraf vastgesteld tarief dat is onderhandeld met de zorgverzekeraar. De huisartspraktijk kan onderaannemer zijn van een grotere organisatie of zelf (bijvoorbeeld als gezondheidscentrum) hoofdcontractant zijn.

4 De VS in de huisartsenpraktijk in Nederland

In juli 2013 werkten er ruim tweeduizend VS'en in de zorg (NIVEL, 2013), waarvan ongeveer 120 (6%) – sommige nog in opleiding – in een huisartspraktijk en/of bij een huisartspost (Stichting KOH, 2013). Ze werken niet gelijk verspreid over het land, zoals te zien is in figuur 3a en 3b. In de laatste figuur zijn percentages berekend op basis van het aantal VS'en per huisarts per provincie (NIVEL, 2013). Dat betekent dat in Groningen op elke honderd huisartsen er 4,5 VS'en werken en in Noord Holland 0,2. Opvallend hieraan is dat de VS zich vooral in Groningen, Limburg en Noord-Brabant heeft gevestigd. Groningen is de bakermat van deze professional. In 1998 startte hier de opleiding Master of Advanced Nursing Practice. In Brabant en Limburg initieert, stimuleert en begeleidt Stichting KOH al vanaf 2003 de opleiding en inzet van VS'en in huisartspraktijken en -posten.



Figuur 3a. Spreiding van VS'en in Nederland per gemeente



Figuur 3b. Spreiding van VS'en in Nederland, uitgedrukt in percentages

Informatie over het werkveld, het type praktijk en het takenpakket is via een vragenlijst (bijlage 2) verzameld in het voorjaar 2013 onder alle 120 namen uit het adressenbestand van Stichting KOH. Afhankelijk van het werkveld (huisartspraktijk/-post/opleiding) ontvingen de VS'en vragen gericht op hun persoonlijke situatie. In deze enquête werd hen gevraagd om bij verschillende vragen schattingen te maken op basis van hun werkweek voorafgaand aan de enquête.

Van de 120 vragenlijsten is 73% (89 vragenlijsten) ingevuld retour ontvangen. Het betreft gegevens van 83 vrouwen en zes mannen met een gemiddelde leeftijd van 44 jaar (range 24 - 61 jaar). De verdeling van de VS'en over de werkvelden is in tabel 2 weergegeven. Voor de analyse zijn alleen de 69 afgestudeerde VS'en die werken in een huisartsenpraktijk meegenomen.

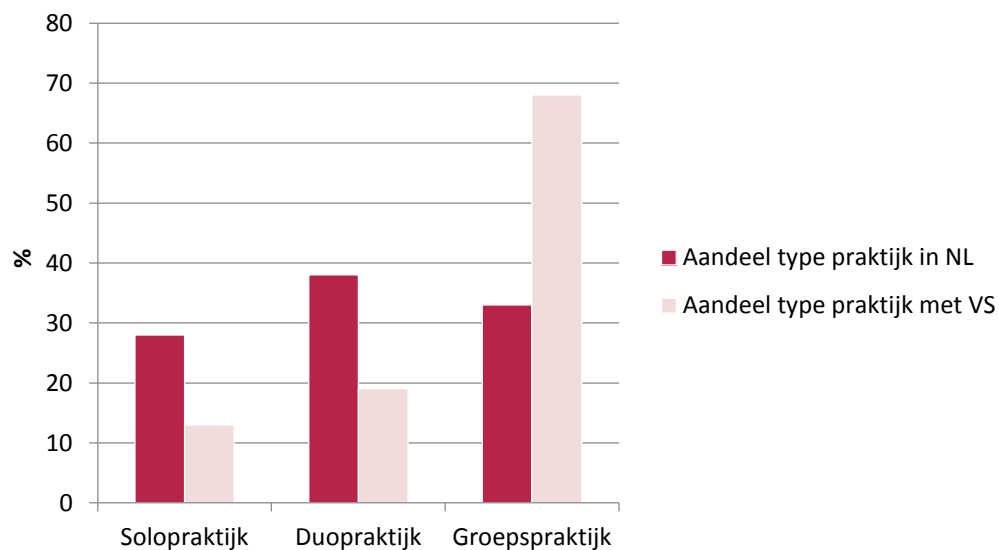
Werkveld VS	Aantal VS
Huisartsenpraktijk	53
Huisartsenpost	7
Huisartsenpraktijk en huisartsenpost	13
Huisartsenpraktijk en ergens anders*	3
Huisartsenpost en ergens anders*	2
In opleiding	11

Tabel 2. Aantal VS'en per werkveld

* Onder 'ergens anders' wordt verstaan een ambulance dienst, in de thuiszorg en dergelijke

De VS in de huisartspraktijk

De VS'en werken gemiddeld 25 uur per week (range 8 - 38 uur). Ze werken bijna allemaal (96%) in een praktijk die groter is dan een normpraktijk (2.350 ingeschreven patiënten)⁶ met meerdere huisartsen. Dit betekent dat 68% van de VS'en werkt in een groepspraktijk (figuur 4). Dit is opmerkelijk, omdat in Nederland slechts 33% van de huisartsen in dit type praktijk werkt (NIVEL, 2013). Er is niet onderzocht hoe dit komt: heeft een groepspraktijk door de grotere patiënten populatie dagelijks meer aanbod van klachten die passen bij het spreekuur van de VS, is het toevoegen van een nieuwe functionaris aan het team in een groepspraktijk makkelijker te organiseren dan in een solo- of duo praktijk, of nog weer anders.

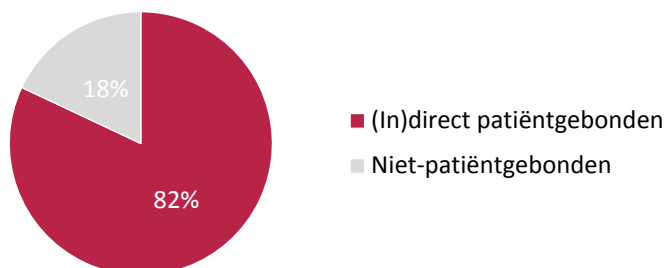


Figuur 4. Verdeling type praktijk waar een VS werkt, afgezet tegen de verdeling van het type praktijken in Nederland

⁶ Per januari 2014 is de norm verlaagd naar 2.168 ingeschreven patiënten.

Taken

Figuur 5 geeft de indeling (in)directe en niet-patiëntgebonden tijdbesteding weer. De VS'en besteden volgens eigen schatting gemiddeld 82% van hun tijd aan (in)directe patiëntenzorg door (telefonische) consulten en visites.



Figuur 5. Indeling (in)directe patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken

Alle VS'en die de vragenlijst hebben ingevuld geven aan minimaal één klacht niet of alleen onder supervisie te mogen zien op hun spreekuur. In de meeste gevallen gaat het om neurologische klachten (hoofdpijn, duizeligheid en dergelijke), psychiatrische klachten, buikpijn en cardiale klachten (pijn op de borst).

Naast de (in)directe patiëntgebonden taken heeft de VS ook niet-patiëntgebonden werkzaamheden (ongeveer 20% van de tijd). Wat ze in de resterende tijd doen aan niet-patiëntgebonden taken hebben we hieronder opgesomd:

- Overleg met huisartsen en andere professionals (27%).
- Ontwikkelen van protocollen en standaarden voor de praktijk (19%).
- Nascholing geven aan collega's of andere professionals (16%).
- Initiëren en uitvoeren van kwaliteitsprojecten in de huisartsenpraktijk (15%).
- Managementtaken (7%).
- Begeleiden / coachen van VS in opleiding (5%).
- (Wetenschappelijk) onderzoek in de praktijk (4%).

Specialisten titel

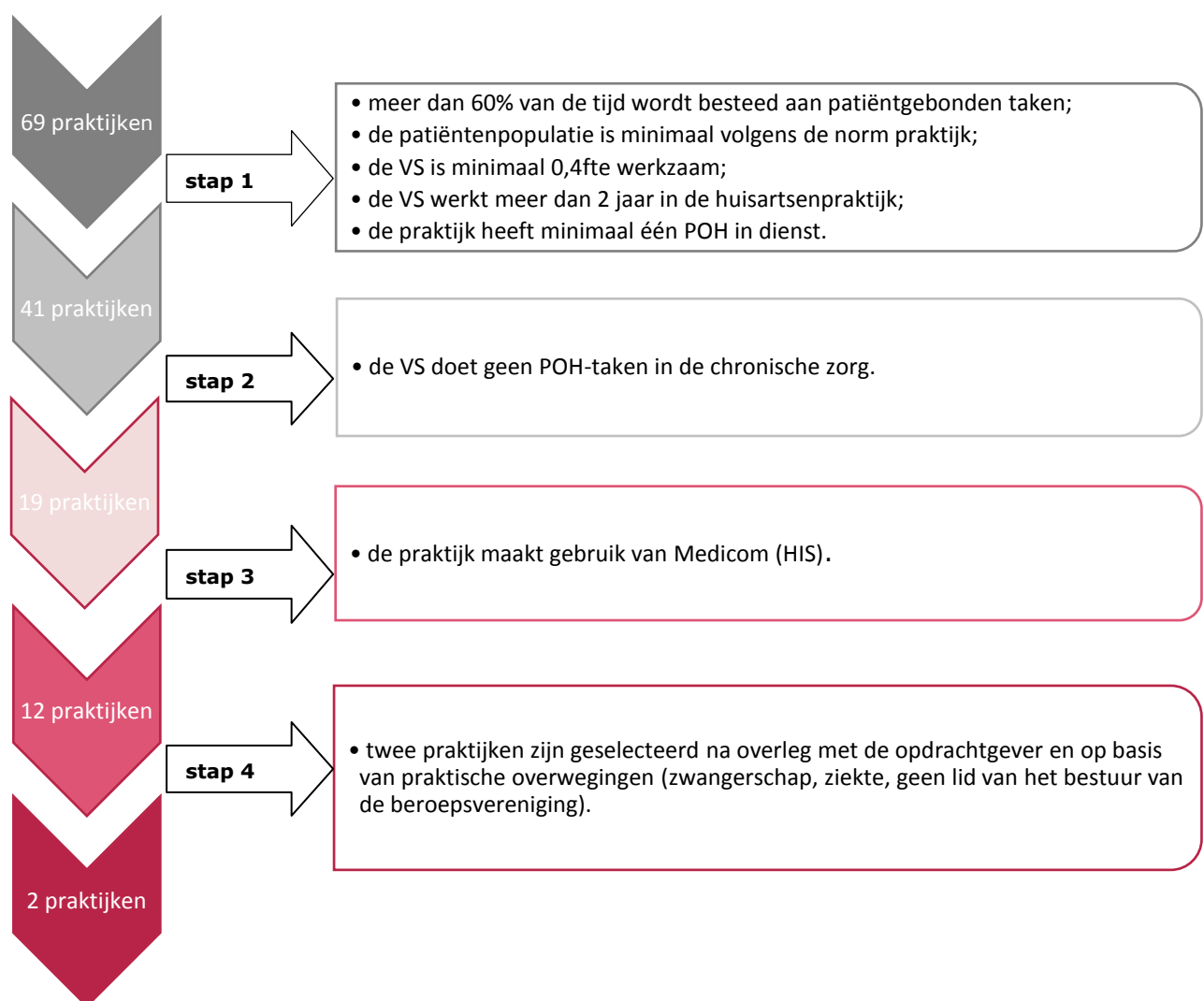
Na het afronden van de opleiding dient een VS zich te laten inschrijven in het Verpleegkundig Specialisten Register (VSR). Vanaf dat moment mag de wettelijke titel Verpleegkundig Specialist gevoerd worden. Er zijn vijf beschermde specialistentitels waarin een VS zich kan laten registreren: preventieve somatische zorg, acute somatische zorg, intensieve somatische zorg, chronische-somatische zorg en geestelijke gezondheidszorg (College Specialismen Verpleegkunde, 2008).

Van alle VS'en die de vragenlijst hebben ingevuld heeft 71% zich ingeschreven in het specialisme intensief somatische zorg. De aard van de zorg binnen het verpleegkundig specialisme intensieve zorg bij somatische aandoeningen laat zich het beste samenvatten met het begrip 'behandelen en begeleiden'. De ziekte, de behandeling van de ziekte en de consequenties van de ziekte voor het directe functioneren staan centraal. Verpleegkundig specialisten intensieve zorg bij somatische aandoeningen gaan met hun patiënten een behandelrelatie aan (College Specialismen Verpleegkunde, 2008). In de huisartsenzorg staan de werkzaamheden van de VS in het teken van het diagnosticeren en behandelen van klachten. De omschrijving van het specialisme intensieve zorg bij

somatische aandoeningen sluit hier goed bij aan. De overige VS'en hebben zich ingeschreven in het specialisme chronische en acute zorg bij somatische aandoeningen.

5 Selectie praktijkvoorbeelden en opzet onderzoek

Om tot twee praktijkvoorbeelden te komen is gebruik gemaakt van de vragenlijst uit het vorige hoofdstuk. Alleen de 69 VS'ën die zijn afgestudeerd en werken in een huisartsenpraktijk zijn in de selectie meegenomen. De overige respondenten zijn buiten beschouwing gelaten. Dit betekende een zorgvuldige keuze om goede voorbeelden aan te wijzen die een genuanceerd beeld geven van het functioneren van de VS in de Nederlandse huisartsenpraktijk. De selectiecriteria en het selectieproces zijn weergegeven in figuur 6. Na het doorlopen van het selectieproces zijn de twee praktijken die voldeden aan de selectiecriteria benaderd en is om hun medewerking voor het onderzoek gevraagd.



Figuur 6. Flowchart selectieproces huisartspraktijken⁷

⁷ In het vervolgonderzoek, zie bijlage 3, bleek dat er eigenlijk nauwelijks POH-taken werden overgenomen en had dit exclusiecriteria niet toegepast hoeven worden.

Opzet onderzoek

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruikgemaakt van interviews, schriftelijke vragenlijsten, praktijkdocumenten en data-extracties uit het HIS. Om zeker te zijn dat alle benodigde gegevens uit het HIS beschikbaar zouden zijn, zijn proefextracties uitgevoerd en is getoetst in hoeverre de praktijkmedewerkers volgens de officiële richtlijn (Boesten et al., 2013) registreren. Waar nodig zijn aanvullende registratie instructies gegeven. Bij beide praktijken is tijdens een bezoek een eerste schets van de praktijkorganisatie verkregen. Vervolgens heeft een eerste interviewronde onder de huisartsen, VS en manager inzicht gegeven in de verwachtingen en uitgangssituatie van de huisartspraktijken voor de komst van de VS. Verder zijn praktijkdocumenten opgevraagd om te verhelderen welke werkafspraken schriftelijk zijn vastgelegd.

Het oordeel over de kwaliteit van zorg is sterk afhankelijk van het perspectief van waaruit je kijkt (Nationaal Kompas Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008). Een patiënt gaat het vooral om effectiviteit en doelgroepgerichtheid. Voor de professional is de effectiviteit belangrijk, terwijl vanuit het perspectief van de organisatie de efficiëntie van de zorg een belangrijk kwaliteitsdomein is, evenals de veiligheid. Niet alle kwaliteitsdomeinen zijn even makkelijk te meten binnen de beschikbare tijd en middelen. We hebben daarom gekozen voor een schriftelijke enquête (bijlage 4) onder patiënten om hun oordeel over effectiviteit en doelgroepgerichtheid van de VS te vergelijken met dat van de huisarts. Daarnaast hebben we de mate waarin de VS verwijst, recepten uitschrijft of huisartsgeneeskundige richtlijnen volgt, vergeleken met de mate waarin de huisarts dat doet.

In februari 2014 zijn gedurende een aantal dagen enquêtes afgenomen bij patiënten die het spreekuur bezochten van VS of huisarts. Hiervoor is er een bewerking gedaan op vragenlijsten uit eerder onderzoek (Dierick-van Daele et al., 2008; De Leeuw et al., 2008). De enquête bevat dertien items: het bespreken van de klacht tijdens het consult (vijf items), de informatievoorziening tijdens het consult (vijf items) en de algemene tevredenheid over het consult (drie items).

Om verwijs- en voorschrijfgedrag in kaart te brengen zijn gegevens van de VS en de huisartsen in het eerste half jaar van 2014 verkregen door een data-extractie uit het HIS (aantal contacten, medicatievoorschriften, verwijzingen, M&I-verrichtingen en aanvullende diagnostiek). Bij de analyse is een selectie gemaakt op de diagnoses die de VS heeft behandeld in de meetperiode. Dat patiënten met complexere klachten die de huisartsen zien en de VS niet, mogelijk vaker verwezen worden of een recept nodig hebben is hiermee ondervangen. Daarnaast is er een selectie gemaakt op 'nieuwe klachten', gedefinieerd als diagnoses die bij een patiënt niet in 2013 zijn geregistreerd en zich voor het eerst (weer) voordoen in 2014. Tot slot zijn alleen de patiënten die met één klacht het spreekuur bezochten, meegenomen in de analyse. Zo is vrijwel zeker dat een eventuele verwijzing of een uitgeschreven recept bij die betreffende klacht hoort.

Een aantal diagnoses is geselecteerd om na te gaan of de VS in dezelfde mate de NHG-richtlijnen⁸ opvolgt als de huisartsen, gebaseerd op de methode uit eerder onderzoek (Dierick-van Daele et al., 2008). Bij het eerste praktijkvoorbeeld zijn de diagnoses constitutioneel eczeem, sinusitis en middenoorontsteking bekeken. Bij het tweede praktijkvoorbeeld zijn constitutioneel eczeem, middenoorontsteking en hoesten

⁸ De richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn bedoeld om het medische beleid in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen.

onderzocht. Bij deze selectie is rekening gehouden met de frequentie waarmee de VS deze diagnoses zag in de meetperiode, omdat de kans op inzicht in beleid toeneemt bij grotere aantallen en de kans op toeval afneemt. Om het opvolgen van richtlijnen te beoordelen kan worden gekeken naar een verwijzing bij een klacht (wel of niet verwijzen en zo ja, naar wie), aanvullende diagnostiek (wel of niet en zo ja, welk onderzoek) of medicamenteuze behandeling (wel of niet een recept en zo ja, welk geneesmiddel). Omdat verwijzingen en aanvullende diagnostiek niet altijd worden vastgelegd in het HIS hebben we ons enkel gebaseerd op recepten. We gaan ervan uit dat patiënten aan VS of huisarts worden toegewezen op basis van de klacht waarmee ze zich melden en niet op basis van achtergrondkenmerken (zoals geslacht, leeftijd, SES⁹ en comorbiditeit). We hebben daarom geen case mix correcties toegepast bij de analyses.

Voor het inzicht in de financiering van de VS hebben we de door de VS gerealiseerde omzet berekend door alle (telefonische of dubbele) consulten, visites of M&I-verrichtingen te koppelen aan het tarief dat hiervoor door de NZa is vastgesteld (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013). Daarnaast zijn gegevens over salariskosten opgevraagd bij de praktijken.

Via een schriftelijke vragenlijst (praktijkformulier, bijlage 5) hebben we informatie verzameld over het aantal fte van de praktijkmedewerkers, eventuele niet-patiëntgebonden aanstellingen en het aantal patiënten ingeschreven per praktijk. Een agenda onderzoek is uitgevoerd om de dagindeling van de VS te vergelijken met die van de huisartsen en inzicht te krijgen in de verdeling tussen de patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken van VS en huisartsen.

In elke praktijk zijn er, per discipline, tweede (groeps)interviewrondes gehouden. Daarin hebben we de resultaten van de analyses van de HIS-data getoetst. Daarnaast hebben deze interviews geholpen bij het inkaderen van de resultaten en het vergaren van informatie over randvoorwaarden en succes- en faalfactoren.

Alle data-analyse is uitgevoerd met beschrijvende statistiek binnen IBM SPSS Statistics 19.0. In bijlage 6 is een planning van het onderzoek opgenomen.

⁹ Sociaal Economische Status.

6 Beschrijving praktijkvoorbeeld één

Deze voorbeeldpraktijk maakt deel uit van een gezondheidscentrum dat op twee locaties huisvesting biedt aan verschillende zorgverleners zoals huisartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychologen en apothekers. Het gezondheidscentrum ligt in een gemeente met ongeveer 123.507 inwoners in het midden van Oost-Nederland (CBS, 2014). Het gezondheidscentrum bestaat uit twee dicht bij elkaar gelegen locaties in een Vinex wijk dicht tegen de stad. De gemiddelde leeftijd van de inwoners van deze stad bedraagt 31 jaar, 57% is jonger dan 44 jaar en 90% van de inwoners verricht betaalde arbeid. Het geboortecijfer in de Vinex wijk was in 2004 het hoogste van de hele gemeente, met gemiddeld 319 kinderen per 1000 inwoners (CBS, 2010). In de wijk vestigen zich vooral jonge gezinnen met tweeverdieners uit andere delen van de stad. In januari 2014 staan bij alle huisartsen samen ongeveer 10.200 patiënten ingeschreven. De formatie bestaat op dat moment uit zes huisartsen (4,61 fte), negen assistenten (6,07 fte), drie POH-S (2,44 fte), één VS (0,67 fte) en een directeur. Alle medewerkers zijn in loondienst van het gezondheidscentrum. De VS werkte sinds 1999 als POH-S bij deze huisartsen. Daarvoor werkte zij als wijkverpleegkundige waar ze veel ervaring heeft opgedaan in de wond-, ouderen-, jeugd- en terminale zorg. In 2005 is zij afgestudeerd aan de opleiding tot VS. Dit betekent dat ze ten tijde van het onderzoek ongeveer negen jaar werkte als VS. Aan het einde van de meetperiode heeft de VS een sabbatical genomen, hiervoor is in data-analyse gecorrigeerd.

Reden inzet VS

Er was een groot aanbod aan zorgvragen in de praktijk; veel patiënten belden met relatief eenvoudige vaak voorkomende klachten voor een afspraak. Het gevolg was dat patiënten soms enkele dagen moesten wachten omdat de agenda's van huisartsen vol zaten. Huisartsen ervaarden hierdoor een hoge werkdruk. De verwachting was dat, met het uitbreiden van spreekuurcapaciteit met een VS, de werkdruk voor huisartsen zou verminderen en patiënten eerder een afspraak konden krijgen (zelfde dag). De VS zou de vaak voorkomende zorgvragen gaan behandelen. Dit zijn klachten waarvan de huisartsen aangeven dat zij die niet persé zelf hoeven te zien. Aangezien één POH-S de ambitie had om zich verder te ontwikkelen, werd besloten haar op te leiden tot VS. Niet iedereen was bij aanvang even overtuigd van deze nieuwe functie. Enkele huisartsen vroegen zich af of de VS wel voldoende huisartsgeneeskundige kennis zou hebben. De tweejarige opleiding tot VS biedt beperktere medische kennis dan die van een huisarts, waardoor de VS mogelijk minder breed differentiaal diagnostisch¹⁰ kan denken. De kans bestaat dat ze daardoor ernstige medische problematiek niet herkent. Een ander punt van zorg was of huisartsen de regie over de zorg voor hun patiënten niet zouden verliezen. Door de inzet van een extra functionaris zou de continuïteit van de zorg kunnen verminderen omdat meerdere professionals een stukje van de zorg leveren.

¹⁰ Differentiaal diagnostiek wil zeggen dat een zorgverlener de aard van een klacht of aandoening vaststelt door kenmerken van verschillende aandoeningen te vergelijken en aandoeningen o.b.v. bevindingen uit medisch onderzoek en anamnese (situatie en voorgeschiedenis van de patiënt) uitsluit.

Taken

Patiëntgebonden taken

Aan de VS is gevraagd welk deel van haar dienstverband ze besteedt aan patiëntgebonden taken. Ze schat in dat ze 95% van haar tijd kwijt is aan directe patiëntenzorg als consulten, visites, telefoontjes naar specialisten, overleg met thuiszorg et cetera. De agenda-indeling voor de VS ziet er hetzelfde uit als voor de huisartsen. De assistenten plannen voor beiden vijf consulten per uur, alleen voor de VS wordt steeds na vijf consultplaatsen één plaats geblokkeerd. De VS heeft, net als de huisarts, iedere dag tussen twaalf en twee uur tijd voor visites; zij heeft alleen in die tijd geen telefonisch spreekuur.

Vastgelegd is welke klachten de VS kan behandelen (tabel 3). De VS ziet patiënten van alle huisartsen. De assistenten bepalen op basis van de klacht of de patiënt een afspraak krijgt bij de (eigen) huisarts of de VS. Ze zeggen het overzicht in tabel 3 niet te gebruiken maar weten uit ervaring welke klachten bij de VS ingepland kunnen worden. De agenda's van huisartsen staan soms al enkele dagen van te voren vol met afspraken. Gestreefd wordt om het spreekuur van de VS zoveel mogelijk vrij te houden voor patiënten die dezelfde gezien moeten worden.

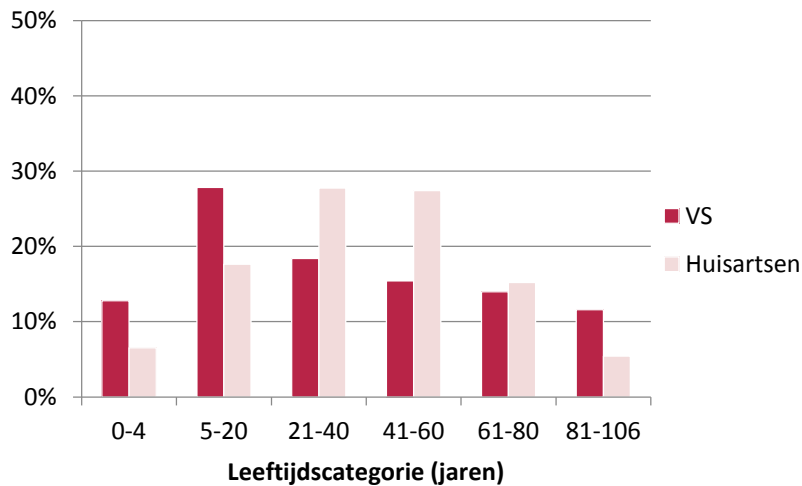
Klachten die de VS ziet

- KNO-klachten
- Huidafwijkingen
- Klachten bewegingsapparaat
- Ooginfecties
- Luchtweginfecties
- Maag-darm klachten
- Anticonceptie
- Verwondingen

Tabel 3. Overzicht van de klachten die de VS mag zien

Bron: uit document van de praktijk, 2011

De gemiddelde leeftijd van de patiënten die de VS gezien heeft in de meetperiode is 37 jaar, dit ligt onder het gemiddelde van de huisartsen (veertig jaar). De spreiding qua leeftijd is bij haar het grootst (heel jong en heel oud). In figuur 7 staat de leeftijdsverdeling. Deze figuur bevestigt dat de VS meer patiënten boven de tachtig jaar, en onder de twintig jaar ziet dan huisartsen. Ze wordt in de praktijk ook wel de 'kinderdokter' genoemd door patiënten en assistenten.

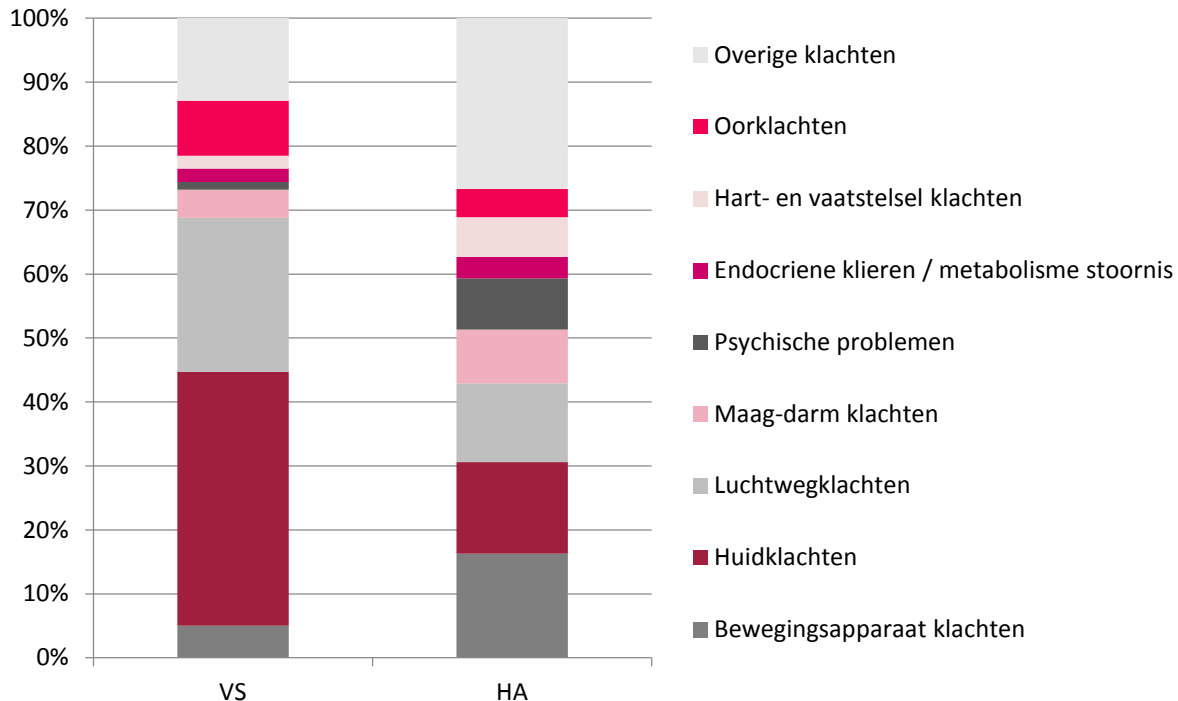


Figuur 7. Leeftijdsverdeling van alle patiënten die gezien zijn in de meetperiode per discipline¹¹

Patiënten komen naar de huisarts met een grote verscheidenheid aan klachten. De meest geregistreeerde diagnoses in het gezondheidscentrum komen ook landelijk het meest voor in huisartspraktijken (NIVEL, 2013). Het gaat dus in dat opzicht om een gemiddelde praktijk.

De top drie aan klachten die patiënten presenteren behoren tot de categorieën van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, huid en luchtwegen. Klachten uit deze categorieën zien zowel de VS als de huisartsen het meest. In figuur 8 staan de acht meest geziene categorieën per discipline. Uit het overzicht blijkt dat de top drie voor VS en huisarts hetzelfde is, maar dat de huisarts een grotere variëteit aan aandoeningen ziet. De top drie beslaat bij de VS ruim 70% en bij de huisarts 40% van de categorieën. De figuur laat zien dat huisartsen vaker aandoeningen behandelen aan het bewegingsapparaat en de VS vaker oorklachten. Dit laatste kan mogelijk komen omdat de VS meer jonge kinderen op haar spreekuur ziet, zij hebben vaker dan volwassenen last van oorproblemen.

¹¹ Afkapwaarde leeftijdscategorieën zoals gepresenteerd in meetperiode.



Figuur 8. Verdeling meest voorkomende categorieën aandoeningen bij de VS en huisarts (HA)

Elke categorie zoals hierboven genoemd, is weer verder onder te verdelen in subcategorieën. Onder de categorie aandoeningen aan de luchtwegen vallen bijvoorbeeld verkoudheid, voorhoofdsholteontsteking, acute hoest of longontsteking. In totaal zijn er zeventien klachtencategorieën (waaronder huidklachten, luchtwegklachten of klachten aan bewegingsapparaat) met meer dan negenhonderd subcategorieën¹². Tabel 4 geeft een overzicht van de meest voorkomende subcategorieën in de meetperiode per discipline. Hieruit blijkt dat de VS klachten ziet zoals die vooraf zijn vastgelegd, zie tabel 3. Ze ziet deze diagnoses meer dan de huisartsen. Bijvoorbeeld 5,3% van de diagnoses die de VS gesteld heeft in de meetperiode betreffen contacteczeem, bij de huisartsen gaat het om 1,2% voor diezelfde diagnose. Huisartsen zien nog steeds klachten op hun spreekuur die de VS ook kan zien. Dit is onvermijdelijk, omdat een patiënt de voorkeur kan hebben om door een huisarts gezien te worden en de VS niet altijd beschikbaar is (ze werkt maar 24 uur per week). Daarnaast kan de voorgeschiedenis van de patiënt (een simpele klacht bij een complexe patiënt) een reden zijn om de patiënt in te plannen op het spreekuur van de huisarts. Huisartsen geven aan dat de VS in de loop der jaren ook klachten is gaan zien die complexer zijn, zoals patiënten met aanhoudende luchtweg- of huidklachten. Het pakket van de VS is dus gaandeweg uitgebreid.

¹² International Classification of Primary Care (ICPC) is een classificatie methode die wordt gebruikt in de huisartsenzorg. De ICPC-indeling bestaat uit zeventien hoofdcategorieën met elk ongeveer vijftig specifieke diagnoses.

Huisartsen (n=6)		VS (n=1)	
1.	Acute infectie bovenste luchtwegen	2,2%	Contact/ander eczeem 5,3%
2.	Moeheid/zwakte	2,0%	Hoesten 5,1%
			Ulcus cruris/decubitus
3.	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	1,6%	Dermatomyose (schimmelinfectie huid) 4,8%
4.	Hoesten	1,4%	Andere lokale infectie huid/subcutis (folliculitis) 3,4%
5.	Acute/chronische sinusitis	1,2%	Acute infectie bovenste luchtwegen 3,2%
	Contact/ander eczeem		
	Constitutioneel eczeem		
	Astma		
	Andere ziekte bewegingsapparaat		
6.	Otitis media acuta (middenoor ontsteking)	1,1%	Constitutioneel eczeem 3,0%
	Borstkas symptomen		
	Schouder klachten		
	Depressie		
	Dermatomyose (schimmelinfectie huid)		
7.	Gegeneraliseerde buikpijn	1,0%	Acute/chronische sinusitis 2,6%
	Voet/teen klachten		
	Anticonceptie: spiraaltje		

Tabel 4. Diagnoses die het meest gezien zijn per discipline

Percentages geven aan hoe vaak de diagnose is voorgekomen ten opzichte van het totaal aantal diagnoses die de huisartsen of de VS gezien hebben.

Doordat de VS de vaak voorkomende klachten ziet, ervaren huisartsen minder druk op hun spreekuur. Zij merken op dat zij daardoor vaker klachten zien die intensiever of complexer van aard zijn. In de data zien we terug dat huisartsen vaak depressie, moeheid/zwakte en maag-darm problemen zien op hun spreekuur. Door deze intensievere of complexere klachten hebben zij vaker dubbele consulten.

De huisartsen en VS doen naast de consulten en visites ook M&I-verrichtingen. Hier besteden de huisartsen maar een klein deel van hun tijd aan; de VS daarentegen doet deze verrichtingen nauwelijks. Tabel 5 geeft een overzicht van de meest uitgevoerde M&I-verrichtingen per discipline in de meetperiode. De VS geeft aan dat zij graag chirurgische ingrepen wil uitvoeren, maar dat is niet haalbaar. Deze ingrepen komen niet veel voor in dit gezondheidscentrum, huisartsen willen deze handelingen zelf doen om vaardig te blijven.

Huisartsen (n=6)	PA (n=1)
Verrichtingen: n=409	Verrichtingen: n=3
Chirurgie (43,3,0%)	Chirurgie (33,3%)
Therapeutische injectie (16,1%)	Teledermatologie ¹³ (33,3%)
Inbrengen van een spiraaltje of implanonstaafje (14,9%)	Intensieve zorg dubbele visite ¹⁴ (33,3%)
Intensieve zorg dubbele visite ¹⁴ (9,0%)	-

Tabel 5. Top vier meest uitgevoerde M&I-verrichtingen

Percentages geven aan hoe vaak de verrichting is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal verrichtingen die de huisartsen of de VS uitgevoerd hebben.

De VS is weinig betrokken bij de zorg voor patiënten met een chronische aandoening, dit valt in het takenpakket van de POH-S. Over en weer consulteren zij elkaar als dat nodig is, bijvoorbeeld als de VS een vraag heeft over het afgesproken beleid bij een astma patiënt die regelmatig bij de POH-S komt.

In tegenstelling tot de huisartsen doet de VS geen diensten op de huisartsenpost.

Indirect patiëntgebonden taken

Huisartsen en VS hebben deels dezelfde indirect patiëntgebonden taken, zoals overleg met andere disciplines. Huisartsen hebben daarnaast ook nog andere taken als het verwerken van post, beoordelen van labuitslagen en fiatteren van medicatie. De VS heeft deze indirect taken nauwelijks.

Niet-patiëntgebonden taken

Ook als het gaat om niet-patiëntgebonden taken zien we een overlap tussen de VS en huisartsen. Bijvoorbeeld deelname aan het farmacotherapie- of teamoverleg en het bijwonen van nascholingen doen beiden. Daarentegen hebben huisartsen nog een aantal specifieke taken die horen bij het praktijkhouderschap.

Samen hebben de huisartsen formeel achttien uur per week (10,8% van hun totale aanstelling), die zij aan niet-patiëntgebonden activiteiten kunnen besteden. Daarvan heeft één huisarts een aanstelling voor acht uur per week als discipline coördinator. Hij is verantwoordelijk voor de organisatorische zaken in de praktijk. Bij de andere vijf huisartsen lopen de patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken in de dagelijkse praktijk door elkaar heen. De VS in deze praktijk heeft per week tweeënhalf uur (8,3% van het dienstverband) die zij aan niet-patiëntgebonden taken kan besteden. In deze tijd kan zij een nascholing of overleg bijwonen. In het verleden heeft ze in die uren ook andere werkzaamheden uitgevoerd, zoals het schrijven van een astma protocol.

Kwaliteit van zorg

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg hebben we onderzocht of het aantal verwijzingen door de VS naar specialisten en paramedische diensten vergelijkbaar is met dat van de huisartsen, evenals het aantal medicatievoorschriften. Bij een aantal indicaties hebben we het voorschrijfbeleid van de VS en de huisartsen vergeleken met de NHG-richtlijnen.

¹³ Een visite afleggen aan patiënten die intensieve zorg nodig hebben b.v. terminale patiënten of patiënten die hiervoor geïndiceerd zijn.

¹⁴ Mini Mental State Examinatie: globale screening op cognitieve stoornissen.

Allereerst is de mate waarin huisartsen en de VS verwijzen vergeleken. Voor de vergelijkbaarheid zijn categorieën diagnoses uitgesloten die de VS niet ziet (wellicht ernstiger of complexer en daardoor vaker leidend tot verwijzing). Uit deze vergelijking bleek dat de VS zeer weinig verwijst; 0,5% van alle nieuwe klachten die zij gezien heeft in de meetperiode. De huisartsen verwijzen gemiddeld 21,2% van alle nieuwe klachten die zij gezien hebben. Er zijn individuele verschillen in de mate waarin huisartsen verwijzen; de ene huisarts verwijst bij 13,9% van alle nieuwe klachten en de andere huisarts 29,3%. In de interviews werd bevestigd dat de VS weinig verwijst en ze dit in principe alleen na overleg met de huisarts doet.

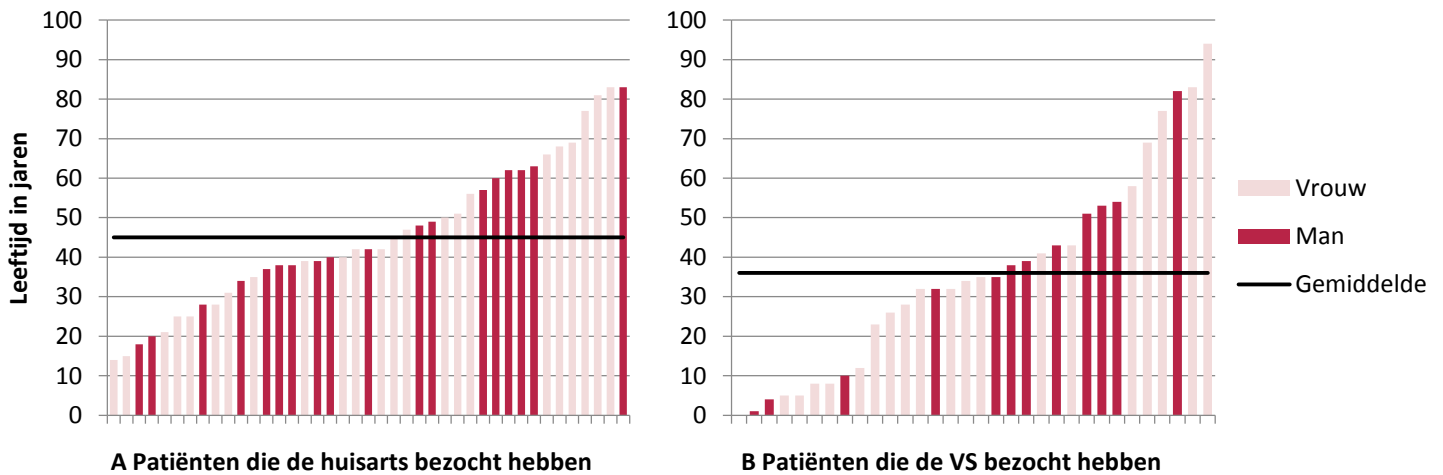
Tevens is gekeken naar het aantal recepten die bij dezelfde klachten zijn voorgeschreven. Hieruit bleek dat de VS bij 48,6% van de nieuwe klachten een recept heeft voorgeschreven. De huisartsen gaven gemiddeld bij 28,3% van de nieuwe klachten een recept mee. Hierin worden grote individuele verschillen tussen huisartsen gevonden. De ene huisarts schrijft bij 13,9% van alle nieuwe klachten een recept voor en de andere huisarts bij 31,6%. Huisartsen menen dat zij in het voorschrijfgedrag van de VS het beleid terug zien van de huisarts die haar heeft opgeleid. De VS herkende dit. Daarentegen is uit de data-analyse ook zichtbaar geworden dat de VS bij bepaalde klachten, zoals huidinfecties, decubitus en eczeem, minder vaak een recept voorschrijft dan de huisartsen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat zij veel kennis heeft van wondverzorging, waardoor zij een meer afwachtend beleid hanteert.

Uit de resultaten blijkt dat de mate waarin de VS volgens de NHG-richtlijnen werkt vrijwel gelijk is aan de mate waarin de huisartsen dit doen. Zo stelt de richtlijn bij constitutioneel eczeem vette crème voor. Alleen bij ernstig eczeem is een klasse 1 of 2 corticosteroïde crème aangewezen. De VS heeft zich bij alle nieuwe klachten van constitutioneel eczeem aan deze richtlijn gehouden. De huisartsen hebben in enkele gevallen een crème uit klasse 3 en 4 gegeven. Bij sinusitis stelt de richtlijn terughoudendheid met antibiotica voor. De huisartsen schreven vaker antibiotica voor dan de VS. Bij middenoorontsteking adviseert de richtlijn paracetamol en geen antibiotica. De VS geeft bij de meerderheid van de middenoorontstekingen antibiotica en de huisartsen doen dit ook bij bijna de helft van de nieuwe klachten. Opnieuw zijn individuele verschillen onder de huisartsen gevonden.

Patiënttevredenheid

Patiëntkenmerken

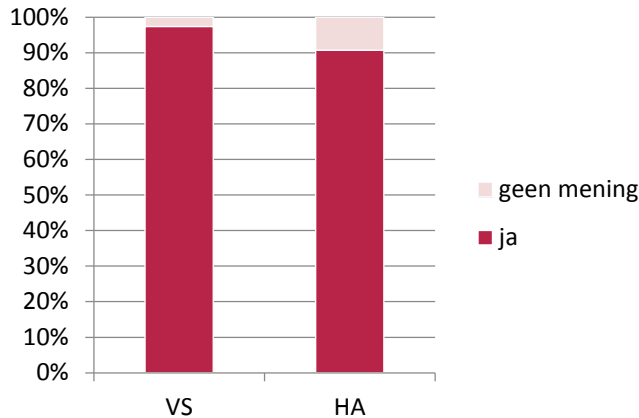
In totaal hebben 44 patiënten die een huisarts en 38 patiënten die een VS bezochten de enquête ingevuld (n=82). In figuur 9 wordt de verdeling van de leeftijd en het geslacht weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de patiënten die bij de VS zijn geweest, is 36 jaar, bij de huisartsen ligt dit op 45 jaar. De man-vrouw verdeling is nagenoeg gelijk. Bij zowel de huisarts als VS is ongeveer 60% van de patiënten vrouw en 40% man.



Figuur 9. Verdeling patiënten naar leeftijd en geslacht

Algemene tevredenheid

Het gemiddelde cijfer (schaal 0-10) waarmee patiënten hun tevredenheid over hun consult bij een huisarts uitdrukken is een 8,3. Bij de VS is dit een 8,7. Alle patiënten geven aan vertrouwen te hebben in de deskundigheid van de VS of huisarts. Bijna alle patiënten (97%) die door de VS gezien zijn, zouden haar aanbevelen aan andere patiënten. Voor de huisarts gaat het om 91% van de respondenten. Deze percentages zijn weergegeven in figuur 10.



Figuur 10. De VS of huisarts (HA) aanbevelen aan andere patiënten

Het bespreken van de klacht tijdens het consult

Er is geïnventariseerd in welke mate patiënten van mening zijn dat hun klacht voldoende besproken is tijdens het consult, er adequaat gereageerd werd op hun klacht en of er voldoende begrip en aandacht was voor hun klacht en persoonlijke situatie. Alle patiënten zijn even tevreden over de manier waarop hun klacht behandeld werd door de VS als door de huisarts.

Informatie tijdens het consult

Alle patiënten vinden dat zij goed geïnformeerd zijn over de oorzaak van hun klacht, hoe zij de klacht kunnen verminderen en wat zij zelf kunnen doen wanneer de klacht aanhoudt. Ongeveer de helft van de patiënten, bij zowel de huisarts als VS, geeft aan minder informatie te hebben ontvangen over hoe lang het duurt voordat de klacht verdwijnt en hoe dezelfde klachten voorkomen kunnen worden.

Werkafspraken

Een functieprofiel en de ingangsklachten voor een consult bij de VS zijn schriftelijk vastgelegd (tabel 3). De VS indiceert en voert voorbehouden handelingen uit, waaronder het voorschrijven van medicatie. Ze laat zich hier bij leiden door de NHG-richtlijnen¹⁵. In overleg met de huisartsen heeft ze een persoonlijk formulier opgesteld. Hierin staat gedetailleerd beschreven welke medicijnen in welke dosering de VS mag voorschrijven.

Afspraken over de verdeling van de inzet van de VS over de huisartsen zijn niet gemaakt. De VS zou voor alle zes huisartsen werken, maar ze ziet niet van iedere huisarts evenveel patiënten. Zo is 25% van alle patiënten, die gezien zijn door de VS in het eerste half jaar van 2014, van één en dezelfde huisarts, tegenover 9,1% van een andere huisarts.

Financiering VS

Zoals toegelicht in hoofdstuk 3 bestaan de kosten voor een VS uit salariskosten plus werkgeverslasten, praktijk- en overheadkosten. Deze VS is ingeschaald in functiegroep 11 van de CAO Gezondheidscentra (€ 2.739,63 - € 4.217,89 bruto per maand bij een 36-urige werkweek). Inclusief werkgeverslasten en exclusief praktijk- en overheadkosten kost deze VS € 48.524,-¹⁶ per jaar (ofwel € 24.262,- per half jaar, de duur van de meetperiode in dit onderzoek) bij een dienstverband van 0,67 fte.

Eén manier om de VS te financieren is door de VS zichzelf te laten 'terugverdienen' met het doen van consulten, visites en M&I-verrichtingen. Hier is gekeken of dit gezondheidscentrum de salariskosten en werkgeverslasten van de VS kan betalen met de opbrengsten die zij genereert in de uren dat ze patiëntenzorg doet.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal consulten, visites en M&I-verrichtingen die de VS in de meetperiode van een half jaar heeft gedaan en de opbrengsten die zij hier mee gecreëerd heeft.

¹⁵ Deze richtlijnen zijn bedoeld om het medische beleid in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen.

¹⁶ Berekening op basis van salarisstroom.

	Verdeling*	Aantallen in 0,67fte**	Opbrengsten in 0,67fte***
Consult	79,6%	935	€ 8.424,35
Dubbel consult	8,4%	99	€ 1.783,98
Visite	6,8%	80	€ 1.080,80
Dubbel visite	3,6%	42	€ 945,84
Tel. Consult	1,0%	12	€ 54,-
M&I-verrichtingen	0,4%	5	€ 376,15
Totaal	100%	1.173	€ 12.665,12

Tabel 6. Overzicht aantal consulten, visites en M&I-verrichtingen door de VS in de meetperiode en de opbrengsten hieruit

*Percentages geven de verhoudingen tussen de aantallen weer.

**24 uur per week.

***Opbrengsten zijn berekend o.b.v. de tarieven van de NZa 2014.

De opbrengsten in het eerste half jaar van 2014 zijn € 12.665,12. Dit betekent dat de VS haar salariskosten plus de werkgeverslasten voor ongeveer 50% kan terugverdienen. De praktijk- en overheadkosten zijn hiermee nog niet gedekt.

Deze huisartsen geven aan dat het toekennen van een deel van de inschrijfgelden aan de VS terecht zou zijn. Met een VS heb je meer spreekuurcapaciteit, waardoor je ook meer patiënten kunt inschrijven. Zij gaan ervan uit dat op elke normpraktijk¹⁷ tweehonderd patiënten extra ingeschreven kunnen worden. Met deze rekenformule kunnen er in dit gezondheidscentrum achthonderd extra patiënten ingeschreven worden om de VS te financieren. Het inschrijftarief per kwartaal is standaard € 14,61 per patiënt onder de 65 jaar. Gezien de jonge populatie in de wijk, waarin het gezondheidscentrum gevestigd is, wordt bij de berekening dit tarief gehanteerd. Door de inzet van de VS zou per kwartaal € 11.688,- extra aan inschrijfgelden gedeclareerd kunnen worden, ofwel € 23.376,- per half jaar. De VS zou op deze wijze en samen met de opbrengsten uit consulten, visites en M&I-verrichtingen haar salariskosten inclusief werkgeverslasten ruim terug kunnen verdienen.

Ervaringen huisartsen, doktersassistenten en VS

Huisartsen zijn erg tevreden over de VS. Ze hebben vertrouwen in haar deskundigheid, roemen het feit dat ze zelfstandig werkt en de grenzen van haar deskundigheid goed bewaakt. Verder geven ze aan dat zij meer kan dan vooraf gedacht werd. Veel waarde wordt gehecht aan haar verpleegkundige vooropleiding en jarenlange werkervaring als wijkverpleegkundige. Daar maken ze dankbaar gebruik van, bijvoorbeeld in zorg aan terminale patiënten of bij het gerust stellen van jonge ouders met een ziek kind. Naast haar vooropleiding en werkervaring hebben ook de persoonlijke eigenschappen van de VS de functie tot een succes gemaakt.

Ook de VS is enthousiast: "Het is een ontzettend leuke baan waar iedereen alleen maar van kan dromen." Ze vertelt dat zij liever zou werken voor drie of vier huisartsen in plaats van zeven. Ze denkt efficiënter te kunnen werken en patiënten beter te leren kennen. Vanuit dat oogpunt zou ze er graag een collega bij willen. De huisartsen hebben hetzelfde idee om de VS te koppelen aan een cluster van vier huisartsen. Dit zou betekenen dat er vierhonderd patiënten extra ingeschreven moeten worden per cluster

¹⁷ De rekennorm van de Nederlandse Zorgautoriteit; lag in 2014 op 2168 patiënten.

om de VS (deels) te financieren. De huisartsen vermoeden dat dit een te grote werkbelasting geeft. Het zou voor hen meer zorgvragen, meer overleg, meer administratie en meer diensten betekenen. Bovendien zouden ze het overzicht moeten houden op lopende zaken – al dan niet door henzelf uitgevoerd – bij een grotere groep patiënten. Er zijn wel gesprekken gevoerd met kandidaten. Uiteindelijk is geen van hen aangenomen omdat ze geen ervaring hadden in de huisartsenpraktijk. Bovendien waren ze op zoek naar iemand die ervaren was in het behandelen van veel voorkomende klachten bij kinderen (kinderrijke wijk).

De assistenten zien het liefst dat er vijf dagen in de week een VS aanwezig is. Er zijn nog steeds veel patiënten die bellen voor een afspraak en die niet dezelfde dag terecht kunnen. Ze vinden de VS toegankelijk voor patiënten maar ook voor hen zelf. De drempel om een vraag te stellen aan de VS is laag.

Als laatste wordt door huisartsen, doktersassistenten en VS genoemd dat een taakbeschrijving belangrijk is, hiermee ontstaat duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de VS. Verder is goede voorlichting aan patiënten van belang zodat zij weten met welke vragen of klachten ze bij de VS terecht kunnen.

7 Beschrijving praktijkvoorbeeld twee

Het tweede praktijkvoorbeeld is een maatschap¹⁸ tussen drie huisartsen gevestigd op een locatie in een groot dorp in het zuiden van het land met ongeveer 14.925 inwoners (CBS, 2014). Van de inwoners is 53% procent jonger dan 44 jaar en 78% verricht betaalde arbeid. 43% heeft een laag en 18% een hoog inkomen (CBS, 2010). Begin 2014 bestaat de formatie uit drie huisartsen (2,4 fte), één VS (0,7 fte), vier assistenten (2,3 fte), één POH-S (0,6 fte) en één POH GGZ (0,3 fte). Op de POH GGZ na zijn alle medewerkers in loondienst van de maatschap. Elke huisarts van de maatschap heeft patiënten ingeschreven op naam. Begin januari 2014 staan 4.259 patiënten ingeschreven bij de twee huisartsen die mee doen aan het onderzoek. De derde huisarts is tevreden over het functioneren van de VS, maar wilde niet deelnemen omdat hij dit onderzoek (n=2) te beperkt vond. Van alle patiënten die in de meetperiode de VS bezocht hebben, staat 21% ingeschreven bij de huisarts die niet mee doet aan dit onderzoek. In de analyses is deze huisarts buiten beschouwing gelaten, tenzij dit specifiek wordt vermeld. De VS werkte sinds 2007 als POH-S in de praktijk. Daarvoor werkte zij enkele jaren als wijkverpleegkundige. In 2009 is zij aan de opleiding tot VS begonnen, waar zij in 2011 aan afstudeerde. Dit betekent dat ze ten tijde van het onderzoek ongeveer drie jaar werkzaam was als VS.

Reden inzet VS

De huisartsen maakten structureel gebruik van een vaste waarnemer voor anderhalve dag per week. De belangrijkste reden voor de inzet van de VS was dat ze de kosten, die zij maakten voor de waarnemer, wilden verlagen. Daarnaast dachten ze dat een VS de kwaliteit van zorg ten goede zou komen; een VS kan meer continuïteit in zorg voor patiënten bieden dan een waarnemer. Op hetzelfde moment was er bij diverse medewerkers een ambitie om zich verder te ontwikkelen. De huisartsen besloten hun POH-S op te leiden tot VS en een assistente kreeg de mogelijkheid om door te groeien tot POH-S. Vooraf was bedacht dat de VS met name de vaak voorkomende klachten zou gaan zien in de hoop dat huisartsen meer tijd zouden krijgen voor de complexere of intensievere zorgvragen.

Taken

Patiëntgebonden taken

Aan de VS is gevraagd welk deel van haar dienstverband ze besteedt aan patiëntgebonden taken. Ze schat in dat ze ongeveer 80% van haar tijd kwijt is aan consulten, visites, telefoontjes naar specialisten, overleg met de thuiszorg et cetera. De agenda-indeling voor de VS ziet er hetzelfde uit als die voor de huisartsen. Ze doet ook visites en heeft net als huisartsen ook een telefonisch spreekuur. De assistenten plannen voor de ene huisarts zes consulten per uur, voor de andere arts vijf en voor de VS vier in een uur. Als het erg druk is worden bij de VS ook enkelvoudige klachten voor tien minuten ingepland.

In grote lijnen is schriftelijk vastgelegd welke klachten de VS mag behandelen of juist niet (tabel 7). De assistenten gebruiken dit overzicht bij de triage en is het is van belang bij het inwerken van nieuwe medewerkers of stagiaires. Afsproken is dat een patiënt

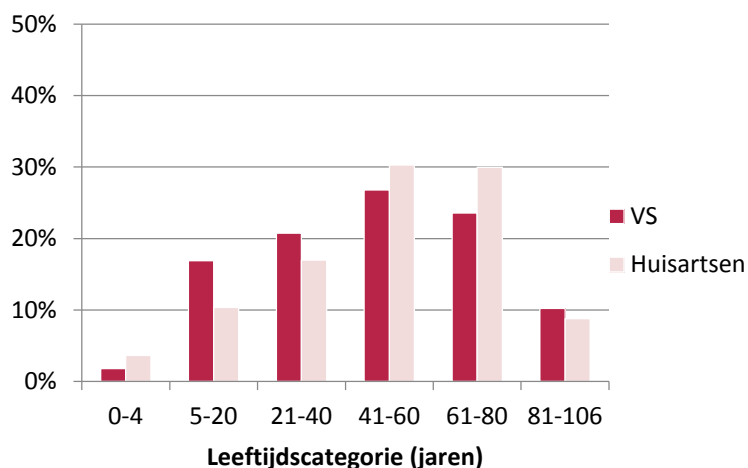
¹⁸ Een maatschap is een vorm van samenwerking tussen de huisartsen waarbij afspraken gemaakt worden over de inbreng en winstverdeling.

bij een huisarts moet worden ingepland als de klacht van de patiënt niet binnen twee consulten bij de VS is opgelost. Tussen de geplande consulten en visites behandelt de VS af en toe een 'semi spoedgeval', bijvoorbeeld een kind met pijn aan de enkel na het vallen. De ernstigere spoedgevallen worden door de huisartsen gezien.

Klachten die de VS ziet	Klachten die de VS <u>niet</u> ziet
KNO-klachten	Cardiale klachten (pijn op de borst, decompensatio cordis)
Huidklachten	Rood oog klachten
Klachten bewegingsapparaat (lage rugpijn en onderste extremiteiten)	Neurologische klachten (hoofdpijn, duizelig, nekkklachten)
Kinderen ouder dan 4 jaar, m.u.v. kinderen 2 - 4 jaar met eczeem	Buikkklachten
Ouderenzorg	Mictieklachten
	Psychiatrische klachten
	Kinderen jonger dan 4 jaar, m.u.v. kinderen 2 - 4 jaar met eczeem

Tabel 7. Overzicht ingangsklachten voor een consult bij de VS Bron: uit document van de praktijk, 2011

De VS in deze praktijk ziet alleen kinderen ouder dan vier jaar. Uitgezonderd kinderen tussen de twee en vier jaar met eczeemklachten, die behandelt ze wel. Ze behandelt relatief vaker oudere kinderen en jong volwassenen dan de huisartsen. De huisartsen zien vaker patiënten in de leeftijd tussen veertig en tachtig jaar, de VS weer iets meer 80-plussers. In de meetperiode was de gemiddelde leeftijd 48 jaar tegenover 51 jaar bij de huisartsen. In figuur 11 staat de leeftijdsverdeling van alle patiënten die in de meetperiode door de VS of huisartsen gezien zijn.

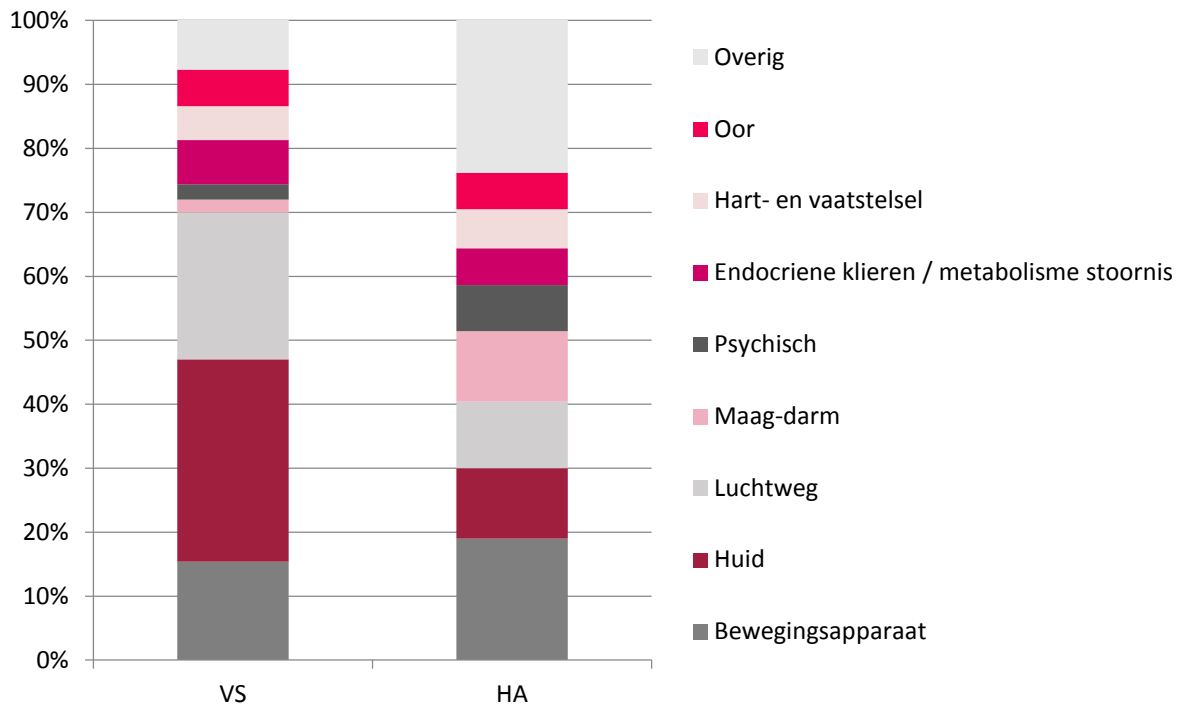


Figuur 11. Leeftijdsverdeling van alle patiënten die gezien zijn in de meetperiode per discipline¹⁹

Patiënten komen naar de huisartsenpraktijk met een grote verscheidenheid aan klachten. De meest geregistreerde diagnoses in de praktijk komen ook landelijk het meest voor in huisartsenpraktijken (NIVEL, 2013). Het gaat dus ook in dit tweede praktijkvoorbeeld weer om een gemiddelde huisartsenpraktijk.

¹⁹ Afkapwaarde leeftijdscategorieën zoals gepresenteerd in meetperiode.

De top drie aan klachten die patiënten presenteren behoren tot de categorieën van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, huid en luchtwegen. Klachten uit deze categorieën zien zowel de VS als de huisartsen het meest. In figuur 12 staan de acht meest geziene categorieën per discipline. Uit het overzicht blijkt dat de top drie voor VS en huisarts hetzelfde is, maar dat de huisarts een grotere variëteit aan aandoeningen ziet. De top drie beslaat bij de VS ruim 70% en bij de huisarts 40% van de categorieën.



Figuur 12. Verdeling meest voorkomende categorieën aandoeningen bij de PA en huisarts (HA)

Elke categorie zoals hierboven genoemd, is weer verder onder te verdelen in subcategorieën. Onder de categorie aandoeningen aan de luchtwegen vallen bijvoorbeeld verkoudheid, voorhoofdsholteontsteking, acute hoest of longontsteking. In totaal zijn er zeventien categorieën (waaronder huidklachten, luchtwegklachten of klachten aan bewegingsapparaat) met in totaal meer dan negenhonderd subcategorieën¹². Tabel 8 geeft een overzicht van de meest voorkomende subcategorieën in de meetperiode per discipline. Hieruit blijkt dat de VS klachten ziet zoals die vooraf zijn vastgelegd, zie tabel 7. Ze ziet deze diagnoses meer dan de huisartsen. Bijvoorbeeld 7,3% van de diagnoses die de VS gesteld heeft in de meetperiode betreffen acute infecties van de bovenste luchtwegen, bij de huisartsen gaat het in 3,1% van de gevallen om diezelfde diagnose. Huisartsen zien nog steeds klachten op hun spreekuur die de VS ook kan zien, zoals de hiervoor genoemde acute luchtweginfectie. Deze klacht zien huisartsen bij patiënten met multimorbiditeit of wanneer er complicaties zijn bij de infectie. Het kan ook de wens van de patiënt zijn om naar de huisarts te gaan. Bovendien werkt de VS niet alle dagen van de week. Huisartsen zeggen dat, op de dagen dat de VS aanwezig is, zij niet vaak patiënten zien die door de VS gezien hadden kunnen worden.

De huisartsen doen de jaarcontroles bij chronisch zieke patiënten zelf. Tijdens de meetperiode heeft de VS een aantal jaarcontroles van diabetes patiënten overgenomen van een huisarts vanwege haar (langdurige) afwezigheid. Dat is de reden waarom er bij

de VS een relatief hoog percentage staat achter diabetes mellitus. De VS kon deze taak van de huisarts overnemen, omdat ze eerder POH-S was.

Huisartsen (n=2)		VS (n=1)		
1.	Acute infectie bovenste luchtwegen	3,1%	Acute infectie bovenste luchtwegen	7,3%
2.	Diabetes mellitus	2,6%	Diabetes mellitus	4,6%
3.	Depressie	2,3%	Dermatomyose (schimmelinfectie huid)	3,7%
4.	Moeheid/zwakte Andere ziekte bewegingsapparaat	2,2%	Contact/ander eczeem Hooikoorts	2,8%
5.	Lage-rugpijn met uitstraling	1,6%	Andere ziekte bewegingsapparaat	2,3%
6.	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	1,5%	Hypertensie zonder orgaanbeschadiging Voet/teen klachten Andere ziekte huid/subcutis	2,2%
7.	Schouder syndroom/PHS COPD	1,4%	Andere lokale infectie huid/subcutis (folliculitis) COPD	2,1%
8.	Andere gelokaliseerde buikpijn Obstipatie Dermatomyose (schimmelinfectie huid)	1,2%	Hoesten	1,9%

Tabel 8. Overzicht meest vaak geziene subcategorie aandoeningen

Percentages geven aan hoe vaak de diagnose is voorgekomen ten opzichte van het totaal aantal diagnoses die de huisartsen of de VS gezien hebben.

Doordat de VS de vaak voorkomende klachten ziet, ervaren de huisartsen minder druk op hun spreekuur. De huisartsen merken op dat zij daardoor klachten zien die intensiever of complexer van aard zijn, voor deze klachten is vaker een dubbel consult nodig. In de data zien we terug dat huisartsen vaak moeheid/zwakte, depressie en buikklasten zien op hun spreekuur. Een keerzijde van meer complexe zorgvragen zien, is dat afwisseling met relatief eenvoudige vaak voorkomende klachten minder wordt. Hierdoor kan de werkdrukbeleving bij huisartsen toenemen.

Sinds een jaar geeft de VS anticonceptie voorlichting aan jonge vrouwen. Dit geeft aan dat er met de tijd een uitbreiding van taken van de VS plaatsvindt. Door enkele praktijkmedewerkers is geopperd dat de VS ook het SOA-spreekuur zou kunnen overnemen van de huisartsen en overgang- en menstruatieklachten zou kunnen behandelen.

Huisartsen en VS doen naast consulten en visites ook een klein aantal M&I-verrichtingen. Hier besteden beiden maar een klein deel van hun tijd aan. Tabel 9 geeft een overzicht van de meest uitgevoerde M&I-verrichtingen per discipline. De VS heeft een aantal spirometrie onderzoeken uitgevoerd ter vervanging van de POH-S. Deze was onverwacht met vervroegd zwangerschapsverlof en een vervanger was nog niet beschikbaar. Het afnemen van spirometrie onderzoeken is geen vaste taak van deze VS, maar vanuit haar eerdere werkervaring als POH-S beschikte ze over de juiste deskundigheid. In een relatief kleine huisartsenpraktijk kan dit in (overmacht) situaties goed uitkomen.

Huisartsen (n=2)	VS (n=1)
Verrichtingen: n=259	Verrichtingen: n=52
Chirurgie (22,8%)	Spirometrie (26,9%)
Therapeutische injectie (22,4%)	Chirurgie (25,0%)
Spleetlamponderzoek ²⁰ (20,5%)	24-uur bloedmeting en MMSE ²¹ (9,6%)
Typanometrie ²² (14,3%)	Typanometrie ²² (7,7%)
	Intensieve zorg dubbele visite ¹⁴ (7,7%)

Tabel 9. Top vier van meest uitgevoerde M&I-verrichtingen

Percentages geven aan hoe vaak de verrichting is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal verrichtingen die de huisartsen of de VS uitgevoerd hebben.

De VS is in principe niet betrokken bij de chronische zorg (DBC's)²³. Dat behoort tot de taken van de POH-S. Soms verwijst de VS patiënten met een chronische aandoening naar de POH-S. Andersom is de POH-S weinig betrokken in de ouderenzorg waar de VS juist een actieve rol vervult. De huisartsen vragen de VS om ouderen thuis te bezoeken. Zij kijkt dan niet alleen met een medische blik naar de zorgvraag, maar ook met een verpleegkundige. Als een patiënt benauwd is luistert ze naar zijn longen, stelt zonodig de medicatie bij, maar kijkt ook of de patiënt zichzelf nog kan wassen en aankleden. Mocht ondersteuning nodig zijn dan legt zij contact met de thuiszorg. Hier zien zowel de huisartsen als de VS de meerwaarde van het verpleegkundig perspectief van de VS terug.

In tegenstelling tot de huisartsen doet de VS geen diensten op de huisartsenpost.

Indirect patiëntgebonden taken

Huisartsen en VS hebben deels dezelfde indirect patiëntgebonden taken, zoals het bellen met een specialist of het overleggen met de wijkverpleegkundige. Huisartsen hebben daarnaast ook nog andere indirect patiëntgebonden taken, zoals het verwerken van post, beoordelen van labuitslagen en fiatteren van medicatie. De VS heeft deze indirecte taken veel minder.

Niet-patiëntgebonden taken

Huisartsen en VS hebben beiden niet-patiëntgebonden taken. Voor een deel zijn die gelijk zoals deelname aan overlegvormen of het bijwonen van nascholingen. Huisartsen hebben daarnaast ook nog taken die horen bij het praktijkhouderschap. Formeel hebben de huisartsen één uur per week niet-patiëntgebonden tijd, maar deze indeling is in de praktijk niet terug te zien. Ze werken door "tot het werk af is", waarbij patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken door elkaar lopen. De VS in dit praktijkvoorbeeld heeft weinig extra niet-patiëntgebonden taken, ze heeft hier ook geen uren voor binnen haar aanstelling. Incidenteel voert ze op verzoek van de huisartsen bepaalde werkzaamheden uit. Zo heeft zij in het verleden geholpen bij het in kaart brengen van patiënten met ADHD²⁴, het maken van protocollen voor doktersassistenten en het organiseren van een bijeenkomst voor ouders van kinderen

²⁰ Een spleetlamp is een microscoop waarmee het voorste deel van het oog onderzocht kan worden.

²¹ Mini Mental State Examinatie: globale screening op cognitieve stoornissen.

²² Bij dit onderzoek wordt de kwaliteit van het midden oor onderzocht. Er wordt gemeten in welke mate het trommelvlies van het oor meegeeft met drukveranderingen bij verschillende frequenties.

²³ Een DBC heeft het doel optimale zorg voor chronisch zieke patiënten zoals diabetes patiënten of patiënten met COPD te realiseren door de huisarts, waarbij de patiënt in de eerste lijn blijft en niet onder controle is van de 2e lijn.

²⁴ Staat voor Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

met eczeem. De huisartsen zouden de VS meer willen inzetten voor projecten, maar vanwege de drukte komt men er niet toe. De VS wil dit best doen maar geeft aan dat haar beschikbare tijd eigenlijk al vol zit met het doen spreekuren.

Kwaliteit van zorg

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg hebben we onderzocht of het aantal verwijzingen door de VS naar specialisten en paramedische diensten vergelijkbaar is met die van de huisartsen, evenals het aantal medicatievoorschriften. Bij een aantal indicaties hebben we het voorschrijfbeleid van de VS en de huisartsen vergeleken met de NHG-richtlijnen.

Er is geprobeerd de mate waarin de VS patiënten verwijst naar specialisten en paramedische diensten in kaart te brengen. Helaas was de registratie hier een beperking. Wanneer de VS had verwezen naar een specialist of paramedici werd deze verwijzing namelijk in het HIS geregistreerd op naam van de huisarts.

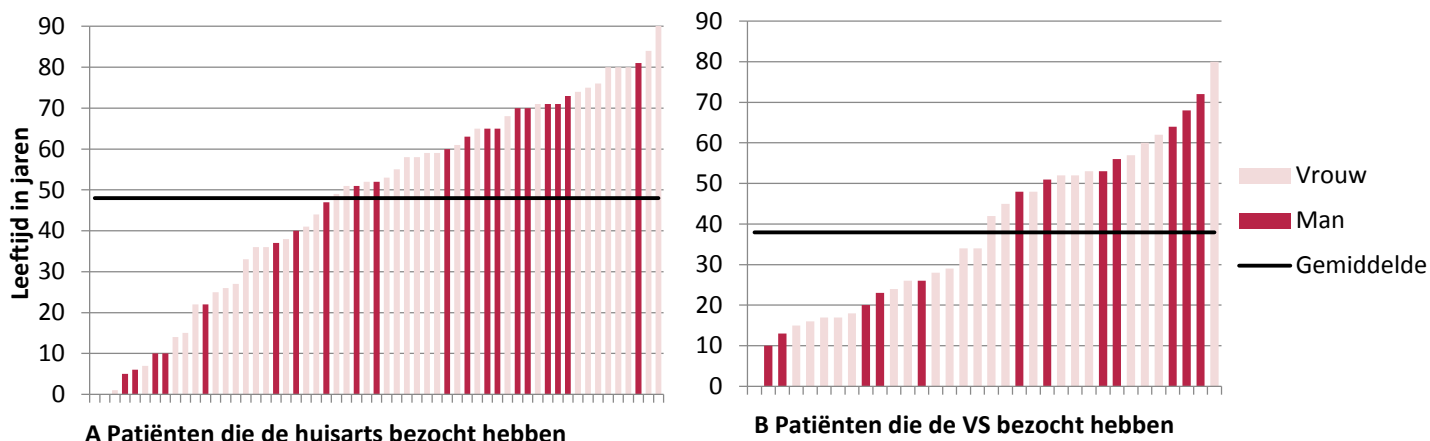
Het was wel mogelijk om het voorschrijfgedrag van de VS en huisartsen in kaart te brengen. Gekeken is naar het aantal recepten die in de meetperiode bij dezelfde klachten zijn voorgeschreven. Hieruit bleek dat de VS iets vaker een recept voorschrijft dan de huisartsen dat gemiddeld doen. De huisartsen schreven in 26,2% van de nieuwe klachten een recept voor en de VS in 41,9% van de gevallen. Er was een variatie te zien tussen de huisartsen, zo schreef de ene huisarts voor 20,9% van de nieuwe klachten een recept voor en de andere huisarts voor 38,9%. Het lijkt erop dat het voorschrijfgedrag van de VS niet sterk afwijkt van het voorschrijfgedrag van de twee huisartsen.

Uit de resultaten bleek dat de mate waarin de VS volgens de NHG-richtlijnen werkt vrijwel gelijk is aan de mate waarin de huisartsen dit doen. Zo stelt de richtlijn bij constitutioneel eczeem vette crème voor. Alleen bij ernstig eczeem is een klasse 1 of 2 corticosteroïde crème aangewezen. De huisartsen en VS hebben zich bij alle nieuwe klachten van constitutioneel eczeem aan deze richtlijn gehouden. Bij hoesten stelt de richtlijn terughoudendheid met antibiotica voor. De VS heeft bij nieuwe hoestklachten in de meetperiode een enkele keer en de huisartsen geen antibiotica voorgeschreven. Bij middenoorontsteking adviseert de richtlijn paracetamol en geen antibiotica. Zowel de VS als de huisartsen schreven echter antibiotica voor. Opnieuw zijn individuele verschillen gevonden onder huisartsen als het gaat om het opvolgen van de richtlijnen.

Patiënttevredenheid

Patiëntkenmerken

In totaal hebben 73 patiënten die een huisarts en veertig patiënten die de VS bezochten de enquête ingevuld (n=113). In figuur 13 wordt de verdeling van leeftijd en geslacht weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de patiënten die de VS bezocht hebben is 38 jaar, bij de huisartsen ligt dit op 48 jaar. De man-vrouw verdeling is nagenoeg gelijk. Bij zowel huisartsen als VS is ongeveer 62% van de patiënten vrouw en 38% man.



Figuur 13. Verdeling patiënten naar leeftijd en geslacht

Algemene tevredenheid

Het gemiddelde cijfer (schaal 0-10) waarmee patiënten hun tevredenheid over hun consult bij een huisarts uitdrukken is een 8,8. Bij de VS is dit 8,9. Alle patiënten geven aan vertrouwen te hebben in de deskundigheid van de huisarts. Vijfennegentig procent van de patiënten die bij de VS zijn geweest, heeft vertrouwen in haar deskundigheid, de overige 5% heeft hier geen mening over. Negentig procent van de patiënten die door de VS zijn gezien, zouden haar aanbevelen aan andere patiënten. In het geval van de huisartsen gaat het om bijna alle patiënten. Deze percentages zijn weergegeven in figuur 14.



Figuur 14. De VS of huisarts (HA) aanbevelen aan andere patiënten

Het bespreken van de klacht tijdens het consult

Er is geïnventariseerd of patiënten van mening zijn dat hun klacht voldoende besproken is tijdens het consult, er adequaat gereageerd werd op hun klacht en of er voldoende begrip en aandacht was voor hun klacht en persoonlijke situatie. Patiënten zijn ongeveer in gelijke mate tevreden over de manier waarop hun klacht behandeld werd door de VS als door de huisartsen.

Informatie tijdens het consult

Alle patiënten die bij de VS zijn geweest, vinden dat zij goed geïnformeerd zijn over de oorzaak van hun klacht. Bij de huisartsen ligt dat op 94,5%. De meerderheid van de patiënten, ongeacht of zij door de VS of de huisarts zijn gezien, zijn tevreden over de mate waarin zij geïnformeerd zijn over hoe zij hun klacht kunnen verminderen, hoe lang de klacht zal aanhouden, hoe zij dezelfde klacht kunnen voorkomen en wat zij kunnen doen als de klacht aanhoudt.

Werkafspraken

De VS indiceert en voert voorbehouden handelingen uit, zoals injecteren, kleine chirurgische ingrepen en het voorschrijven van medicatie. Bij het voorschrijven van recepten laat de VS zich leiden door de NHG-richtlijnen. Afspraken over de voorbehouden handelingen zijn niet schriftelijk vastgelegd. In de praktijk blijkt dat geen belemmeringen op te leveren. Er is geen functieomschrijving voor de VS in deze praktijk.

Afspraken over de verdeling van de inzet van de VS over de huisartsen zijn niet gemaakt. De aantallen lopen ongeveer parallel aan de patiëntenpopulatie van de twee praktijken. Van alle patiënten die de VS in de meetperiode heeft gezien, is 21% van de huisarts die niet deelneemt aan het onderzoek, 33% van de patiënten is van de tweede huisarts en 46% van de derde huisarts.

Financiering VS

Zoals toegelicht in hoofdstuk 3 bestaan de kosten voor een VS uit salariskosten plus werkgeverslasten, praktijk- en overheadkosten. Deze VS is ingeschaald in schaal 9 van de CAO huisartsenzorg (€ 3.229,- - € 4.133,- bruto per maand bij een 38-urige werkweek). Inclusief werkgeverslasten en exclusief praktijk- en overheadkosten kost deze VS € 52.080,-²⁵ per jaar (ofwel € 26.040,- per half jaar, de duur van de meetperiode in dit onderzoek).

Eén manier om de VS te kunnen financieren is door de VS zichzelf te laten 'terugverdienen' met het doen van consulten, visites en M&I-verrichtingen. Hier is gekeken of deze huisartsen de salariskosten plus werkgeverslasten van de VS kunnen betalen met de opbrengsten die zij genereert in de tijd dat zij patiëntenzorg doet. Tabel 10 geeft een overzicht van het aantal consulten, visites en M&I-verrichtingen die de VS in de meetperiode van een half jaar heeft gedaan en de opbrengsten die zij hiermee heeft gecreëerd.

²⁵ Berekening op basis van gegevens verkregen van de praktijk.

	Verdeling*	Aantallen in 0,7fte**	Opbrengsten in 0,7fte**
Consult	64,7%	1.089	€ 9.811,89
Dubbel consult	10,9%	183	€ 3.297,66
Visite	0,4%	7	€ 94,57
Dubbel visite	5,9%	99	€ 877,50
Tel. consult	11,6%	195	€ 94,57
M&I-verrichtingen	6,6%	111	€ 4.847,89
Totaal	100%	1.684	€ 19.024,08

Tabel 10. Overzicht aantal consulten, visites en M&I-verrichtingen door de VS in de meetperiode en de opbrengsten hieruit

*Percentages geven de verhoudingen tussen de aantallen weer.

**26,6 uur per week.

**Opbrengsten zijn berekend o.b.v. de tarieven van de NZa 2014.

De opbrengsten in het eerste half jaar van 2014 zijn € 19.024,08. Dit betekent dat de VS haar salariskosten plus de werkgeverslasten voor ongeveer 73% kan terugverdienen. De praktijk- en overheadkosten zijn hiermee nog niet gedekt.

In deze praktijk is bewust gekozen om de waarnemer te vervangen door een VS. De huisartsen maakten structureel anderhalve dag per week gebruik van een waarnemer. Op basis van 46 weken kost hen dit € 41.400,-²⁶ per jaar. De kosten voor de VS bedragen, voor drieënhalve dag per week, € 52.080,- per jaar. Voor relatief beperkte meerkosten beschikken de huisartsen met de VS over meer spreekuurcapaciteit (twee dagen extra), waardoor patiënten eerder terecht kunnen voor een afspraak. Bovendien ervaren de huisartsen dat ze door de inzet van de VS meer tijd hebben voor intensievere en complexere zorgvragen. In tegenstelling tot een waarnemer is de VS een vast en vertrouwd gezicht voor patiënten; de continuïteit van de zorg is daardoor verbeterd. De VS is een vast lid van het team. Zij kan daarom, beter dan een waarnemer, projecten en andere taken oppakken waar specifieke kennis van de praktijk voor nodig is.

Ervaringen huisartsen, doktersassistenten en VS

De twee huisartsen zijn heel tevreden over de VS. Ze hebben vertrouwen in haar deskundigheid en de VS voldoet aan de verwachtingen als het gaat over het aantal patiënten dat zij op een dag behandelt. Doordat de VS werk van hen overneemt, voelen zij werkdrukverlichting. Volgens de huisartsen kan de VS alleen taken van een huisarts overnemen, maar nooit de functie. De huisartsen geven aan dat de VS minder medische kennis heeft dan een huisarts, maar ze voegt wel iets belangrijks toe, namelijk haar verpleegkundige blik.

Assistenten geven aan dat sinds de komst van de VS de agenda's van de huisartsen minder snel vol zitten. Dit heeft niet alleen tot werkdrukvermindering geleid bij de huisartsen, maar ook bij hen. Zij hebben meer consultplaatsen tot hun beschikking waar zij patiënten kunnen inplannen. De VS is toegankelijker dan de huisartsen, vinden de assistenten. Ze dragen hierdoor makkelijker zaken aan haar over of stellen sneller een vraag dan bij de huisarts.

²⁶ Bedrag volgens huisartsenpraktijk.

De VS is enthousiast over haar functie: "Ik groei nog steeds in kennis en vaardigheden." Haar takenpakket breidt zich na al die jaren nog steeds uit. Dat de huisartsen vertrouwen in haar hadden om haar op te leiden tot VS, vindt ze leuk. Jammer is dat de functie nog zo onbekend is in de huisartsenzorg. In het dorp is ze de enige VS; de dichtstbijzijnde collega werkt bijna vijftien kilometer verderop.

8 Beschouwing en methodologische kanttekeningen

Dit rapport geeft aan de hand van twee representatieve praktijkvoorbeelden antwoord op de vraag op welke wijze en onder welke voorwaarden de VS wordt ingezet in de huisartsenpraktijk en met welk resultaat in termen van kwaliteit en financiering.

Inzet VS

De belangrijkste aanleiding voor beide praktijken om een VS in te zetten, was de druk op het spreekuur van huisartsen. Veel patiënten belden voor een afspraak bij de huisarts met klachten die, vanuit medisch oogpunt, relatief eenvoudig zijn en vaak voorkomen. De grote vraag zorgde ervoor dat de agenda van de huisarts te vol raakte en patiënten soms enkele dagen moesten wachten voor een afspraak. Dit blijkt ook uit ander onderzoek, waar bovendien motieven als het verbeteren van de kwaliteit van zorg en continuïteit in de zorg voor patiënten worden genoemd. De VS blijkt de druk weg te kunnen nemen door patiënten van het spreekuur van de huisartsen over te nemen, waardoor de huisarts ruimte krijgt voor andere taken (Bussemakers, 2007; IGZ, 2007; Derckx, 2009; Dierick-van Daele, 2010; De Bakker, 2013; Laurant & Wijers, 2014). In het deelrapport van het capaciteitsplan huisartsengeneeskunde wordt beschreven dat de huisarts de komende jaren relatief meer tijd kwijt zal zijn aan bedrijfsvoering, administratie, intern overleg met medewerkers en extern overleg met de zorggroep, gemeente en zorgverzekeraars. Huisartsen zullen zich meer richten op de complexe zorgvragen, coördinatie en preventie. Eenvoudige zorgvragen en geprotocolleerde taken zullen eerder worden overgedragen (Capaciteitsorgaan, 2013). Ook Gercama et al. (2007) en Van Wijk (2014) schrijven dat de rol en taken van de huisarts gaan verschuiven en dat de caseload gaat veranderen, deskundige ondersteuners zijn volgens hen cruciaal.

Taken en verantwoordelijkheden

In hoofdstuk 3 is een willekeurige dag van een zorgmaster beschreven. De VS'en uit ons onderzoek hebben een soortgelijke dagindeling die overeenkomt met de dagindeling van de huisartsen. Op zo'n dag ziet de VS een specifiek omschreven groep van veel voorkomende klachten. Dit zien we ook in ander onderzoek (Dierick-van Daele et al., 2008; Laurant & Wijers, 2014). Het gaat vooral om aandoeningen aan huid, luchtwegen, bewegingsapparaat en KNO. Ook huisartsen zien dezelfde veelvoorkomende klachten, met dit verschil dat ze de top drie van klachten bij de VS zo'n 70% beslaat van alle behandelde diagnoses, en bij de huisarts zo'n 40%. Dat percentage toont aan dat de huisarts een veel grotere variëteit aan diagnoses behandelt. Deze bevinding komt overeen met ander onderzoek (NIVEL/Stichting KOH, 2013) waar blijkt dat huisarts en VS dezelfde groep diagnoses het meest zien, maar dat het aantal van elke klacht uit die groep bij de VS veel hoger ligt dan bij de huisarts omdat die nog veel andere klachten ziet.

In beide praktijken zijn de ingangsklachten voor een consult bij de VS schriftelijk vastgelegd en de assistenten weten welke patiënten de VS mag zien. Iedere praktijk maakt zelf afspraken of de VS patiënten van alle leeftijden kan zien. In de het ene praktijkvoorbeeld, in een wijk met veel jonge gezinnen, ziet de VS kleine kinderen (onder vier jaar). In het andere praktijkvoorbeeld alleen kinderen ouder dan vier jaar, uitgezonderd kinderen met eczeem. De triage is met de komst van de VS belangrijker

geworden. De assistenten bepalen bij wie de patiënt wordt ingepland (de patiënt houdt de keuzemogelijkheid om naar de huisarts te gaan). Eerder onderzoek toont aan dat assistenten in 95% van de gevallen een patiënt terecht plannen op het spreekuur van de VS (Dierick-van Daele et al., 2008).

In lijn met eerder onderzoek zien we dat de VS met de tijd méér klachten behandelt. Dit laat zien dat een VS kan groeien in de functie en nog meer taken van de huisarts kan overnemen. De wijze waarop de functie van VS wordt ingevuld is bovendien afhankelijk van de locatie van de huisartsenpraktijk en de achtergrond van de VS. Zo ziet de VS in een jonge wijk veel kinderen met veel voorkomende klachten, terwijl een andere VS met een wijkverpleegkundige achtergrond en ervaring in de ouderenzorg meer visites doet bij ouderen. De manier waarop de VS wordt ingezet is dus context bepaald (Dierick-van Daele 2010, Laurant & Wijers, 2014).

In beide voorbeeldpraktijken wordt als voordeel genoemd dat de VS het verpleegkundig perspectief toevoegt in de patiëntenzorg. Dit komt vooral van pas bij bepaalde problemen, zoals wondzorg en bij bepaalde groepen patiënten, zoals (kwetsbare) ouderen of patiënten in de terminale fase. In recent onderzoek geeft een meerderheid van de geïnterviewde huisartsen aan dat ze grote waarde hechten aan de verpleegkundige achtergrond van de VS. Die stelt de VS in staat om verpleegkundige en medische aspecten te combineren in het opstellen van een behandelplan. Relatief veel huisartsen zetten de VS in voor de ouderenzorg (Laurant, 2007; Derckx, 2009; Laurant & Wijers, 2014).

De VS'en in ons onderzoek schatten dat ze 80 tot 95% van hun tijd besteden aan (in) directe patiëntenzorg, dit zijn vooral consulten en visites. Ze hebben deels dezelfde indirect patiëntgebonden taken als huisartsen (bijvoorbeeld bellen met een specialist) maar deels ook niet (fiatteren medicatie, beoordelen labuitslagen, verwerken van de post). De VS neemt naast de (in)direct patiëntgebonden taken ook niet-patiëntgebonden taken van de huisarts over. Ook dat laatste is een vorm van taakherschikking, omdat de huisarts die werkzaamheden anders zelf zou moeten uitvoeren. Overeenkomstig eerder onderzoek zijn de opvattingen van huisartsen van invloed op de mate waarin een VS niet-patiëntgebonden taken uitvoert. Volgens Laurant & Wijers (2014) zou de VS wat vaker (17%) niet-patiëntgebonden taken hebben op het gebied van projecten gericht op de kwaliteit van zorg en praktijkorganisatie. In onze praktijkvoorbeelden hebben de VS'en deze taken maar beperkt en worden ze met name ingezet om in de directe patiëntenzorg werk uit handen te nemen van de huisarts. De VS'en uit de praktijkvoorbeelden schatten dat ze vijf tot twintig procent van hun tijd kwijt zijn aan deze niet-patiëntgebonden taken. Dit lijkt aardig overeen te komen met verdeling bij huisartsen. Volgens het NIVEL (2014) besteden huisartsen achttien procent van hun tijd aan niet-patiëntgebonden taken.

Conform eerder onderzoek zien we dat VS'en zelfstandig werken, de grenzen van hun deskundigheid kennen en waar nodig overleggen met de huisarts. Beide VS'en voeren voorbehouden handelingen uit, waaronder het voorschrijven van medicatie. In het eerste praktijkvoorbeeld heeft de VS (in overleg met de huisartsen) in een persoonlijk formulier vastgelegd wat zij mag voorschrijven. In het tweede praktijkvoorbeeld schrijft de VS ook voor, maar daar zijn de afspraken niet schriftelijk vastgelegd. In de dagelijkse praktijk blijkt het geen belemmering te geven. De VS'en laten zich bij het

voorschrijven, net als de huisartsen, leiden door de NHG-richtlijnen. Inmiddels zijn landelijke richtlijnen en hulpmiddelen voor de samenwerking VS en huisarts voorhanden (KNMG, V&VN, NAPA, 2012).

In hoofdstuk 2 is het verschil in functie tussen de POH en VS beschreven. In de door ons onderzochte praktijkvoorbeelden blijkt dat de VS geen taken overneemt van de POH maar die van de huisarts. Net als de huisarts kan ze verwijzen naar de POH-S of POH GGZ.

In tegenstelling tot de huisartsen doen de VS in deze praktijkvoorbeelden geen diensten op de huisartsenpost, al blijkt uit ander onderzoek dat hier zeker mogelijkheden liggen (Van der Burgt et al., 2009; De Feijter, 2012; Wijers, Van der Burgt, & Laurant, 2013).

Kwaliteit

Substitutie van medische zorg taken van huisarts naar VS kan alleen bij gelijkblijvende kwaliteit. Onderzoeken van Dierick-van Daele et al. (2008), Elissen et al. (2008) en Wijers et al. (2013) laten zien dat de VS deskundig is en kwalitatief goede zorg levert. Ook ons onderzoek geeft daar aanwijzingen voor, zich uitend in een gelijke mate van voorschrijven en verwijzen. De VS schrijft voor en verwijst binnen de marges van variatie tussen de huisartsen.

Patiënttevredenheid

De patiënten zijn heel tevreden over de VS. Ze geven hoge cijfers, gelijk of zelfs nog iets hoger dan aan de huisarts. Patiënten hebben vertrouwen in de deskundigheid van de VS en bijna alle patiënten zouden de VS aanbevelen aan andere patiënten. De resultaten zijn in overeenstemming met eerder onderzoek waarin de patiënttevredenheid over de VS al werd aangetoond (Dierick-van Daele et al., 2008; Elissen et al., 2008; Wijers et al., 2013).

Financiering

Zoals in hoofdstuk 3 beschreven bestaan de kosten voor de VS uit drie componenten: salariskosten plus werkgeverslasten, praktijk- en overheadkosten. We hebben in dit onderzoek gekeken hoe de VS'en hun salariskosten en werkgeverslasten konden terugverdienen met het doen van consulten, visites en M&I-verrichtingen, want alleen daar staat een rechtstreekse vergoeding tegenover. Het aantal consulten, visites en M&I-verrichtingen van de VS'en in deze twee voorbeeldpraktijken is in lijn met verwachtingen op basis van referentiewaarden gegeven in het skill mix instrument (<http://skillmix.nivel.nl/skill>). In beide praktijkvoorbeelden kan de VS haar salariskosten plus werkgeverslasten niet volledig terugverdienen. In de ene praktijk wel wat meer dan in de andere. Ook in eerder onderzoek zien we dit terug (De Feijter, 2007; Romeijn, 2008; Elissen et al., 2009; Dierick-van Daele, 2010). Dit betekent dat een deel van de kosten van de VS'en op een andere manier binnen de begroting van praktijken wordt opgelost. In het ene voorbeeld worden inschrijfgelden van extra ingeschreven patiënten toegekend aan de VS (groeiwijk). In hoofdstuk drie is deze wijze van financiering beschreven. Een huisarts kan meer patiënten in laten schrijven als hij een VS heeft, waardoor inkomsten uit inschrijfgelden stijgen. Als bezwaar van een grotere patiëntenpopulatie wordt genoemd dat de huisarts voor meer mensen eindverantwoordelijk is; over meer lopende zaken het overzicht moet houden, meer administratieve handelingen moet verrichten en meer diensten op de huisartsenpost

moet doen. In het andere praktijkvoorbeeld is de waarnemer vervangen door een VS. Met de kosten van de waarnemer kan de praktijk 28 uur per week een VS (versus 1,5 dag waarnemer) bekostigen. Het vervangen van de waarnemer levert bovendien meer continuïteit in de zorg op voor patiënten en draagt daarmee bij aan een betere kwaliteit. Deze bevindingen bevestigen resultaten uit eerder onderzoek (Peters et al., 2007 en 2008).

Ervaringen

Bij de start van de VS waren in het eerste praktijkvoorbeeld ook bedenkingen. Enkele huisartsen vroegen zich af of de VS na een opleiding van twee jaar wel voldoende medische kennis zou hebben om zelf klachten te kunnen behandelen. Achteraf zijn ze zeer tevreden over de VS, ze vinden haar deskundig en ze bewaakt de grenzen van haar deskundigheid goed. Zwart en Filippo (2006) pleiten er in hun artikel voor om 'koudwatervrees' niet in de weg te laten staan van deze kansrijke ontwikkeling. Met de VS is er meer spreekuurcapaciteit gekomen, waardoor patiënten minder lang hoeven te wachten op een afspraak (voorheen soms enkele dagen). Huisartsen ervaren dit als werkdrukverlichting. Hoewel de mate waarin de inzet van de VS voelbaar is op de druk op het spreekuur is afhankelijk van het aantal huisartsen voor wie ze werkt. In de ene praktijk met drie huisartsen (0,7 fte VS op 2,4 fte huisarts) is het aantal consulten dat ze van iedere huisarts overneemt veel groter dan in het gezondheidscentrum met zes huisartsen (0,83 fte VS op 4,61 fte huisarts). In het artikel van Derckx, Dierick-van Daele en Vrijhoef (2009) wordt een verhouding van één fulltime VS op vier fulltime huisartsen aanbevolen. De praktijk met zes huisartsen overweegt dan ook een tweede VS aan te nemen.

In beide voorbeeldpraktijken werd toevallig de POH-S, met werkervaring als wijkverpleegkundige, opgeleid tot VS. Uit onderzoek blijkt dat de functie van VS een carrièreperspectief is voor een POH met HBO verpleegkunde achtergrond (Van der Burgt, 2010; Capaciteitsorgaan, 2013; Laurant & Wijers, 2014). Vooropleiding, werkervaring en persoonlijke eigenschappen van de VS hebben volgens de huisartsen in beide praktijkvoorbeelden bijgedragen aan het succes van de functie.

Methodologische beperkingen

We hebben een zorgvuldige selectieprocedure gehanteerd om representatieve praktijkvoorbeelden te beschrijven. We gaan er daarom van uit dat ze een adequaat beeld geven van de rol en werkzaamheden van VS in de huisartsenzorg. Desondanks kunnen zich toevalligheden voordoen in deze praktijken die voorzichtigheid vragen bij het generaliseren van de bevindingen.

De selectieprocedure is gestart bij alle VS'en die de vragenlijst hebben ingevuld. Dat betekent dat we mogelijk een selectieve groep hebben benaderd die in het bijzonder geïnteresseerd was. Bovendien hebben we VS'en die aangaven dat ze categorale spreekuren deden uit de procedure gefilterd. Dit om te voorkomen dat we praktijkvoorbeelden beschreven waar sprake was van (gedeeltelijke) substitutie van de POH-S in plaats van de huisarts. In vervolgonderzoek bleek dat er eigenlijk nauwelijks POH-taken werden overgenomen en had dit exclusie criterium niet toegepast hoeven worden.

Een derde beperking betreft de duur van de meetperiode. De extractie uit het HIS gebeurde op data van de eerste helft van 2014. Hierdoor kan een vertekening optreden, bijvoorbeeld vanwege seizoensgebonden aandoeningen ten opzichte van data die over een heel jaar zou zijn geëxtraheerd. In het najaar komen bijvoorbeeld hoestklachten meer voor dan in het voorjaar. Wij zullen daardoor mogelijk een onderrapportage doen van hoestklachten in de praktijk en in de behandeling van de VS in het bijzonder.

Een vierde beperking van dit onderzoek is dat we veel aspecten van de kwaliteit van zorg niet konden meten binnen het tijdsbestek. We hebben gekozen om het af te lezen aan de mate waarin de VS en huisartsen verwijzen, recepten voorschrijven en de NHG-richtlijnen opvolgen. We hebben dat gedaan daar alleen te kijken naar een nieuwe klacht bij een patiënt en alleen dezelfde klachten bij huisarts en VS te vergelijken. Maar er kunnen altijd redenen zijn, afhankelijk van de patiënt, de voorgeschiedenis van de patiënt of de situatie, om af te wijken van de richtlijn. Of elke specifieke verwijzing of voorschrift terecht was kunnen we niet beoordelen. Door onze zorgvuldige selectie om tot vergelijkbaarheid te komen (enkelvoudige en nieuwe klacht) vielen heel veel klachten af. De analyse gebeurde dus op kleine aantallen, waardoor afwijking op basis van toeval en niet op basis van regulier beleid extra wordt uitvergroot.

Een vijfde beperking betreft de patiëntenquêtes. Die zijn afgenomen bij iedereen die in die dagen het spreekuur van VS en huisartsen bezochten. Maar de VS ziet in de praktijk alleen klachten die veel voorkomen. De huisarts daarentegen ziet alle klachten en patiënten met multimorbiditeit. Het was niet mogelijk om alleen de consulten van de huisartsen over de veelvoorkomende klachten met de consulten van de VS te vergelijken. Mogelijk kan dit een vertekening geven in de resultaten.

Een zesde beperking betreft de berekening van de financiering. We hebben ons gebaseerd op de verrichtingen die geregistreerd zijn in een relatief korte periode van een half jaar. Bij de berekening of de VS zich kan terugverdienen met consulten, visites en/of M&I-verrichtingen zijn we uitgegaan van tarieven zoals die golden in 2014. In 2015 is de nieuwe financiering van start gegaan, we weten niet of we dan dezelfde conclusies kunnen trekken.

Tot slot hebben we ons vanwege de vergelijkbaarheid beperkt tot Nederlands onderzoek over de VS in de huisartsenpraktijk.

Literatuurverwijzingen en geraadpleegde bronnen

- Bakker D. de, Strassel, J. Vrijhoef H. & Derckx, E. (2013) Skill Mix Analyse Huisartsenzorg. Eindrapport. Utrecht/Eindhoven: NIVEL/Stichting KOH
- Bakker, D. de, Strassel, J., Vrijhoef, H. & Derckx, E. (2013). Hulp bij opleiden en inzet personeel. Skill Mix Analyse Huisartsenzorg. *De Eerstelijns*, 5 (6), 18-19
- Boesten, J., Braaksma, L., Klapwijk-Strumpler, S., Kole, H.M., Sloekers, J., Smit, C., Stroucken, J.P.M., Werven, H. van & Westerhof, R. (2013). *Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier*. Utrecht: NHG-richtlijn
- Burgt, R. van der (2010). *Vervolgexperiment NP Huisartsenzorg: de NP als doorgroei vanuit de POH*. Eindrapport. Eindhoven: Stichting KOH
- Burgt, R. van der, Derckx, E. & Toemen, T. (2009). *Taakherschikking in de Spoedzorg Eerstelijns – Eindrapport Preparatory Grant ZonMw*. Eindhoven: Stichting KOH
- Bussemakers, H., Schultz, U., Vlerken M. van, Kwaak D.A. van der & Ebbens, E.H. (2007). De rolverdeling: taakherschikking en taakverdeling in de huisartsenpraktijk. *Medisch Contact*, 62, 28-30.
- Capaciteitsorgaan. (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen
- Cardol, 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/Bilthoven: NIVEL/RIVM
- CBS. (2010). Een laag inkomen is een inkomen dat lager was dan of gelijk aan 19,2 duizend euro. CBS in uw buurt: <http://www.cbsinuwbuurt.nl/index.aspx#pageLocation=index>
- CBS. (2014). Aantal inwoners. Van: <http://statline.cbs.nl>
- College Specialismen Verpleegkunde. (2008). *Algemeen Besluit specialismen verpleegkunde*. Utrecht: College Specialismen Verpleegkunde
- Derckx, E.W.C.C. e.a. (2005). Tussen cure en care. Nurse Practitioner verdient zichzelf terug. *Medisch Contact*, 49 (60), 1992-1995.
- Derckx, E., Rijt, D. van de & Gauthier, N. (2008). *Financieringsopties en rekenmodel NHP, interne notitie Stichting KOH*. Eindhoven: Stichting KOH
- Derckx, E., Dierick-van Daele, A. & Vrijhoef, B. (2009). De 'nurse' de maat genomen. *Tijdschrift voor Verpleegkunde*, 2009 (3), 23-27.

Dierick-van Daele, A.T.M., Metsemakers, J.F.M., Derckx, E.W.C.C., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H.J.M. (2008). *Onderzoeksrapport Nurse practitioner in de huisartsenpraktijk*. Maastricht/Eindhoven: MUMC+/Stichting KOH

Dierick-van Daele, A.T.M. (2010). *The introduction of the nurse practitioner in general practice*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Elissen, A., Raak, A. van, Derckx, E.W.C.C. & Vrijhoef, H.J.M. (2009). *De Nurse Practitioner als "Street Nurse". Een onderzoek naar de haalbaarheid en de kosten van het Eindhovense Straatdokterproject*. Maastricht: Maastricht University, School voor Public Health and Primary Care (Caphri)

Feijter, C. de (2007). Experiment bewijst de meerwaarde van de inzet van de Nurse Practitioner. Financiering blijft struikelblok. *De Huisarts in Nederland*, 40-42. Utrecht: LHV

Feijter, C. de & Derckx, E. (2012). Taakherschikking in spoedzorg kan! VS en PA helpen ook Praktijkvoering verbeteren. *De Eerstelijns*, 4 (2), 22-24

Gercama, A.J., Horst, H.E. van der & Stalman, W.A.B. (2007). Van spil tot regisseur. *Medisch Contact*, (39), 1603-1605

Hassel, D. van, Velden, L. van der & Batenburg, R. (2014). *Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisarts*. Utrecht: NIVEL

Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S. Hingstman, L., Dulmen, A.M. van & Bakker, D.H. de (2012). *Kennisvraag. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?* Utrecht: NIVEL

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Staat van de Gezondheidszorg: Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg*. Den Haag: IGZ

Keeman, J.N., Mazel, J.A. & Zitman, F.G. (red.) (2009). *Het medisch jaar 2008-2009, hoofdstuk 6 Derckx, E., Hulpkrachten in de huisartsenpraktijk, 144-159*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

KNMG, V&VN, NAPA (2012). *Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken*. Utrecht: KNMG, V&VN, NAPA.

Lambregts, J. & Grontendorst, A. (red.) (2013). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist. Verpleegkundigen en Verzorgende 2020. Deel 4*. Utrecht: V&VN Nederland

Laurant, M.G.H. (2007). *Changes in skill mix. The impact of adding nurses to the primary care team. Proefschrift*. Nijmegen: Radboudumc

Laurant, M. & Wijers, N. (2014). *Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten werkzaam in de huisartsenzorg*. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) Radboudumc Nijmegen

Laurant, M., Hermens, R., Braspenning, J. & Grol, R. (2008). Praktijkondersteuning verbetert zorg maar verlaagt werkdruk niet. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 3 (5), 126-130.

LHV/InEen (2013). *Handleiding FWHZ. Functiewaardering Huisartsenzorg 2013, cao-document, versie 14 augustus 2013*. Utrecht: LHV/InEen

LHV, NHG, NVvPO, V&VN-PVK/POH & Samenwerkende Hogescholen (2014). *Competentie en Eindtermendocument voor de opleiding tot praktijkverpleegkundige*. Utrecht: LHV, NHG, NVvPO, V&VN-PVK/POH, Samenwerkende Hogescholen

LHV, NHG, PsyHAG, InEen & Samenwerkende Hogescholen (2014). *Functie- en competentieprofiel praktijkondersteuner GGZ*. Utrecht: LHV, NHG, PsyHAG, InEen, Samenwerkende Hogescholen

Maasen, H. (2001). 'Nu ik hier werk komen patiënten makkelijker langs': Aletta Hektor, NP in het Hoge Noorden. *Praktijkgeluiden. Medisch Contact*, 20 (56), 778-780

Martini-de Bruijn, M. (2013). Taakherschikking in de huisartsenzorg door PA's. *MPA Vakblad voor NAPA Leden*, herfst 2013, 8-9.

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2008, december). *Wat is kwaliteit?* Van: <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/kwaliteit-van-preventie/wat-is-kwaliteit>

Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten (2013). *Beroepscompetentieprofiel Doktersassistent*. Utrecht: NVDA

Nederlands Huisartsen Genootschap (z.d.). *NHG-Standaarden*. Van: <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>

Nederlandse Zorgautoriteit (2013). *Tariefbeschikking 2014*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit

NIVEL (2004). Praktijkondersteuner ontlast huisarts nauwelijks (Nieuwsreflex). *Medisch Contact* 22 (59), 884.

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn [internet] (2013). Top-20 diagnoses bij contacten met de huisartsenpraktijk. Van: <http://www.nivel.nl/NZR/top-20-diagnoses-bij-contacten-met-de-huisarts>

NIVEL (2013). Aantal huisartsen in Nederland. Huisartsenregistratie, verschijningsfrequentie: jaarlijks. Van <http://www.nivel.nl/databank>

NIVEL (2013). Verdeling huisartspraktijken in Nederland. Huisartsenregistratie, verschijningsfrequentie: jaarlijks. Van: <http://www.nivel.nl/databank>

NIVEL/Stichting KOH (2013). Skill Mix Analyse: <http://skillmix.nivel.nl/skill>

Noordman, J. Verheij, R. & Verhaak, P. (2008). *De inzet van doktersassistenten en praktijkondersteuners (POH, NP en PA) in de huisartspraktijk. Factsheet*. Utrecht: NIVEL

Peters, F. (2014). *Evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

Peters, F., Koenraadt, G. & Schuit, H. (2007). *De arbeidsmarkt van nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

Peters, F., Keppels, E., Schuit, H. & Kauffman, K. (2008). *De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

Pronk, E. (2008). Aantal huisartsenvacatures blijft stijgen. *Medisch Contact*, 6 (63), 233-235

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002 en 2008). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid

Romeijn, A. (2006). *De financiering van de Nurse Practitioner in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Een inventariseren, beschrijvend, onderzoek naar ideeën en mogelijkheden*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Romeijn, A. (2006). *De kosten-effectiviteit van de Nurse Practitioner. Een literatuuronderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Stichting KOH (2014-2015). *Cijfers aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants werkzaam in de huisartsenpraktijk*. Eindhoven: Stichting KOH

VWS (2011). *Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid VS en PA (artikel 36a)*. Den Haag: Staatscourant, december 2011, nummer 658

VWS, brief 'Kabinetsreactie advies NZa taakherschikking', kenmerk CZ-3132479 d.d. 9 oktober 2012.

VWS, 2.1 beleidsagenda 2012, begroting VWS 2012

VWS, brief 'Vervolg kabinetsreactie advies NZa taakherschikking' d.d. 2 april 2013, kenmerk CZ-3152101 d.d. 22 april 2013 en bijlage 1

Wijers, N., Burgt, R. van der & Laurant, M. (2013). *Verpleegkundig specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport naar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven*. Nijmegen/Eindhoven: IQ healthcare Radboudumc/Stichting KOH

Wijk, P. van (2014) Huisarts wordt meespelend regisseur met ondersteuning van experts. *De Eerstelijns*, 3 (6), 22-23

Zwart, S. & Filippo, M. (2006). Verzet LHV en NHG tegen nieuwe functies in de eerste lijn berust op koudwatervrees. *Huisarts&Wetenschap*, 12 (49), 887-890

Websites

www.brancherapporten.minvws.nl

www.igz.nl

www.knmg.nl

www.lhv.nl

www.nivel.nl

www.nhg.artsennet.nl

www.nvda.nl

www.nvvpo.nl

www.platformzorgmasters.nl

<http://skillmix.nivel.nl/skill>

www.venvnvs.nl

www.verpleegkundigspecialismen.nl

Bijlagen

- Bijlage 1 Overzicht beroepsbeoefenaren in de huisartsenpraktijk in Nederland
- Bijlage 2 Vragenlijst VS
- Bijlage 3 Vervolg vragenlijst VS over categorale spreekuren
- Bijlage 4 Vragenlijst na het consult bij huisarts of VS
- Bijlage 5 Formulier praktijkinformatie
- Bijlage 6 Planning onderzoek praktijkvoorbeelden VS

Bijlage 1

	Huisarts	Doktersassistent	POH-S	POH-GGZ	VS	PA
Aantal	8.865	11.000	3.700-4.700	687	170	90
Vooropleiding	WO Geneeskunde	VMBO-T	Doktersassistent, verpleegkundige	Divers (SPV-er, B-verpleegkundige, maatschappelijk werker, SPH, psycholoog, orthopedagoog, VS-GGZ)	HBO-Verpleegkunde > 2 jaren werkervaring	HBO-Gezondheidszorg > 2 jaren werkervaring
Opleiding (niveau, duur, signatuur)	Academisch 3 jaar Duaal Subsidie VWS/OC&W Toewijzing opleidingsplaatsen Huisartsgeneeskunde en praktijkorganisatie; CANMEDS	MBO-niveau 4 3 jaar Dag- of deeltijdonderwijs (BOL) of duaal (BBL) Particulier Subsidie OC&W Open inschrijving Methodisch werken, administratie en beheer, intake en patiëntenzorg; CANMEDS	HBO Doktersassistent: 2 jaar Verpleegkundige: 1 jaar Duaal 'Bedrijfsopleiding' Open inschrijving Algemene informatie over huisartsenzorg; patiëntenzorg toegespitst op takenpakket; CANMEDS	HBO 1 jaar Duaal 'Bedrijfsopleiding' Open inschrijving Geestelijke gezondheidszorg en zorg en welzijn binnen huisartsenzorg en gericht op takenpakket; CANMEDS	Master 2 jaar Duaal Subsidie VWS/OC&W Toewijzing opleidingsplaatsen Tweesporen model: medische verbreding en verpleegkundige verdieping; CANMEDS	Master 2,5 jaar Duaal Subsidie VWS/OC&W Toewijzing opleidingsplaatsen Medisch model; CANMEDS
Werkzaamheden	Diagnose en behandeling alle voorkomende klachten Praktijkorganisatie	Instreammanagement, zelfzorgadviezen, medisch-technische handelingen, laboratoriumonderzoek, planning en administratie	Begeleiding en monitoring beleid en omgaan met (gevolgen van) aandoeningen en beperkingen; screening; voorlichting en advies, niet-medicamenteuze interventies, begeleiden/ondersteunen zelfmanagement, preventie, leefstijl- en gedragsbeïnvloeding bij chronische ziekten (DM, astma/COPD, CVRM); Ouderenzorg; generalistische taken	Vraagverheldering, screening, vervolgstappenplan, psycho-educatie, begeleiden/ondersteunen zelfmanagement, kortdurende behandeling en preventie bij psychische of psycho-sociale en/of psychosomatische klachten	Diagnose en behandeling bij welomschreven pakket 'vaak voorkomende' klachten: KNO, hoesten, bewegingsapparaat, huidklachten, SOA, anticonceptie, overgang, incontinentie, urineweginfecties, geriatrie/ouderenzorg Kwaliteitsprojecten en praktijkorganisatie	Diagnose en behandeling bij bijna alle voorkomende klachten behalve traumata, infarcten Praktijkorganisatie
Financiering	Contract zorgverzekeraar	Contract zorgverzekeraar	Contract zorgverzekeraar plus zichzelf terugverdienen door productie	Contract zorgverzekeraar plus zichzelf terugverdienen door productie	Zichzelf terugverdienen door productie, capaciteitsvergroting en/of (gedeeltelijk) opvolgen huisarts	Zichzelf terugverdienen door productie, capaciteitsvergroting en/of (gedeeltelijk) opvolgen huisarts

E. Derckx (2015): *Overzicht beroepsbeoefenaren in de huisartsenpraktijk in Nederland*

Bijlage 2

Praktijkvoorbeeld Verpleegkundig Specialist in de eerste lijn Vragenlijst VS

Algemene informatie

1. Waar werkt u? *(meerdere opties zijn mogelijk)*
 - Op de huisartsenpost #
 - In de huisartsenpraktijk *
 - Anders, namelijk [invulveld]~

ALS ~

Omdat dit onderzoek bedoeld is voor de VS in de huisartsenpraktijk en/of de VS op de spoedpost (zoals aangegeven in de uitnodiging), wordt de vragenlijst beëindigd wanneer u op 'verstuur' klikt.

ALS

Huisartsenpost

Nu volgen enkele algemene vragen over de huisartsenpost waar u werkt.

2. Wat is uw leeftijd?
[invulveld]
3. Wat is uw geslacht?
 - Man
 - Vrouw
4. Heeft u uw opleiding afgerond?
 - Ja ##
 - Nee **

ALS

4.1 In welk jaar bent u afgestudeerd?
[pull-down menu jaartal lopend van 2000 t/m 2013]

- 4.2 In welk deelspecialisme bent u ingedeeld?
- Preventieve zorg bij somatische aandoeningen
 - Acute zorg bij somatische aandoeningen
 - Intensieve zorg bij somatische aandoeningen
 - Chronische zorg bij somatische aandoeningen
 - Geestelijke Gezondheidszorg

ALS **

4.1 In welk jaar verwacht u af te studeren?
[pull-down menu jaartal lopend van 2013 t/m 2016]

5. Wat is de naam van de huisartsenpost waar u werkt?
naam huisartsenpost: [invulveld]
6. Hoeveel uren in de week, conform uw arbeidsovereenkomst, werkt u bij
[naam_huisartsenpost]?
[invulveld] uren
7. **Einde**

Dit is het einde van de vragenlijst. Indien u nog suggesties en/of opmerkingen heeft, dan kunt u deze hieronder vermelden:
[invulveld]

ALS *

Huisartsenpraktijk

Nu volgen enkele algemene vragen over de huisartsenpraktijk waar u werkt.

2. Wat is uw leeftijd?
[invulveld]
3. Wat is uw geslacht?
 Man
 Vrouw
4. Heeft u uw opleiding afgerond?
 Ja ##
 Nee **

ALS ##

4.1 In welk jaar bent u afgestudeerd?
[pull-down menu jaartal lopend van 2000 t/m 2013]

- 4.2 In welk deelspecialisme bent u ingedeeld?
- Preventieve zorg bij somatische aandoeningen
 - Acute zorg bij somatische aandoeningen
 - Intensieve zorg bij somatische aandoeningen
 - Chronische zorg bij somatische aandoeningen
 - Geestelijke Gezondheidszorg

ALS **

4.1 In welk jaar verwacht u af te studeren?
[pull-down menu jaartal lopend van 2013 t/m 2016]

5. Waar bent u in loondienst? (*meerdere opties zijn mogelijk*)

- Van de huisarts
- Bij het gezondheidscentrum
- De maatschap van huisartsen
- Anders, namelijk [invulveld]

6. Voor hoeveel (huisartsen)praktijklocaties werkt u?

- 1##
- 2**
- 3***
- 4 of meer****

ALS ##

7. Wat is de postcode van deze (huisarts)praktijklocatie?
postcode: [invulveld, postcode]

ALS **//******

6.1 Wijken de werkzaamheden die u op de verschillende (huisartsen)praktijklocaties uitvoert van elkaar af?

- Ja##
- Nee

ALS ##

6.2 Wat is de reden voor het verschil in werkzaamheden bij deze (huisartsen)praktijklocaties? (*meerdere opties zijn mogelijk*)

- Vanwege een verschil in de patiëntpopulatie
- Vanwege een andere teamsamenstelling
- Vanwege een andere taakopdracht
- Anders, namelijk [invulveld]

ALS **

7. Wat zijn de postcodes van de (huisartsen)praktijklocaties waar u werkt? (*1 is de praktijklocatie waar u het meeste aantal uren werkt en 2 is de praktijklocatie waar u het minste aantal uren werkt*)

- 1. postcode: [invulveld]
- 2. postcode: [invulveld]

ALS ***

7. Wat zijn de postcodes van de (huisartsen)praktijklocaties waar u werkt? (1 is de praktijklocatie waar u het meeste aantal uren werkt en 3 is de praktijklocatie waar u het minste aantal uren werkt)

1. postcode: [invulveld]
2. postcode: [invulveld]
3. postcode: [invulveld]

ALS ****

7. Wat zijn de postcodes van de (huisartsen)praktijklocaties waar u werkt? (1 is de praktijklocatie waar u het meeste aantal uren werkt en 5 is de praktijklocatie waar u het minste aantal uren werkt)

1. postcode: [invulveld]
 2. postcode: [invulveld]
 3. postcode: [invulveld]
 4. postcode: [invulveld]
 5. postcode: [invulveld]
- (minimaal 4 postcodes invullen)

8. Wat is de naam van de (huisarts)praktijklocatie waar u werkt? Indien u op meerdere praktijklocaties werkt, vul dan de naam in van de praktijk in waar u het meeste aantal uren werkt.

naam praktijklocatie: [invulveld]

Bij de vragen die nu volgen wordt er uitgegaan van [naam praktijklocatie].

9. Hoeveel huisartsen werken er bij [naam praktijklocatie]?

- 1
- 2
- 3
- 4 of meer

10. Hoeveel jaren werkt u bij [naam praktijklocatie]?

- 0-1 jaar
- 1-2 jaren
- 2-3 jaren
- meer dan 3 jaar

11. Hoeveel uren in de week, conform uw arbeidsovereenkomst, werkt u bij [naam praktijklocatie]?

[invulveld] uren

12. Hoe groot is de patiëntpopulatie van [naam praktijklocatie]?

- < 2350 patiënten
- 2350 – 5000 patiënten
- > 5000 patiënten

13. Hoeveel POH's werken er bij [naam praktijklocatie]?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 of meer

14. Hoeveel doktersassistenten werken er bij [naam praktijklocatie]?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 of meer

15. Werken er, behalve u, nog ander VS bij [naam praktijklocatie]?

- Ja#
- Nee

ALS #

15.1 Hoeveel andere VS werken er bij [naam praktijklocatie]?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 of meer

16. Werkt er een VS in opleiding bij [naam praktijklocatie]?

- Ja
- Nee

17. Welk HIS gebruikt [naam praktijklocatie]?

- Medicom
- OmniHIS
- MicroHIS
- Mira
- Promedico ASP
- Promedico VDF
- TetraHIS
- HetHIS
- Anders, namelijk [invulveld]

18. Registreert u aan de hand van de SOEP-codering ?

- Ja
- Nee

Praktijkuitkomsten

Neem uw laatste werkweek bij [naam praktijklocatie] in gedachten en probeer een schatting te maken van het aantal consulten, telefonische consulten en visites.

1. Hoeveel consulten, waarbij wordt uitgegaan van maximaal 10 minuten per consult, heeft u in uw laatste werkweek gedaan bij [naam praktijklocatie]?
[invulveld] consulten
2. Hoeveel telefonische consulten heeft u in uw laatste werkweek gedaan bij [naam praktijklocatie]?
[invulveld] telefonische consulten
3. Hoeveel visites, waarbij wordt uitgegaan van maximaal 20 minuten per visite, heeft u in uw laatste werkweek gedaan bij [naam praktijklocatie]?
[invulveld] visites
4. Hoe zou u uw laatste werkweek week bij [naam praktijklocatie] omschrijven?
 - Het was een normale week
 - Het was een drukke week
 - Het was een rustige week
 - Anders, namelijk [invulveld]
5. Voert u M&I verrichtingen uit bij [naam praktijklocatie]?
 - Ja*
 - Nee

Indien *:

- 5.1 Welke vijf M&I verrichtingen voert u het meest uit bij [naam praktijklocatie]?
1. [pull-down menu met verrichtingen]
 2. [pull-down menu met verrichtingen]
 3. [pull-down menu met verrichtingen]
 4. [pull-down menu met verrichtingen]
 5. [pull-down menu met verrichtingen]
- (minimaal 1)
6. Heeft u categorale spreekuren waarin u patiënten ziet met Diabetes, CVRM, Astma en/of COPD bij [naam praktijklocatie]?
- Ja
 Nee
7. Welke klachten ziet u niet bij [naam praktijklocatie]? (*meerdere opties zijn mogelijk*)
- Cardiale klachten (pijn op de borst)
 Neurologische klachten (hoofdpijn, duizeligheid)
 Buikklachten
 Psychiatrische klachten
 Nekklachten
 Kinderen jonger dan 1 jaar
 Anders, namelijk [invulveld]
8. Wat doet u, in uw functie als VS, in de niet patiëntgebonden taken, bij [naam praktijklocatie]?
- (*meerdere opties zijn mogelijk*)
- Nascholing geven aan collega's of andere professionals
 Initiëren en uitvoeren van kwaliteitsprojecten in de huisartsenpraktijk
 (wetenschappelijk) Onderzoek in de praktijk
 Begeleiding/coachen van VS in opleiding
 Managementtaken
 Ontwikkelen van protocollen en standaarden voor de praktijk
 Overleg met huisartsen en andere professionals
 Anders, namelijk [invulveld]
9. Wat is de verhouding (in percentages), in uw functie als VS, van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken bij [naam praktijklocatie]?

LET OP! Het totaal percentage dient uit te komen op 100%

Patiëntgebonden taken: [invulveld] %

Niet patiëntgebonden taken: [invulveld]%

10. Einde

Dit is het einde van de vragenlijst. Indien u nog suggesties en/of opmerkingen heeft, dan kunt u deze hieronder vermelden:
[invulveld]

Vragenlijst VS categorale spreekuren

VS met POH in dienst en categorale spreekuren (22 VS)

1. Doet u categorale spreekuren in de functie van POH?

- Ja#
- Nee*

ALS #

2. Heeft u twee arbeidsovereenkomsten (*één arbeidsovereenkomst voor de functie van VS en één arbeidsovereenkomst voor de functie van POH*)?

- Ja#
- Nee*

ALS #

3. Hoeveel uren in de week staan er in uw arbeidsovereenkomst voor de functie van VS?

[invulveld] uren

4. Hoeveel uren in de week staan er in uw arbeidsovereenkomst voor de functie van POH?

[invulveld] uren

ALS *

2. Waarin onderscheidt uw werk zich met het werk van de POH?

- Ik heb de taken van de huisarts overgenomen, zoals de jaarcontrole bij diabetespatiënten
- De POH en ik verdelen de taken in de chronische zorg#

Als #

3. Hoe hebben u en de POH de taken verdeeld?

- We zien verschillende patiëntcategorieën (*voorbeeld: u ziet de patiënten met diabetes en de POH de patiënten met COPD*)
- We maken onderscheid in de complexiteit van patiënten binnen een bepaalde patiëntcategorie (*voorbeeld: insuline instellen*)
- We verdelen de uren binnen een patiëntcategorie (*voorbeeld: u ziet de diabetespatiënten die op maandag komen en de POH ziet de diabetespatiënten die op woensdag komen*)

4. Wat is de reden dat u POH-taken doet?

[invulveld]

VS zonder POH in dienst en categorale spreekuren (7 VS, waarvan 1 in een solistenpraktijk)

1. Doet u categorale spreekuren in de functie van POH?

- Ja#
- Nee*

ALS #

2. Heeft u twee arbeidsovereenkomsten (*één arbeidsovereenkomst voor de functie van VS en één arbeidsovereenkomst voor de functie van POH*)?

- Ja#
- Nee*

ALS #

3. Hoeveel uren in de week staan er in uw arbeidsovereenkomst voor de functie van VS?

[invulveld] uren

4. Hoeveel uren in de week staan er in uw arbeidsovereenkomst voor de functie van POH?

[invulveld] uren

ALS *

2. Wat is de reden dat u POH-taken doet?

[invulveld]

Vragenlijst na het consult bij de huisarts/VS²⁷

Leeftijd: jaar

Geslacht: M/V

1. U bent naar het spreekuur gekomen vanwege een klacht. Ging het om:

- het eerste consult voor deze klacht
- een vervolgconsult voor deze klacht

Uw mening over het consult

		Ja	Nee	Geen menin	nvt
2	Hebt u de klacht waarvoor u kwam goed kunnen bespreken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hebt u het gevoel dat de huisarts/VS uw klachten begreep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Is alles wat u wilde bespreken aan bod gekomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Had de huisarts/VS aandacht voor uw persoonlijke situatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Bent u tevreden met het resultaat van dit consult? (geruststelling/verder onderzoek/behandeling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uw mening over de informatie

		Ja	Nee	Geen menin	nvt
	Bent u geïnformeerd over:				
7	- de oorzaak van uw ziekte/ klacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	- hoe u de klachten kunt verminderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	- hoe lang het duurt voordat u van uw klacht af bent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	- hoe u kunt voorkomen dat u weer dezelfde klachten krijgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	- wat u moet doen als de klacht aanhoudt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uw mening algemeen

		Ja	Nee	Geen menin	nvt
12	Hebt u vertrouwen in de deskundigheid van de huisarts/VS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Zou u de huisarts aanbevelen bij andere patiënten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

²⁷ De patiënt kreeg een vragenlijst na afloop van het consult bij de huisarts of de PA

14. Met welk cijfer drukt u uw tevredenheid over het consult uit?

Cijfer*:

**Geef een score tussen de 0 en 10. Het cijfer 0 staat voor zeer ontevreden, het cijfer 10 staat voor zeer tevreden.*

15. Hebt u nog opmerkingen?

Toelichting:

Beschrijving praktijksituatie per 1 januari 2014

Bijlage 5

Locatie:

Werkdagen VS:

Medewerkers, dienstverband en FTE

Functie	Aantal Medewerkers	Aantal FTE	Waar in dienst?	Aantal FTE niet-patiëntgebonden taken
Directeur				
Huisarts				
VS				
Waarnemer				
AIO				
POH GGZ				
POH Somatiek				
Doktersassistent				

Huisarts	Aantal ingeschreven patiënten	Aantal uren per week werkzaam in de praktijk	Aantal uren per week niet-patiëntgebonden taken in de praktijk
Totaal			
CAO: huisartsenzorg/gezondheidscentra*			
Schaal VS:			

* doorhalen wat niet van toepassing is

Planning onderzoek praktijkvoorbeeld VS in de eerste lijn

Activiteiten	Q3 2013	Q4 2013	Q1 2014	Q2 2014	Q3 2014	Q4 2014
Praktijkbezoek						
Proefextractie						
Registratie-instructies						
1 ^e interview met VS						
1 ^e Interview huisarts (opleider VS) en manager						
Opvragen praktijkdocumenten werkafspraken						
Patiëntenquêtes						
Data-analyse HIS-extractie						
Onderzoek financiering VS						
Praktijkformulier						
Agenda-onderzoek						
Groepsinterviews huisartsen						
Groepsinterview assistenten						
2 ^e Interview met centrummanager						
2 ^e interview VS						
Concept rapport						
Definitief rapport						

In opdracht van:

v&vn

Uitgevoerd door:

