



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (M. van den Berg, D. de Bakker, Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartsenpraktijk in Nederland, NIVEL 2003) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Meta-analyse

Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland

NIVEL
september 2003
Michael van den Berg
Dinny de Bakker



ISBN 90-0000-000-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Inhoud	4
1 Inleiding	6
1.1 Achtergrond	6
1.2 Doel van het onderzoek	6
1.3 Onderzoeksvragen	7
1.4 Definities	7
1.4.1 Kwaliteit	7
1.4.2 Werkdruk	7
1.4.3 Samenhang binnen de eerste lijn	8
1.5 Opbouw van het rapport	8
2 Methode	10
2.1 Onderzoeksopzet	10
2.2 Gestandaardiseerde projectbeschrijvingen	10
2.2.1 Methodologische criteria voor bruikbaarheid	10
2.2.2 Inhoudelijke kenmerken	11
3 De onderzoeksprojecten; inleiding op de resultaten	14
3.1 Inleiding	14
3.2 Informatiebronnen	14
3.3 Aandachtsgebieden	15
3.4 Conclusie	16
4 Praktijkondersteuners in de praktijk; wie zijn ze en wat doen ze?	18
4.1 Inleiding	18
4.2 De achtergrond van praktijkondersteuners	18
4.3 Doelgroepen en takenpakket van praktijkondersteuners	18
4.4 De positie van de ondersteuner in de praktijk	20
4.5 Conclusie	21
5 Praktijkondersteuning en kwaliteit van zorg	22
5.1 Inleiding	22
5.2 Patiënttevredenheid	22
5.3 Klinische parameters	23
5.4 Werken volgens NHG-standaarden	24
5.5 Kwaliteit van leven	24
5.6 Kennis en zelfzorg	24
5.7 Kwaliteit volgens de zorgverleners	24
5.8 Overige kwaliteitskenmerken	25
5.9 Conclusie	26

6	Praktijkondersteuning en werkdruk	30
6.1	Inleiding	30
6.2	Objectieve werkbelasting	30
6.3	Een verklaringsmodel voor de relatie tussen POH en objectieve werkbelasting van de huisarts	31
6.4	Subjectieve werkbelasting	34
6.5	Conclusie	34
7	Praktijkondersteuning en samenwerking	36
7.1	Inleiding	36
7.2	Samenwerkingsvormen	36
7.3	Samenwerking in de praktijk	36
7.4	Conclusie	37
8	Slotconclusies	38
8.1	Conclusies	38
8.2	Implicaties voor verder onderzoek	39
	Bijlage 1: Gestandaardiseerde projectbeschrijvingen	42
	Bijlage 2: Literatuur	60

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In juni 1999 ondertekenden de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het convenant 'Huisartsenzorg'. In dit convenant werd besloten tot invoering van praktijkondersteuning op HBO-niveau (POH). De behoefte aan praktijkondersteuning kwam voort uit een aantal ontwikkelingen die een intensivering van de huisartsenzorg wenselijk maakten. Voorbeelden hiervan zijn de stijgende en complexere zorgvraag van chronisch zieken, de hoge werkdruk die huisartsen ervaren en het groeiende huisartsentekort.

De invoering van POH in de huisartspraktijk verliep langzamer dan aanvankelijk werd verwacht. Volgens cijfers van LINH beschikte in 2001 één op de drie huisartspraktijken over een praktijkondersteuner. Volgens recente cijfers van de LHV was 31 december 2002 voor 32% van de huisartsen een contract afgesloten om in aanmerking te komen voor financiering van praktijkondersteuning.

In het bovengenoemde convenant is destijds aangegeven dat de invoering van POH in de huisartspraktijk landelijk zou moeten worden geëvalueerd. Verspreid over het land zijn er meerdere lokale onderzoeksprojecten van de grond gekomen waarvan sommige nog lopende zijn. Deze lokale studies kunnen een belangrijke bron van informatie vormen voor de landelijke evaluatie. In hoeverre er algemene, landelijke conclusies kunnen worden getrokken op grond van deze projecten hangt echter af van de doelstellingen, opzet, gehanteerde methode, condities en het moment waarop resultaten beschikbaar komen.

In dit rapport wordt verslag gedaan van een meta-analyse van het lopend en afgerond onderzoek op het gebied van praktijkondersteuning. Hierbij wordt in kaart gebracht in hoeverre de momenteel beschikbare gegevens toereikend zijn voor het trekken van landelijke conclusies, daarnaast wordt inhoudelijk verslag gedaan van de tot nu toe bekende resultaten. Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van deze meta-analyse is om een samenhangend beeld te krijgen van de informatie die verschillende onderzoeken naar praktijkondersteuning al hebben opgeleverd en welke informatie op termijn valt te verwachten. Daarmee vormt deze studie een eerste aanzet tot een landelijke evaluatie.

1.3 Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen staan in deze studie centraal:

Hoe wordt in de praktijk invulling gegeven aan de rol van praktijkondersteuner?

In hoeverre en wanneer kan op basis van in Nederland lopend of afgesloten onderzoek worden vastgesteld of praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk leidt tot:

- verbetering van de kwaliteit van huisartsenzorg,
- vermindering van de werkdruk van huisartsen,
- verbetering van de samenhang binnen de eerste lijn.

1.4 Definities

De begrippen kwaliteit, samenhang binnen de eerste lijn en werkdruk zullen hieronder worden gedefinieerd en toegelicht.

1.4.1 *Kwaliteit*

Aan kwaliteit van zorg zijn verschillende aspecten te onderscheiden. Welk aspect het zwaarst weegt, hangt meestal af vanuit welk perspectief men naar kwaliteit kijkt. Zo zijn voor patiënten bijvoorbeeld kwaliteit van leven, autonomie, bereikbaarheid en continuïteit van de zorg en de deskundigheid van en bejegening door de zorgaanbieder belangrijke maatstaven voor kwaliteit (Sixma et al. 1998). Zorgaanbieders meten kwaliteit veelal af aan effectiviteit en veiligheid van zorgverlening terwijl zorgverzekeraars vooral ook oog hebben voor doelmatigheid (Sluijs & Wagner 2000; Lindert & Rijken, 2001).

In de kwaliteitswet wordt kwaliteit opgevat als verantwoorde zorg van een goed niveau waarbij vier aspecten onderscheiden kunnen worden (Sluijs & Wagner 2000):

- doeltreffendheid (de zorg draagt bij aan de gezondheid, welbevinden en kwaliteit van leven van patiënten),
- doelmatigheid (de kosten staan in verhouding tot de resultaten),
- patiëntgericht (respectvol naar patiënten),
- afgestemd op reële behoeften.

1.4.2 *Werkdruk*

Wanneer men spreekt over werkdruk is het in de eerste plaats van belang een onderscheid te maken tussen objectieve en subjectieve aspecten. De objectieve kant van werkdruk heeft betrekking op de werklast of objectieve werkbelasting. Dit kan worden gedefinieerd als de hoeveelheid tijd die activiteiten in beslag nemen of de frequentie waarmee deze plaats vinden (Groenewegen en Hutten 1991). Dit gegeven is duidelijk

kwantificeerbaar aan de hand van aantallen werkzame uren, contactfrequentie en consultduur.

De subjectieve kant verwijst naar de mate waarin huisartsen werkdruk ervaren, dit kan tot uiting komen in het gevoel tekort te schieten, het ervaren van tijdsdruk, verminderde arbeidssatisfactie en in extreme gevallen in burn out (van Dierendonck et al. 1992).

1.4.3 Samenhang binnen de eerste lijn

In de loop der jaren ontwikkelt de huisartsenzorg zich steeds meer van een vorm van zorg die wordt verleend door een individuele huisarts die wordt bijgestaan door een assistente naar een vorm van zorg door een multidisciplinair team van huisartsen en andere (para)medische disciplines waarbij de huisarts eindverantwoordelijke is. Zaken als taakdelegatie, samenwerking en management zijn daardoor van groter belang geworden. In het project Toekomstvisie van de LHV/NHG (sprak 80% zich uit voor een ontwikkeling richting een zogenaamde 'voorziening huisartsenzorg'. De invoering van praktijkondersteuning kan beschouwd worden als een stap in deze richting.

In het convenant is een aantal afspraken gemaakt over de samenwerkingsvormen die huisartsen moeten aangaan om in aanmerking te komen voor een vergoeding voor praktijkondersteuning. Zo is een van de vereisten een minimale omvang van een juridisch vormgegeven samenwerkingsverband van drie huisartsen met een (totale) patiëntpopulatie van 4500 patiënten. De financiering is gebaseerd op een patiëntenpopulatie van drie normpraktijken: 7050 patiënten. Vaak komt een samenwerkingsverband tot stand binnen een bestaande huisartsengroep (HAGRO). De samenwerkende huisartsen worden geacht een gezamenlijk plan van aanpak te maken waarin onder andere beschreven wordt hoe de samenwerking vorm krijgt, waaruit het takenpakket van de ondersteuner bestaat en hoe deze wordt aangestuurd. Op deze wijze wordt samenwerking en het ontwikkelen van een gezamenlijk beleid gestimuleerd.

Onder samenhang binnen de eerste lijn verstaan we het gezamenlijk plannen, uitvoeren, evalueren en afstemmen van de zorg door huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners.

1.5 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 zullen de wijze waarop de gegevens zijn verzameld en de gevolgde analysemethode worden beschreven. In hoofdstuk 3 wordt een korte inleiding op de resultaten gegeven, hierbij wordt op een rijtje gezet op welke informatiebronnen / projecten we onze analyse hebben gebaseerd, en in welk stadium deze onderzoeken zich bevinden. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op 'de praktijkondersteuner', het profiel en de wijze waarop in de praktijk aan deze functie invulling wordt gegeven komen hierbij aan bod. In de hoofdstukken 5, 6 en 7 worden de overige drie deelvragen behandeld. In hoofdstuk 5 wordt beschreven in hoeverre de invoering van praktijkondersteuning tot een verbetering van de kwaliteit heeft geleid, in hoofdstuk 6 staat de werkbelasting centraal en in hoofdstuk 7 de samenhang binnen de eerste lijn. In hoofdstuk 8 worden algemene conclusies getrokken, hierbij worden de deelconclusies met elkaar in verband gebracht en

wordt geïnventariseerd in hoeverre er op dit moment algemene uitspraken kunnen worden gedaan over de invoering van praktijkondersteuning in de huisartspraktijk.

2 Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek omvat een meta-analyse van al het lopende en afgesloten onderzoek naar de inzet van praktijkondersteuners op HBO-niveau in Nederland sinds 1999. Bij de inventarisatie van projecten is in de eerste plaats uitgegaan van de projecten die bekend waren bij het NIVEL en/of de LHV. De projectgroep van het LHV heeft onder alle Districts Huisartsen Verenigingen (DHV) geïnventariseerd welke projecten er lopen of zijn afgerond. Daarnaast is gezocht in een aantal databases waaronder Medline, de Databank zorgvernieuwing van het NIVEL en het GLIN-systeem.

Van deze projecten zijn gestandaardiseerde beschrijvingen gemaakt die de basis vormen voor deze studie. Door deze verschillende lokale projecten in samenhang met elkaar te bekijken is nagegaan in hoeverre er landelijke uitspraken kunnen worden gedaan. Onderzoek van voor 1999 is uitgesloten van de analyse. In de eerste plaats omdat deze projecten plaatsvonden voor het sluiten van het convenant. In de tweede plaats omdat de studie van Welling et al. (1998) een goed beeld geeft van de situatie voor het convenant. In de analyse zijn alleen documenten betrokken die daadwerkelijk betrekking hebben op onderzoek, wat wil zeggen dat er gegevens zijn verzameld volgens een van tevoren vastgestelde systematiek. Behalve deze criteria zijn er geen selecties gemaakt op basis van methodologische criteria, in principe is ieder onderzoek in de analyse betrokken. De reden hiervoor is dat het gaat om een eerste verkenning.

2.2 Gestandaardiseerde projectbeschrijvingen

Een aantal gegevens is systematisch, volgens een van tevoren opgestelde lijst, in kaart gebracht. Deze kenmerken hebben enerzijds betrekking op het onderzoek zelf (methodiek, effectparameters, vraagstellingen) en anderzijds op het onderzoeksobject, dat wil zeggen de taken van de ondersteuner, de condities waarbinnen gewerkt wordt en de resultaten die zijn bereikt. Deze methodologische en inhoudelijke aspecten zullen hieronder nader worden toegelicht.

2.2.1 *Methodologische criteria voor bruikbaarheid*

Het is niet de opzet van deze studie projecten te beoordelen op kwaliteit, wel is steeds nagegaan in hoeverre een onderzoek bruikbaar is voor de landelijke evaluatie. De mate van bruikbaarheid is logisch af te leiden uit de vraagstelling zoals deze in het eerste hoofdstuk is geformuleerd. Hier onder volgen een aantal criteria die hieruit zijn af te leiden.

Causaliteit

Kenmerkend aan de vraagstelling is dat we in de eerste plaats een causaal verband willen onderzoeken, de vraag is immers of POH leidt tot verbetering van kwaliteit en samenhang binnen de eerste lijn en vermindering van werkdruk. Algemeen wordt aangenomen dat sommige onderzoeksmethodes geschikter zijn voor het aantonen van causaliteit dan andere. Ideaal is in dit geval een (quasi)experimenteel onderzoeksdesign met een controlegroep en een interventiegroep (eventueel met gekoppelde paren) en een voor- en nameting. Onderzoeksdiseins waarin alleen een achterafmeting is verricht of de uitgangssituatie retrospectief is gemeten zijn niet per definitie onbruikbaar maar tonen een causaal verband minder sterk aan.

Effectparameters en meetniveaus

Om kwaliteit, samenhang en werkdruk te meten zijn bepaalde maten nodig waarin deze zaken worden uitgedrukt, effectparameters. Er zijn veel uiteenlopende parameters denkbaar en ze kunnen op veel verschillende niveaus worden vastgesteld. Deze effectparameters kunnen sterk variëren in hun 'hardheid' of validiteit. De validiteit van de parameters wordt aannemelijker naarmate het een harder (objectiever) gegeven betreft en wanneer het gemeten is op het niveau waarop het daadwerkelijk betrekking heeft. Een tweetal voorbeelden: Wil men kwaliteit van zorg meten dan kan men registreren in hoeverre er wordt gewerkt volgens NHG-standaarden. Deze manier van meten is sterker dan het vragen naar de mening van de huisarts of de ondersteuner of de kwaliteit is verbeterd, dit wordt immers zeer gekleurd door de waarneming en de belangen van de betrokkenen. Wanneer men objectieve werkdruk wil meten is het registreren van het aantal consulten sterker dan het vragen naar de mening van de huisarts of deze het minder druk heeft (terwijl dit bij het meten van subjectieve werkdruk wel voor de hand ligt).

Verder speelt de schaal waarop gegevens zijn verzameld een rol. Het spreekt voor zich dat het oordeel van enkele patiënten minder informatief is dan dat van een grotere groep en dat gegevensverzameling gedurende een jaar meer informatie verschaft dan van een week.

Doelstellingen

Ook is van belang in hoeverre de doelstellingen van de projecten aansluiten op die van het landelijke project. Heeft het project tot doel uitspraken te doen over kwaliteit, werkdruk en samenhang binnen de eerste lijn? Wanneer dit niet het geval is, is het mogelijk dat het project wel informatie over deze zaken verschaft. Sommige projecten gaan slechts in op één aandachtsgebied. Tenslotte zal nagegaan worden wat de looptijd van het onderzoek is. Sommige onderzoeken zijn nog niet afgerond maar hebben mogelijk al wel informatie opgeleverd. Daarnaast kan zo worden bepaald wanneer bepaalde ontbrekende informatie beschikbaar komt.

2.2.2 *Inhoudelijke kenmerken*

De inhoudelijke zaken die het meest interessant en relevant zijn, zijn de resultaten, met name waar deze een antwoord geven op de vragen over kwaliteit, samenhang en werkdruk. Naast de resultaten is het van belang de context of de condities te bekijken waarin deze tot stand zijn gekomen. Hoe wordt invulling gegeven aan de functie van

praktijkondersteuner? Met wat voor patiënten heeft de ondersteuner te maken? In wat voor praktijk werkt hij /zij? Door deze context te onderzoeken kan worden nagegaan onder welke omstandigheden bepaalde resultaten wel of juist niet optreden.

De volgende inhoudelijke zaken zijn per project geïnventariseerd:

Resultaten

- Kwaliteit (werken volgens standaarden, patiënttevredenheid, klinische parameters, kwaliteit van leven, doelmatigheid, kwaliteit van zorg volgens zorgverleners en overig)
- Werkdruk (aantal werkzame uren, contactfrequentie, arbeidssatisfactie, ervaren werkdruk)
- Samenhang binnen de eerste lijn (bijv. overleg, gezamenlijk plannen, uitvoeren, evalueren en afstemmen van de zorg tussen huisartsen en andere hulpverleners)

De keuze voor deze uitkomstmaten is in een pragmatische, er is uitgegaan van uitkomsten die in de onderzochte studies het meest gebruikt zijn.

Conditie

- Hoeveelheid POH (bijv. uitgedrukt in fte's per huisarts of per 1000 patiënten)
- Praktijktype
- Geografische factoren (stad/platteland, achterstandswijk)
- Andere belemmerende/bevorderende factoren
- Profiel praktijkondersteuner
- Taken van praktijkondersteuner
- Doelgroep (bijv. diabetespatiënten, astma/COPD patiënten, ouderen)
- Samenwerkingsvorm tussen huisartsen en praktijkondersteuner(s)

Bij de twee landelijke studies (11 en 12, bijlage 1) zijn de condities buiten beschouwing gelaten omdat deze studies betrekking hebben op vele lokale situaties met uiteenlopende omstandigheden. De projectbeschrijvingen zijn in dit rapport opgenomen als bijlage 1.

3 De onderzoeksprojecten; inleiding op de resultaten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een korte beschrijving gegeven van de gegevens waarop deze studie is gebaseerd. Het gaat om elf lokale en twee landelijke projecten die onderling soms sterk van elkaar verschillen. Van ieder project is een gestandaardiseerde projectbeschrijving gemaakt. De beschrijvingen zijn opgenomen als bijlage 1 in dit rapport.

3.2 Informatiebronnen

Sinds de invoering van praktijkondersteuning in de huisartspraktijk in 1999 zijn er op verschillende plekken onderzoeksprojecten van de grond gekomen. De meeste zijn vooral lokaal van aard, enkele hebben een landelijke focus. In de meta-analyse zijn dertien projecten opgenomen, daarnaast zijn enkele aanvullende bronnen gebruikt als achtergrondinformatie. Hieronder volgt een korte beschrijving van de informatiebronnen die in deze studie zijn gebruikt.

Lokale projecten

In deze studie zijn elf lokale projecten betrokken. Zeven van deze projecten zijn afgerond, de overige vier zullen naar verwachting worden afgerond in respectievelijk 2004 (2x), 2005 en twee projecten in 2006/2007.

De lokale studies zijn verspreid over het hele land uitgevoerd en variëren dan ook sterk in hun geografische setting. Er zijn zowel onderzoeken gedaan naar projecten op het platte land (Klazienaveen en Zwartemeer, omgeving Tilburg, in middelgrote steden (Almere, Maastricht, Enschede en in de grote steden (Utrecht en Amsterdam). De projecten verschillen sterk van elkaar in aard en omvang. Veel onderzoeken hebben betrekking op meerdere praktijksituaties.

De projecten die nog niet zijn afgerond zijn tamelijk grootschalige studies die waarschijnlijk waardevolle informatie zullen opleveren voor het landelijke beeld. Deze studies hebben een lange looptijd (meerdere jaren), meerdere metingen en interventie- en controlegroepen. Hoewel er reeds belangrijke informatie voor handen is zullen inzichten die uit deze studies naar voren komen hierop mogelijk belangrijke aanvullingen kunnen geven. Een volgende landelijke evaluatie over drie jaar lijkt daarom bij voorbaat zinvol.

Landelijke studies

Het NIVEL voert momenteel twee landelijke studies uit op basis van data die afkomstig zijn van een landelijke steekproef van huisartsen. In de eerste studie wordt gebruik gemaakt van registratiegegevens uit het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg.

Hierbij wordt onderzocht of en in hoeverre de invoering van praktijkondersteuners leidt tot een reductie van de objectieve werkbelasting. De tweede studie maakt deel uit van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. In het kader van deze Nationale Studie zal een kernrapport verschijnen over de werkbelasting van huisartsen. Hierbij wordt tevens een onderscheid gemaakt tussen praktijken met- en zonder ondersteuner.

Aanvullende bronnen

Tenslotte zijn er nog een aantal bronnen die niet in de meta-analyse zijn opgenomen maar die wel belangrijke informatie verschaffen over praktijkondersteuning. Zo is gebruik gemaakt van cijfers uit de Voortgangsmeting implementatie Praktijkondersteuning Huisartsen van de LHV. Verder is gebruik gemaakt van een ‘overzichtsfoto van praktijkondersteuning in de huisartspraktijk anno 2003 [Konings, 2003], deze ‘foto’ geeft een goed beeld van de stand van zaken en wat goed en minder goed gaat in de praktijk. Tenslotte wordt een enkele keer verwezen naar publicaties die wel informatie verschaffen over praktijkondersteuners maar niet in de meta-analyse zijn opgenomen bijvoorbeeld omdat deze betrekking hebben op de situatie voor het convenant of omdat deze studies niet vallen binnen het type studies waartoe we ons beperken in deze analyse.

3.3 Aandachtsgebieden

Voor de bruikbaarheid van de studies voor de meta-analyse is in de eerste plaats het aandachtsgebied (of aandachtsgebieden) van de betreffende studie van belang. In tabel 3.1 is van alle studies aangegeven of de effecten van POH op de kwaliteit, de objectieve- en subjectieve werkbelasting en de samenwerking binnen de eerste lijn zijn onderzocht.

Veel aandacht gaat er binnen de projecten uit naar de kwaliteit. Negen studies besteden aandacht aan dit aspect, de objectieve werkbelasting wordt in zes lokale en twee landelijke studies onderzocht, de subjectieve werkbelasting in vier. Gegevens over samenwerking tussen huisartsen zijn schaars, in slechts één studie is dit onderzocht. Overigens wordt in veel onderzoeksrapporten wel melding gedaan van ervaringen van huisartsen met betrekking tot samenwerking binnen en buiten de praktijk maar deze beschrijvingen hebben eerder de status van achtergrondinformatie dan dat zij op een systematische manier in kaart zijn gebracht.

Opzet van de studies

Hoewel er vrij grote overeenkomsten zijn tussen de vraagstellingen van de verschillende studies bestaan er grote verschillen tussen de gehanteerde onderzoeksmethoden en de effectparameters. Zo besteden een aantal onderzoeken veel aandacht aan de proces-evaluatie terwijl anderen vooral inzoomen op de effecten. In negen studies is gebruik gemaakt van een voor- en nameting, waaronder vijf studies die nog niet zijn afgerond. In

zeven studies - waaronder vier nog af te ronden - wordt gebruik gemaakt van een controle groep.

Ook verschillen de studies sterk in de schaal waarop gegevens zijn verzameld.

3.4 Conclusie

Sinds de ondersteuner zijn intrede heeft gedaan zijn er op verschillende plekken in het land onderzoeken opgestart. Deze onderzoeken variëren onderling sterk in opzet, focus en generaliseerbaarheid. Hoewel het convenant waarin besloten werd tot invoering van praktijkondersteuners stamt uit 1999, moeten ondersteuners nog steeds beschouwd worden als een tamelijk nieuw verschijnsel omdat de ontwikkeling trager op gang is gekomen dan aanvankelijk werd verwacht.

De hoeveelheid onderzoeksmateriaal die voor handen is en waarop een meta-analyse kan worden gebaseerd is enigszins beperkt. Daarnaast blijkt dat het onderzoek naar praktijkondersteuning nog in volle gang is. Indien de invoering van praktijkondersteuning de komende jaren wordt voortgezet zal er zeer waarschijnlijk meer bruikbaar onderzoeksmateriaal voor handen komen en zullen later meer gefundeerde landelijke uitspraken kunnen worden gedaan. Desondanks is er op dit moment voldoende materiaal voor handen om een voorlopige stand van zaken te geven, verwachtingen uit te spreken voor de toekomst en om lacunes in het beschikbare materiaal in kaart te brengen. Daarmee kan deze meta-analyse richtinggevend zijn voor eventuele vervolgstudies.

Tabel 3.1: Studies die in de meta-analyse zijn opgenomen:locatie, looptijd onderzoeksmethoden en aandachtsgebieden

	Locatie	Looptijd ¹	Onderzoeksmethode	KW	Aandachtsgebied ²		
					OW	SW	SA
1	Almere	2002 – 2005	Nulmeting, jaarlijkse tussenmetingen, effectmeting.	X	X	X	
2	Midden Brabant (Tilburg e.o)	1998 – 2000	Proces- en effectevaluatie met voor en nameting en controlegroep	X	X	X	X
3	ZO-Brabant	2001 – 2004	Proces- en effectevaluatie met voor en nameting en controlegroep	X			
3a	ZO-Brabant	2001 – 2004	Proces- en effectevaluatie met voor en nameting en controlegroep	X			
4	Klazienaveen en Zwartemeer	1997 – 1999	Voor-, tussen- en nameting	X	X		
5	Maastricht	1999 – 2002	Proces- en effectevaluatie, gerandomiseerd design	X	X	X	
6	West-Friesland	2002 – 2006	Experiment met follow-up tot 24 maanden	X			
7	West-Friesland 2	2002 - 2006	Praktijkgerandomiseerde, gecontroleerde interventiestudie, 5 metingen	X			
8	Amsterdam	1999 - 2002	Kwalitatief, groepsinterview met deskundigen		X		
9	Enschede	1999 - 2000	Dossieronderzoek, interviews met huisartsen en patiënten		X	X	
10	Utrecht	2003	Enquête onder geselecteerde patiënten	X			
11	Landelijk (LINH-netwerk)	2003	Secundaire analyse van patiënten-, contacten-, en prescriptiebestanden. Voor- en nameting controlegroep		X		
12	Landelijk (Nationale Studie NIVEL)	2003	Crossectionele vergelijking van huisartsen met- en zonder ondersteuning		X		

¹ Vet=onderzoek is nog niet afgerond

² KW= kwaliteit
OW=objectieve werkdruk
SW=subjectieve werkdruk
SA=samenwerking

4 Praktijkondersteuners in de praktijk; wie zijn ze en wat doen ze?

4.1 Inleiding

Alvorens dieper in te gaan op de effecten van de invoering van praktijkondersteuners is het van belang een beeld te krijgen van wie deze praktijkondersteuners eigenlijk zijn en wat ze zoal doen. Deze informatie is van belang omdat de praktijkondersteuner moet worden beschouwd als een nieuwe discipline en een beroep dat nog sterk in ontwikkeling is. In dit hoofdstuk zal daarom het profiel, de achtergrond en het takenpakket van praktijkondersteuners worden beschreven.

4.2 De achtergrond van praktijkondersteuners

Vrijwel alle praktijkondersteuners in Nederland hebben een medische achtergrond. De meest voorkomende opleidingsachtergronden zijn verpleegkundige (ongeveer 64%) en doktersassistente (ruim 30%). Ruim de helft van de ondersteuners volgt nog een opleiding voor praktijkondersteuner terwijl zo'n 14% een dergelijke opleiding reeds heeft afgerond [1].

De wijze waarop verpleegkundigen en assistenten in de functie van praktijkondersteuner terecht komen loopt uiteen. In Midden Brabant bijvoorbeeld was de thuiszorg verantwoordelijk voor de selectie van praktijkverpleegkundigen. Alle wijkverpleegkundigen werden benaderd om twee jaar te gaan werken als praktijkverpleegkundige. Dit leverde vijf praktijkverpleegkundigen op met ieder meer dan tien jaar praktijkervaring. Ook in het Maastrichtse project waren de ondersteuners oorspronkelijk wijkverpleegkundige. In Klazienaveen en Zwartemeer werd de werving van een praktijkondersteuner uitbesteed aan een uitzendbureau, de samenwerkende huisartsen stelden zelf het profiel op.

4.3 Doelgroepen en takenpakket van praktijkondersteuners

Bij vrijwel alle onderzochte projecten houden praktijkondersteuners zich bezig met de zorg voor chronisch zieken, met name met patiënten met astma/COPD of Diabetes Mellitus type 2 (DM). Dit is conform de verwachtingen. De toename van het aantal chronisch zieken en het beslag dat het naleven van de NHG-standaarden voor deze ziektebeelden legt op het takenpakket van huisartsen was immers een belangrijke reden om ondersteuners in te schakelen. Een belangrijke taak op het vlak van chronische ziekten is het voorlichten van patiënten over de ziekte en over leefgewoonten die hierop van invloed zijn. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan rookgedrag, inhalatietechniek, medicijngebruik en eetgewoontes. Daarnaast voeren praktijkondersteuners vaak op regelmatige basis controles uit conform de NHG-standaarden voor astma/COPD en DM.

Veel ondersteuners houden een categoriaal spreekuur. De volgende taken van ondersteuners werden met name in de verschillende studies genoemd:

- Signaleren van klachten, risicofactoren, zorgbehoeften
- Advisering, voorlichting, preventie m.b.t. leefgewoonten en medicijngebruik/hulpmiddelen
- Coördinatie (onderhouden van contacten binnen en buiten de praktijk, liaison functie)
- Uitvoeren van verpleegkundige taken
- Uitvoeren van regelmatige controles
- registratie
- bijdragen aan diagnostiek
- uitvoeren follow-up schema
- houden van een categoriaal spreekuur
- Preventieve huisbezoeken, begeleiden in thuissituatie

Naast chronisch zieken vormen ouderen vaak een belangrijke doelgroep voor praktijkondersteuners (tabel 4.1). In drie projecten was er zelfs speciaal een ondersteuner aangesteld die zich met ouderen bezig houdt. De keuze voor deze doelgroep houdt vaak verband met de veel grotere zorgvraag en specifieke problematiek onder ouderen. Hierbij valt te denken aan dementie, beperkte mobiliteit en wachtlijsten voor het verzorgingstehuis.

Tabel 4.1: Doelgroepen van praktijkondersteuners

Project	DM	Astma/ COPD	Complexe problema- tiek	Ouderen	Overig
1 Almere	X	X		X	X
2 Midden Brabant (Tilburg e.o)	X	X	X	X	X
3 ZO-Brabant	X				
3a ZO-Brabant		X			
4 Klazienaveen en Zwartemeer		X			
5 Maastricht	X	X	X	X	
6 Utrecht	X	X		X	X
7 West-Friesland				X	
8 West-Friesland 2				X	
9 Amsterdam		X			
10 Enschede				X	
11 Utrecht	X	X			X

Andere patiënten die zorg ontvangen van praktijkondersteuners zijn bijvoorbeeld: mantelzorgers, patiënten met hart- en vaatziekten, kankerpatiënten, en soms patiënten met alledaagse klachten.

4.4 De positie van de ondersteuner in de praktijk

De ondersteuner is een nieuwkomer in de huisartspraktijk. Met name in de beginfase moet dan ook nog vaak worden gezocht naar de beste manier van samenwerken en naar de afbakening van het takenpakket. Ondersteuners zijn geen artsen en geen assistenten, ze nemen een eigen plek in en hebben hun eigen taken en deskundigheden. In een aantal onderzoeken zijn de belangrijkste verschillen tussen de ondersteuner en huisarts en/of assistente en de ondersteuner op een rijtje gezet. Uit deze vergelijking komt naar voren dat het onderscheid tussen deze beroepen meerdere dimensies kent. Een voor de hand liggend verschil is het opleidingsniveau: ondersteuners hebben HBO-niveau, assistenten MBO. Dit komt ook tot uiting in de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. In studie 4 wordt dit onderscheid als volgt omschreven: De taken van de ondersteuner behelzen ‘complexe zorg die moeilijk in protocollen is vast te leggen en die een grote mate van zelfstandigheid vraagt’, de assistente neemt minder complexe zorg voor haar rekening en is vooral taakgericht bezig (injectie geven, been zwachtelen enz) terwijl de ondersteuner zich op het gehele ziektebeeld richt. Signalering, voorlichting en begeleiding vormen daarbij kernactiviteiten. Nergens is gebleken dat de assistente zich in haar functie bedreigd voelde door de komst van een ondersteuner.

De Weert (2001)¹ beschreef door middel van een aantal kernbegrippen de verschillende manieren van werken en benaderingswijze van de ondersteuner en de huisarts. Huisarts en ondersteuner kijken allebei vanuit hun eigen professie tegen ziekte en patiënten aan. Volgens deze studie neemt daarbij de ondersteuner vooral het systeem waarbinnen het individu functioneert in ogenschouw (thuissituatie, werk enz) terwijl de huisarts zich primair richt op het individu. Dit verschil maakt tevens dat de werkwijze van de ondersteuner vaak meer tijd kost. Daarbij komt er in deze studie een soort ‘cultuurverschil’ naar voren waarin de positie van de huisarts als zelfstandige en eindverantwoordelijke tot uiting komt, dit is aangeduid aan de hand van de begrippen wachtlijst en wachtkamer. De ondersteuner is meer geneigd zijn werklust binnen de perken te houden: ‘vol is vol’, voor de huisarts zijn deze mogelijkheden beperkter: de wachtkamer moet leeg.

¹ Niet in de analyse opgenomen omdat het gegevens van voor het convenant betreft

Tabel 4.2 De ondersteuner in relatie tot de huisarts en de assistente

Project	praktijkondersteuner	huisarts	assistente
2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Draagt bij aan diagnostiek</i> • <i>Inventariseert</i> • <i>Geeft voorlichting</i> • <i>Begeleidt patiënten en hun omgeving</i> • <i>Heeft liaisonfunctie naar zorginstellingen</i> • <i>Voert zonodig een follow-up schema uit</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Stelt diagnose • Bepaalt het medisch beleid • Verwijst naar derden • Verwijst naar assistente en ondersteuner • eindverantwoordelijk 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatie oproepen en controles • Ruiteren • Administratie • Afspraken maken • Bij spoedaanvragen telefonisch contact ondersteuner • Voorlichting en controles
4	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Complexere zorg, moeilijk in protocollen vast te leggen, vereist grotere zelfstandigheid</i> • <i>Astma/COPD controles</i> • <i>Gericht op gehele ziektebeeld van de patiënt</i> • <i>Signalering, voorlichting, begeleiding</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • Minder complexe zorg • Diabetes en hypertensie controles • Taakgericht • Hechtingen verwijderen, bloeddruk meten, injecties geven
De Weert (2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Lange termijn systeem • leefwijze • wachtlijst • team 	<ul style="list-style-type: none"> • acuut individu • aandoening • wachtkamer • zelfstandige 	

4.5 Conclusie

Praktijkondersteuners zijn doorgaans goed opgeleide en ervaren medewerkers met een medische, vaak verpleegkundige, achtergrond. Veel ondersteuners hebben een speciale opleiding gevolgd of zijn daar mee bezig. Qua takenpakket nemen zij een eigen positie in binnen de praktijk die wezenlijk anders is dan die van de huisarts of de assistente. Hun taken liggen veelal in de sfeer van signalering, controle, voorlichting en begeleiding. Doelgroepen van ondersteuners zijn vooral chronisch zieken en ouderen.

5 Praktijkondersteuning en kwaliteit van zorg

5.1 Inleiding

Zoals in het eerste hoofdstuk werd aangegeven is verbetering van de kwaliteit van zorgverlening een belangrijk streven bij het inzetten van praktijkondersteuners. In dit hoofdstuk zal dan ook de vraag centraal staan in hoeverre praktijkondersteuning daadwerkelijk leidt tot een verbetering van kwaliteit.

In het eerste hoofdstuk werd al aangegeven dat het begrip kwaliteit van zorg meerdere kanten kent en vanuit verschillende perspectieven ook op verschillende wijzen benaderd kan worden. In de lokale studies die zijn bekeken is vaak één aspect van kwaliteit onderzocht, bijvoorbeeld patiënttevredenheid. De vele manieren om tegen kwaliteit aan te kijken worden weerspiegeld door de grote variëteit aan effectparameters die zijn gebruikt in de verschillende onderzoeken. In dit hoofdstuk zullen achtereenvolgens effecten op de patiënttevredenheid, klinische parameters, werken volgens NHG-standaarden, ervaren kwaliteit van leven, kennis en zelfzorg en de kwaliteitsverbeteringen volgens de zorgverleners worden besproken.

5.2 Patiënttevredenheid

In tabel 5.1 zijn de belangrijkste (meest voorkomende) effecten weergegeven. Patiënttevredenheid is in meerdere studies gemeten. In het licht van onze vraagstelling is het van belang een onderscheid te maken tussen twee wijzen waarop deze tevredenheid is vastgesteld. De eerste manier is het meten van tevredenheid over de zorgverlening door de ondersteuner als zodanig. Een dergelijke tevredenheid wordt alleen na invoering van de ondersteuner gemeten en staat tamelijk los van de tevredenheid over de zorgverlening voor de komst van de ondersteuner. Een tweede manier is het meten van tevredenheid over de zorgverlening in het algemeen voor en na de komst van praktijkondersteuner. Het gaat er dan om of patiënten meer tevreden zijn geworden over de zorg door de komst van de ondersteuner. Binnen deze studie zijn we met name geïnteresseerd in de laatste vorm.²

Drie studies leveren gegevens op over het effect van ondersteuners op de patiënttevredenheid waarvan er één nog lopende is. In het Maastrichtse onderzoek (5) werd de tevredenheid van diabetespatiënten en van astma/COPD –patiënten met een voor- en nameting en een controlegroep vastgesteld. Onder de diabetespatiënten nam het rapportcijfer voor ontvangen zorg in de huisartspraktijk in de interventiegroep significant toe van 7,2 naar 7,9 terwijl het cijfer in de controle groep gelijk bleef. De interventiegroep was met name meer tevreden over de informatie over controles, de uitleg over de ingestelde behandeling, informatie over het gebruik van medicatie, de invloed van ziekte

² Over de eerste vorm kan in zijn algemeenheid worden gesteld dat patiënten doorgaans erg tevreden zijn over de zorgverlening door de ondersteuners

op het dagelijks leven en het leren omgaan met de ziekte. Bij de astma/COPD –patiënten komen in dit onderzoek vergelijkbare resultaten naar voren: het rapportcijfer steeg van een 7 naar een 7,8 (significant), terwijl de tevredenheid in de controlegroep gelijk bleef. Op alle deelaspecten (bijvoorbeeld informatie, controlebeleid, leren omgaan met ziekte) scoorde de interventiegroep beter.

Onderzoek 10, gehouden onder 139 patiënten in Utrecht draait in zijn geheel om patiënttevredenheid. De patiënten, verspreid over vijf regio's in de provincie Utrecht, werden gevraagd aan welke situatie zij de voorkeur gaven, die van voor of na de komst van de praktijkondersteuner. Maar liefst 76% verkiest de nieuwe situatie boven de oude, slechts enkelen (minder dan 4%) waren meer tevreden met de oude situatie, de rest was neutraal. Overigens moet hierbij worden opgemerkt dat de vragenlijsten van dit onderzoek voor het grootste deel door de praktijkondersteuners zelf zijn verspreid, waardoor een zekere mate van selectie niet uitgesloten is.

5.3 Klinische parameters

Op dit moment zijn er twee onderzoeken die informatie hebben opgeleverd over klinische uitkomstmaten met betrekking tot astma/COPD en één met betrekking tot DM. Daarnaast zijn er in Almere en ZO-Brabant nog onderzoeken lopende die resultaten in de vorm van klinische uitkomstmaten zullen opleveren.

In Klazienaveen en Zwartemeer nam het aantal stootkuren prednisolon (als maat voor het aantal exacerbaties) na de komst van een praktijkondersteuner flink af. In het jaar voor de komst van de ondersteuner kreeg ongeveer 45% van de astma/COPD-patiënten tenminste éénmaal een stootkuur. Na de komst van de ondersteuner nam dit percentage ieder jaar af en in het derde jaar dat de ondersteuner werkzaam was kreeg nog geen 20% een stootkuur. De verklaring van de onderzoekers voor dit effect is dat patiënten beter raken ingesteld door de intensieve begeleiding door de ondersteuner.

In Maastricht werd bij DM2-patiënten een zeer geringe verbetering van de HbA1c van ,36 gevonden, in de controlegroep werd echter ook een (net niet significante) verbetering gevonden. Andere medische parameters zoals kreatinine, cholesterol en bloeddruk bleken niet te veranderen. Bij COPD-patiënten bleek in de interventiegroep de longfunctie te verbeteren met 3% terwijl in de controlegroep de longfunctie juist met een paar procent afnam. Bij astma-patiënten werden geen significante veranderingen geconstateerd, het aantal exacerbaties nam niet af.

De onderzoeken in ZO-Brabant en Almere zullen op termijn gegevens gaan opleveren over metabole parameters bij diabetespatiënten zoals HbA1c, glucose nuchter, totaal cholesterol, Chol/HDL ratio en bloeddruk. Bij astma/COPD –patiënten zal o.a. de dyspnoe score en exacerbatiefrequentie worden gemeten (ZO-Brabant). Deze onderzoeken zullen door hun grootschalige en grondige onderzoeksopzet vermoedelijk belangrijke, goed generaliseerbare gegevens opleveren.

5.4 Werken volgens NHG-standaarden

In de NHG-standaarden voor DM2 en astma/COPD worden periodieke controles aangeraden. Door een hoge werkdruk schieten deze controles er bij veel huisartsen bij in. Een belangrijk argument voor het aantrekken van een praktijkondersteuner is dan ook het kunnen voldoen aan de standaarden. De mate waarin standaarden worden nageleefd kan beschouwd worden als een goede indicator voor kwaliteit van zorg.

In slechts twee onderzoeken wordt nagegaan of er door de komst van een praktijkondersteuner meer volgens de richtlijnen voor DM2 wordt gewerkt. Deze onderzoeken (1 en 3) zijn nog niet afgerond. Wel zijn er wat gegevens over het werken volgens de astma/COPD standaard. In Midden Brabant werd de NHG-standaard in de interventiegroep meer toegepast na de komst van de ondersteuner terwijl er in de controle groep een afname waarneembaar was. Met name de structurele controles werden beter uitgevoerd. Ook in Klazienaveen en Zwartemeer werd de standaard beter nageleefd. Voor de komst van de ondersteuner was daar geen sprake van een structurele controle van astma/COPD –patiënten, daarna gebeurde dit wel.

5.5 Kwaliteit van leven

In drie onderzoeken worden schalen gehanteerd om de kwaliteit van leven te meten in onderzoek 5 wordt daarbij gebruik gemaakt van de COOP/WONCA vragenlijst, deze lijst omvat o.a. vragen over ervaren gezondheid, ‘in de put zitten’, dagelijkse bezigheden en contacten. In onderzoek 6 wordt gebruik gemaakt van de Euroqol vragenlijst, in project 7 van de Dqol-vragenlijst. Uit het Maastrichtse onderzoek (5), het enige van deze drie dat al is afgerond kwam naar voren dat er op geen enkel deelaspect van de vragenlijst een verandering optrad.

5.6 Kennis en zelfzorg

Een van de belangrijkste taken van praktijkondersteuners is het bevorderen van kennis en zelfzorg van patiënten door het geven van informatie en educatie. Op dit terrein is dan ook met name een verbetering te verwachten. Opmerkelijk genoeg wordt in slechts twee onderzoeken expliciet aandacht aan deze zaken besteed, de twee lopende onderzoeken in ZO-Brabant. Wel wordt in de meeste onderzoeken vermeld dat er aan deze zaken gewerkt wordt (bijvoorbeeld door het geven van voorlichting of inhalatie-instructie) in hoeverre al deze informatie en educatie daadwerkelijk een effect heeft is voornamelijk onduidelijk.

5.7 Kwaliteit volgens de zorgverleners

Een vrij eenvoudige methode om verbetering van kwaliteit te meten is door te vragen aan betrokken zorgverleners of zij een verbetering ervaren. Aan een dergelijke wijze van gegevensverzameling kleven uiteraard nadelen: men oordeelt in feite over het eigen

handelen, de eigen praktijk of directe collega's en van objectiviteit is in zo'n geval geen sprake. Aan de andere kant kan het - naast andere wijzen van het meten van kwaliteit - zinvol en zelfs voor de hand liggend zijn om de direct betrokkenen van een project naar hun mening te vragen.

In de twee projecten waarin zorgverleners gevraagd werden te oordelen over de kwaliteit oordeelden zij overwegend positief. Men ervoer een verbetering van de kwaliteit. In project 2 werd aan huisartsen en ondersteuners gevraagd te oordelen over een eventuele verbetering van de kwaliteit. Opvallend was dat men in de zorg voor astma/COPD –patiënten een grote verbetering ervoer terwijl men in de zorg voor dementerenden en wachtlijstpatiënten niet of nauwelijks een effect waarnam. In Maastricht werden huisartsen, ondersteuners en assistenten om hun mening gevraagd in een voor- en nameting (uiteraard waren de ondersteuners alleen vertegenwoordigd in de nameting). Volgens alle groepen trad er een grote verbetering op in de zorg voor astma/COPD patiënten, ook de zorg voor DM2 patiënten verbeterde volgens hen, in de complexe zorg voor ouderen werd slechts een kleine toename geconstateerd en alleen de assistenten namen een verslechtering waar. Overigens verschilden de groepen in de voor- en nameting sterk van elkaar qua omvang en samenstelling.

5.8 Overige kwaliteitskenmerken

Ten slotte zijn er nog een aantal resultaten naar voren gekomen die betrekking hebben op de kwaliteit maar die niet direct binnen een van de hierboven beschreven categorieën zijn te scharen.

In Brabant (2) werd de verbetering in de zorg voor ouderen (dementie, wachtlijstpatiënten en oncologie) deels geëvalueerd door te meten in hoeverre huisartsen en ondersteuners voorlichting verstrekken in de vorm van mondelinge en schriftelijke informatie. In het gedrag van huisartsen trad weinig verandering op. Alle ondersteuners verstrekten voorlichting over ziekte en consequenties voor de patiënt. Folders werden over het algemeen zeer weinig uitgedeeld.

In onderzoek 3a (ZO-Brabant) zal naast een aantal uitkomstmaten ook naar structuur en proceskenmerken worden gekeken. Voorbeelden hiervan zijn de mogelijkheid om een patiëntenlijst uit te draaien, de aanwezige materialen in de praktijk, de oproep voor controle en de inhoud van de controles.

In de West-Friese onderzoeken (6 en 7) wordt als uitvoerig aandacht besteed aan doelmatigheid. Er zal een kosteneffectiviteitsonderzoek worden opgezet. Hierin zullen directe kosten worden betrokken, bijvoorbeeld medische consumptie (medicijngebruik, verwijzingen, opnames) en indirecte kosten zoals arbeidsverzuim en ziekte-dagen van mantelzorgers en training en begeleiding van de ondersteuners. Deze kosten zullen uiteindelijk worden gerelateerd aan eventuele opbrengsten (effectwinst). Ook in project 3 (Eindhoven) zal een kostenevaluatie deel uitmaken van het onderzoek.

Tabel 5.1: Effecten van ondersteuning op de kwaliteit van zorg in de verschillende studies (verbeterd, verminderd of gelijk gebleven)

Project	PT	KPDM	KPAC	STDM	STAC	KLP	KZ	KZP	OVER
1 Almere	X	X	x	x	x				X
2 Midden Brabant (Tilburg e.o)					+		+/=		=
3 ZO-Brabant		X		X				X	
3a ZO-Brabant			x		X			X	X
4 Klazienaveen en Zwartemeer			+		+				
5 Maastricht	+	+/=	+/=			=	+/-		
6 West-Friesland						X			X
7 West-Friesland 2						X			X
8 Amsterdam									
9 Enschede									
10 Utrecht	+								

PT =Patiënttevredenheid

KPDM =Klinische parameters

KPAC =Klinische parameters astma/COPD

STDM =Werken volgens NHG-standaard voor DM2

STAC =Werken volgens standaard voor astma/COPD

KLP =Kwaliteit van leven patiënt

KZ =Kwaliteit van zorg volgens zorgverleners

KZP =Kennis en zelfzorg patiënten (bijv. rook- en eetgewoontes, inhalatietechniek enz.)

OVER =Overig

+ =Verbetering

- =Verslechtering

= =Geen effect gevonden

x =Wordt in het onderzoek getoetst, maar resultaten zijn nog niet voor handen

5.9 Conclusie

Leidt de introductie van ondersteuners in de huisartspraktijk tot een verbetering van kwaliteit van huisartsenzorg? Die vraag kan op grond van de beschikbare gegevens onmogelijk met een eenvoudig ja of nee beantwoord worden. In de eerste plaats omdat er vele manieren zijn om tegen kwaliteit aan te kijken, in de tweede plaats omdat dit afhankelijk kan zijn van wat voor zorg er aan welke patiëntengroepen wordt verleend.

In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat wanneer in één van de onderzoeken een effect werd gevonden, dat vrijwel altijd in het voordeel van de ondersteuner was. Er mag dan ook worden aangenomen dat de invloed van de ondersteuner op de kwaliteit in ieder geval zelden of nooit negatief is.

In meerdere gevallen bleek het effect bij de zorgverlening aan de ene categorie patiënten meer op te leveren dan bij andere. Een aantal gevonden resultaten springen er uit. In de zorg voor patiënten met astma/COPD werd in een aantal gevallen vooruitgang geboekt door de introductie van een ondersteuner. Patiënttevredenheid nam toe, er wordt meer

volgens de NHG-standaard gewerkt, zorgverleners ervaren een verbetering en in enkele studies werden zelfs verbeteringen van klinische parameters gemeld.

Met betrekking tot de zorg voor DM2-patiënten lijkt het nochtans te vroeg om conclusies te trekken. Vrijwel nergens werden hierover 'harde gegevens' gerapporteerd. Alleen het Maastrichtse onderzoek laat een significante toename van de tevredenheid over de ontvangen zorg zien bij DM2-patiënten en een zeer geringe verbetering van HbA1c. Ook constateerden de zorgverleners een toename van kwaliteit, hoewel deze kleiner was dan bij de zorg voor astma/COPD. Het is onbekend of er door de komst van ondersteuners meer volgens standaarden gewerkt wordt, nergens komt dit expliciet naar voren. Momenteel loopt nog een uitvoerig onderzoek in 42 huisartsenpraktijken in ZO-Brabant naar de zorg voor diabetes.

Ook over de zorg aan ouderen is momenteel nog weinig te zeggen. De meeste onderzoeken waarin hier aandacht aan besteed wordt geven ofwel geen duidelijke uitkomstmaten of zijn nog lopende. In het Maastrichtse onderzoek werd gemeld dat de zorgverleners geen toename van kwaliteit zagen, de assistenten waren zelfs van mening dat er sprake was van een achteruitgang. Momenteel lopen er nog twee vrij grootschalige onderzoeken naar de effecten van huisbezoek door een ondersteuner bij kwetsbare ouderen (6) en naar zorg voor dementerende en hun mantelzorgers (7). Ook in het onderzoek in Almere (1) gaat aandacht uit naar zorg voor ouderen.

Hoewel we inmiddels kunnen putten uit de eerste resultaten blijken er een aantal 'blinde vlekken' te zijn die wellicht in toekomstig onderzoek belicht moeten worden om meer gefundeerde uitspraken te kunnen doen. In de eerste plaats blijken veel onderzoeken vooral beschrijvend van aard te zijn. Er wordt in beschreven hoe de functie van ondersteuner wordt vormgegeven en er worden beschrijvingen gegeven van effecten. Achterliggende mechanismen zijn tot nu toe niet of nauwelijks onderzocht. Een mechanisme wat vaak geacht wordt op te treden is bijvoorbeeld de volgende keten van oorzaak en gevolg: Ondersteuners geven voorlichting en instructie over leefregels en medicijngebruik, patiënten leren daardoor beter omgaan met hun ziekte en passen hun gedrag aan (minder of niet meer roken, beter inhaleren enz) waardoor de gezondheidstoestand van de patiënt vooruit gaat. Hoewel dit een plausibele redenering lijkt, zijn de verbanden tussen bijvoorbeeld voorlichting door de ondersteuner en gedragsverandering bij de patiënt vrijwel nergens aangetoond.

Verder is het interessant na te gaan waardoor bepaalde effecten in de ene situatie wel optreden en in de andere niet. Een voorbeeld is de sterk afnemende exacerbatiefrequentie in Klazienaveen en Zwartemeer terwijl dit niet optreedt in Maastricht. Om dit soort zaken nader te onderzoeken is behoefte aan meer grootschalig onderzoek. De gegevens uit Klazienaveen en Zwartemeer bijvoorbeeld hebben betrekking op één ondersteuner, daarbij wijkt de praktijkpopulatie hier sterk af van het landelijke beeld: extreem veel laag opgeleiden, dubbel zo veel astma/COPD en veel meer ziekenfondspatiënten. Dit doet niets af aan de kwaliteit van de studie maar voor een landelijk beeld is meer vergelijkingsmateriaal noodzakelijk.

Tot slot is er weinig bekend over doelmatigheid, kosteneffectiviteitsanalyses zijn zeer schaars terwijl dit voor een landelijke verantwoording van groot belang is. Vermoedelijk zullen de nog lopende onderzoeken voor een groot deel meer inzicht verschaffen in de hierboven geschetste hiaten.

6 Praktijkondersteuning en werkdruk

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het tweede deel van de vraagstelling centraal: leidt de komst van praktijkondersteuners tot een vermindering van de werkdruk van huisartsen? Zoals al in het eerste hoofdstuk werd aangegeven zal hierbij steeds een onderscheid worden gemaakt tussen objectieve en subjectieve werkbelasting. Om de relatie tussen praktijkondersteuning en objectieve werkbelasting van huisartsen te kunnen verklaren, wordt op grond van bevindingen en verklaringen van onderzoekers en huisartsen een verklaringsmodel geconstrueerd.

6.2 Objectieve werkbelasting

In zes lokale en twee landelijke studies wordt aandacht besteed aan objectieve werkbelasting, de twee landelijke en één van de lokale studies is nog lopende. Van de vijf studies waarvan gegevens voor handen zijn, bleek slechts éénmaal dat er een duidelijke reductie van de werklast optrad (4). Doordat de ondersteuner zich intensief bezig hield met astma/COPD-patiënten kwamen deze aanzienlijk minder vaak bij de huisarts. Dit leverde een besparing van ongeveer een uur per week op, hier tegenover staat een werkoverleg van twintig minuten per maand. In Maastricht nam in de interventiegroep het aantal bezoeken door diabetespatiënten af, hier stond echter tegenover dat het aantal consulten van COPD-patiënten toenam. In de overige studies bleef de werklast gelijk of werd zelfs een (tijdelijke) kleine toename gemeld. Zowel de betrokken huisartsen in Enschede als de deskundigen in het Amsterdamse onderzoek waren van mening dat er op korte termijn geen reductie van de werklast optreedt, maar dat nabespreken en het opbouwen van een goede samenwerking in eerste instantie juist tijd kost.

Timmers et al. (2002) stellen dat er op het terrein van de werkbelasting weinig winst te boeken is door de inzet van ondersteuners bij de zorg voor chronisch zieken. Door een inventarisatie van zorgvragen in het registratienetwerk van de universitaire huisartsenpraktijken Leiden en Omstreken (RNUH-LEO) kwamen zij tot de conclusie dat de maximale reductie van werkbelasting bij de inzet van een ondersteuner voor DM2 1,8 % bedraagt, bij astma bedraagt dit 0,65 en bij COPD 0,3%. Veel grotere winst valt er te boeken op het terrein van de kortdurende zorg, dit maakt ongeveer 80% van het werk in de huisartspraktijk uit. Ook op het terrein van de cardio-vasculaire zorg valt veel te winnen.

Tabel 6.1: Effecten van praktijkondersteuning op de objectieve werkbelasting van huisartsen

Project	Reductie objectieve werkbelasting	Reductie subjectieve werkbelasting
1 Almere	X	
2 Midden Brabant (Tilburg e.o)	=	=
3 ZO-Brabant		
3 ZO-Brabant a		
4 Klazienaveen en Zwartemeer	+	
5 Maastricht	+/-	+/-
6 West-Friesland		
7 West-Friesland 2		
8 Amsterdam	=	
9 Enschede	=	+
1 Utrecht 0		
1 Landelijk (LINH) 1	X	
1 Landelijk (Nationale Studie 2 NIVEL)	X	

+ =werkbelasting gereduceerd; = =Geen effect gevonden; - =werkbelasting vergroot
x =Wordt in het onderzoek getoetst, maar resultaten zijn nog niet voor handen

6.3 Een verklaringsmodel voor de relatie tussen POH en objectieve werkbelasting van de huisarts

Het lijkt aannemelijk dat het delegeren van taken naar ondersteuners de objectieve werkbelasting vermindert. Hiervoor is echter weinig empirische ondersteuning te vinden. Klazienaveen en Zwartemeer vormen een uitzondering. In het landelijke onderzoek van Interakt kwam een zelfde soort bevinding naar voren, de winst voor wat betreft een reductie van werkbelasting was over het algemeen beperkt. Tegenover de tijd die gewonnen wordt door het delegeren van taken staat de extra tijd die geïnvesteerd moet worden in nieuwe patiënten die door de ondersteuner verwezen worden, overleg, nabespreken en het werken aan een goede samenwerking. Het Maastrichtse onderzoek toont het belang aan van de uitgangssituatie: in dit project werd de DM2-standaard al heel gestructureerd toegepast, toen de controles werden overgenomen door een ondersteuner betekende dat daarom directe (geringe) werklastverlichting. Op het gebied van astma/COPD bestond er nog geen gestructureerd beleid en de inzet van de ondersteuner leverde hier juist meer werk op, in feite een soort van ‘achterstallig werk’.

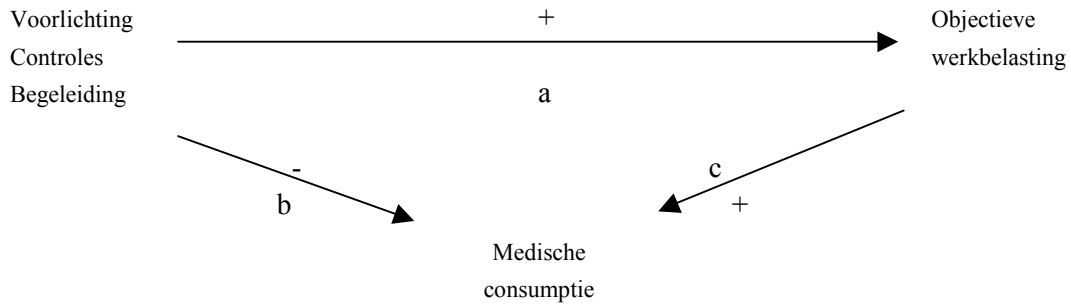
Hoewel de hoeveelheid empirisch materiaal tot nu toe beperkt is, komt eruit de bevindingen en uit de verklaringen van huisartsen en onderzoekers wel een min of meer eenduidig redenering naar voren over de relatie tussen praktijkondersteuning en objectieve werkbelasting van huisartsen. In de figuren 6.1 en 6.2 is deze redering schematisch weergegeven.

In figuur 6.1 is de uitgangssituatie weergegeven. Er zijn hier twee zaken die van invloed zijn op de werkbelasting van huisartsen. In de eerste plaats is er de medische consumptie van bijvoorbeeld chronisch zieken of ouderen die op het spreekuur komen of die thuis bezocht moeten worden of crisissituaties die zich voordoen (pijl c). De huisarts kan de klachten en daarmee de medische consumptie verminderen door patiënten voor te lichten (over medicijngebruik, leefstijl, ziekte enz) en door het uitvoeren van controles (pijl b), dit alles conform de standaarden. Een voorbeeld: in het ideale geval dat een huisarts er in slaagt veel patiënten te laten stoppen met roken dan zal het aantal COPD-klachten afnemen. Al deze preventieve activiteiten kosten echter ook veel tijd en energie en drukken op hun beurt ook weer op de werkbelasting (a). De ‘kunst’ voor de huisarts is dus om effect b sterker te laten zijn dan effect a. Overigens leidt juist een grote werkbelasting er soms toe dat de preventieve activiteiten er bij in schieten waardoor de medische consumptie en daarmee de werkbelasting nog groter wordt, dit is een vicieuze cirkel zoals Sorgdrager [2003] beschrijft.

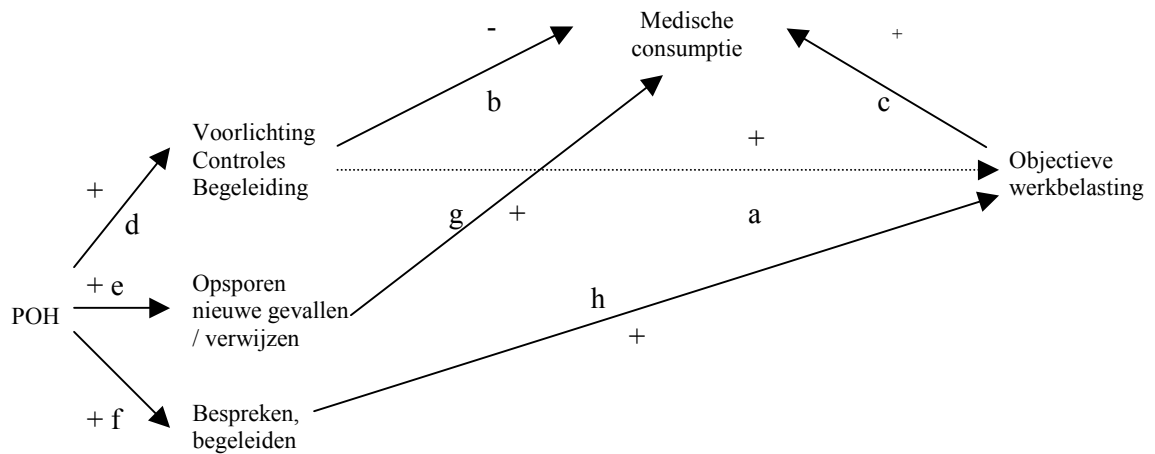
In figuur 6.2 zien we de situatie met praktijkondersteuner. De invloed van a valt grotendeels weg: voorlichting, controle en begeleiding zijn gedelegeerd naar de ondersteuner. De huisarts hoeft veel minder tijd te steken in deze zaken terwijl hij wel de vruchten plukt van het effect van de preventieve activiteiten (vermindering van medische consumptie). Aan de andere kant zijn er voor de huisarts twee factoren bijgekomen die de werkbelasting vergroten: door de actieve opsporing van nieuwe gevallen en het beter ‘monitoren’ komen er meer gevallen aan het licht en komen vaker patiënten bij de huisarts die door de ondersteuner verwezen zijn. De ondersteuner genereert dus extra werk (pijlen e en g). Uiteraard levert dit extra werk in de eerste plaats kwaliteitswinst op, doordat vaker voorkomen kan worden dat mensen te laat bij de huisarts komen, er is dus geen sprake van inefficiëntie. Bovendien zal het effect van g zich sterker voor doen naarmate er een grotere hoeveelheid ‘achterstallig onderhoud’ is en is het goed mogelijk dat dit zich vooral in de beginfase voordoet.

Daarnaast kost het samenwerken met een ondersteuner, zeker in de opstartfase, ook tijd. Er moet worden overlegd, nabesproken, de ondersteuner moet begeleid en opgeleid worden en de huisarts heeft er een werkgeverstaak bij (f en h). In dit geval is het dus van belang een ondersteuner te hebben die relatief zelfstandig kan werken en weinig begeleiding nodig heeft. Veel huisartsen en onderzoekers gaan ervan uit dat de winst in werkbelasting tijd nodig heeft doordat juist de invloeden g en h het sterkst zijn in de beginperiode. Naar verloop van tijd stabiliseert het aantal bekende gevallen zich en heeft de ondersteuner zijn draai gevonden.

Figuur 6.1 situatie zonder POH



Figuur 6.2 situatie met POH



In deze hierboven weergegeven modellen zijn de richtingen van de effecten aangegeven. Een empirische onderbouwing is weliswaar uit enkele onderzoeken af te leiden maar is nog vrij beperkt. Het is daarom van belang meer inzicht te verwerven in de omvang van de verschillende effecten. Met andere woorden: een empirische invulling van een theoretisch model.

Momenteel wordt bij het NIVEL een onderzoek uitgevoerd naar het effect van praktijkondersteuners op de werkbelasting [12]. Hierbij zullen gegevens uit het LINH-netwerk worden gebruikt. Dit onderzoek zal waarschijnlijk goed generaliseerbare gegevens opleveren. Er wordt gebruik gemaakt van landelijke gegevens en ‘harde’ effectparameters. De resultaten van dit onderzoek zullen naar verwachting eind 2003 beschikbaar zijn. In het kader van de Tweede Nationale studie van het NIVEL wordt momenteel gewerkt aan een kernrapport over werkbelasting van huisartsen. De effect van assistierend en ondersteunend personeel op de werkbelasting worden hierin onderzocht.

6.4 Subjectieve werkbelasting

Er zijn drie studies waarin effecten op de subjectieve werkbelasting worden gerapporteerd (zie tabel 6.1). In midden Brabant werd dit gemeten aan de hand van een aantal gevalideerde meetinstrumenten over de beleving van het werk. Er trad geen significante verbetering op. In twee onderzoeken werd wel een reductie gevonden. In Maastricht lijkt de ervaren werkdruk samen te hangen met de objectieve werkbelasting, in de zorg voor diabetes ervaart men een toename van werkdruk, en in de complexe zorg voor ouderen juist een verlichting. In de zorg voor astma/COPD werd een kleine verlichting gemeld door de huisartsen. In Enschede ervoeren de huisartsen een vermindering van de werkdruk, vooral door het gevoel de last te delen en betere zorg te bieden. Ook werd het prettig gevonden dat zaken die bleven liggen, nu werden opgepikt.

Subjectieve werkbelasting is aanzienlijk moeilijker uit te drukken in getallen. In de eerste plaats betreft het een tamelijk vaag omlijnd begrip en wordt het in verschillende onderzoeken anders opgevat. Een tweede probleem is dat subjectieve werkbelasting een variabele op huisartsniveau is. Binnen een praktijk zijn er veel patiënten en veel consulten maar slechts één of enkele huisartsen. De in dit hoofdstuk beschreven gegevens over subjectieve werkbelasting hebben dan ook betrekking op zeer kleine onderzoeks-populaties (de grootste huisartsenpopulatie betrof een n van 17). Deze gegevens zijn voor de evaluatie van een specifiek project goed bruikbaar maar zijn moeilijk generaliseerbaar. In verschillende studies wordt wel opgemerkt dat huisartsen tevreden zijn en zich minder belast voelen. Maar vaak is niet duidelijk op welke wijze die informatie is verkregen.

6.5 Conclusie

In de onderzochte projecten blijkt de invoering van een praktijkondersteuner vaak niet direct te leiden tot een reductie van de objectieve werkbelasting. De beperkte hoeveelheid gegevens geven echter onvoldoende basis om landelijke uitspraken te doen. Wel komen uit de gegevens, maar ook uit de waarneming van betrokkenen, mogelijke verklaringen naar voren voor het positieve dan wel negatieve effect van ondersteuning op objectieve werkbelasting van huisartsen. Deze zijn in dit hoofdstuk uitgewerkt tot een verklaringsmodel. In dit model zien we dat tegenover een deel van de werkbelasting dat door de ondersteuner wordt overgenomen nieuwe factoren staan die de werkbelasting juist vergroten. Welke invloeden onder welke omstandigheden het sterkst zijn moet nog blijken. Een verdere onderbouwing door meer onderzoek is geboden. Of een ondersteuner de werkbelasting kan reduceren hangt sterk af van de aanvangssituatie, de wijze waarop de samenwerking is georganiseerd en de mate waarin de ondersteuner aan actieve opsporing doet.

Ook over de subjectieve werkbelasting kunnen momenteel geen algemene uitspraken worden gedaan. Het voor handen zijnde materiaal is nauwelijks generaliseerbaar en heeft betrekking op zeer kleine aantallen en uiteenlopende invullingen van subjectieve werkbelasting.

Door meerdere huisartsen wordt gesteld dat het effect van ondersteuners op de werkbelasting tijd nodig heeft. Hoeveel tijd dat blijft vooralsnog onduidelijk.

6.6 Inleiding

Huisartsen die een ondersteuner in hun praktijk willen inzetten, verplichten zich tot het aangaan van een samenwerkingsverband met andere huisartsen. In het convenant zijn hierover afspraken gemaakt. Het bereiken van een sterke samenhang binnen de eerste lijn is een van de doelstellingen van ondersteuners in de praktijk. Binnen het onderzoek naar ondersteuners blijkt dit aspect een beetje een ondergeschoven kindje te zijn. De meeste studies zijn primair gericht op kwaliteit en werkdruk. Vaak wordt alleen zijdelings aandacht besteed aan samenwerking. Desondanks proberen we in dit hoofdstuk een antwoord op de vraag te vinden of de invoering van ondersteuners in de praktijk heeft geleid tot een verbetering van de samenhang binnen de eerste lijn.

6.7 Samenwerkingsvormen

In het convenant is een aantal afspraken gemaakt over de samenwerkingsvormen die huisartsen moeten aangaan om in aanmerking te komen voor een vergoeding voor praktijkondersteuning. Zo is een van de vereisten een minimale omvang van een juridisch vormgegeven samenwerkingsverband van drie huisartsen met een (totale) patiëntpopulatie van 4500 patiënten. De financiering is gebaseerd op een patiëntenpopulatie van drie normpraktijken: 7050 patiënten. Vaak komt een samenwerkingsverband tot stand binnen een bestaande HAGRO. De samenwerkende huisartsen worden geacht een gezamenlijk plan van aanpak te maken waarin onder andere beschreven wordt hoe de samenwerking vorm krijgt, waaruit het takenpakket van de ondersteuner bestaat en hoe deze wordt aangestuurd.

De samenwerkingsverbanden kennen inmiddels vele verschijningsvormen. Ruim een kwart van de huisartsen met een ondersteuner heeft een onderlinge samenwerkingsovereenkomst gesloten, iets minder dan een kwart heeft een maatschap gevormd, eveneens bijna een kwart heeft een kostenmaatschap/ kostendeelovereenkomst, 14% heeft een stichting opgericht, daarnaast bestaan er nog vele andere vormen. Het juridische samenwerkingsverband treedt in de meeste gevallen (58%) op als werkgever. In bijna 19% van de gevallen is de ondersteuner in dienst bij een externe organisatie zoals bijvoorbeeld de thuiszorg. Minder vaak (ca 4%) treedt één van de huisartsen op als werkgever en 'leent' de ondersteuner uit aan de andere huisartsen (bron: Voortgangscijfers LHV 2002).

6.8 Samenwerking in de praktijk

Leiden al deze formele samenwerkingsvormen nu daadwerkelijk tot een betere samenwerking onder huisartsen met ondersteuners? Er zijn slechts enkele onderzoeken die gegevens hebben opgeleverd.

In midden Brabant bleek dat er nauwelijks of geen effect op de samenwerking binnen de HAGRO en met de thuiszorg optrad. Soms leidt de komst van een praktijkondersteuner tot gezamenlijke initiatieven zoals in Maastricht, waar de betrokken huisartsen samen richtlijnen ontwikkelden voor de wijze waarop de zorg voor DM2 en astma/COPD moet worden vormgegeven. Aan deze richtlijnen was behoefte omdat in de NHG-standaarden niet vermeld wordt hoe de zorg in samenwerking met een ondersteuner vormgegeven kan worden.³

De overige onderzoeken leveren geen informatie over het samenwerkingsaspect.

6.9 Conclusie

Van de drie thema's die in deze metastudie centraal staan is over het effect van ondersteuners op de samenwerking binnen de eerste lijn de minste informatie gevonden. In slechts drie studies was iets over samenwerking te vinden maar ook in deze studies stond dit aspect niet centraal maar betrof het achtergrondinformatie. Er is geen studie bekend waarin samenwerkingsprocessen op systematische wijze in kaart zijn gebracht. Er moet dan ook worden geconcludeerd dat er (nog) geen zinnig antwoord gegeven kan worden op dit deel van de vraagstelling.

Het thema samenwerking binnen de eerste lijn verdient in vervolgonderzoek aandacht. Het is met name interessant in hoeverre er juist door een betere samenwerking kwaliteitswinst en werkdrukverlichting optreedt

³ Inmiddels heeft de NHG praktijkhandleidingen voor DM2 en astma/COPD ontwikkeld die specifiek gericht zijn op het werken met ondersteuners in de praktijk

7 Slotconclusies

7.1 Conclusies

De introductie van ondersteuners op HBO-niveau is, na een trage start, inmiddels in een derde van de Nederlandse huisartspraktijken van de grond gekomen. Op vele plekken in het land zijn studies uitgevoerd met als doel de invoering van ondersteuner te evalueren. Deze studies, die qua schaal en inhoud sterk uiteenlopen hebben er vrijwel overal toe geleid dat de functie van ondersteuner gehandhaafd blijft. Zowel zorgverleners als patiënten lijken overwegend positief te staan ten opzichte van ondersteuners in de huisartspraktijk.

Over het algemeen lijken ondersteuners een gunstig effect te hebben op de kwaliteit van de zorg. Niet alleen omdat zij taken overnemen van de huisarts maar ook omdat zij vanuit hun eigen achtergrond iets wezenlijks toevoegen aan de bestaande zorg. Deze toegevoegde waarde ligt vooral op het vlak van de signalering van problemen, controle, voorlichting en begeleiding van ouderen en chronisch zieken.

Als het op reductie van de werkbelasting van huisartsen aankomt lijkt de ondersteuner weinig gewicht in de schaal te leggen. Winst die aan de ene kant wordt geboekt met het delegeren van taken wordt vaak gecompenseerd door de extra tijd die moet worden gestoken in het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie, nabespreken en begeleiden. Daarnaast lijkt met name in de praktijken waar zaken zijn blijven liggen de ondersteuner juist extra werk te genereren. Timmers et al. (2002) lieten tevens zien dat het vlak waarop de ondersteuner zich begeeft (met name chronisch zieken) slechts een gering percentage is van de totale werklast van huisartsen.

Bij deze conclusies kunnen een aantal kanttekeningen worden geplaatst. In de eerste plaats leidt het beschouwen van dit 'werkbelastingsvraagstuk' los van de kwaliteit van de verleende zorg al snel tot eenzijdige en onvolledige conclusies. Wanneer een ondersteuner nieuwe gevallen opspoorst en deze doorverwijst naar de huisarts neemt weliswaar de werklast niet af maar is een kwaliteitsverbetering aannemelijk. In de tweede plaats kan een zeer gering percentage van het totale werk dat door de ondersteuner wordt verricht op het niveau van de individuele patiënt van groot belang zijn, met name wanneer bijvoorbeeld controles er bij in schieten door een hoge werkbelasting. In de derde plaats heeft volgens velen de introductie van ondersteuners met name in het begin tijd nodig, maar gaat dit zich naar verloop van tijd terug betalen. Een eventuele uitbreiding van het takenpakket (bijvoorbeeld naar alledaagse klachten) zal hieraan een extra impuls kunnen geven. Een dergelijke ontwikkeling vraagt echter om een herbezinning op de (mogelijke) positie en verantwoordelijkheid van de huisarts en de ondersteuner.

Een grotendeels blinde vlek is vooralsnog het effect van ondersteuners op de samenwerking binnen de eerste lijn. Dit gegeven is nergens op systematische wijze in

kaart gebracht. Het valt dan ook nog niet te zeggen in hoeverre de samenwerking rond ondersteuners beschouwd kan worden als een stap in de richting van de ‘voorziening huisartsenzorg’. Dat het samenwerkingsaspect minder in de belangstelling lijkt te staan van onderzoekers (en wellicht ook van betrokkenen) komt mogelijk doordat samenwerking niet zozeer beschouwd wordt als een einddoel maar meer als een middel. Waar ontleent een ‘goede samenwerking’ immers zijn waarde aan als het niet leidt tot kwaliteitswinst en/of een efficiëntere werkwijze? Desondanks verdient dit aspect meer aandacht in eventuele vervolgstudies, hierop zal in de volgende paragraaf dieper ingegaan worden.

7.2 Implicaties voor verder onderzoek

De meeste studies zijn tamelijk onafhankelijk van elkaar opgezet, dit weerspiegelt zich in uiteenlopende benaderingswijzen en effectparameters. Hoewel de lokale studies over het algemeen zeer geschikt zijn gebleken voor het evalueren van lokale situaties, is het slechts in beperkte mate mogelijk hieruit een landelijk beeld af te leiden. Uitkomsten zijn vaak moeilijk vergelijkbaar en zeer gebonden aan de lokale situatie. Aan de andere kant levert juist de variëteit aan methoden en uitkomsten interessante aanknopingspunten op voor een landelijke evaluatie.

Bij het ondernemen van vervolgonderzoek is het zinvol hieraan een aantal eisen te stellen overeenkomstig de in het tweede hoofdstuk geformuleerde criteria voor bruikbaarheid. Het longitudinaal analyseren van registratiegegevens uit het HIS is in dit verband een goede methode. Door in de eerste plaats retrospectief gegevens te analyseren (over de periode 1999 tot heden) kunnen in korte tijd gegevens over een langere periode verkregen worden. Zowel indicatoren voor kwaliteit als voor werkbelasting kunnen uit deze data worden afgeleid. De Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) en het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelen momenteel een aantal kwaliteitsindicatoren die hiervoor goed bruikbaar kunnen zijn. Daarnaast verdient het aanbeveling de studie naar werkbelasting die gebaseerd is op LINH-gegevens te continueren met jaarlijkse metingen om longitudinale ontwikkelingen te kunnen volgen. Eventueel zou dit kunnen worden uitgebreid met uitkomstmaten voor kwaliteit.

Een methode om meer inzicht te verwerven in de inhoud van de door de ondersteuner verleende zorg is het vastleggen van consulten door middel van videoregistraties. Een dergelijke videoregistratie kan gekoppeld worden aan een enquête onder patiënten die eventueel voor en na het consult kan worden afgenomen. Een dergelijke methode is een tamelijk arbeidsintensieve aangelegenheid. Voordelen zijn echter dat het waardevolle kwalitatieve en kwantitatieve gegevens oplevert en dat men ‘zeer dicht op het zorgproces zit’. Ook de effecten van voorlichting aan patiënten kunnen zo goed in kaart worden gebracht. In de huisartsenzorg is er inmiddels een ruime ervaring opgedaan met analyse van videoregistraties.

Vanuit beleidsoogpunt is naast het verkrijgen van een landelijk, representatief beeld interessant om zogenaamde ‘good practices’ (en wellicht bad practices) op het spoor te

komen om succesfactoren in kaart te kunnen brengen. Ook hiervoor lenen de bovengenoemde methoden zich uitstekend.

Op lokaal niveau is het voor individuele huisartsen van belang om inzicht te hebben in de effecten van ondersteuners binnen de eigen praktijk. Een continue registratie van gegevens in het HIS kan ook daarbij een goed hulpmiddel zijn. Hierbij is van groot belang dat alle medewerkers binnen de praktijk nauwkeurig registreren en dat er een helder onderscheid gemaakt kan worden tussen contacten met de verschillende medewerkers. Tot slot verdient de samenwerking in vervolgonderzoek aandacht. Een mogelijkheid is, om aan de hand van een meer kwalitatieve studie onder ‘good practices’ en ‘bad practices’ na te gaan of verschillen in uitkomsten verklaarbaar zijn aan de hand van verschillen in samenwerkingsprocessen. Achterliggende vraag is dan: ‘wat werkt wel, en wat niet’, en vooral: waarom wel of niet?.

Een volgende meta-analyse over drie jaar is aan te bevelen. Wanneer meer onderling goed vergelijkbare gegevens voor handen zijn, zou een dergelijke analyse meer inhoudelijke informatie opleveren over de effecten van praktijkondersteuning in de praktijk zodat niet zozeer het onderzoek maar de resultaten en de praktijk centraal staan..

Bijlage 1: Gestandaardiseerde projectbeschrijvingen

(Van sommige projecten ontbreken gegevens doordat de projecten nog niet zijn afgerond en hier nog geen materiaal over voor handen is)

Project: Zorggroep Almere
Looptijd: 2002-2005
Afgerond: 2005
Onderzoeksdesign: nulmeting, jaarlijkse metingen, effectmeting, VIP, patiëntenenquête, medicom
Voor- en nameting: ja
Controlegroep: nee
Doel: verminderen werkdruk, verbeteren kwaliteit zorg

Onderzoekspopulatie:	N
Gezondheidscentra	18
Praktijkondersteuners	18
Patiënten	
Huisartsen	

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning: 1 ondersteuner per gezondheidscentrum

Praktijktype: gezondheidscentra

Mate van stedelijkheid: stedelijk

Locatie: Almere

Achtergrond praktijkondersteuners:

Taken praktijkondersteuners: zorg voor DM en astma/COPD (50%), andere patiëntgroepen (HVZ, ouderen), managementtaken en registratietaken

Doelgroep: o.a. DM, astma/COPD, HVZ, ouderen

Samenwerkingsvorm:

Overige condities:

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
Klinische parameters		<i>Patiënt</i>	
Tevredenheid patiënt		<i>Patiënt</i>	
Objectieve werkdruk			
Subjectieve werkdruk			
Samenwerking binnen de eerste lijn	<i>Nvt</i>		

Project : De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden Brabant (DHV/Thebe)
Evaluatie: : Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK, UMC St Radboud) teNijmegen
Looptijd : 03/1998 – 4/2000
Afgerond : 2000
Onderzoeksdesign: proces- en effectevaluatie
Voor- en nameting: Ja
Controlegroep: Ja
Doel: Verlichten werkdruk, verbeteren kwaliteit

Onderzoekspopulatie:	N
Huisartsen	interventiegroep: 30 (4 HAGRO's) controlegroep: 18 huisartsen (3 HAGRO'S)
Praktijkondersteuners	5 ondersteuners, circa 4 fte (20 tot 36 uur per poh)
Patiënten	Patiëntenstudie I: 614 COPD/astma patiënten (396 interventie- en 218 controlegroep) Patiëntenstudie II: 115 patiënten (alleen interventiegroep: 52 COPD/astma patiënten; 9 dementie patiënten 7 oncologie patiënten; 48 patiënten overig Patiënten verwezen poh: 1793 (18 maanden)
Thuiszorgmedewerkers	15 (telefonische interviews)
Praktijkassistenten	12 (telefonische interviews; alleen interventiegroep) 17 (vragenlijst; alleen interventiegroep)

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning: circa 4fte POH / 30 huisartsen (1 fte per HAGRO)

Praktijktype: divers

Mate van stedelijkheid: stad, platte land en grens stad platte land

Achtergrond praktijkondersteuners: HBO-verpleegkundige, voorheen wijkverpleegkundigen (gemiddeld 12 jaar ervaring als wijkverpleegkundigen)

Taken praktijkondersteuners: ondersteuning diagnostiek, controle chronisch zieken, inventarisatie problemen, voorlichting, begeleiding, liasonfunctie bij patiënten met astma/COPD, dementie, kanker, wachtlijstpatiënten (verzorgingstehuis).

Doelgroep: Astma/COPD, dementerenden, wachtlijst en oncologische patiënten

Samenwerkingsvorm: praktijkondersteuning gedetacheerd door thuiszorg, begeleiding door huisarts en projectleider, stuurgroep. Per hagro één huisarts contactpersoon voor projectleider.

Overige condities: Huisartsen verwezen de patiënten naar de praktijkverpleegkundigen. Naast voornoemde doelgroepen konden huisartsen patiënten met overige aandoeningen verwijzen (maximaal 20%). Er is een leidraad/takenpakket voor de praktijkverpleegkundigen ontwikkeld waarin is beschreven welke taken de praktijkverpleegkundigen, huisartsen en praktijkassistenten kunnen uitvoeren.

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
Zorg voor astma/COPD-patiënten, werken volgens standaard	Enquêtes huisartsen (voor en na) en poh (alleen nameting)	Huisarts, poh	Toename Meer volgens standaard gewerkt, toename controles, follow-up, vrijwel overal CARA-spreekuur ingevoerd.
Zorg voor demeterende en wachtlijstpatiënten	Enquêtes huisartsen (voor en na) en poh (alleen nameting)	Huisarts, poh	Geen /gering effect
Patiënttevredenheid	Enquête onder patiënten	Patiënt	Patiënten zijn tevreden, zowel over de huisartsen als over de praktijkverpleegkundigen
Objectieve werkdruk			
Aantal werkzame uren	Eigen inschatting huisarts (enquête voor en na)	Huisarts	Geen effect (in beide groepen afgenomen)

Tijd besteed aan diverse werkzaamheden	Tijdregistratie gedurende vier weken (voor en na)	Huisarts	Aantal consulten astma/COPD patiënten toegenomen, verder nauwelijks effect
Subjectieve werkdruk	Enquêtevragen (schalen) over verschillende aspecten v.h. werk (voor en na)	Huisarts	Nauwelijks effect
Samenhang binnen eerste lijn	(groeps)interviews samenwerking met thuiszorg, samenwerking binnen HAGRO, samenwerking	Huisartsen, praktijkondersteuners	Geen effect

Overige informatie:

Er veranderde vrijwel niets in het takenpakket van de assistente, zij bleef medisch technische taken uitvoeren en voelde zich niet bedreigd in haar functie. Ruim de helft van de assistentes was van mening dat ze de taken van de praktijkondersteuner ook zou kunnen uitvoeren, een minderheid van de huisartsen en geen van de praktijkondersteuners was het daar mee eens.

De samenwerking binnen en buiten praktijken verliep goed, maar de taakafbakening tussen de diverse hulpverleners verdient speciale aandacht.

Promotieonderzoek drs. M.G.H. Laurant

Publicaties

Laurant, M., Hermens R., Braspenning J., Grol R. Welke ondersteuning kan een praktijkverpleegkundige de huisarts bieden Huisarts Wet 45 (12) 2002

Laurant M, Braspenning J. De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden Brabant. Deel I Beschrijving project en evaluatiestudie. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit. September 1999.

Laurant M, Braspenning J. De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden Brabant. Deel II Resultaten eerste proces meting. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit. September 1999.

Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Grol R. De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden Brabant. Eindrapport: Resultaten Effect- en Procesevaluatie. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit. Universitair Medisch Centrum St Radboud. November 2000.

Laurant MGH, Hermens RPMG, Braspenning JCC, Grol RPTM. Het opstarten en organiseren van praktijkverpleegkundige ondersteuning in de huisartspraktijk: ervaringen, mogelijkheden en knelpunten. BIJBLIJVEN 2002; 18 (9): 18-27

Laurant MGH, Hermens RPMG, Braspenning JCC, Sibbald B, Grol RPTM. Nurse practitioners do not reduce the workload of general practitioners – a controlled trial. Submitted 2003

Doctor-nurse substitution: are patients satisfied? Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Grol R. Centre for Quality of Care Research, University of Nijmegen (WOK. Abstract book WONCA Vienna 2000. p117.

Changes in workforce: doctor-nurse substitution in primary health care in the Netherlands. Presenting Author: Miranda Laurant, University of Nijmegen. Co-authors: Rosella Hermens, Jozé Braspenning, Richard Grol. Abstract book iHEA York 2001. p176

Project: DHV Eindhoven i.s.m. WOK_diabetes
Looptijd: zomer 2001 – zomer 2004
Afgerond: 2004
Onderzoeksdesign: Pre-postdesign, effect, proces en kosten evaluatie
Voor- en nameting: ja
Controlegroep: ja
Doel: kwaliteit, evaluatie disease management model en kosten

Onderzoekspopulatie:	N
Huisartsen	75 (65 praktijken)
Patiënten	1500

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning: varieert
Praktijktype: varieert
Locatie: Zuid-Oost Brabant
Mate van stedelijkheid: varieert
Achtergrond praktijkondersteuners: verpleegkundigen en HBO-assistentes
Taken praktijkondersteuners: Zorg voor diabetes
Doelgroep: Diabetespatiënten
Samenwerkingsvorm: Volgens diseasemanagementmodel, in samenwerking met een facilitaire diabetesdienst
Overige condities:

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
Organisatie van de zorg (zoals registratie- en controlesysteem, categoriaal spreekuur, onder eigen regie diabetes omzetten op insuline)	HIS, registratie diabetesdienst, vragenlijst	Huisartspraktijk	
	Registratie diabetesdienst	Huisartspraktijk	
Uitkomsten van zorg (zoals kennis, zelfzorg, metabole waarden)	Lab, vragenlijst	Patiënt	
Objectieve werkdruk	Nvt		
Subjectieve werkdruk	Nvt		
Samenwerking binnen eerste lijn	Nvt		

Project: DHV Eindhoven i.s.m. WOK_astma/COPD
Looptijd: zomer 2001 – zomer 2004
Afgerond: 2004
Onderzoeksdesign: Pre-postdesign, effecte, proces en kosten evaluatie
Voor- en nameting: ja
Controlegroep: ja
Doel: kwaliteit, evaluatie disease-management model en kosten

Onderzoekspopulatie:	N
Huisartsen	57 (47 praktijken)
Patiënten	350

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning: varieert
Praktijktype: varieert
Locatie: Zuid-Oost Brabant
Mate van stedelijkheid: varieert
Achtergrond praktijkondersteuners: verpleegkundigen en HBO-assistenten
Taken praktijkondersteuners: Zorg voor astma/COPD
Doelgroep: astma/COPD -patiënten
Samenwerkingsvorm: Volgens diseasemanagementmodel, in samenwerking met een facilitaire astma/COPD dienst
Overige condities:

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
Organisatie van de zorg (zoals registratie- en controlesysteem, categoriaal spreekuur)	HIS, registratie A/C-dienst, vragenlijst	Huisartspraktijk	
Proces van zorg (aantal en inhoud controles)	Registratie A/C-dienst, HIS	Huisartspraktijk	
Uitkomsten van de zorg (zoals kennis, klachten, inhalatietechniek)	Observatie, vragenlijst	Patiënt	
Subjectieve werkdruk	Nvt		
Samenwerking binnen eerste lijn	Nvt		

Project: Sorgdrager, Groningen, noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken
i.s.m. Universiteit Groningen
Looptijd: 10/1997 – 10/1999
Afgerond: ja
Onderzoeksdesign: voor- en nametingen zonder controlegroep
Voor- en nameting: ja
Controlegroep: nee
Doel: Verminderen van werkdruk en verbeteren kwaliteit van zorg

Onderzoekspopulatie:	N
Astma/COPD Patiënten	354
Praktijkondersteuners	1
Huisartsen	3

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning: 0,6 fte poh/3 huisartsen, na een half jaar uitgebreid naar 1 fte / 3 huisartsen

Praktijktype: 3 solopraktijken

Locatie: Klazienaveen en Zwartemeer

Mate van stedelijkheid: platteland (twee dorpen)

Achtergrond praktijkondersteuners:

Taken praktijkondersteuners: zorg voor astma/COPD-patiënten

Doelgroep: astma/COPD -patiënten

Samenwerkingsvorm: ondersteuner is in dienst bij de huisartspraktijk

Overige condities: 'bewerkelijke praktijk': opleidingsniveau lager dan gemiddeld, aantal chronische aandoeningen zeer hoog: DM 3*landelijk gemiddelde, Astma/COPD 2*landelijk gemiddelde, % ziekenfonds veel hoger.

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
Aantal controles	Tellen (EMD)	Patiënt	Toename, meer volgens NHG-standaard
Gebruik van aantal stookkuren prednisolon	Tellen (EMD)	Patiënt	Forse afname
Objectieve werkdruk			
Consultfrequentie	Tellen (EMD)	Consult, patiënt	afname, besparing van 2 consulten*120 pat per jaar tegenover een werkoverleg van 20 minuten per maand
Subjectieve werkdruk	Nvt		
Samenwerking binnen eerste lijn	Nvt		

Overige informatie:

Praktijkondersteuner heeft in het begin veel tijd geïnvesteerd in patiënten (tot 4*30 minuten in eerste jaar). Astma/COPD –taken beleven voorheen liggen door werkdruk huisarts.

Publicaties

Kornelius, G., J.W. Groothof, J. Sorgdrager, P. Been, J. de Haan, D. Post. Werkdruk en praktijkverpleegkundige, eerste ervaringen in de huisartspraktijk. *Medisch contact* 1999 (54)3

Kornelius, G. J.W. Groothof, J. Tuinstra, P. Been, J. de Haan, D. Post. De Praktijkverpleegkundige, twee experimenten nader belicht. *Bijblijven* 1999; 15;1

Sorgdrager, J., Wel degelijk tijdsbesparing voor de huisarts. *Huisarts Wet* 46-4-2003

Kornelius, G., J.W. Groothof, P. Been, D. Post. *Praktijkverpleegkundige en werkdruk huisartsen in Klazienaveen en*

Zwartemeer Deel 1 Groningen: RUG, Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken

Project: Project Praktijkverpleegkundige Maastricht, son van L, Crebolder H, van Hoef L, Beusmans, G.
Looptijd: 1999-2002
Afgerond: ja
Onderzoeksdesign: gerandomiseerd design, vragenlijsten, interviews, klinische parameters, tijdregistratie. Proces- en effectevaluatie
Voor- en nameting: ja
Controlegroep: ja
Doel: Men wil met de inzet van een praktijkverpleegkundige in de zorg voor chronisch zieken de kwaliteit van de zorg voor mensen met astma / COPD, diabetes of complexe zorgproblematiek verbeteren en de werkdruk voor de huisarts verlagen. Voor de zorg voor mensen met astma / COPD en diabetes is een protocol ontwikkeld waarin de (nieuwe) samenwerking tussen huisarts, praktijkverpleegkundige en doktersassistente is beschreven.

Onderzoekspopulatie:	N
Gezondheidscentra	3
Huisartsen	10
Ondersteuners	3
patiënten	161 astma/COPD ; 111 diabetes

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning: 1 ondersteuner per gezondheidscentrum

Praktijktype: Gezondheidscentra

Mate van stedelijkheid: matig stedelijk

Locatie: Maastricht

Achtergrond praktijkondersteuners: wijkverpleegkundige met differentiatie op het gebied van astma / COPD, diabetes en / of ouderenzorg

Taken praktijkondersteuners: DM, astma/COPD, complexe zorgproblematiek (ieder centrum is met 1 gebied begonnen en heeft dit later uitgebreid tot meerdere aandachtsgebieden)

Doelgroep: chronisch zieken (diabetes type 2 en astma / COPD), ouderen met complexe zorg problematiek

Samenwerkingsvorm: Gezondheidscentrum. De praktijkondersteuners zijn gedetacheerd vanuit de thuiszorg organisatie

Overige condities: De aanwezigheid van een multi disciplinair protocol wordt gezien als een voorname voorwaarde. Voor diabetes en astma / COPD is een protocollenboek ontwikkeld. Voor complexe zorg voor ouderen was de ontwikkeling van een richtlijn doel van het project. Overige voorwaarden zijn: deskundigheid van de praktijkondersteuner, beschikbaarheid van een goede werkruimte en pc, voldoende overleg tijd met de huisarts.

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
HbA1c (medische parameter diabetes)	Voor – en nameting	Patiënt	Gering verbetering van ,36 in interventiegroep (p=,04) en ,31 in controlegroep (p=,09)
Overige medische parameters diabetes (kreatinine, cholesterol, bloeddruk,)	Voor – en nameting	Patiënt	Geen verandering
Fev1% (medische parameter voor astma/COPD)	Voor – en nameting	Patiënt	Bij COPD-patiënten verbetering longfunctie, astma gelijk
Patiënttevredenheid diabetes	Vragenlijsten, voor- en nameting	Patiënt	Verbetering, betere beoordeling van informatie over: controles, ingestelde behandeling, gebruik medicatie , invloed ziekte op dagelijks leven en leren omgaan met ziekte.
Patiënttevredenheid astma/COPD	Vragenlijsten, voor en nameting	Patiënt	Verbetering tevredenheid, Op alle aspecten positiever oordeel
Ervaren kwaliteit van leven	Vragenlijsten, voor en nameting	Patiënt	Geen verandering
kwaliteit van zorg voor diabetes volgens de zorgverleners	Vragenlijsten voor en nameting	Huisarts , ondersteuner, assistente *	Toename, vooral huisarts veel positiever

kwaliteit van zorg voor astma/COPD volgens de zorgverleners	Vragenlijsten voor en nameting	Huisarts , ondersteuner, assistente *	Grote toename volgens alle groepen
kwaliteit van complexe zorg voor ouderen volgens de zorgverleners	Vragenlijsten voor en nameting	Huisarts , ondersteuner, assistente *	Kleine toename volgens ondersteuner en huisarts, afname volgens assistente
Objectieve werkdruk			
Aantal bezoeken aan de huisarts door diabetespatiënten	Voor – en nameting (voormeting = jaar voorafgaand aan het project, nameting = jaar van het project)	Patiënt	Afname in interventiegroep
Aantal bezoeken aan de huisarts door astma/COPD patiënten	Voor – en nameting (voormeting = jaar voorafgaand aan het project, nameting = jaar van het project)	Patiënt	Toename consulten COPD-patiënten in interventiegroep, astmapatiënten komen in beide groepen vaker
Subjectieve werkdruk			
Werkdruk diabetes	Vragenlijst, voor- en na	Huisarts	Geringe afname van werkdruk door overname controles. Afname is gering door meer overleg
Werkdruk astma/COPD	Vragenlijst, voor- en na	Huisarts	Toename door verwijzingen van poh en actieve opsporing
Werkdruk complexe zorg	Vragenlijst, voor- en na	Huisarts	Gering afname door delegatie aan de poh, maar blijft hoog
Samenwerking binnen eerste lijn	Nvt		

* de groepen in de voor en nameting verschillen sterk van elkaar qua omvang en samenstelling, bijv. bij astma/COPD: 1 resp. 5 huisartsen, 3 resp. 6 assistentes enz.

Overige informatie:

DM2 standaard werd reeds zeer gestructureerd in de huisartspraktijk toegepast, de Astma/copd standaard niet. Bij DM nam daarom de poh de arts werk uit handen, bij astma/copd genereerde ze meer werk. Onder astma/copd patiënten hoge nonrespons (60%); per gezcentr is de poh gestart met 1 aandachtsgebied. Gedurende het project heeft de poh een tweede aandachtsgebied opgepakt.

Publicaties

Project Praktijkverpleegkundige Maastricht. Handboek protocollen Astma / COPD, Diabetes mellitus type II, voor praktijkverpleegkundige, praktijkassistente en huisarts. Maastricht: Stichting Gezondheidscentra Maastricht, academisch ziekenhuis Maastricht, Groene Kruis Zorg, Universiteit Maastricht, 2002.

Project Praktijkverpleegkundige Maastricht. Richtlijn complexe zorg voor ouderen, door praktijkverpleegkundige en huisarts: Stichting Gezondheidscentra Maastricht, academisch ziekenhuis Maastricht, Groene Kruis Zorg, Universiteit Maastricht, 2002.

Son van L, van Hoef L, Crebolder H, Beusmans G. Project praktijkverpleegkundige Maastricht eindrapportage Maastricht, oktober 2002

Son van L, Vrijhoef B, Crebolder H, van Hoef L, Beusmans G. De huisarts ondersteund, een verkenning naar de bijdragen van de praktijkondersteuner, geaccepteerd voor publicatie.

Project: De effecten van huisbezoek en monitoring door een verpleegkundige bij kwetsbare ouderen
Looptijd: zomer 2002 – zomer 2006
Afgerond: naar verwachting in 2006
Onderzoeksdesign: erandomiseerd gecontroleerd huisarts geblindeerd experiment met follow-up tot 24 maanden
Voor- en nameting: ja
Controlegroep: ja
Doel: evalueren preventieve huisbezoeken kwetsbare ouderen

Onderzoekspopulatie:	N
Kwetsbare ouderen	1050
Praktijken	40

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning:

Praktijktype:

Mate van stedelijkheid:

Locatie: West-Friesland

Achtergrond praktijkondersteuners:

Taken praktijkondersteuners: Preventieve huisbezoeken bij kwetsbare ouderen

Doelgroep: Kwetsbare ouderen

Samenwerkingsvorm:

Overige condities:

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
Kwaliteit van leven	Halfjaarlijks vragenlijsten (Euroqol)	Patiënten	
Tijd tot aan opname verpleeg- of verzorgingstehuis	Info inwinnen RIO	patiënt	
Aanmelding verpleeg- of verzorgingstehuis	Info huisarts	Patiënt	
Opname in ziekenhuis	Info huisarts	patiënt	
Sterfte	Info huisarts	patiënt	
Aantal cases dementie	MMSE-score (-24) en aanvullende diagnostiek door RIAGG	patiënt	
Valfrequentie	Valkalender	patiënt	
Objectieve werkdruk	Nvt		
Subjectieve werkdruk	Nvt		

Project: Van Hout, Dementerenden en hun mantelzorgers
Looptijd :
Afgerond :
Onderzoeksdesign: Praktijkgerandomiseerde , gecontroleerde interventiestudie, 5 metingen
Voor- en nameting: ja
Controlegroep:
Doel:

Onderzoekspopulatie:	N
Huisartspraktijken	30
Demeterenden en hun mantelzorgers	130 (paren)

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning:

Praktijktype:

Mate van stedelijkheid:

Locatie:

Achtergrond praktijkondersteuners:

Taken praktijkondersteuners: zorg voor dementerende en mantelzorgers

Doelgroep: dementerende en mantelzorgers

Samenwerkingsvorm:

Overige condities:

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
Kwaliteit van leven	Vragenlijst	Mantelzorger	
Gevoel competentie in zorgen	Vragenlijst	Mantelzorger	
Psychische gezondheid	Vragenlijst	Mantelzorger	
Ervaren druk door informele zorg	Vragenlijst	Mantelzorger	
Onvervulde zorgbehoefte	Vragenlijst	Mantelzorger	
Tijd tot intramurale opname en aanmelding RIO	Gegevens RIO	patiënt	
Kwaliteit van leven van patiënt	Vragenlijst	Patiënt	
Directe en indirecte kosten	Zorgdagboekjes en gegevens huisarts	Mantelzorger	
Objectieve werkdruk	Nvt		
Subjectieve werkdruk	Nvt		

Project: UvA/UU/NIZW_Schumacher
Looptijd: 1999 - 2002
Afgerond: 2002
Onderzoeksdesign: Groepsinterviews met deskundigen, kwalitatief
Voor- en nameting: nee
Controlegroep: nee
Doel:

Onderzoekspopulatie:	N
Huisartsen	7
Praktijkondersteuners	11
Assistenten	3

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning:
Praktijktype:
Mate van stedelijkheid: Zeer stedelijk
Locatie: Amsterdam
Achtergrond praktijkondersteuners: verpleegkundige
Taken praktijkondersteuners: Zorg voor COPD
Doelgroep: COPD -patiënten
Samenwerkingsvorm:
Overige condities:

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit	Nvt		
Objectieve werkdruk			
Ervaring betrokkenen	Groepsinterviews	Huisarts	Geen werkdrukvermindering op korte termijn. Het betreft taken die voorheen bleven liggen, daarbij vergt het opbouwen van een goede samenwerking ook tijd.
Subjectieve werkdruk	Nvt		
Samenwerking binnen eerste lijn			

Overige informatie:

Nadruk in het onderzoek ligt vooral op hoe de functie van praktijkverpleegkundige kan worden ingevuld. Het accent ligt hierbij op het bevorderen van zelfmanagement door advisering en counseling m.b.t leefstijlveranderingen.

Publicaties

Weelderden G.van, J.IJzermans, J.Schumacher. 2002 *Praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD. Triozorg in de praktijk* Utrecht, NIZW

Project: SAXION, Bombeld
Looptijd: 5-1999/ 2-2000
Afgerond: 2000
Onderzoeksdesign: dossieronderzoek, interviews met huisartsen en patiënten
Voor- en nameting: nee
Controlegroep: nee
Doel: voorkomen crisissituaties, preventie

Onderzoekspopulatie:	N
Huisartsen in gezondheidscentrum	3
Patiëntendossiers	56
Patiënten	9 (3 per huisarts)
Praktijkondersteuner	1

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning: 1 ondersteuner (9 uur per week)/3 huisartsen

Praktijktype: **gezondheidscentrum**

Mate van stedelijkheid: stedelijk

Locatie: Enschede

Achtergrond praktijkondersteuners: verpleegkundige

Taken praktijkondersteuners: Afleggen van geïndiceerde huisbezoeken bij ouderen (70+)

Doelgroep: Ouderen (70+)

Samenwerkingsvorm: verpleegkundige gedetacheerd door de thuiszorg

Overige condities:

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
			geen 'harde' effectparameters, vermoedelijk verbetering door afname crises en meer informatie
Objectieve werkdruk			
Indruk van huisartsen	Interviews huisartsen	Huisarts	geen directe reductie, op korte termijn kost het nabespreken juist tijd. Mogelijk valt op langere termijn wel een vermindering te verachten door gezondheidswinst en minder crisissituaties.
Subjectieve werkdruk			
Beleving van de werklust door huisarts	Interviews huisartsen	Huisarts	vermindering, vooral door het gevoel de last te delen, betere zorg te bieden, zaken die bleven liggen worden opgepikt.
Samenhang binnen de eerste lijn		Nvt	

Overige informatie:

De verpleegkundige bezocht ouderen waarvan de huisarts een 'niet-pluis' gevoel had. Volgens de verpleegkundige bleek dit gevoel meestal te kloppen. Door het verstrekken van informatie en te helpen met het realiseren van concrete verbeteringen in de woonsituatie en doorverwijzingen is het aannemelijk dat er wel degelijk sprake is van een verbetering van de kwaliteit. Knelpunt was vooral tijd die het kost om te overleggen.

Publicaties

Bombeld, S.W.M. 2000 *De functie van praktijkverpleegkundige in gezondheidscentrum Noord Enschede*. Enschede; SAXION, Hogeschool Enschede Academie Verpleegkunde.

Project: PPCP-Utrecht
Looptijd: april 2003
Afgerond: 2003
Onderzoeksdesign: Enquête onder patiënten die contact hebben gehad met een praktijkondersteuner
Voor- en nameting: nee
Controlegroep: nee
Doel:

Onderzoekspopulatie:	N
Patiënten	139

Conditie

Hoeveelheid ondersteuning: varieert
Praktijktype: varieert
Mate van stedelijkheid: zeer stedelijk
Locatie: provincie Utrecht
Achtergrond praktijkondersteuners: varieert
Taken praktijkondersteuners:
Doelgroep:
Samenwerkingsvorm: varieert
Overige condities:

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit			
Tevredenheid van patiënten	Enquêtes	Patiënt	patiënten over het algemeen tevreden over deskundigheid en bejegening 76% vind de nieuwe situatie beter dan de oude
Objectieve werkdruk	Nvt		
Subjectieve werkdruk	Nvt		

Project: Invloed praktijkondersteuning op werklust huisartsen (NIVEL/LINH)
Looptijd: 2003
Afgerond: 2003
Onderzoeksdesign: voor- en nameting met referentiegroep. Secundaire analyse van HIS- gegevens.
Voor- en nameting: ja
Controlegroep: ja
Doel:

Onderzoekspopulatie:	N
Praktijken	31 met ondersteuner + controlegroep
huisartsen	Ca. 50

Conditie

Gegevens hebben betrekking op landelijke steekproef

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit	Nvt		
Objectieve werkdruk			
Aantal contacten van huisarts, assistente en ondersteuner, uitgesplitst naar ICPC-codes	Extraheren van gegevens uit HIS	Contacten	
Subjectieve werkdruk	Nvt		

Project: Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk;
 kernrapport 6, werkbelasting van huisartsen
Looptijd: 2003
Afgerond: 2003
Onderzoeksdesign: Crossectionele vergelijking van praktijken met en zonder poh
Voor- en nameting: nee
Controlegroep: nee

Onderzoekspopulatie:	N
Praktijken	25 met poh en 75 zonder poh
huisartsen	Ca. 185

Condities

Gegevens hebben betrekking op landelijke steekproef

Resultaten

	Wijze van meten	Meetniveau	Resultaat
Kwaliteit	Nvt		
Objectieve werkdruk			
Aantal werkzame uren en omvang van aanstelling huisartsen in praktijken met en zonder poh	Enquêtes en tijdsbestedingsonderzoek onder huisartsen en ondersteuners	Praktijk, huisarts, ondersteuner	
Hoeveelheid assistentie in praktijken met en zonder poh	Enquêtes onder huisartsen en ondersteuners	praktijk	
Subjectieve werkdruk			
Ervaren effecten van ondersteuner op werkdruk	Enquête onder huisartsen	Huisarts	

Bijlage 2: Literatuur

Bombeld SWM. De functie van praktijkverpleegkundige in gezondheidscentrum Noord Enschede. Enschede: Saxion, Hogeschool Enschede Academie Verpleegkunde, 2000.

Dierendonck Dv, P.P.Groenewegen, H.Sixma. Opgebrand, een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992.

Groenewegen PP, J.B.F.Hutten. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Social Science & Medicine* 1991; 32(10):1111-1119.

Hout H van, Marwijk van H.W.J, Dröes RM, Haan Md, Pot AM. Effecten van verpleegkundige ondersteuning vanuit de huisartspraktijk bij thuiswonende cognitief gestoorde- en dementiepatiënten en hun mantelzorgers. 2002. *Onderzoeksvoorstel*.

Konings J, Interakt M. Praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk anno 2003, een overzichtsfoto. 2003. LHV.

Kornelius GJW, Groothof J, Sorgdrager J, Been P, de Haan J, Post D. Werkdruk en praktijkverpleegkundige, eerste ervaringen in de huisartspraktijk. *Medisch Contact* 1999; 54(3).

Kornelius GJW, Groothoff JW, Been P, Post D. Praktijkverpleegkundige en werkdruk huisartsen in Klazienaveen en Zwartemeer Deel 1: Achtergrondfactoren van werkdruk in de huisartspraktijk. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 1999.

Laurant.M., Braspenning.J. De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden Brabant Deel1: Beschrijving Project en Evaluatiestudie. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 1999.

Laurant.M., Braspenning.J. De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden Brabant Deel 2: Resultaten eerste proces meting. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 1999.

Laurant.M., Hermens.R, Braspenning.J., Grol.R. De huisarts en de verpleegkundige in Midden Brabant Eindrapport: Resultaten Effect- en Procesevaluatie. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 2000.

Laurant.M., Hermens.R, Braspenning.J., Grol.R. Welke ondersteuning kan een praktijkverpleegkundige de huisarts bieden? *Huisarts Wet* 2002; 45(12):652-657. LHV, ZN, VWS. covenant LHV, ZN, VWS inzake de versterking van de huisartsenzorg. 1999.

LHV. Voortgangsmeting Implementatie Praktijkondersteuning Huisartsen datum: 31-12-2002. *Ongepubliceerd*

LHV/NHG. Toekomstvisie huisartsenzorg, huisartsenzorg in 2012: medische zorg in de buurt. LHV/NHG, 2003.

Lindert Hv, M.Rijken. Kwaliteit, continuïteit en klachten, Ervaringen van mensen met een chronische aandoening met de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2001.

Nijpels G, Hout H van. De effecten van huisbezoek en monitoring door een verpleegkundige bij kwetsbare ouderen, onderzoeksvoorstel. 5-8-2002.

Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht. Ervaringen van patiënten met praktijkondersteuning in de provincie Utrecht, samenvatting van de onderzoeksresultaten. 2003.

Schellevis FG, Westert GP, Bakker DHD, Groenewegen PP, ZEE JVD, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden 1. Huisarts en Wetenschap 2003; 46(1):7-11.

Sixma HJ, Kerssens JJ, Van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. Health Expectations 1998 1(2) 82-95.

Sluijs EM, C.Wagner. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Utrecht: NIVEL, 2000.

Son van L., van Hoef L, Creobolder H, Beusmans G. Project Praktijkverpleegkundige Maastricht eindrapportage. Maastricht: Stichting Gezondheidscentra Maastricht, Academisch ziekenhuis Maastricht, Groene Kruis Zorg, Universiteit Maastricht, 2002.

Sorgdrager J. Wel degelijk tijdsbesparing voor de huisarts. Huisarts Wet 2003; 46(4):226-227.

Timmers AP. Een deskundg alternatief: praktijkondersteuners moeten vooral kleine kwalen behandelen. Medisch Contact 57[46], 1701-1704. 2002.

Weelderen Gv, IJzermans J, Schumacher J. Praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD. Triozorg in de praktijk. Utrecht: NIZW, 2002.

Weert de-Van Oene GH, Schrijvers AJPr. Van zessen klaar, bevindingen bij zes projecten met praktijkverpleegkundigen in de stad Utrecht. Utrecht: Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek UMC Utrecht, 2001.

Welling BJM, Delnoij DMJ, Bakker DHD. praktijkverpleegkundige in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1998.