



KENNISVRAAG

*Praktijkondersteuners in de
huisartspraktijk (POH's),
klaar voor de toekomst?*



NIVEL 2012

KENNISVRAAG

*Praktijkondersteuners in de
huisartspraktijk (POH's),
klaar voor de toekomst?*

P.J.M. Heiligers

J. Noordman

J.C. Korevaar

S. Dorsman

L. Hingstman

A.M. van Dulmen

D.H. de Bakker

KENNISVRAAG – POH'S KLAAR VOOR DE TOEKOMST?

ISBN 978 94 6122 146 9

www.NIVEL.nl

NIVEL@NIVEL.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

© 2012 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Eerste druk

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

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

Voorwoord	5
Kernboodschappen en Samenvatting	7
1 Inleiding	15
1.1 Doelstelling	16
1.2 Historische context	16
1.3 De kennisvraag nader uitgewerkt naar onderzoeksvragen	18
1.4 Plan van aanpak	21
1.5 Leeswijzer	23
2 Taakdelegatie en mogelijke effecten in de huisartspraktijk	25
2.1 Inleiding, definities en functies	25
2.2 Taakdelegatie naar de POH en het effect op de werklust van de huisarts en de kwaliteit van de zorg	27
2.3 Andere effecten van taakdelegatie in de huisartspraktijk: op praktijkomvang, productie en kosten	29
2.4 Taakdelegatie op een andere wijze ingevuld: een voorbeeld	29
2.5 Afbakening van de positie van POH's ten aanzien van praktijkassistenten en verpleegkundig specialisten	30
2.6 Conclusies en aanbevelingen over taakdelegatie	32
3 Aantallen en spreiding van werkzame POH's	33
3.1 Inleiding	33
3.2 Methode	34
3.3 Aantal praktijken met een POH	34
3.4 Aantal werkzame POH's	36
3.5 Aantal POH's per praktijk	36
3.6 Andere vormen van ondersteuning in de praktijk	38
3.7 Spreiding van POH's	39
3.8 Aantallen POH-GGZ	42
3.9 Conclusies en aanbevelingen over aantallen en spreiding van POH's	43
4 Competenties en opleiding POH	44
4.1 Inleiding	44
4.2 De formele context van de functie POH	44
4.3 Opleidingen POH en hun aanbod	49
4.4 In- en uitstroom bij opleidingen en de achtergrond van de huidige POH's	52

4.5	<i>Competenties van praktijkondersteuners (POH's) op het gebied van gespreksvaardigheden en opvolgen van richtlijnen (2010-2011)</i>	53
4.6	<i>Conclusies en aanbevelingen over competenties POH</i>	61
5	Taken van POH's	64
5.1	<i>Inleiding</i>	64
5.2	<i>Recente gegevens over de taken van de POH (LINH)</i>	64
5.3	<i>Conclusies en aanbevelingen over taken van de POH</i>	72
6	Perspectief van patiënten	74
6.1	<i>Inleiding</i>	74
6.2	<i>Verwachtingen en voorkeuren van de patiënt over de POH</i>	74
6.3	<i>Mening van mensen met een chronische aandoening over de zorg en de bijdrage van de POH</i>	80
6.4	<i>Conclusies en aanbevelingen over het perspectief van de patiënt</i>	82
7	Visies op competenties van de praktijkondersteuners	84
7.1	<i>Visie van opleidingen op competenties</i>	84
7.2	<i>Visie van werkgevers op competenties</i>	85
7.3	<i>Visie van NHG, LHV en LVG op competenties</i>	87
7.4	<i>Visies van de beroepsverenigingen voor POH's op competenties</i>	89
7.5	<i>Een gezamenlijke toekomstvisie?</i>	91
7.6	<i>Conclusies en aanbevelingen</i>	91
8	Conclusies en aanbevelingen voor de toekomst van de POH	93
8.1	<i>Inleiding</i>	93
8.2	<i>Kerngegevens over POH's: aantallen, competenties, taken en kwaliteit van zorg</i>	93
8.3	<i>Aanbevelingen voor de toekomstige positie van POH's</i>	97
	Literatuur	105
	Bijlage 1 Overzicht van gebruikte afkortingen en namen van organisaties	110
	Bijlage 2 Bijlagen bij methoden en werkwijzen	112
	Bijlage 3 Interviews ten behoeve van het project <i>Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk, klaar voor de toekomst?</i>	116
	Bijlage 4 Tabellen opleidingen	117

Voorwoord

De praktijkondersteuner op HBO-niveau heeft zich in relatief korte tijd een vaste plaats verworven in de Nederlandse huisartspraktijk. Deze studie laat zien hoe de functie van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg (POH's) zich heeft ontwikkeld in de afgelopen tien jaar. Meer in het bijzonder gaat het om de vraag wat hun competenties zijn en of zij voor voorziene toekomstige taken voldoende toegerust zijn. Na tien jaar is het een goed moment om met de voorhanden informatie, onderzoeksgegevens en opgedane ervaringen terug te blikken. Minstens zo belangrijk is het om vooruit te kijken en de POH-functie te plaatsen in de toekomstige ontwikkelingen binnen de zorg. Als gevolg van de vergrijzing en het toenemend aantal mensen met een chronische aandoening wordt een uitbreiding van de taken voor POH's voorzien. De vraag is of zij voorbereid zijn op een grotere rol in de ouderenzorg en preventie.

Deze studie maakt deel uit van een reeks, waarin kennisvragen over actuele vraagstukken van het Ministerie van vws worden beantwoord. Het accent ligt in deze studies op het bij elkaar brengen van beschikbaar materiaal door literatuurstudie, secundaire analyse van databronnen en interviews met deskundigen in het veld.

Om de ervaringen met de inzet van POH's goed in kaart te kunnen brengen, heeft een groot aantal betrokkenen uit het veld meegewerkt aan interviews. De namen van de geïnterviewden staan vermeld in bijlage 3. Wij willen hen hierbij bedanken voor hun betrokkenheid, hun kritische inbreng en de bereidheid om hun informatie en zienswijze met ons te delen.

Twee geïnterviewden willen wij in het bijzonder danken voor de nauwgezette kanttekeningen bij de conceptversie van dit rapport, mevrouw N.P. Gruijters, huisarts en voorzitter van de werkgroep ondersteuning in de huisartspraktijk en mevrouw G. Brummel, bc., docent aan de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle en praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk.

Daarnaast hebben wij dankbaar gebruik gemaakt van de inbreng en deskundigheid van mevrouw drs. E. Derckx, projectleider Taakherschikking Eerste Lijn en directeur-bestuurder van de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg Eindhoven en dhr. drs. T.P. Hoogeveen, senior beleidsadviseur directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid bij het Ministerie van vws. Beiden hebben in de voorbereidingen en opzet van deze studie en door hun bredere reflectie op dit onderwerp als zeer betrokken klankbordgroep een belangrijke bijdrage geleverd.

Naast de interviews en literatuurstudie is voor het beantwoorden van deze kennisvraag door de auteurs gebruik gemaakt van drie databases bij het NIVEL: de huisartsenregistratie, de Databank Communicatie en LINH-gegevens. Iedereen die daarbij ondersteuning geboden heeft, willen wij daarvoor danken.

De auteurs

Utrecht, september 2012

Kernboodschappen en Samenvatting

- (1) Praktijkondersteuners op HBO-niveau (POH) doen met name op het gebied van diabetes goed werk in de huisartspraktijk. De inbreng van de POH leidt niet zozeer tot taakverlichting voor de huisarts als wel tot betere eerstelijnszorg voor mensen met diabetes. Controles worden systematischer uitgevoerd en er wordt veel meer aandacht geschonken aan leefstijlfactoren. Dergelijke ontwikkelingen zijn ook op gang gekomen op het gebied van COPD, vasculair risicomanagement en de eerstelijns-GGZ. Patiënten zijn tevreden. Dat is winst.
- (2) Dit ondanks het feit dat er grote verschillen zijn in opleidingen, in competenties en taken die zij in huisartspraktijken uitoefenen. Grotere eenduidigheid hierin is gewenst, waarbij het uitgangspunt is dat de kracht van de huidige POH ligt in de geprotocolleerde zorg en de aandacht voor preventie. Groei is nog mogelijk door de taken van de POH uit te breiden naar andere aandoeningen en door meer scholing te bieden op het terrein van motivational interviewing en ondersteuning van zelfmanagement.
- (3) In een toekomst met meer chronisch zieken is het belangrijk om door te gaan met praktijkondersteuners, vanwege het feit dat daarmee de eerstelijnszorg ook deze zorg dichtbij huis kan leveren. Vanwege het toenemend aantal ouderen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd is doorontwikkeling van de functie van POH gewenst. Gezien het feit dat het complexe en niet altijd gemakkelijk te protocolleren zorg betreft, ligt dan een masterniveau voor de hand. Dit vergt inzet van veel verschillende partijen: werkgevers, verzekeraars, overheid, opleiders en onderzoekers.

Samenvatting

Praktijkondersteuners op HBO-niveau (POH) zijn in een periode van 10 jaar een vertrouwde verschijning geworden in de huisartspraktijk. Het grootste deel (circa 80%) heeft een verpleegkundige achtergrond, de anderen hebben een achtergrond als doktersassistente met bijscholing op HBO-niveau. De praktijkondersteuner voor somatiek heeft in 1999 haar intrede gedaan in de huisartspraktijk. Haar belangrijkste taak was het conform de NHG-standaard uitvoeren van controles van diabetes-type 2 patiënten en astma/COPD-patiënten. Sinds 2008 heeft ook de praktijkondersteuner GGZ haar intrede gedaan.

In dit rapport wordt een antwoord op de vraag gegeven in hoeverre praktijkondersteuners in de huisartspraktijk voorbereid zijn op de toekomst. Daartoe is onderzoek gedaan naar huidige aantallen POH's, naar hun opleidingsniveau, hun competenties nu en de in de toekomst benodigde competenties. Na een reflectie op de resultaten worden

aanbevelingen gedaan voor partijen in het veld, de overheid en voor verder onderzoek.

- ***Beleidsachtergrond***

Huisartsen zagen zich in de tweede helft van de jaren '90 van de vorige eeuw geconfronteerd met een toenemende werkdruk. De grenzen waren bereikt in het delegeren van taken naar de praktijkassistente. Daarnaast was als gevolg van de schaalvergroting in de thuiszorg het persoonlijk contact met de wijkverpleegkundige verloren gegaan. Dit leidde tot een roep om meer praktijkondersteuning. Die roep paste binnen het overheidsbeleid dat in taakherschikking en substitutie een antwoord zag op de groeiende zorgvraag gecombineerd met een voorzien huisartsentekort. De opkomst van praktijkondersteuners kwam in een periode van toenemende aandacht voor diseasemanagement van chronisch zieken. De praktijkondersteuners zouden zich dan ook vooral moeten richten op het volgens de NHG-standaard uitvoeren van de zorg voor chronisch zieken, met name controle van diabetes-2 patiënten en patiënten met astma en COPD. Hierbij gaat het niet om substitutie maar om suppletie, want het betreft hier taken die voorheen niet of maar deels werden uitgevoerd.

- ***Aantallen en spreiding***

In 2011 is in 75% van de huisartspraktijken in Nederland een praktijkondersteuner somatiek werkzaam. In die huisartspraktijken gaat het gemiddeld om 0,4 fte. De verhouding in praktijken met een POH is ruim 1 POH op 4 huisartsen. Van alle groepspraktijken heeft 87% een POH, maar ook twee derde van de solisten heeft een POH in dienst. Juist bij solisten is het percentage met een POH toegenomen. Er zijn aanzienlijke regionale verschillen in werkzame POH's die samen lijken te hangen met regionale verschillen in praktijkvorm en financiering van zorgprogramma's voor chronisch zieken.

- ***Wat doen POH's bij welke patiënten?***

Het aantal contacten met een POH per bij de praktijk ingeschreven patiënt per jaar bedraagt 0,4. Patiënten hebben 8 keer vaker contact met de huisarts dan met de POH. De contacten van de POH zijn echter wel ruim twee keer zo lang (gemiddeld 22 tegen 10 minuten). Diabetes type 2, hypertensie, astma/COPD zijn in die volgorde de meest voorkomende aandoeningen waarvoor patiënten contact met de POH hebben. Samen nemen deze aandoeningen meer dan 70% van de consulten van de POH voor hun rekening. Met 38% van het totaal aantal consulten van de POH is diabetes type 2 de aandoening waar praktijkondersteuners het meest mee in aanraking komen. Voor deze aandoening hebben praktijkondersteuners ruim 3 keer meer contacten dan de huisarts. Ook bij stoppen met roken consulten zien we dat de praktijkondersteuner

meer contacten voor haar rekening neemt dan de huisarts. Bij alle andere aandoeningen doet de huisarts nog zelf de meerderheid van de contacten.

- ***Aandacht voor leefstijl***

Kenmerkend voor het werk van de POH is de aandacht voor leefstijl in het consult. In 43% van hun consulten wordt over roken gesproken, in 31% van de consulten over alcoholgebruik, in 74% van de consulten over bewegen of sport en in 73% over voeding. Meestal is het in deze consulten de POH zelf die leefstijlaspecten ter sprake brengt. De aandacht voor leefstijl in de huisartspraktijk op deze schaal is nieuw. Onderzoek onder huisartsen uit 2001 laat zien dat slechts in 3% van de consulten met hypertensiepatiënten roken ter sprake werd gebracht.

- ***Patiënten tevredener***

In de periode 1997 tot 2008 (de periode waarin het aantal POH's sterk is toegenomen) zijn patiënten met een chronische aandoening over het algemeen tevredener geworden over de verleende zorg. De toegankelijkheid is beter, de samenwerking is verbeterd en de snelheid waarmee zij na een verwijzing bij andere zorgverleners terecht kunnen, is verbeterd. Over de ondersteuning die patiënten krijgen bij het omgaan met hun ziekte zijn vooral diabetes en astma/COPD-patiënten tevreden. De opkomst van de POH heeft hieraan in belangrijke mate bijgedragen naast ook de opkomst van diabetesverpleegkundigen in het ziekenhuis.

- ***Competenties nu***

POH's worden opgeleid om patiënten met diabetes, astma en chronische longziekten en (de risicogroep voor) hart- en vaatziekten te begeleiden. Dat sluit dus aan bij het werk dat zij gaan doen. Ook worden zij opgeleid in gespreks- en methodische vaardigheden. Zij voeren hun taken, waaronder de al eerder genoemde leefstijladviezen, goed conform protocol uit. Zij beschikken ook over goede communicatievaardigheden in zijn algemeenheid. Op het terrein van motiverende gespreksvoering is nog winst mogelijk.

Patiënten die ervaring hebben met de POH zien hun taken als aanvullend op de taken van de huisarts. In meerderheid vinden zij dat de POH periodieke controles kan uitvoeren, voorlichting kan geven, enkelvoudige handelingen kan verrichten, leefstijladviezen kan geven, herhaalrecepten kan uitschrijven, instructie kan geven bij het gebruik van genees- en hulpmiddelen, met de thuiszorg of het ziekenhuis contacten kan onderhouden en lab uitslagen kan bespreken. Meer aarzelingen hebben patiënten over de vraag of POH's hulp kunnen bieden bij psychische en sociale problemen, diagnoses kunnen stellen, medicijnen voorschrijven of kunnen doorverwijzen.

- **Visies op competenties**

De belangrijkste stakeholders (opleidingen, werkgevers en beroepsverenigingen) verschillen in de visie op de competenties van POH's. Niettemin is op een aantal hoofdpunten overeenstemming. De POH is een generalistische functie in de huisartsenzorg, die in de ketenzorg met andere disciplines samenwerkt voor mensen met een chronische aandoening, die op HBO-niveau is opgeleid, die protocol overstijgend kan denken en die een duidelijk herkenbaar profiel voor patiënten heeft. Verder was er overeenstemming over de constatering dat er in de huidige praktijk grote verschillen zijn in opleiding, competenties en wijze waarop zij ingezet worden. Opleidingen willen eenduidiger uitstroomeisen. In de praktijk worden verschillen geconstateerd tussen praktijkondersteuners met een MBO- en een HBO-achtergrond. Differentiatie tussen POH's is er ook in grotere praktijken, waar een deel de geprotocolleerde zorg doet en een ander deel zich doorontwikkelt op bijvoorbeeld ouderenzorg. Discussie is er over het gewenste opleidingsniveau: huisartsen willen een HBO-verpleegkundige opleiding, verpleegkundigen willen een duidelijker onderscheid tussen MBO- en HBO-niveau, verenigingen van doktersassistenten en praktijkondersteuners willen geen differentiatie in niveaus.

Discussie

- **Reflectie op oorspronkelijke doelen**

Gesteld kan worden dat de praktijkondersteuners de inhoudelijke doelen die oorspronkelijk waren gesteld hebben waargemaakt, zeker ten aanzien van diabetes type 2 en in iets mindere mate ten aanzien van astma/COPD. Werklastverlichting voor de huisarts is slechts in beperkte mate opgetreden, wat geen wonder is gezien het feit dat de huisarts voorheen slechts gedeeltelijk aan de nu door de POH uitgevoerde taken toekwam. Het gaat met andere woorden niet alleen om substitutie maar ook om suppletie. Breder gezien heeft de POH eraan bijgedragen dat de huisartsenzorg taken op een hoger niveau conform de eisen van de tijd is gaan uitvoeren nadat de mogelijkheden om taken door te delegeren naar de praktijkassistenten waren uitgeput.

- **Klaar voor de toekomst?**

Smaakt succes naar meer? Zit er rek in de taken en competenties van de POH? Die rek zit in de eerste plaats in de taken die praktijkondersteuners nu al uitvoeren.

Er zijn aanzienlijke verschillen tussen huisartspraktijken in de mate waarin praktijkondersteuners worden ingezet, zowel in kwantitatieve zin als in de aard van de taken. Alle POH's voeren controles van diabetespatiënten uit maar er zijn verschillen in de mate waarin zij worden ingezet voor andere chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld

astma/COPD en vasculair risicomanagement. Onderzoek naar pilots met het preventieconsult en naar preventie bij prediabeten laat zien dat praktijkondersteuners ook hier belangrijke diensten kunnen bewijzen. Gezien het belang dat wordt gehecht aan preventie in de zorg is doorontwikkeling op het terrein van motivational interviewing en ondersteuning van zelfmanagement een logische en goede ontwikkeling.

- ***Doorontwikkeling naar casemanagement door functie-differentiatie***

POH's richten zich op patiënten met specifieke chronische aandoeningen als diabetes en astma/COPD. Patiënten met deze aandoeningen hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Sterker nog: zij komen vaker bij de huisarts voor andere aandoeningen dan enkel diabetes of astma/COPD. Het ligt verder in de lijn der verwachtingen dat steeds meer zorgprogramma's voor chronisch zieken door zorgverzekeraars zullen worden gecontracteerd, waarin praktijkondersteuners een belangrijke rol spelen. Zij krijgen dus steeds meer te maken met meerdere zorgprogramma's. Ook zal het aantal mensen met multimorbiditeit toenemen. Dit betekent dat de behoefte aan een generieke aanpak van vooral ouderen met meerdere chronische aandoeningen zal groeien. Doorontwikkeling van de functie van praktijkondersteuners in deze richting ligt dan ook voor de hand. Competenties op het terrein van casemanagement dienen daartoe ontwikkeld te worden. Omdat dit heel andere competenties vergt, zal dit niet voor alle praktijkondersteuners zijn weggelegd. Er zal met andere woorden meer functiedifferentiatie ontstaan. We spreken dan over doorontwikkeling op masterniveau.

- ***Generalistisch versus specialistisch***

De functie van praktijkondersteuners heeft een generalistisch karakter. Zo omvatten de leefstijladviezen van praktijkondersteuning zowel stoppen met roken als beweegadviezen en voedingsvoorlichting. Daarbij doet de vraag zich voor waar de grens ligt tussen de generalistische aanpak van de POH en waar specifieke deskundigheid vereist is van bijvoorbeeld een fysiotherapeut of een diëtiste. Zo is als gevolg van de introductie van integrale bekostiging een verschuiving waarneembaar van voedingsvoorlichting gegeven door diëtistes naar praktijkondersteuners. De vraag of hier sprake is van efficiencywinst of kwaliteitsverlies kan op dit moment niet worden beantwoord. Overigens worden in het kader van diezelfde integrale bekostiging diëtistes ook gesubcontracteerd voor coaching van praktijkondersteuners. Een gelijksoortige discussie speelt overigens ook in de relatie tussen POH-GGZ en eerstelijnspsychologen.

- ***Alledaagse klachten brug te ver***
Praktijkondersteuners worden tot dusver in zijn algemeenheid niet ingezet voor patiënten met alledaagse aandoeningen. Experimenten met inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants laten zien dat in dit opzicht op masterniveau opgeleide verpleegkundigen wel mogelijkheden hebben. Gezien het feit dat dit geheel andere competenties vraagt en gezien de opgaven die er liggen ten aanzien van doorontwikkeling op het terrein van preventie in de zorg en casemanagement lijkt het niet verstandig hier bij praktijkondersteuners ook op in te zetten.
- ***Huisartspraktijk en ondersteunend personeel***
Met de komst van de POH somatiek en GGZ in veel huisartspraktijken is meer differentiatie ontstaan in de personeelsopbouw van huisartspraktijken, die voordien werd gedomineerd door de tandem huisarts/praktijkassistente. Ook de schaalvergroting in huisartspraktijken, toename van de aantallen waarnemers en H1DHA's, mogelijke inzet van verpleegkundig specialisten en/of physician assistants vergroten de mogelijkheden tot taakdifferentiatie voor huisartspraktijken. De keuze voor een specifieke skill mix wordt daarmee een steeds complexere opgave voor praktijkhouders. De vraag wat een optimale skill mix is, wordt beïnvloed door tal van factoren zoals de zorgvraag in de wijk of de plaats waarin de praktijk is gevestigd, de huidige zorgvraag van de praktijk, van de ambities van de praktijk, het contracteerbeleid van de dominante zorgverzekeraar en de arbeidsmarkt in de regio waar de praktijk is gevestigd. Onderzoek naar wat in welke omstandigheden een optimale skill mix is, kan beslissingen van huisartsen in deze ondersteunen.
- ***Krimp en dunbevolkte gebieden***
Specifiek in dunbevolkte gebieden die ook nog te maken hebben met bevolkingskrimp zien wij mogelijkheden voor praktijkondersteuners. In een aantal plattelandsregio's treedt bevolkingskrimp op terwijl het door de feminisering lastiger wordt om in meer afgelegen regio's huisartsen te werven. Innovatieve oplossingen kunnen hier nodig zijn om ook op het platteland het adagium 'zorg in de buurt' te kunnen blijven waarborgen. Te denken valt aan door praktijkondersteuners bemenste spreekuurpunten voor ouderen in kleine dorpen, die in samenwerking met de gemeente kunnen gerealiseerd worden in leegstaande bedrijfspanden en gecombineerd met andere voorzieningen voor ouderen, zoals bijvoorbeeld een WMO-loket. Ook verpleegkundig specialisten of physician assistants kunnen hierin een rol spelen.

- ***Aanbevelingen voor veld en overheid***

Aanbevelingen over de inzet van praktijkondersteuners hebben betrekking op zowel de beroepsgroep, de opleidingen, de werkgevers en de overheid. Voor allen geldt dat expliciete aandacht voor de ontwikkeling van het beroep van praktijkondersteuner nodig is. Dit gezien het belang van praktijkondersteuners als gestaltegever van preventie in de zorg en het management van specifieke chronische aandoeningen in de huisartsenzorg. Wij bevelen daarbij aan om te komen tot een gezamenlijke toekomstvisie, die richting geeft aan een op te stellen competentieprofiel, nieuwe eindtermen voor de opleidingen, een plan voor bij- en nascholing en randvoorwaarden voor het beroep. Het initiatief van partijen om ondanks verschillen van mening te komen tot een gezamenlijk convenant moet daarom worden toegejuicht.

Specifiek gericht op de opleidingen en nascholing bevelen wij aan de POH meer voor te bereiden op de complexiteit van de ouderenzorg. De ouderenzorg vraagt een generalistische blik die buiten de geprotocolleerde zorg naar de combinatie van klachten en problemen kan kijken. Specifieke behoeften en zorgvragen van oudere patiënten vragen bovendien om extra kennis op het gebied van voeding en bewegen. Tevens bevelen wij aan in de opleiding en in de nascholing de communicatieve vaardigheden ten aanzien van leefstijlverandering en zelfmanagement verder te versterken (met name motiverende gespreksvoering). Voor wat betreft de POH-GGZ bevelen wij aan de kennis op het terrein van e-health in aansluiting op de zorg verder te versterken.

Gericht op de beroepsgroep zelf achten wij visieontwikkeling ten aanzien van de toekomst van het beroep van belang. De wenselijkheid van functiedifferentiatie is daar een aspect van, dat overwogen dient te worden bij een POH-opleiding met landelijke afspraken over in- en uitstroom. Eenheid of tenminste een gezamenlijk optrekken van leden van deze toch niet zo grote beroepsgroep versterkt hun positie ten opzichte van werkgevers, opleidingen en financiers. Dat bevelen wij dan ook aan.

Voor de werkgevers bevelen wij aan in te zetten op verdere organisatieontwikkeling in de eerste lijn in huisartspraktijken, gezondheidscentra en zorggroepen. Belangrijk onderdeel daarin is het ontwikkelen van de vaardigheden om gegeven de omstandigheden waar de praktijk in verkeert invulling te geven aan de personele samenstelling van huisartsen-/eerstelijnsvoorzieningen. Een ander punt is het goed werkgeverschap waarin ruimte is voor de professionele ontwikkeling van praktijkondersteuners in lijn met de visie op de ontwikkeling van de praktijk.

Verzekeraars spelen een belangrijke rol in de bekostiging van praktijkondersteuners. Die financiering verloopt voor een groot deel via de integrale bekostiging. Een aantal verzekeraars stelt inzet van praktijkondersteuners als voorwaarde voor het integraal bekostigen van zorg, kenmerkend omdat zij het als een garantie zien dat bepaalde taken volgens protocol worden uitgevoerd. Dat is een veronderstelling die wordt ondersteund door de resultaten van dit onderzoek. Aanbevolen wordt voort te bouwen op deze ervaring bij het contracteren van zorgprogramma's voor meerdere aandoeningen en in de gedachtevorming rond de inzet van populatiegerichte bekostiging.

Voor de overheid bevelen wij in de eerste plaats aan haar invloed aan te wenden om bovengenoemde processen te ondersteunen. Dat kan door daar actief in te participeren en ook door op onderdelen ondersteuning te bieden door het (mee-)financieren van experimenten, instrumenten en onderzoek.

Waar verschil van mening is, bijvoorbeeld over het bestaan van een of meerdere opleidingsniveaus (MBO of HBO) kan de overheid een knoop doorhakken al dan niet geschraagd door onderzoek dat dat ondersteunt.

De inzet van praktijkondersteuners in huisartspraktijken vraagt investeringen van praktijken, zowel in het aanstellen van personeel als het daar ruimtelijk op inrichten van praktijken. Dergelijke investeringen zullen praktijkhouders zich alleen getroosten als zij het vertrouwen hebben dat die zich uitbetalen zowel in verbeterde kwaliteit van zorg als financieel gezien. Dat vertrouwen ontlenen zij aan consistent overheidsbeleid ook in tijden van financiële krapte. Die consistentie zit erin dat investeren in preventie in de zorg in zijn algemeenheid en in samenhangende zorg voor chronisch zieken en ouderen in de buurt onze gezondheidszorg als geheel op termijn betaalbaar en toegankelijk houdt. Het uitstralen dat dat de hoofdrichting van beleid is en het daarop afstemmen van korte termijnmaatregelen geeft de beste garantie dat de ingezette ontwikkeling zich voortzet.

1 Inleiding

Praktijkondersteuners zijn sinds 1999 actief in de huisartspraktijk. In een periode van tien jaar is het aantal praktijkondersteuners snel gegroeid, zodat anno 2011 al in driekwart van de huisartspraktijken een praktijkondersteuner (POH) werkzaam is. Er is grote variatie in opleiding en achtergrond van de praktijkondersteuners. Het grootste deel betreft verpleegkundigen die op HBO-niveau zijn opgeleid, maar er is ook een flinke groep met een MBO-achtergrond aangevuld met extra bijscholing tot HBO-niveau. Maar ook binnen deze hoofdcategorieën is er nog een grote variëteit. De taken richten zich tot nu toe vooral op het verrichten van periodieke controles bij mensen met een chronische aandoening conform zorgstandaarden en dan met name bij diabetes-, COPD/astma- en hoge bloeddrukpatiënten. Beleidsmatig wordt echter een uitbreiding van hun rol voorzien die alles te maken heeft met de vergrijzing van de bevolking en het toenemen van het aantal mensen met een chronische aandoening. Die uitbreiding zit vooral in hun rol ten aanzien van preventie¹ en hun rol ten aanzien van kwetsbare ouderen. De beleidsvraag is of praktijkondersteuners gezien hun opleiding hier klaar voor zijn. Het eerste vraagt bijvoorbeeld communicatievaardigheden op het terrein van motiverende gespreksvoering en kennis van gedragsverandering. Het tweede vraagt onder meer om vaardigheden op het terrein van case management. Ook vraagt het om meer handvatten en screeningsmethodieken rond signalering van voedingsinsufficiënties, geriatrische problematiek en ethische vraagstellingen rond eindigheidsproblematiek, naast kennismaking met reeds bestaande programma's rondom balans en bewegen. Een goed voorbeeld hiervan is de beweegkuur (NISB, 2010). Dit kan leiden tot samenwerking tussen POH, fysiotherapeut en diëtist in de eerste lijn.

Naast de POH die ondersteunt bij somatische klachten (POH-somatiek) is in 2008 de POH-GGZ die ondersteunt bij psychische klachten, geïntroduceerd. Gericht op de toekomst kunnen voor de POH-GGZ vergelijkbare vragen gesteld worden. Kunnen zij worden ingezet bij bijvoorbeeld aandoeningen zoals ADHD en in aanvulling op e-health-toepassingen die meer en meer in de GGZ worden toegepast?²

- **De centrale kennisvraag voor deze studie is:**

Welke taken verrichten de huidige POH's, hoe zijn zij opgeleid, wat zijn hun competenties en is zowel het aantal POH's, als het competentieniveau toereikend voor de voorziene toekomstige taken?

Deze centrale vraag wordt naar een aantal deelaspecten verder uitgewerkt. Ook wordt de relatie gelegd met algemene ontwikkelingen op het terrein van taakherschikking. De functie POH is onderdeel van grootschaliger plannen om taken binnen de zorg te realloceren.

¹ Niet alleen secundaire preventie in termen van leefstijladviezen, maar ook primaire preventie in termen van het signaleren van mogelijke risico's bijvoorbeeld bij ouderen en daarop anticiperen.

² In bijlage 1 is een lijst met afkortingen en organisatienamen opgenomen.

1.1 Doelstelling

Het doel van deze studie is een bijdrage te leveren aan het verhelderen van de beleidsvraag in hoeverre praktijkondersteuners in temen van opleiding goed voorbereid zijn op de beoogde taken in de toekomst. Meer toegespitst wordt nagegaan wat de competenties van praktijkondersteuners zijn zowel in het licht van hun huidige beroepsuitoefening als in het licht van hun voorziene toekomstige beroepsuitoefening. Daarbij gaat het enerzijds om het in kaart brengen van de mogelijkheden die de inzet van praktijkondersteuners biedt. Anderzijds gaat het om het aangeven van de grenzen en de afbakening van de positie van de POH's ten opzichte van andere zorgverleners in en om de huisartspraktijk.

1.2 Historische context

De term 'praktijkondersteuner op HBO-niveau' (POH) werd formeel geïntroduceerd in het convenant dat in 1999 werd afgesloten tussen het ministerie van vws en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Het was het antwoord op de roep vanuit de huisartsenwereld om meer en betere praktijkondersteuning, zoals verwoord in de LHV-nota 'De wereld verandert, de huisarts verandert mee' (LHV, 1995). Deze roep kwam voort uit, enerzijds, de stijgende zorgvraag en anderzijds uit de schaalvergroting in de thuiszorg waardoor de samenwerking tussen huisarts en (wijk-)verpleegkundige steeds moeizamer werd. Midden jaren negentig namen de eerste huisartspraktijken daarom wijkverpleegkundigen in dienst. Welling et al. (1997) gaven een overzicht van deze vroege experimenten. Daaruit kwam naar voren dat zij zich met name richtten op mensen met een chronische aandoening, maar ook kwam een spanningsveld naar voren met de taken van de zich steeds meer professionaliserende doktersassistentes, die zich bijvoorbeeld ook met controle van patiënten met hoge bloeddruk bezig hielden. Op aandrang van de Nederlandse Vereniging van Doktersassistentes is toen ook doorgroei van doktersassistentes naar een gelijksoortige functie als de praktijkverpleegkundige mogelijk gemaakt, waarmee de term 'praktijkondersteuner' ontstond. In het convenant werd afgesproken om aanstelling van praktijkondersteuners financieel mogelijk te maken doordat er een tarief voor kwam.

Er waren drie doelen. In de eerste plaats verbetering van de kwaliteit van zorg voor mensen met een chronische aandoening, met name bij de aandoeningen diabetes en astma/COPD. In de tweede plaats vermindere van de werklust van huisartsen of beter het in de hand houden van die werklust. Nederlandse huisartsen hebben een hoge werklust. Het aantal patiënten per huisarts is aanzienlijk hoger dan in andere

Europese landen. Dat kan alleen met een goede ondersteuning. In de jaren '90 is de toenemende werklust vooral opgevangen door taakdelegatie naar de praktijkassistent (Van den Berg et al., 2003a), waardoor de huisarts meer patiënten in minder tijd aan kon. Die ontwikkeling was eindig en huisartsen kwamen er bijvoorbeeld niet aan toe om volgens NHG-standaard vier keer per jaar diabetes- en astma/COPD-patiënten te controleren. De derde doelstelling betrof het stimuleren van samenwerking tussen huisartspraktijken. Zo was samenwerking van drie huisartsen met een (totale) patiëntpopulatie van 4500 patiënten een vereiste om in aanmerking te komen voor vergoeding voor praktijkondersteuning (Van den Berg et al., 2003b).

Vanuit het overheidsbeleid werd naast de entree van de praktijkondersteuner ingezet op rigoureuzere vormen van taakverdeling in de huisartspraktijk door op masterniveau opgeleide nurse practitioners en physician assistants, die liefst ook zelfstandig, dus niet onder regie van de huisarts kunnen opereren. Het ministerie van vws heeft in de jaren daarna in aansluiting op een advies van de RVZ geëxperimenteerd met deze vormen van taakherschikking (De Leeuw et al., 2009; Dierick Van Daele, 2010). In aansluiting daarop werd gewerkt aan het juridisch mogelijk maken van uitbreiding van taken door wijziging van de Wet BIG. Per 1 januari 2012 is geregeld dat de inmiddels tot verpleegkundig specialisten omgedoopte nurse practitioners een zelfstandige bevoegdheid krijgen om een aantal handelingen te verrichten, waaronder het voorschrijven van receptgeneesmiddelen. De regeling is vooralsnog voor vijf jaar en zal aan het eind van die periode worden geëvalueerd op doeltreffendheid en effecten.

In 2008 heeft de Gezondheidsraad de verschillende vormen van taakherschikking geëvalueerd. De Raad komt op basis van een literatuuroverzicht van Harmsen et al. (2007) tot de conclusie dat de kwaliteit van zorg vrijwel nooit nadelen ondervindt van een andere toedeling van taken. Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg verbetert doordat nurse practitioners en physician assistants, maar ook praktijkondersteuners en praktijkassistentes patiënten beter begeleiden en ondersteunen. Vooralsnog zien zij weinig doelmatigheidswinst omdat vooral sprake is van toevoeging van taken en nog in beperkte mate van overheveling van taken. De Gezondheidsraad constateert echter ook dat er beperkte kennis is: “voor de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het beleid is dan ook weinig empirische steun te vinden”. De ontwikkeling van de praktijkondersteuner na het convenant is in feite een aangelegenheid gebleven van veldpartijen, namelijk de beroepsgroep zelf in overleg met hun werkgever (de huisartsen) en de opleidingen.

1.3 De kennisvraag nader uitgewerkt naar onderzoeksvragen

- **Taakherschikking in de context van de huisartspraktijk**

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg adviseerde in 2002 over de mogelijkheden van taakherschikking. Achterliggende redenen daarvoor zijn de veranderende en toenemende zorgvraag door de vergrijzing in combinatie met een afname van het aantal zorgverleners, waarvan een toenemend aantal parttime werkt (VWS, 2003). Een andere reden om taakherschikking in te voeren betreft de toenemende druk om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Vanuit de gedachte dat de arts zich kan concentreren op kerntaken en de zorgvraag gedeeld kan worden met andere beroepsgroepen, kan een kwaliteitsimpuls verwacht worden en een lastenverlichting voor de arts (van den Berg & Simkens, 2006; Noordman et al., 2009). Voor de taakverdeling tussen huisarts en praktijkondersteuner is de term *taakdelegatie* beter op zijn plaats, omdat de POH wel delen van taken overneemt, maar de eindverantwoordelijkheid voor de geboden zorg bij de huisarts blijft. Als de aanvankelijk beoogde doelen van taakdelegatie naar de POH in de huidige taakuitvoering bereikt zijn, ligt er al een stevige basis voor verdere uitbreiding van taken. Vandaar de eerste vraag naar de effecten van de taakdelegatie in de afgelopen periode:

1 *Wat is bekend over taakdelegatie naar praktijkondersteuners in de huisartspraktijk en mogelijke effecten daarvan (hoofdstuk 2)?*

- **Aantallen POH's en spreiding over het land**

Dat er veel vraag is naar POH's blijkt uit het gegeven dat in tien jaar tijd al in 75% van de praktijken een POH werkt. Als het takenpakket van de POH's uitgebreid wordt, zal de vraag naar POH's zeer waarschijnlijk nog toenemen. Hoe omvangrijk de beroepsgroep nu al is en waar POH's vooral werken (vooral in groepspraktijken, of ook in solopraktijken) vormt de basis voor het bepalen van de aantallen POH's die bij uitbreiding van hun takenpakket in de toekomst nodig zijn. Inzicht in de spreiding van POH's over het land is ook van belang voor toekomstige planning en opleiding van POH's. Recente en meer gedetailleerde gegevens kunnen hierop een antwoord bieden. De tweede vraag in deze studie luidt:

2 *Wat is bekend over praktijkondersteuners die in de Nederlandse huisartspraktijken werkzaam zijn in termen van aantal en spreiding in het land (hoofdstuk 3)?*

- **Opleiding en competenties**

Bij het ontstaan van de nieuwe functie van praktijkondersteuner in de huisartspraktijk werd voor de opleiding tot POH-s in 2001 een *eerste competentieprofiel* ontwikkeld. Het kwam tot stand in samenwerking tussen de LHV (Landelijke Huisartsenvereniging), Hogescholen,

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Mosselman (2011) beschrijft in haar historische schets dat in 2004 een update volgde van de eerste versie. Dit profiel was de basis voor het ontwikkelen van een curriculum door de opleidingsinstituten. Een belangrijke voorwaarde die de LHV had gesteld was dat met deze opleiding doktersassistenten een mogelijkheid geboden moest worden om door te groeien in de huisartspraktijk. Inhoudelijk moest dit curriculum de praktijkondersteuners vooral toerusten voor de uitvoering van de geprotocolleerde zorg voor de chronische ziektebeelden.

In 2008 zijn de eerste opleidingen POH-GGZ gestart, gebaseerd op het competentieprofiel (v&vn-SPV: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland - Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en NVMW: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, 2008).

De derde vraag die beantwoord zal worden, is:

3 Wat is bekend over de opleiding en competenties van praktijkondersteuners (hoofdstuk 4)?

• Taken van POH's

De taakdelegatie van huisartsen naar praktijkondersteuners is verschillend voor beide typen POH's. Voor de POH-somatiek zijn het taken in de geprotocolleerde zorg voor mensen met een chronische aandoening. De POH-GGZ ondersteunt en adviseert bij de vraagverheldering, begeleiding en doorverwijzing van patiënten met psychische problemen.

Toekomstige uitbreiding van de taken roept de vraag op wat de huidige taken van POH's inhouden en wat de beoogde uitbreiding naar ouderenzorg en preventieve taken voor de zwaarte van de functie POH-somatiek betekent. Eenzelfde argumentatie geldt bij de POH-GGZ op de vraag of e-health kennis verondersteld kan worden en ook begeleiding van problematiek zoals ADHD mogelijk is.

Uit eerdere studies blijkt, dat bij taakdelegatie de invulling van de takenpakketten van praktijkassistenten, praktijkondersteuners, verpleegkundigen en nurse practitioners (NP) niet eenduidig zijn. Er komen ook combinatiefuncties voor zoals de POH/NP, de assistente/POH of de gespecialiseerde verpleegkundige/POH (Bussemakers, 2006). Zowel de toekomstige uitbreiding van taken als de afbakening van taken met andere professionals vraagt om inzicht in de huidige taken van POH's. Het antwoord op de vierde vraag zal inzicht geven in de taken van POH's en de taakafbakening met andere zorgverleners:

4 Welke taken oefenen praktijkondersteuners uit en wat zijn de variaties in de taakverdeling met andere professionals (hoofdstuk 5)?

- ***Het patiëntenperspectief***

Hoe de kwaliteit van de verleende zorg door POH's wordt ervaren, kan op meerdere manieren in kaart gebracht worden. In deze studie zal vooral gekeken worden naar het patiëntenperspectief. Patiënten hebben in de afgelopen 10 jaar ervaren wat het voor hen betekent dat een deel van de zorg door POH's verricht wordt. Zij kunnen de zorgverlening door POH's plaatsen naast de zorg die de huisarts en andere zorgverleners bieden. De mate waarin patiënten zich positief tonen over de ervaringen met POH's is een van de factoren op basis waarvan met vertrouwen aan een toekomstige uitbreiding van taken gewerkt kan worden. De vijfde vraag van deze studie is:

5 Wat is bekend over de kwaliteit van de beroepsbeoefening door praktijkondersteuners vanuit patiëntperspectief (hoofdstuk 6)?

- ***Visies vanuit het veld op competenties en taken***

Om gericht op de toekomst aan een uitbreiding van het huidige profiel te kunnen werken, is het van belang na te gaan of het huidige competentieprofiel overeenkomt met de feitelijke functie-invulling door POH's in de praktijk. Zowel voor de opleidingen als voor de taakverdeling in de praktijk is een helder competentieprofiel van de POH noodzaak. Het is daarom ook van belang na te gaan welke ervaringen opleidingen en werkgevers van POH's hebben met de wijze waarop de huidige POH's functioneren en hoe zij aankijken tegen de toekomstige ontwikkeling van de POH-functie. De zesde vraag van deze studie is:

6 Wat is de visie van veldpartijen op competenties en taken van praktijkondersteuners (hoofdstuk 7)?

- ***Competenties en de toekomstige taken***

Verwachtingen over de competenties in het licht van de voorziene toekomstige taken hebben minimaal een tweeledige basis. Enerzijds is er het beeld van de competenties van POH's in hun huidige taakuitoefening, zoals zal blijken in antwoord op vraag 3. Anderzijds zal een weloverwogen inschatting van de zwaarte en het niveau van de toekomstige taken vastgesteld moeten worden. Het vaststellen van zwaarte, niveau en inhoud van toekomstige taken ligt bij betrokkenen uit het veld (opleidingscoördinatoren POH en NHG, LHV, LVG) eventueel aangevuld met deskundig advies van bijvoorbeeld onderwijskundigen. In het laatste hoofdstuk komt de vergaarde kennis over de praktijkondersteuners bijeen en kan op basis van de synthese van gegevens beschreven worden wat de verwachtingen zijn ten aanzien van kennis en vaardigheden die praktijkondersteuners in de toekomst nodig zullen hebben. Vraag zeven luidt:

7 Wat zijn verwachtingen over de competenties van praktijkondersteuners in het licht van hun toekomstige taken (hoofdstuk 8)?

1.4 Plan van aanpak

In deze studie is de bestaande kennis op het gebied van de competenties en verwachtingen over toekomstige beroepsuitoefening van praktijkondersteuners bij elkaar gebracht. Literatuuronderzoek, deskresearch, interviews en secundaire analyse van registraties van huisartsen en van video-opnamen zijn de toegepaste onderzoeksmethoden.

De onderzoeksvragen werden op de volgende wijze beantwoord:

Aanpak bij vraag 1: Deze onderzoeksvraag is beantwoord door literatuuronderzoek. Het is binnen het bestek van deze studie niet mogelijk om een systematische literatuurreview uit te voeren. In plaats daarvan werd voortgebouwd op de in 2003 door het NIVEL uitgevoerde meta-analyse bij de introductie van de praktijkondersteuning (Van den Berg et al., 2003). Toen is per email bij de belangrijkste onderzoeksinstituten relevante literatuur geïnventariseerd. Ook nu werd literatuur geraadpleegd van huisartsinstituten, IQ-health Care, Tranzo, Hogescholen, naast een literatuursearch over effecten van de inzet van POH's. Er is niet gestreefd naar volledigheid, maar op deze manier zijn sleutelpublicaties in beeld gekomen.

Aanpak bij vraag 2: Voor het beantwoorden van de vraag hoeveel POH's er zijn en hoe de landelijke spreiding is van POH's, werd gebruik gemaakt van gegevens uit de Huisartsenregistratie van het NIVEL. In deze registratie wordt voor alle huisartspraktijken in Nederland bijgehouden of er POH's werkzaam zijn en voor hoeveel fte.

Aanpak bij vraag 3: Om de vraag over de competenties ten aanzien van huidige en toekomstige taken van praktijkondersteuners te beantwoorden zijn video-observaties geanalyseerd van consulten uitgevoerd door praktijkondersteuners. Daarnaast werden curricula van de opleiding POH bij de opleidingen verzameld, in kaart gebracht en vergeleken. Voor wat betreft de video-observaties werd een secundaire analyse uitgevoerd op gegevens van de Databank Communicatie van het NIVEL. Eind januari 2011 waren bij 19 POH's-somatiek (van wie een deel is getraind in motiverende gespreksvoering) in totaal 181 willekeurige consulten op video opgenomen. In de zomer werden al deze consulten geobserveerd. Bij deze POH's en de patiënten zijn vragenlijsten afgenomen over een groot aantal onderwerpen. Aan de POH's werden vragen voorgelegd over hun opleiding, het aantal uren dat zij werken en voor welke patiëntengroepen.

De video-opnamen zijn geobserveerd op de kwaliteit van de communicatie van de POH met de patiënt (met de MAAS-globaal, een specifiek daarop gericht scoringsinstrument), op de vaardigheden van motiverende gespreksvoering (met de BECCI, een leefstijlgericht observatiepro-

toel), op besproken leefstijlfactoren en op de consultduur (voor de afkortingen zie bijlage 1). De MAAS-globaal en de BECCI worden uitvoerig besproken in hoofdstuk 4.

Aanpak bij vraag 4: Op basis van gegevens uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) is nagegaan welke taken POH's uitvoeren en welke variaties hierin tussen huisartspraktijken zijn. De afbakening van taken met andere zorgverleners komt hierbij ook aan de orde. Een vergelijkbare gegevensanalyse is al eerder uitgevoerd (Lamkaddem e.a., 2004), maar toen was de introductie van POH's nog in de beginfase. Jaarlijks publiceert LINH basisgegevens over aantallen contacten met patiënten en een top-5 van meest voorkomende diagnoses.

Aanpak bij vraag 5: Om het patiëntenperspectief in kaart te kunnen brengen is een literatuurstudie verricht naar de tevredenheid van patiënten over het functioneren van de POH. Daarnaast zijn de patiëntgegevens geanalyseerd die verzameld werden als onderdeel van de Databank Communicatie van het NIVEL (zie ook vraag 3). Patiënten, van wie consulten werden geanalyseerd hebben daarnaast een vragenlijst ingevuld, waarin zij hun mening hebben gegeven over hun verwachtingen over de begeleiding door de POH en de houding van de POH tijdens de consulten.

Aanpak bij vraag 6: De vaag naar de visies van de veldpartijen werd beantwoord met gegevens uit interviews met vertegenwoordigers van opleidingen, werkgevers, NHG, LHV, LVG en de belangenverenigingen van praktijkondersteuners (V&VN, NVDA en NVVPO). Voor wat betreft de interviews is gericht gezocht naar variëteit in de opgedane ervaringen met de inzet van POH's door bij verschillende praktijkvormen te informeren: gezondheids-centrum, solistisch werkende en zorggroep (zie bijlage 3).

Aanpak bij vraag 7: In de beschouwing van het slothoofdstuk volgt een synthese van de verzamelde gegevens en komen de verwachtingen over competenties in het licht van toekomstige taken van de POH aan de orde.

1.5 Leeswijzer

Bij de beantwoording van de vraagstellingen zal in de hoofdstukken aangegeven worden welke bronnen gebruikt werden. We beperken de rapportage tot de POH in de huisartspraktijk. Dit betekent dat we de positie van praktijkondersteuners bij huisartsenposten niet bespreken. Verder ligt in deze studie de nadruk op de competenties van de POH die zorg verleent op het gebied van de somatiek. Over de POH-GGZ die recent geïntroduceerd werd, zijn minder bronnen beschikbaar en zal in beperkte mate gerapporteerd worden.

In de rapportage worden veel afkortingen gebruikt, een overzicht is te vinden in bijlage 1.

Na de inleiding in dit eerste hoofdstuk wordt in het tweede hoofdstuk ingegaan op de context waarbinnen dit project geplaatst moet worden: de taakdelegatie in de huisartsenzorg en mogelijke effecten door de inzet van POH's. Hoofdstuk drie geeft een overzicht van de meest recente gegevens over aantallen praktijkondersteuners op praktijkniveau en de spreiding van POH's over het land. De huidige omvang van de beroepsgroep moet duidelijk zijn om de uitbreiding van taken goed voor te bereiden, want meer taken zullen leiden tot een toenemende behoefte aan POH's.

In hoofdstuk vier staan de competenties van POH's centraal. Na een beschrijving van de formele invulling van de functie van POH en de gewijzigde bekostiging wordt ingegaan op het huidige aanbod van de opleidingen voor praktijkondersteuners. Vervolgens wordt een analyse gepresenteerd van de communicatievaardigheden van POH's in de praktijk op basis van observaties (Databank Communicatie). Kennis over de huidige competenties biedt het uitgangspunt voor de inzet op een toekomstige uitbreiding van taken en competenties van POH's.

Hoofdstuk vijf is gebaseerd op LINH-gegevens waar de taken die POH's verrichten in kaart worden gebracht. Hier geldt ook weer dat inzicht in de huidige taken van belang is om te beoordelen wat een uitbreiding van taken in de toekomst betekent. In hoofdstuk zes wordt beschreven hoe de patiënt het functioneren van de praktijkondersteuners ervaart, deels op basis van literatuurstudie en deels op meningen van patiënten over hun ervaringen met POH's (enquête Databank Communicatie). Inzicht in de tevredenheid van patiënten is een van de indicaties voor de kwaliteit van zorg die POH's bieden.

Naast de kennis over opleidingen en competenties die in hoofdstuk drie gepresenteerd is, worden in hoofdstuk zeven de visies van de verschillende veldpartijen op competenties en taken van POH's besproken. De zienswijzen in de praktijk bepalen naast de inzichten uit de verrichte studies mede de toekomstige inzet van POH's. De beschrijving van visies is grotendeels gebaseerd op interviews met vertegenwoordigers van

opleidingen, werkgevers, de landelijke koepels van de huisartsen en de belangenverenigingen van POH's.

In de slotbeschouwing en conclusies (hoofdstuk acht) wordt aangegeven waar aandachtspunten liggen voor de toekomstige ontwikkeling van de functie van praktijkondersteuners.

2 Taakdelegatie en mogelijke effecten in de huisartspraktijk

2.1 Inleiding, definities en functies

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de eerste vraag van deze studie: *‘Wat is bekend over taakdelegatie naar POH’s in de huisartspraktijk en mogelijke effecten daarvan?’*

De redenen voor taakdelegatie in de huisartspraktijk waren enerzijds een verhoging van de kwaliteit van zorg voor mensen met een chronische aandoening en ouderen en later kwam daar de zorg voor mensen met psychische klachten bij. Als de beoogde doelen van taakdelegatie naar de POH in voorgaand decennium bereikt zijn, kan een uitbreiding van taken vanuit een positieve basis aangepakt worden.

Na een definitie van de gebruikte begrippen en een overzicht van de functies in de huisartsenzorg waar in deze studie aan gerelateerd wordt, bespreken we de effecten van taakdelegatie in de huisartsenzorg.

Daarna wordt ingegaan op de afbakening tussen de functie van POH en andere zorgverleners in de huisartspraktijk.

In deze rapportage spreken we bij de taakverdeling tussen huisarts en POH van taakdelegatie, maar worden er onderzoeken aangehaald waarin gekeken is naar de taakverdeling tussen huisartsen en meerdere zorgverleners dan wordt de meer algemene term taakherschikking gebruikt (zie tabel 2.1). Daarnaast worden de termen substitutie en suppletie van taken gebruikt. Bij substitutie gaat het om verschuiving van bestaande taken van de ene beroepsgroep naar een andere en bij suppletie gaat het om aanvullende taken van de ene beroepsgroep buiten de taken van een andere beroepsgroep.

In tabel 2.2 is een overzicht weergegeven van beroepsgroepen die mogelijk werkzaam zijn in een huisartspraktijk. Hier is niet bedoeld een overzicht van mogelijke beroepen in een gezondheidscentrum, want dan is de lijst nog veel omvangrijker.

Naast huisartsen en assistentes varieert het aantal en type beroepsgroepen in de huisartspraktijk. Een physician assistant heeft een HBO-masteropleiding PA gevolgd; het is een verpleegkundige vervolgopleiding. Deze beroepsgroep werkt zowel in de huisartspraktijk als in ziekenhuizen. De PA werkt samen met de huisarts, maar is daarin zelfstandig en werkt onder eigen verantwoordelijkheid. Behalve traumata en infarcten ziet de PA vrijwel alle klachten in de huisartspraktijk. De nurse practitioner (NP) komt meer voor in de huisartspraktijk dan de physician assi-

Tabel 2.1 Definities van begrippen

Taakherschikking	Het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen. Bij taakherschikking staat niet de functie centraal. Taken worden niet anders over functies verdeeld, maar over beroepen of beroepsgroepen, en wel structureel (RVZ, 2002)
Taakdelegatie	Het overdragen van (delen van) taken door de hoofdverantwoordelijke in de zorg (arts) naar andere beroepsbeoefenaar (praktijkondersteuner)
Taakverdeling	De feitelijke verdeling van taken tussen functionarissen in de context van de onderlinge samenwerking of praktijk
Substitutie of taakverschuiving	Bij <i>substitutie</i> gaat het om het verschuiven van werkzaamheden tussen beroepsgroepen. Vervolgens wordt nog het onderscheid gemaakt tussen verticale en horizontale substitutie. Bij verticale substitutie worden taken overgedragen aan beroepsbeoefenaren met een lager (opleidings)niveau, bij horizontale aan beroepsbeoefenaren met een gelijk (opleidings)niveau (RVZ, 2002)
Suppletie	Bij suppletie van taken gaat het om aanvullende werkzaamheden van de ene beroepsgroep bovenop de taken van een andere beroepsgroep

Tabel 2.2 Mogelijke beroepsgroepen in de huisartspraktijk

Huisarts(en) Dokters-/praktijkassistent(e)s
<i>Somatische klachten:</i> Physician Assistant(s) Nurse practitioner(s) Specialistisch verpleegkundige(n), bijv. voor diabetes Praktijkverpleegkundige(n) POH-S: praktijkondersteuner(s) somatiek (fysieke klachten)
<i>Psychische klachten:</i> SP-V: Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen POH-GGZ: praktijkondersteuner(s) geestelijke gezondheidszorg (psychische klachten)

stant. De NP heeft een verpleegkundige vervolgopleiding NP op HBO-master niveau gevolgd. Deze beroepsgroep werkt ook zelfstandig, maar integreert vooral verpleegkundige expertise (Derckx,2009). Zowel specialistisch verpleegkundigen als praktijkverpleegkundigen hebben een HBO-V opleiding gevolgd en daarna een post-HBO specialisatie. Specialistisch verpleegkundigen zijn deskundig op het gebied van een type aandoening en praktijkverpleegkundigen zijn meer generalistisch opgeleid. Naast deze zorgverleners in de huisartspraktijk is de POH-somatiek nu ruim een decennium werkzaam vooral voor de geprotocolleerde zorg aan mensen met een chronische aandoening. Naast de zorgverleners gericht op somatische klachten kunnen twee beroepsgroepen voor psychische problematiek werkzaam zijn in de huisartspraktijk: de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, opgeleid als specialistisch verpleegkundige en daarnaast sinds 2008 de POH-GGZ. Voor een gedetailleerde beschrijving van de taken in bovengenoemde functies verwijzen we naar hoofdstuk 6 in het Jaarboek Huisartsgeneeskunde van 2009 (Derckx, 2009).

2.2 Taakdelegatie naar de POH en het effect op de werklust van de huisarts en de kwaliteit van de zorg

Enkele jaren na de invoering van de praktijkondersteuner in de huisartspraktijk heeft het NIVEL een meta-analyse uitgevoerd (van den Berg, en Bakker, 2003). Destijds bleek het effect van de taakdelegatie zich vooral te uiten in verhoging van de kwaliteit. Niet alleen doordat er van de huisarts taken werden overgenomen (delegatie), maar vooral ook door de toegevoegde waarde die door praktijkondersteuners geleverd wordt (suppletie). Dat uit zich in signalering van problemen, controle, voorlichting en begeleiding van mensen met een chronische aandoening. Een reductie van de werkbelasting van de huisartsen kon niet aangetoond worden, maar daar werd terecht de kanttekening bij gemaakt, dat het delegeren van taken door de huisarts aan de praktijkondersteuner ook nieuwe taken met zich meebrengt, namelijk het samenwerken en onderling afstemmen van taken (Bakker et al., 2006). Ook kan de praktijkondersteuner nieuwe patiënten opsporen en wellicht ook taken verrichten die door de huisarts voorheen minder uitvoerig gebeurden, zoals controles van mensen met een chronische aandoening. Dit punt is in latere studies ook weer naar voren gekomen. In een analyse van consulten in de huisartspraktijk op basis van LINH-gegevens in de periode 1999-2002 (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg) bleek dat de omvang van de bijdrage van POH's beperkt is (6,1% van het totaal aantal contacten). De belangrijkste reden daarvoor is dat de taken van POH's vooral beperkt bleven tot controles van mensen met een chronische aandoening. In een normpraktijk was een POH gemid-

deld 8 uur per week werkzaam (Lamkadden et al., 2004). Om een substantiële bijdrage te leveren aan werklasterlichting bij huisartsen zou verdergaande taakdelegatie noodzakelijk zijn, werd destijds geconcludeerd.

Of er substitutie plaatsvindt ten gevolge van de bijdragen van POH's is moeilijk aan te tonen, deels omdat het aantal consulten van POH's gering is ten opzichte van het aantal consulten van huisartsen (1 op de 14) en deels omdat blijkbaar de vraag naar huisartsenzorg zodanig toeneemt, dat de tijd van huisartsen 'volloopt' met andere contacten (Van der Velden, 2010).

Daar komt nog bij dat er geen data zijn die een voldoende eenduidig antwoord geven op de vraag wat er gebeurd is met het zorgvolume. Zo belemmert de stelselwijziging en met name de veranderde financiering van de huisartsenzorg die daar een gevolg van was de vergelijkbaarheid van de cijfers voor en na 2006. Van der Velden et al. (2010) analyseerden daarom LINH-gegevens over de periode vanaf 2006 (tot en met 2008). De introductie van POH's in huisartspraktijken heeft in termen van het aantal contacten met patiënten voor een toename van de productiviteit tussen 2-8% gezorgd (Van der Velden, 2010). Die toename betrof zowel de contacten van de POH's, in combinatie met aantallen contacten van huisartsen, die niet afnemen.

Laurant vergeleek 34 huisartspraktijken en concludeerde dat de inzet van de praktijkondersteuner³ de objectieve en ervaren werkdruk van de huisarts niet heeft verlaagd (2007). Van Son en anderen (2004) zagen in zeven huisartspraktijken en twee gezondheidscentra, dat voor astma- en COPD-patiënten de werkdruk van de huisarts na de inzet van de praktijkondersteuner juist toenam. Bij de inzet van de POH voor diabetespatiënten nam de werkdruk wel af, maar slechts met gemiddeld 1 bezoek per jaar.

Een studie naar de effectiviteit van de inzet van POH's op het gebied van cardiovasculair risicomangement (CVRM) toonde aan dat POH's en huisartsen vergelijkbare resultaten behaalden. Op een punt – de daling van cholesterol – waren de resultaten van de POH's zelfs iets beter (Voogdt-Pruis et al., 2010). Deze studie ondersteunt de positieve effecten op de kwaliteit van zorg door de inzet van POH's.

In een analyse, waarin de bijdrage van de Physician Assistant naast die van de POH geplaatst werd, bleek dat de bijdrage van uitsluitend de PA in een huisartspraktijk leidt tot substitutie en uitsluitend een POH leidt tot suppletie (De Leeuw, et al., 2008). Zowel registratieformulieren betreffende taken als ook tijdschrijfformulieren werden bij dit onderzoek gebruikt. In een praktijk waar beide professionals werkzaam zijn naast de huisarts werd gemiddeld een substantiële tijdsbesparing (18%) voor de huisarts geconstateerd. Als slechts een van beide professionals in de praktijk werkt, is er bij elk van de professionals een tijdsbesparing voor de huisarts van ruim 7%.

³ In dit onderzoek werd onderzoek verricht onder praktijkondersteuners in de huisartsenzorg, maar werd de Engelse term Nurse Practitioner gebruikt, waarschijnlijk omdat men dit als de meest adequate Engelse term beschouwde.

Onderzoek van Van Dijk et al. (2010) laat zien dat de inzet van praktijkondersteuners in beperkte mate is gerelateerd aan substitutie in de zin dat diabetespatiënten minder naar de internist worden verwezen.

Uit de genoemde studies blijkt dat het niet duidelijk is in hoeverre de bijdrage van de POH leidt tot werklastverlaging bij de huisarts, terwijl er wel sprake is van een kwaliteitsbevorderend effect. In een evaluatie van de ingevoerde taakherschikking komen vergelijkbare resultaten naar voren (Gezondheidsraad, 2008). Uit de studie van de raad blijkt dat de kwaliteit van zorg wel een positieve impuls heeft gekregen, de toegankelijkheid voor de patiënt is toegenomen en de werklastverlichting voor de huisartsen minder eenduidig is aangetoond.

2.3 *Andere effecten van taakdelegatie in de huisartspraktijk: op praktijkomvang, productie en kosten*

Naast mogelijke werklastverlichting van de huisarts en kwaliteitsverhoging van de zorg kunnen taken van de praktijkondersteuners effecten hebben in termen van praktijkvolume en productie. De extra capaciteit kan bijvoorbeeld ook leiden tot grotere praktijken in de zin van een toename van het aantal ingeschreven patiënten. Een vergelijking van huisartspraktijken in 2006 en 2008 maakte duidelijk dat de introductie van een POH niet vanzelfsprekend samengaat met een toename van het absolute aantal patiënten (Van der Velden, 2010). Wel is er in relatieve zin een geringe stijging van het aantal patiënten per fte huisarts:1% bij de praktijken die zowel in 2006 als 2008 een POH hadden en het bleef gelijk voor praktijken die in 2006 nog geen POH hadden en in 2008 wel. De Gezondheidsraad evalueerde op basis van voorhanden studies in 2008 de gevolgen van taakherschikking in de gezondheidszorg in zijn algemeenheid. Daaruit bleek dat door de nieuwe zorgprofessionals (POH, NP en PA) de zorg voor de patiënten kwalitatief verbeterde, maar doelmatigheidseffecten niet empirisch aangetoond konden worden. In de evaluatie van de ingevoerde taakherschikking door de Gezondheidsraad blijkt nog niet helder of de kosten in de zorg omlaag gaan en men minder een beroep doet op de zorg (Gezondheidsraad, 2008).

2.4 *Taakdelegatie op een andere wijze ingevuld: een voorbeeld*

Op meerdere plaatsen in het land zijn alternatieve vormen van taakdelegatie uitgevoerd. Hier bespreken we exemplarisch de ontwikkeling in de praktijk Mozaïek in Rotterdam-Zuid (Mies et al., 2011). De POH verzorgt er het zogenaamde inloopspreekuur, waar patiënten elke dag zonder afspraak terecht kunnen. Dit spreekuur wordt naast het gebruikelijke afsprakspreekuur gehouden. De POH is in deze praktijkvoering

consultvoerder onder supervisie van de huisarts. Van de POH vraagt het een meer generalistische inzet, daarnaast komen de competenties van een POH op het gebied van communicatie en voorlichting met betrekking tot leefstijl en gedrag ruim aan bod. De huisarts blijft ook bij het inloopspreekuur eindverantwoordelijke, ziet elke patiënt en neemt de besluitvorming op zich: diagnose, behandelbeleid en eventueel kort lichamenlijk onderzoek. De POH zorgt voor de anamnese en een eerste werkhypothese en na de supervisie van de huisarts neemt de POH het afronden van het gesprek en mogelijke vervolgspraken weer over. Deze werkwijze betekent een duidelijke lastenverlichting voor de huisarts, maar vraagt wel dat de arts snel en transparant besluiten kan nemen. Daarnaast moet een dergelijke werkwijze aan een aantal voorwaarden voldoen. Deels gaat het om logistieke zaken, zoals meerdere en voldoende wachtruimtes voor de opvang van piekdrukke, meerdere spreekkamers (voor elke POH en de huisarts) en een goed werkende receptie die zorgt voor verdeling en doorstroming van de consulten. Verder moet onderlinge samenwerking en bereikbaarheid optimaal geregeld worden (bijvoorbeeld met mobiele telefoon). Naast veel voordelen van het inloopspreekuur is de functie van de POH wel beperkt (geen diagnose, behandelbeleid), terwijl de huisarts in hoog tempo veel patiënten ziet, zeker als er drie of meer praktijkondersteuners tegelijk werken in tijden van piekdrukke. Verder is voor de patiënten het contact met de arts beperkt, maar daar staat tegenover dat zij elke dag terecht kunnen en meer individuele aandacht en gezondheidsvoorlichting krijgen (Mies et. al., 2011).

2.5 Afbakening van de positie van POH's ten aanzien van praktijkassistenten en verpleegkundig specialisten

Uit een recente studie op basis van de Databank Communicatie naar taakdelegatie van huisarts naar praktijkassistenten en praktijkondersteuners blijkt dat volgens deze professionals zelf er wel enige overlap bestaat in werkzaamheden. In 21 huisartspraktijken namen 40 huisartsen, 15 POH's en 41 doktersassistenten deel, waarbij de POH's en assistentes een vragenlijst naar werkzaamheden en tijdsbesteding invulden. Zowel praktijkassistenten en praktijkondersteuners voeren beide hypertensiecontroles uit, geven uitslagen van bloed- en urineonderzoek door, dienen injecties en de griep prik toe en bepalen het glucosegehalte in het bloed (Noordman et al., 2009). Maar verder hebben beiden een eigen afgebakend werkterrein. Praktijkassistenten geven aan dat zij voornamelijk administratief en medisch-technische taken hebben. Praktijkondersteuners noemen vooral hun werkzaamheden voor specifieke groepen chronische patiënten, dat bestaat uit advies, begeleiding en voorlichting (voor patiënten met diabetes, hypertensie, astma en COPD).

Nog bij twee andere zorgverleners die ook in de huisartspraktijk werken is onderzoek gedaan naar hun taken: de nurse practitioners en de physician assistants. De nurse practitioner (NP) is een geregistreerd verpleegkundige met een tweejarige masteropleiding Advanced Nursing Practice, waarvoor een instroomniveau van HBO-V vereist is (Bussemakers, 2006; Derckx, 2009). De taken liggen op het snijvlak van medische en verpleegkundige werkzaamheden. Dierick-Van Daele (2010) beschrijft in haar proefschrift de evaluatie van de invoering van de nurse practitioner in de huisartspraktijk. Daaruit blijkt dat de NP zelfstandig werkt, zelf verantwoordelijk is voor het eigen handelen en een beroep doet op de arts als de situatie de eigen deskundigheid overschrijdt. Patiënten waarderen de zorg van een NP even goed als die van de huisarts. Ook de kwaliteit van zorg is bij beiden gelijk. Daarnaast duren de consulten bij de NP significant langer dan bij de huisarts en hadden patiënten bij de NP ook vaker vervolggconsulten (Dierick-van Daele, 2010). In de huisartspraktijk zijn de werkzaamheden van de NP vooral gericht op diagnose en behandeling van 'vaak voorkomende kwalen' of kortdurende zorg (luchtweginfecties, hoesten, huidaandoeningen, bewegingsapparaat, urologie en gynaecologie). Overlap in de taken met de praktijkondersteuners zitten op het gebied van hypertensie (Bussemakers, 2006). Ook verrichten NPs taken bij mensen met een chronische aandoening, maar die zijn meestal complementair aan de werkzaamheden van de POH, zoals pijnbestrijding, delen van het medicatiebeleid en het behandelen van kleine kwalen bij mensen met een chronische aandoening.

De physician assistant (PA) heeft een HBO-masteropleiding PA gevolgd; het is een verpleegkundige vervolgoopleiding. De PA werkt zelfstandig, onder eigen verantwoordelijkheid en ziet vrijwel alle klachten in de huisartspraktijk. De Leeuw et al. (2008) hebben de werkzaamheden van de PAio (Physician Assistant in opleiding) in de huisartspraktijk geëvalueerd. Daarbij is nagegaan of de PAio in staat is grote delen van de werkzaamheden te verrichten en ook zijn verschillen met de werkzaamheden van de POH in kaart gebracht. Gaandeweg de opleidingsperiode nam de zelfstandigheid van de PAio toe. Werd in de beginperiode nog vaak gebruik gemaakt van 'gezamenlijk consult voeren' met de huisartsopleider, tegen het eind van de opleidingsperiode gebeurde dat significant minder. De scores op de kwaliteit van zorg verschilden gemiddeld niet tussen de huisarts en de PAio. De PAio blijkt inzetbaar op alle typen klachten en categorieën patiënten (De Leeuw, 2009). De PAio werkt onder supervisie van de arts; die supervisie vindt plaats na de consulten. De werkzaamheden van de PA zijn van algemeen medische en medisch-technische aard en hebben weinig overlap met de werkzaamheden van de POH. De patiëntenpopulatie van de PAio is meer divers, omdat de POH vooral mensen met een chronische aandoening begeleidt. Het spectrum aan problemen dat de PAio ziet is ook veel breder.

2.6 Conclusies en aanbevelingen over taakdelegatie

In diverse studies is aangetoond dat de doelen die met de inzet van POH's op de huisartsenzorg werden beoogd deels bereikt worden. Duidelijk is dat de kwaliteit van zorg voor grote groepen mensen met een chronische aandoening is verbeterd. Deze groep patiënten zal in de komende decennia door de vergrijzing van de bevolking nog groeien en daarmee ook de behoefte aan de ondersteuning die de POH's bieden. Niet aangetoond werd dat de werkbelasting van de huisarts vermindert door de inzet van POH's. Verder onderzoek naar het effect van hun inzet blijft van belang, maar als basis daarvoor is onderzoek nodig naar aantallen POH's, hun taken en het niveau van de zorg die zij bieden. Deze studie is een eerste aanzet om deze gegevens te inventariseren op basis van data die nu al verzameld zijn.

3 Aantallen en spreiding van werkzame POH's

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft antwoord op vraag twee van deze studie: *‘Wat is bekend over praktijkondersteuners die in de Nederlandse huisartspraktijken werkzaam zijn in termen van aantal en spreiding in het land?’*

In 1997 wordt al gerapporteerd over enkele huisartspraktijken die verpleegkundigen in dienst hebben (Welling, et. al. 1997). Na het Convenant in 1999 nemen de aantallen toe en wordt de benaming POH voor het eerst gebruikt, hetgeen betekent dat ook doktersassistenten met extra opleiding deze functie konden bekleden. Rond die tijd startten ook de eerste POH opleidingen. Volgens een studie van het Capaciteitsorgaan zijn in de periode 2000-2007 in totaal 1.720 POH's opgeleid (Ancher, 2008).

De vraag is hoe sinds het Convenant het aantal werkzame POH's in Nederland is toegenomen en hoe de landelijke spreiding is van POH's. Inzicht in de omvang van deze beroepsgroep en de spreiding over het land is van belang om de eventuele behoefte aan nog meer POH's te kunnen bepalen. De beoogde uitbreiding van taken door POH's zal zeer waarschijnlijk de vraag naar POH's doen toenemen. Er is geen landelijke registratie van POH's, waardoor er geen exacte gegevens zijn over het aantal werkzame POH's. Om toch inzicht te krijgen in het aantal werkzame POH's is gebruik gemaakt van een indirecte gegevensbron, namelijk de huisartsenregistratie van het NIVEL. In deze registratie worden onder andere gegevens verzameld over het aantal POH's per praktijk. Op basis hiervan kunnen de volgende vragen beantwoord worden:

- Hoeveel huisartspraktijken hebben een POH in dienst?
- In hoeverre zijn er verschillen in praktijkvorm tussen praktijken met en zonder een POH?
- Hoeveel POH's zijn er naar schatting werkzaam in Nederland en om hoeveel fte aan POH's gaat het?
- In hoeverre zijn er regionale verschillen in aantal werkzame POH's?

Overigens maakt het registratiesysteem (nog) geen onderscheid tussen POH-somatiek en POH-GGZ. Hier zijn dus alle POH's meegenomen. Een extra complicerend gegeven is dat de POH-GGZ ook geregistreerd kan staan onder de naam van hun voorloper de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Het aantal POH-GGZ is relatief nog gering, omdat deze functie pas in 2008 geïntroduceerd werd. Gebaseerd op een studie gericht op uitsluitend POH's-GGZ wordt in 3.8 gerapporteerd over deze groep (Verhaak, et al., 2010).

3.2 *Method*

In 2006 is de gegevensverzameling bij de landelijke registratie van huisartsen en huisartspraktijken uitgebreid met vragen naar de ondersteuning in de praktijk. Dat wil zeggen dat er is gevraagd naar het type ondersteuning, het aantal ondersteuners en het aantal fte aan ondersteuning. De volgende vormen van ondersteuning worden daarbij onderscheiden:

- Doktersassistent
- Praktijkondersteuner (POH)/ verpleegkundige op HBO niveau
- Nurse Practitioner (NP)
- Physician assistant (PA)
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)/ GGZ medewerker
- Apothekersassistent
- Overig medisch personeel
- Overig niet medisch personeel

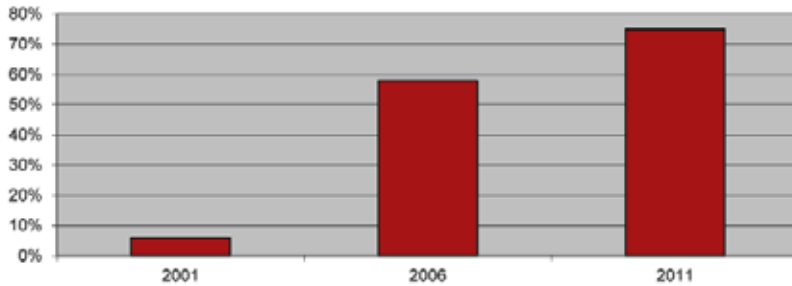
Niet alle praktijken hebben de vragen over de ondersteuning ingevuld. In Nederland zijn er 4.694 huisartspraktijken. Van 647 praktijken (14%) zijn geen gegevens over de ondersteuning bekend. Om op landelijk en regionaal niveau uitspraken te kunnen doen zijn de praktijken die wel gerepsondeerd hebben via weggingen opgehoogd tot landelijke en regionale uitkomsten.

3.3 *Aantal praktijken met een POH*

Het aandeel huisartspraktijken met een POH in dienst is in de afgelopen 10 jaar sterk gestegen (figuur 3.1). In 2001 ging het nog maar om 6% van de huisartspraktijken. Vijf jaar later in 2006 bedroeg dit reeds 58% en in 2011 is in 75% van de huisartspraktijken minimaal één POH werkzaam. Een en ander betekent dat in 2011 in totaal 3.482 huisartspraktijken een POH in dienst hebben. In 1.213 huisartspraktijken ontbreekt een POH.

Figuur 3.1

Aandeel huisartspraktijken met een POH in dienst in de periode 2001-2011



Bron:

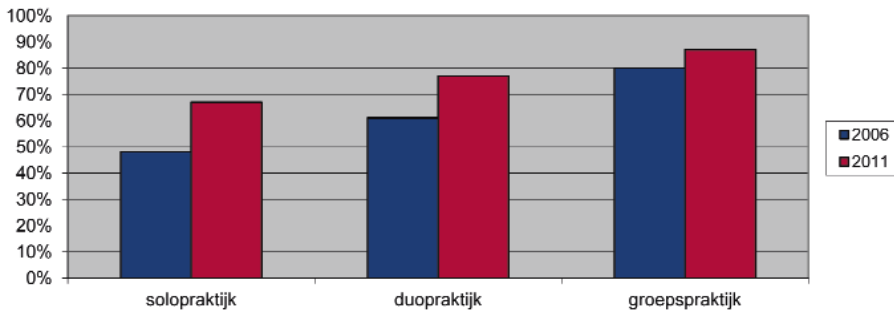
- De cijfers over 2001 zijn een schatting op basis van LHV gegevens (2004) en NIVEL gegevens.
- De cijfers vanaf 2006 komen uit de huisartsenregistratie van het NIVEL.

Als vervolgens wordt gekeken of de aanwezigheid van een POH samenhangt met het type huisartspraktijk dan blijken groepspraktijken relatief vaker een POH in dienst hebben dan solo- en duopraktijken (figuur 3.2). Dat geldt zowel in 2006 als in 2011.

In 2011 heeft 87% van de groepspraktijken een POH in dienst, tegen 67% van de solopraktijken. Hoewel de solopraktijken nog steeds het laagst scoren is in de periode 2006-2011 in de solopraktijken sprake van de sterkste toename.

Figuur 3.2

Aandeel huisartspraktijken met een POH in dienst naar praktijkvorm in 2006 en 2011



Bron: Huisartsenregistratie van het NIVEL.

3.4 Aantal werkzame POH's

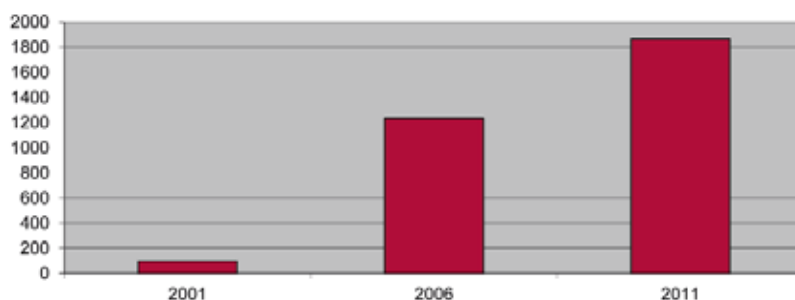
⁴ Als maximum is gedefinieerd dat de POH's slechts in één praktijk werkzaam zijn. Als minimum is het uitgangspunt dat de POH's gemiddeld 0,50 fte werkzaam zijn.

Op basis van gegevens uit de NIVEL-huisartsenregistratie is berekend dat in 2006 naar schatting minimaal 2.500 en maximaal 3.300 POH's werkzaam zijn in Nederland. In 2011 ligt de schatting tussen 3700 en 4.700 POH's⁴. Deze bandbreedtes zijn zo groot, omdat een POH in meer praktijken kan werken en aangezien de gegevens op praktijkniveau zijn verzameld kan geen exact inzicht verkregen worden in het aantal werkzame POH's in Nederland.

Om het aanbod aan POH's in de huisartspraktijk goed in beeld te brengen moet dus gekeken worden naar het aantal fte. Immers per huisartspraktijk is bekend hoeveel fte er aan POH's beschikbaar is. Op basis hiervan is berekend dat in 2011 het totaal aantal fte aan POH's 1.864 bedraagt. In figuur 3.3 zien we dat het aantal fte aan POH's in de afgelopen tien jaar flink is gegroeid. In de afgelopen vijf jaar bedroeg de toename gemiddeld 10% per jaar.

Figuur 3.3:

Aantal fte aan POH's in de periode 2001-2011



Bron:

- De cijfers over 2001 zijn een schatting op basis van LHV gegevens (2004) en NIVEL gegevens.
- De cijfers na 2005 komen uit de huisartsenregistratie van het NIVEL.

3.5 Aantal POH's per praktijk

Uit tabel 3.1 blijkt dat meer dan de helft (52%) van de huisartspraktijken één POH in dienst heeft. Bijna 19% van de praktijken heeft twee POH's in dienst.

Tabel 3.1 Absolute en relatieve verdeling aantal POH's per praktijk in 2011

Aantal POH's per praktijk	Abs.	%
0	1.213	25,8
1	2.432	51,8
2	873	18,6
3	142	3,1
4	23	0,5
5	7	0,2
6	4	0,1
Totaal	4.694	100,0

Bron: NIVEL Huisartsenregistratie

Als vervolgens wordt gekeken naar de aantallen POH's per type praktijk (tabel 3.2) dan blijkt dat de groepspraktijken gemiddeld meer POH's in dienst hebben (1,39) dan de duopraktijken (1,0) en solopraktijken (0,83). Ook het gemiddeld aantal fte aan POH's is in de groepspraktijken hoger (0,71fte) dan in solopraktijken (0,28fte) en duopraktijken (0,37fte).

Tabel 3.2 Gemiddeld aantal POH's en aantal fte POH's per praktijk (waarin een of meer POH's werkzaam zijn) in 2011

	Gemiddeld aantal POH's	Gemiddeld aantal fte
Solopraktijk	0,83	0,28
Duopraktijk	1,00	0,37
Groepspraktijk	1,39	0,71
Totaal	1,00	0,40

Bron: NIVEL Huisartsenregistratie.

Beperken we ons tot praktijken die wel een POH in dienst hebben dan blijkt dat in deze praktijken gemiddeld 1,37 POH's werkzaam zijn (tabel 3.3). Zoals viel te verwachten ligt het gemiddelde in de groepspraktijken hoger (1,60) dan in duo (1,32) en solopraktijken (1,27).

Verder blijkt dat in de groepspraktijken het aantal fte aan POH's groter is: gemiddeld 0,81 fte tegenover 0,42 fte in solopraktijken.

Als we vervolgens kijken naar de omvang van het dienstverband per POH per praktijk dan blijkt dat POH's in solopraktijken een dienstverband hebben van gemiddeld 0,33 fte hebben tegenover 0,5 fte voor POH's in een groepspraktijk.

Tabel 3.3 Gemiddeld aantal POH's, het aantal fte aan POH's en het gemiddeld dienstverband per praktijk naar praktijkvorm (in praktijken met POH's) in 2011

	<i>Gemiddeld aantal POH's</i>	<i>Gemiddeld aantal fte</i>	<i>Gemiddelde omvang dienstverband</i>
Solopraktijk	1,27	0,42	0,33
Duopraktijk	1,32	0,48	0,36
Groepspraktijk	1,60	0,81	0,50
Totaal	1,37	0,54	0,39

Bron: NIVEL Huisartsenregistratie.

In tabel 3.4 is gekeken naar de relatie tussen het aantal fte aan POH's en het aantal fte aan huisartsen in de praktijken. Landelijk is de verhouding 0,27 fte POH per fte huisarts. Gelet op type praktijk blijkt dat voor de solopraktijken een verhouding geldt van 0,29 fte POH per fte huisarts en voor de duo- en groepspraktijken ligt de verhouding iets lager, respectievelijk een verhouding van 1 op 0,29 fte en 1 op 0,26 fte.

Tabel 3.4 Aandeel fte aan POH per fte huisarts naar praktijkvorm in 2011

<i>Praktijkvorm</i>	<i>Fte</i>
Solopraktijk	0,29
Duopraktijk	0,27
Groepspraktijk	0,26
Totaal	0,27

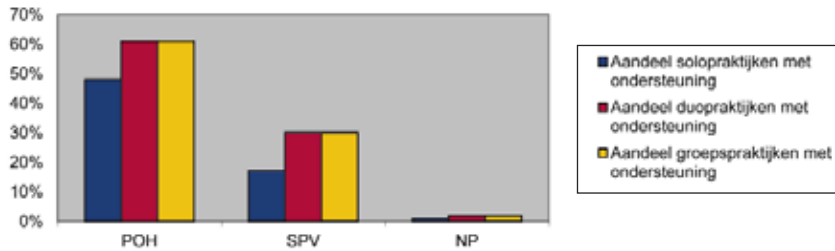
Bron: NIVEL Huisartsenregistratie.

3.6 *Andere vormen van ondersteuning in de praktijk*

Naast de POH zijn er ook andere vormen van ondersteuning in de huisartspraktijk. In de vergelijking beperken we ons tot de SPV's, die inhoudelijk verwante taken hebben als de POH-GGZ. Daarnaast kijken we naar de Nurse Practitioners (NP), met verwante taken als de POH-somatiek. In circa 34% van de praktijken is een SPV-er werkzaam en in slechts 2% een NP. Vijf jaar geleden bedroeg dit respectievelijk 32% en 2%. Ook ten aanzien van de SPV en de NP zien we verschillen tussen de drie onderscheiden praktijkvormen (figuur 3.4). In 45% van de groepspraktijken is een SPV werkzaam tegenover 28% van de solopraktijken.

Figuur 3.4

Aandeel huisartspraktijken naar type ondersteuning en praktijkvorm in 2011



Bron: NIVEL Huisartsenregistratie.

3.7 Spreiding van POH's

Uit tabel 3.5 blijkt dat er geen grote verschillen zijn in de aanwezigheid van een POH naar stedelijkheid. Alleen in de zeer sterk stedelijke gemeenten ligt het aandeel huisartspraktijken met een POH wat lager dan in de overige type gemeenten.

Tabel 3.5 Procentuele verdeling in aantal huisartspraktijken met POH naar stedelijkheid in 2011

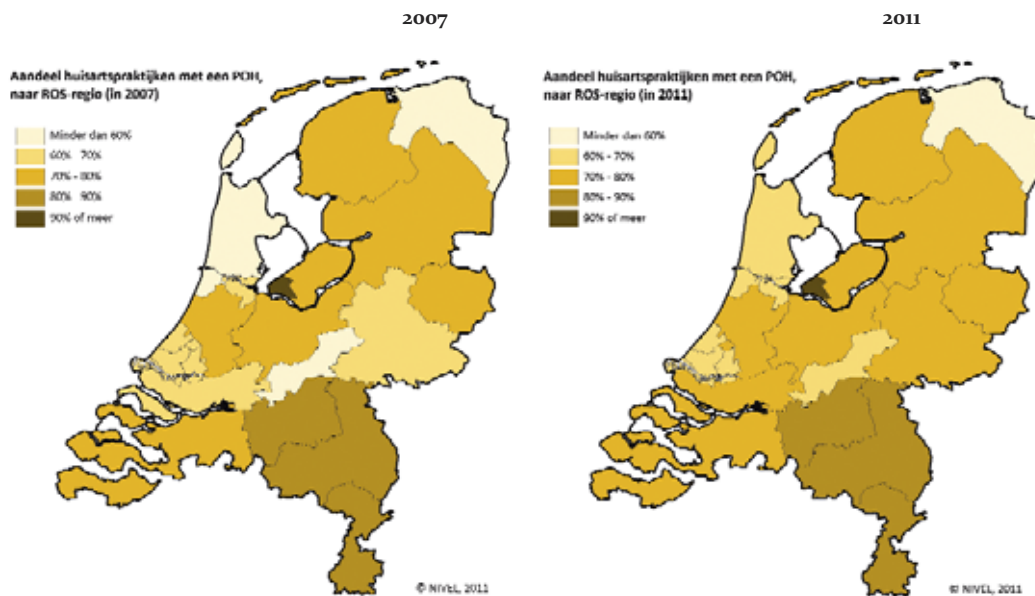
Zeer sterk stedelijk	68,6%
Sterk stedelijk	75,1%
Matig stedelijk	77,9%
Weinig stedelijk	77,3%
Niet stedelijk	74,8%

Bron: NIVEL Huisartsenregistratie.

Er zijn wel duidelijke regionale verschillen (figuur 3.5). Dit geldt zowel voor 2007 als 2011. In 2011 zien we bijvoorbeeld dat in Almere meer dan 90% van de praktijken een POH in dienst heeft, maar ook in Zuidoost Nederland zijn er relatief veel huisartspraktijken met een POH (tussen de 80% en 90%). In Groningen daarentegen ligt het percentage het laagst, minder dan 60%.

Figuur 3.5

Aandeel praktijken met een POH naar ROS regio in 2007 en 2011

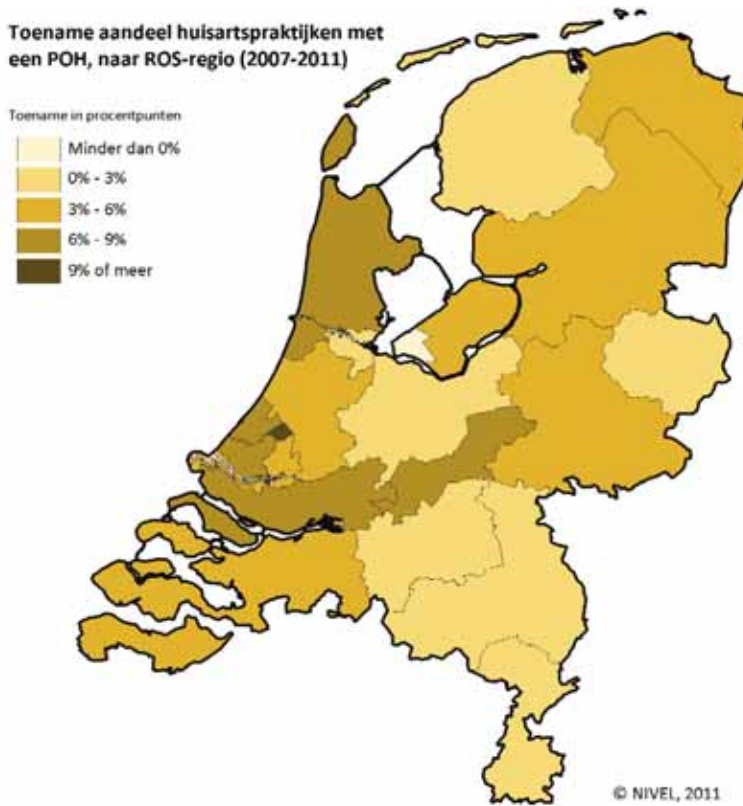


Bron: Huisartsenregistratie NIVEL 2007 en 2011.

Als we vervolgens kijken waar in de afgelopen 5 jaar de meeste groei plaats heeft gevonden dan zijn dat met name de ROS regio's waarin in 2007 het laagste aandeel huisartspraktijken met een POH werd waargenomen (figuur 3.6). Dat geldt vooral voor Noord-Holland en het zuidelijk deel van de Randstad.

Figuur 3.6

Procentuele groei in het aandeel huisartspraktijken met een POH naar ROS-regio in de periode 2006-2011

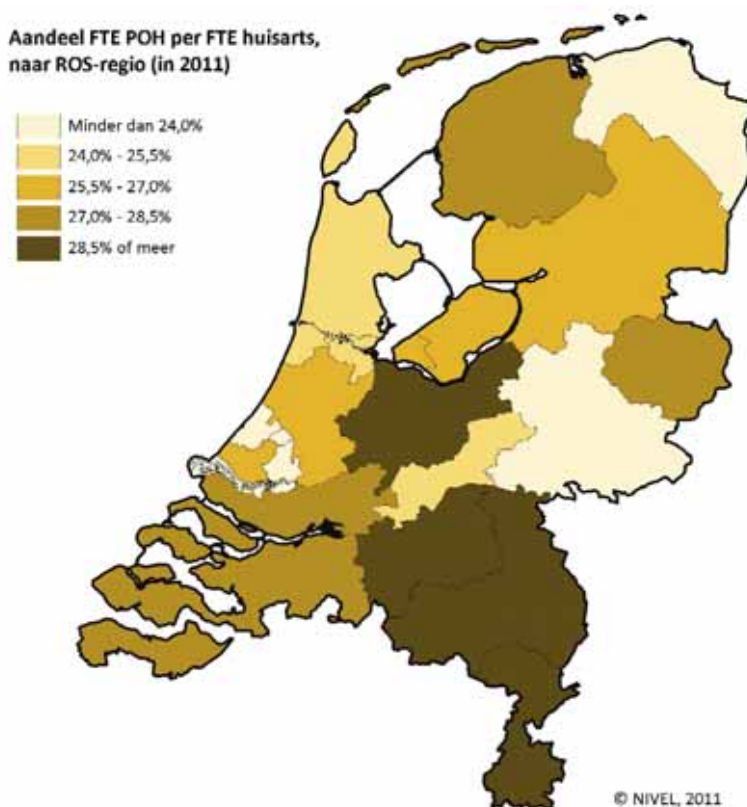


Bron: Huisartsenregistratie NIVEL 2007 en 2011.

Tot slot is ook nog gekeken of er regionale verschillen zijn in de verhouding tussen het aandeel fte POH per fte huisarts (figuur 3.7). Hieruit blijkt dat in het zuidoosten van Nederland relatief het hoogste aantal fte POH's per fte huisarts is. Dit geldt ook voor Utrecht en omgeving. Groningen, de Achterhoek en Den Haag springen er uit als gebieden met het laagste aandeel POH's per fte huisarts.

Figuur 3.7

Aandeel fte aan POH's per fte huisarts per praktijk naar ROS-regio in 2011



Bron: Huisartsenregistratie NIVEL 2011.

3.8 Aantallen POH-GGZ

In de registratiegegevens van de huisartsen kunnen de POH's-GGZ niet onderscheiden worden van de POH's-somatiek dan wel SPV'ers. De studie van Verhaak et al. (2010) maakt duidelijk dat twee jaar na de introductie al 150 POH's-GGZ werkzaam zijn in 280 huisartspraktijken en zij ondersteunen daarmee ongeveer 1000 huisartsen. Via de ROSSEN (regionale ondersteuningsstructuren van de eerstelijns) zijn alle POH's-GGZ benaderd met een schriftelijke vragenlijst en 64% respondeerde. De helft van de respondenten geeft aan dat zij in dienst zijn van een huisartspraktijk en de anderen werken als ZZP'er of zijn in dienst van tweedelijnsinstellingen of ondersteunende organisaties (ROS). De POH-GGZ in dienst van de huisartsen werken gemiddeld 17 uur per week. Deze eerste peiling geeft aan dat 60% van de POH's-GGZ in het zuiden van het land werken, inclusief Zeeland.

3.9 Conclusies en aanbevelingen over aantallen en spreiding van POH's

De aanwezigheid van POH's in de huisartspraktijk heeft in de afgelopen tien jaar een hoge vlucht genomen. In driekwart van de huisartspraktijken werkt inmiddels een POH. Of er behoefte is aan een POH bij de huisartspraktijken zonder POH is niet duidelijk. Het is mogelijk dat er wel sprake is van een behoefte, maar dat er financiële of andere belemmeringen zijn. Ook is niet bekend of de praktijken waar in elk geval al een POH werkt behoefte is aan uitbreiding. Het zijn nu vooral groepspraktijken die een POH in dienst hebben (87%). Bij solopraktijken (67%) en duopraktijken ligt dat aantal lager (77%). Over het aantal werkzame POH's kunnen geen exacte uitspraken gedaan worden.

Gegevens over achtergrondkenmerken zoals leeftijd, geslacht, type POH en omvang van de werkzaamheden per POH ontbreken.

Er blijken aanzienlijke regionale verschillen te zijn. In Almere heeft meer dan 90% van de praktijken een POH in dienst en ook in Zuidoost Nederland zijn er relatief veel huisartspraktijken met een POH (tussen de 80% en 90%). In Groningen ligt het percentage het laagst; minder dan 60%. Voor een deel is dit terug te voeren op regionale verschillen in praktijkvorm. Dit kan bijvoorbeeld verklaren dat in Almere, waar vrijwel alle huisartsen vanuit gezondheidscentra werken, veel POH's zijn. Daarnaast speelt de financiering mogelijk een rol, waarin verschillen tussen zorgverzekeraars zijn. Dit kan wellicht verklaren waarom er meer POH's in het zuiden des lands zijn. Daarbij moet worden aangetekend dat in de afgelopen vijf jaar de regionale verschillen iets zijn afgenomen. Met de beoogde toekomstige uitbreiding van taken van POH's zal in elk geval nog een uitbreiding van het aantal POH's en eventueel ook een uitbreiding van de omvang van de aanstelling per POH volgen. Nader onderzoek onder de populatie POH's en ook op het niveau van de huisartspraktijk zal meer inzicht moeten geven in de arbeidsmarktontwikkeling voor POH's. Onderscheid maken tussen de POH-somatiek en de POH-GGZ is voor de toekomst een vereiste omdat beide typen ondersteuners een specifiek werkveld hebben. Per huisartspraktijk of regio kan de behoefte aan beide typen ondersteuners verschillen.

4 Competenties en opleiding POH

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beantwoorden we vraag drie van deze studie: *‘Wat is bekend over de opleiding en competenties van praktijkondersteuners?’*

Om gericht op de toekomst aan een uitbreiding van het huidige profiel te kunnen werken, is het van belang na te gaan of het huidige competentieprofiel overeenkomt met de feitelijke functie-invulling door POH's in de praktijk. Zowel voor de opleidingen als voor de taakverdeling in de praktijk is een helder competentieprofiel van de POH noodzaak.

In hoeverre het huidige competentieprofiel en functioneren in de praktijk al tegemoetkomt aan delen van het beoogde toekomstige profiel kan dan nagegaan worden.

Voorafgaand aan de bespreking en analyse van de huidige competenties van POH's beschrijven we kort de formele context van de functie POH (4.2) Daar hoort ook een korte beschrijving van de bekostiging van POH's bij en een beschrijving van relevante protocollen en richtlijnen. Vervolgens wordt beschreven welke opleidingen en curricula er momenteel zijn (4.3) en welke achtergrond de huidige POH's hebben (4.4). Deze gegevens zijn gebaseerd op literatuurstudie en deskresearch (online gegevens en via e-mail verkregen gegevens over opleidingen, curricula en opleidingsmodules).

Een deel van de huidige competenties van POH's werd geanalyseerd op basis van observatiegegevens uit de Databank Communicatie van het NIVEL. Het gaat om competenties op het gebied van communicatie met patiënten en het volgen van richtlijnen (4.5).

4.2 De formele context van de functie POH

Naast het profiel van de POH-somatiek geven we ook het profiel van de POH-GGZ. Zowel de opleiding POH-GGZ, als het profiel kent een eigen historische context en wordt apart van de POH-somatiek ingevuld.

4.2.1 De functie POH-Somatiek en ontwikkelingen in het competentieprofiel

De functie praktijkondersteuning huisartsen somatiek is in 1999 ingesteld met een convenant tussen overheid en de Landelijke Huisartsen Vereniging.

De LHV heeft in overleg met enkele hogescholen in 2001 voorwaarden, competenties en eindtermen geformuleerd voor een opleiding tot praktijkondersteuner in de huisartspraktijk.

In de navolgende jaren heeft de LHV in samenwerking met opleiders voor praktijkondersteuning dit document verder uitgewerkt. Dit heeft in 2004 geleid tot een werkdocument, waarin medisch-inhoudelijke eindtermen opgenomen zijn. Deze competentiegebieden sluiten aan op de voorwaarden en eisen zoals door de LHV geformuleerd.

De benoemde competentiegebieden in 2004 zijn:

- Zorgverlening aan ouderen en mensen met een chronische aandoening in de huisartsenzorg (met name patiënten met Diabetes type 2, astma/COPD en cardiovasculaire risico's);
- Voorlichting en educatie;
- Praktijkvoering van de eigen zorgverlening;
- Samenwerking;
- Professionele zorgontwikkeling;
- Kwaliteitszorg.

Begin 2010 is door de LHV en het NHG in samenwerking met experts uit het veld opnieuw een competentieprofiel ontwikkeld (LHV/NHG, 2010).

De kernelementen van dit profiel zijn:

- De praktijkondersteuner verleent zorg die door de eindverantwoordelijke huisarts wordt gedelegeerd;
- De zorg betreft medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg, met een hoofdaccent bij activiteiten die zich lenen voor taakdelegatie en protocollisering. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van algemeen geldende richtlijnen, zoals NHG standaarden en zorgprogramma's;
- De praktijkondersteuner werkt vanuit een eigen spreekuur;
- De belangrijkste deskundigheidsgebieden van de praktijkondersteuner zijn diabetes type 2, astma/COPD, cardiovasculair risicomanagement en ouderenzorg.

Het niveau van de functie wordt in het competentieprofiel 2010 nader omschreven:

1 Zelfstandigheid

- Grote mate van zelfstandigheid om binnen het eigen vakgebied gecompliceerde vraagstukken en situaties op te lossen;
- Zelfstandig ontwikkelingen op het eigen vakgebied bijhouden en toepassen in de eigen werksituatie.

2 Verantwoordelijkheid

- Eigen verantwoordelijkheid voor de uitgevoerde taken;
- Onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

4.2.2 *Het competentieprofiel van de POH-GGZ*

In 2008 is een addendum Competentieprofiel POH-GGZ uitgewerkt, waarvan de copyrights berusten bij de V&VN-SPV en de NVMW (zie bijlage 1 voor benaming voluit). Het profiel is opgebouwd uit drie delen met verschillende competenties per onderdeel (Ten Have, 2007; V&VN-SPV en NVMW, 2008).

De competenties worden als volgt benoemd:

- 1 ***Competenties op het cliëntgebonden taakgebied***
 - Vraagverheldering;
 - Begeleiding;
 - Informeren/adviseren;
 - Continuïteit van (keten)zorg leveren /casemanagement;
 - Preventie, waaronder gezondheidsvoorlichting.
- 2 ***Competenties op het organisatiegebonden taakgebied***
 - Registreren en rapporteren /onderzoeken;
 - Kwaliteitsbewaking en innovatie;
 - Netwerken.
- 3 ***Competenties op het beroepsgebonden taakgebied***
 - Kwaliteitsbewaking functie-uitoefening.

4.2.3 *Bekostiging POH's*

De bekostiging van POH's is altijd een heikel punt geweest. Drie periodes kunnen worden onderscheiden. De periode tot de stelselwijziging in 2006, de periode 2006 tot en met 2009 en de periode na 2010.

In het convenant in 1999 was vastgelegd dat de praktijkondersteuner zou worden gefinancierd uit besparingen die zouden optreden als gevolg van het feit dat huisartsen goedkoper gingen voorschrijven door de introductie van het Elektronisch Voorschrijf Systeem. Deze financiering kreeg de vorm van een opslag op het abonnementstarief bij ziekenfondsverzekerden en op het consulttarief bij particulier verzekerden. Voorwaarde voor de financiering was dat huisartspraktijken samenwerkingsverbanden aangingen van tenminste drie huisartsen omdat de meeste afzonderlijke huisartspraktijken te klein waren om een POH in dienst te nemen. De beoogde besparing bleef echter uit, waardoor onenigheid ontstond over de financiering van de POH's tussen overheid en verzekeraars aan de ene kant en huisartsen aan de andere kant. Dit leidde tot een situatie waarin sommige zorgverzekeraars wél voor de POH betaalden en andere niet met dientengevolge grote regionale verschillen.

Met de stelselwijziging in 2006 veranderde de financiering van de huisartsenzorg omdat het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden verviel. Er kwam één financieringsregeling met een

inschrijftarief per patiënt en daarbovenop een consulttarief (dat afhankelijk van het type consult hoger was bij visites en extra lange consulten en lager bij telefonische consulten). Analooq daaraan werd de financiering van de POH nu landelijk geregeld met een tarief per ingeschreven patiënt (2/3 deel) in combinatie met een tarief per consult door de praktijkondersteuner (1/3 deel). Dit was een maximumtarief en in 2010 kon daarmee 1/3 fte praktijkondersteuner per normpraktijk (2350 patiënten) gefinancierd worden (Brinkman, 2011). De financiering van de POH-GGZ werd vanaf 2008 op een analoge wijze geregeld. Wel was de verhouding anders, respectievelijk 3/4 deel en 1/4 deel. Verder gaat de NZa in de onderbouwing van deze verhouding uit van 1/8 fte POH-GGZ per normpraktijk.

Het stelde huisartspraktijken in staat praktijkondersteuners GGZ zelf in dienst te nemen. De financieringsregeling kwam in de plaats van een consultatieregeling, in het kader waarvan sociaal-psychiatrische verpleegkundigen (spv-ers) die in dienst waren van de tweedelijns GGZ gedetacheerd werden in huisartspraktijken.

In 2010 werd integrale bekostiging geïntroduceerd van de zorg voor diabetes en vasculair risicomangement (op 1 januari) en COPD per 1 juli. Dat betekende dat het totaal van de zorg voor deze patiënten wordt ingekocht door zorgverzekeraars bij één hoofdaannemer (de zorggroepen), die vervolgens relevante zorgverleners, zoals huisartspraktijken inclusief de zorg van de POH, diëtistes, fysiotherapeuten) subcontracteerden. De tarieven zijn hierbij vrij onderhandelbaar. Dit geldt zowel voor de tarieven die de zorgverzekeraar en de zorggroep overeenkomen, als voor de tarieven die de zorggroep en de zorgaanbieders overeenkomen. Omdat een belangrijk deel van de zorg van de POH integraal bekostigde aandoeningen betreft én om dubbele bekostiging te voorkomen, is de oude financieringsregeling voor de POH-somatiek per 1 januari 2011 afgeschaft. Los van de integrale bekostiging was het consulttarief van de POH al stopgezet. Het abonnementstarief van de POH is gestopt voor die huisartsen die in een zorggroep zitten. Het aantal zorgprogramma's bepaalt de mate van korting op het tarief. Vanaf januari 2011 is bekostiging van de POH's alleen mogelijk via de integrale bekostiging dan wel aparte afspraken tussen verzekeraars en huisartspraktijken over hun inzet, die dan werden gefinancierd uit een modulaire opslag op het inschrijftarief (de zogenoemde 14.000-codes). Als de huisarts meer uren POH-s inzet dan met de zorgverzekeraar en de zorggroep is overeengekomen, dan kan de POH-s voor de zorg tijdens die meeruren geleverd ook de reguliere consulttarieven declareren. De inzet van de POH werd hiermee opnieuw afhankelijk van onderhandelingen met verzekeraars.

In de eerste plaats van de vraag of de verzekeraars alle aandoeningen waarvoor integrale bekostiging mogelijk is ook daadwerkelijk contracte-

ren (voor diabetes is dat het geval maar voor COPD en vasculair risicomanagement is dit variabel).

In de tweede plaats van de mate waarin de zorggroepen de POH inzetten al dan niet in overleg met de verzekeraar (sommige verzekeraars stellen de inzet van de POH verplicht). Zo zien we dat POH's voedingsvoorzichting overnemen die voorheen door diëtistes werd gedaan (De Bakker et al., 2012).

In de derde plaats van de mate waarin verzekeraars het moduleren hanteren. Hierdoor is het mogelijk om aanzienlijk meer dan 1/3 fte praktijkondersteuner per normpraktijk te financieren (maar ook minder).

Op dit moment staat de nieuwe POH-s bekostiging ter discussie. CZ heeft de regeling bijvoorbeeld al aangepast en staat toe dat huisartsen voor ieder POH-s consult (voor zover geen ketenzorg) consulttarieven declareren.

De NZa voert momenteel een uitvoeringstoets uit naar de bekostiging van de huisartsenzorg. Dat moet leiden tot een advies aan de minister, onder meer over de bekostiging van de POH-s vanaf 2013.

4.2.4 Veranderingen in de werkwijze: volgens richtlijnen, protocollen en zorgstandaarden

De komst van de integrale bekostiging heeft ook inhoudelijk gevolgen voor het werk van de POH's. Vóór de komst van de integrale bekostiging waren de NHG-standaarden leidend voor het werk van de POH. In de NHG-standaarden werd gedetailleerd vastgelegd hoe vaak controles dienden plaats te vinden (vier keer per jaar) en wat in de betreffende consulten dient te gebeuren, welke metingen dienen te worden uitgevoerd, welke voorlichting diende te worden gegeven etc. In de contracten die worden gesloten voor integrale bekostiging zijn de zorgstandaarden het uitgangspunt. Er zijn nu zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement en COPD, de drie aandoeningen, waarvoor integrale bekostiging mogelijk is.

Inhoudelijk is er een aanzienlijke overlap tussen de NHG-standaarden en de zorgstandaarden (www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/chronische-ziekten/zorgstandaarden). Er zijn echter enkel belangrijke verschillen: Anders dan de NHG-standaarden zijn de zorgstandaarden multidisciplinair. In wezen vertalen de zorgstandaarden de richtlijnen gebaseerd op de NHG-standaarden naar de (logistiek) van het zorgaanbod. Zij beschrijven wat er aan zorg moet gebeuren, maar niet welke discipline of functionaris die zorg dient uit te voeren. Dit maakt verschuiving van taken tussen zorgverleners mogelijk.

Ook is er een verschil in de rol van de patiënt die bij de zorgstandaarden actiever is dan bij de NHG-standaarden. Zo schrijven de zorgstandaarden voor dat met individuele zorgplannen wordt gewerkt. Dat zorgplan wordt door de centrale begeleider of contactpersoon samen met de

patiënt ingevuld. Een individueel zorgplan stimuleert patiënten met een chronische ziekte om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid en hun manier van leven (zelfmanagement). Elke zorgstandaard heeft een patiëntenversie en een versie voor zorgverleners.

De zorgstandaarden vereisen een andere, meer coachende rol van de zorgverleners en dus ook van de POH. Het gaat niet meer alleen om het volgens protocol uitvoeren van een aantal handelingen, maar ook om het centraal stellen van de actuele vraag van de patiënt, dus het hebben van een luisterend oor en het motiveren tot gedragsverandering. In hoofdstuk zes komt aan de orde hoe patiënten de gesprekken met POH's hebben ervaren. Overigens staat het werken volgens zorgplannen en het stimuleren van zelfmanagement nog in de kinderschoenen en zijn er nog veel vragen (Ursum, et. al., 2011).

Zorgstandaarden en integrale bekostiging vraagt om een andere manier van werken in de zin van het bijhouden van het medisch dossier. Voor de integrale bekostiging hoeft niet per verrichting te worden gedeclareerd, maar wel wordt verantwoording afgelegd over de verleende zorg in de vorm van proces- en uitkomstindicatoren. Daartoe dienen klinische en procesparameters te worden vastgelegd. Dit wordt meer en meer gedaan in zogenoemde Keten Informatie Systemen. Ook dit vraagt een andere manier van werken van praktijkondersteuners.

Voor de POH-GGZ gelden vooralsnog de landelijke NHG-richtlijnen op het gebied van psychische klachten, problemen en zorgvragen. Integrale bekostiging en zorgstandaarden zijn er nog niet (er zijn wel zorgstandaarden in voorbereiding voor depressie en dementie). De POH-GGZ is gericht op een veel bredere patiëntenpopulatie in de huisartspraktijk, zowel kinderen en adolescenten, als volwassenen en ouderen.

4.3 Opleidingen POH en hun aanbod

Gegevens over de opleidingen POH en curricula zijn verzameld via de websites en brochures van alle opleidingen en verder aangevuld tijdens de interviews met een selectie van vijf vertegenwoordigers van opleidingen. Er zijn 13 HBO-opleidingen in ons land die een traject aanbieden voor de opleiding tot POH-somatiek, waarvan een aantal op meerdere locaties de opleiding verzorgen (zie tabel 4.1, bijlage 4). Deze POH-opleiding is niet full-time en er wordt verondersteld dat de deelnemers zelf voor een stageplaats zorgen, of al in een andere functie werkzaam zijn in de huisartspraktijk. Bij de meeste opleidingen kunnen zowel personen met een relevante MBO- als HBO-achtergrond instromen, maar vanwege de verschillende instroomniveaus zijn er wel twee varianten. Het betreft een eenjarige post-HBO-opleiding die bedoeld is voor pro-

professionals met een vooropleiding-V, of een inservice opleiding verpleegkunde A plus een vervolgopleiding (bijvoorbeeld MGZ). De meeste opleidingen bieden ook het voortraject aan voor praktijkassistenten en verpleegkundigen met een MBO-achtergrond (verpleegkundigen met inservice-A of MBO-V). Voor degenen met een MBO-achtergrond is het totale opleidingstraject dan tweejarig. Overigens kunnen bij de meeste opleidingen naast het voorgeschreven traject op basis van persoonlijke voorkeur of mogelijke lacunes ook losse modules gevolgd worden, waardoor maatwerk mogelijk is.

Het aantal modules dat in het hoofdtraject op HBO-niveau gevolgd wordt, varieert van 5 tot en met 9 modules, maar soms wordt de studie-indeling uitgedrukt in blokken en omvat het hoofdtraject 4 blokken (tabel 4.1, bijlage 4). De studielast wordt bij enkele opleidingen vastgesteld op 15 tot 20 uur per week naast de contactdagen en andere opleidingen noemen dit aantal uren inclusief de contacttijd. Uit tabel 4.1, bijlage 4 blijkt dat tussen opleidingen de totale studielast voor het hoofdtraject varieert van 420 tot 850 uur.

In het voortraject voor degene die instromen met een MBO-achtergrond varieert het aanbod van 3 tot 6 modules en ook hier varieert de totale studielast tussen opleidingen van 120 tot 500 uur.

De inhoud van modules kent overeenkomsten, maar er zijn ook modules die niet bij andere opleidingen genoemd worden (zie tabel 4.2: hoofdtraject eenjarig en tabel 4.3: voortraject van tweejarig traject, bijlage 4). De benaming van modules kan afwijken van de naam in tabel 4.2; hier is gebundeld naar overeenkomstige inhoud. Verder is de accreditatie verschillend, waarbij enkele opleidingen een erkenning voor een post-HBO traject hebben en anderen niet.

Een aantal opleidingen werkt met leerlijnen op het gebied van communicatie, methodische vaardigheden en professionele rolontwikkeling, terwijl andere opleidingen de opbouw uitdrukken in typen vaardigheden. In alle opleidingen tot POH zit in het eenjarige hoofdtraject als basis de kennis die nodig is om de geprotocolleerde zorg te kunnen leveren voor groepen mensen met een chronische aandoening op het gebied van type 2 diabetes, COPD/astma en (de risicogroep voor) harten vaatziekten (CVRM). In enkele opleidingen hoort daar inmiddels de module ouderenzorg bij, maar de meeste opleidingen bieden deze module aan als na- en bijscholing, of als extra onderdeel voor degenen die dat willen.

Inzicht in evidence based practice en het lezen van wetenschappelijke artikelen is een essentieel onderdeel van de aangeboden kennis. Dit aspect wordt bij enkele opleidingen als aparte module aangeboden. In het hoofdtraject wordt ook bij alle opleidingen in de vorm van modules aandacht besteed aan professionalisering en persoonlijke effectiviteit.

Het gaat daarbij om de ontwikkeling van de professionele rol en zelfreflectie, die beoordeeld wordt op basis van intervisie en verslagen. Verder staan methodische vaardigheden, inclusief het kunnen schrijven van een methodisch zorgverslag bij de meeste opleidingen als module vermeld. Gespreksvaardigheden en ook methodische vaardigheden worden in het hoofdtraject bij meerdere opleidingen niet als moduul aangeboden, maar als lintmodule door alle onderdelen heen getraind. Een belangrijk onderdeel in het werk van de POH-somatiek is het stimuleren van mensen met een chronische aandoening om een gezonde leefstijl te ontwikkelen. Daarvoor wordt in het voortraject van de tweejarige opleiding enerzijds basiskennis aangeboden op het gebied van verslavingszorg, stoppen met roken (modules preventie en voorlichting). Anderzijds worden gespreksvaardigheden getraind die nodig zijn om mensen te stimuleren tot gedragsverandering (motiverende gespreksvoering, counseling, coaching). Bij gespreksvoering hoort ook de basiskennis voor het voeren van consultgesprekken en slecht nieuwsgesprekken. Niet alle opleidingen noemen de specifieke gesprekstechnieken, maar gebruiken de meer algemene term ‘gesprekstechnieken’. Daarnaast wordt in het voortraject van de tweejarige opleiding ook bij vrijwel alle opleidingen een module ‘de functie van de POH’ aangeboden en een module ‘kennis over de huisartspraktijk’ met daarin aandacht voor de organisatie, het regelen van een eigen spreekuur inclusief de bijbehorende administratie. Enkele opleidingen bieden in dit voortraject een module ‘management en beleid’ aan.

Bij 11 van de 13 hogescholen die een opleiding POH-somatiek verzorgen is medio 2011 een opleiding tot POH-GGZ bekend (zie tabel 4.1, bijlage 4). Een van de hogescholen heeft geen POH-GGZ opleiding, omdat huisartsen in de regio al een beroep kunnen doen op sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. De POH-GGZ opleiding is eenjarig en op post HBO-niveau. De studenten die instromen zijn voor de helft sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, en in mindere mate ook psychologen en maatschappelijk werkers. De omvang van de studielast varieert tussen opleidingen van een vijfdaags traject voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen tot en met een opleiding van 1 dag per week een jaar lang (ongeveer 40 dagen). De verwachte studielast varieert sterk, maar ook de toelatings- of instroomeisen. Het is duidelijk dat de opleiding op maat wordt gegeven, waarbij sociaal psychiatrisch verpleegkundigen een kortere opleiding krijgen en deelnemers met een HBO-V achtergrond een langer traject volgen.

De inhoud van de POH-GGZ opleidingen bestaat uit algemene modules over de huisartspraktijk (of de eerste lijn) en daarnaast modules die ingaan op klachten, problemen en zorgvragen van vier verschillende patiëntgroepen: kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen.

4.4 *In- en uitstroom bij opleidingen en de achtergrond van de huidige POH's*

Het Capaciteitsorgaan heeft in 2007 geïnventariseerd hoeveel POH's opgeleid werden tussen 2001 en 2007 (Ancher, 2008). Negen van de destijds 15 opleidingen reageerden. In totaal bleken er 1720 studenten ingeschreven bij de negen opleidingen en slechts 45 hadden de opleiding niet afgerond. Gelet op de vooropleiding had 42% van de studenten een MBO-vooropleiding als doktersassistente en 46% had een opleiding als verpleegkundige op HBO-niveau. Daarnaast namen onder andere ook paramedici (n=90) deel aan de opleiding. De meeste POH's zijn in 2007 tussen de 40 en de 50 jaar oud. Bij benadering hadden zich bij de zes niet responderende opleidingen nog eens 850 studenten ingeschreven. De huidige 13 opleidingen POH zijn in het kader van deze studie medio 2011 per e-mail benaderd met het verzoek om instroom- en uitstroomgegevens over de periode 2001-2010 toe te sturen. Daarbij is gevraagd om deze gegevens apart te leveren voor de eenjarige en de tweejarige opleidingen. De gegevens van 9 opleidingen zijn verwerkt, waarvan enkele opleidingen op meerdere locaties POH-cursisten hebben begeleid. De gegevens van die locaties zijn samengevoegd in tabel 4.4 (bijlage 4). Gemiddeld hebben per jaar ongeveer 270 cursisten de POH-opleiding afgerond (uitstroom van gemiddeld 95%). De uitstroom van de eenjarige opleiding was gemiddeld ongeveer 170 cursisten per jaar (bijna 65%) en de uitstroom van de tweejarige opleiding was ongeveer 100 cursisten gemiddeld per jaar (ruim 35%). Als we de gegevens van de 9 opleidingen als basis hanteren om de uitstroom bij de 13 opleidingen te schatten, dan hebben in totaal tussen de 3400 en 3900 cursisten de opleiding POH afgerond.

Hierbij moet worden aangetekend dat de meeste opleidingen ook cursisten hebben gehad, die niet het hele opleidingstraject volgden, maar wel losse modules. Dit betrof merendeels verpleegkundigen die alleen een module diabetes, COPD/astma of CVRM volgden.

Deze cursisten zijn door de opleidingen niet geregistreerd bij de opleiding POH, omdat het niet duidelijk is met welk doel de losse modules gevolgd werden.

Coördinatoren van 5 opleidingen tot POH, werden geïnterviewd (2011). Zij gaven aan dat de instroom van aantallen studenten over de jaren wel fluctueerde, vaak omdat de financiering onduidelijk was of veranderde. De laatste jaren bestaat bij de meeste opleidingen de instroom voor een belangrijker aandeel uit HBO-V verpleegkundigen en soms ook gespecialiseerde verpleegkundigen, die ervaring hebben als verpleegkundige in de ziekenhuiszorg. Deze al wat oudere verpleegkundigen (tussen 35 en 50 jaar) zien in het perspectief van de POH een mogelijkheid om meer en intensiever contact te hebben met patiënten. De dagtaak als POH

wordt fysiek als minder zwaar ervaren en ook de werktijden zijn regelmatig in vergelijking met het werk als verpleegkundige in het ziekenhuis. De instroom in de tweejarige opleiding bestaat uit dokters/praktijk-assistentes en ook MBO-verpleegkundigen, fysiotherapeuten of verloskundigen. Bij de meeste opleidingen worden instroom-assessments afgenomen bij studenten die geen HBO-V achtergrond hebben. Deze assessments zijn gebaseerd op instroomeisen -die de samenwerkende hogescholen hebben vastgesteld- en een capaciteitentest (Eerder Verworven Competenties). Na het assessment volgt nog een gesprek, en daarna volgt een advies. In het advies worden extra leerpunten verwoord, maar ook kan er een afwijzing volgen. Enkele opleidingen hebben geen selectie vooraf, maar starten het voortraject van de opleiding met een zware module die werkt als een selectie-instrument. Vooral het schrijven van een methodisch zorgverslag en een reflectieverslag zijn belangrijke toetsmomenten. Methodisch werken en zelfreflectie zijn een voorwaarde om als POH te kunnen functioneren.

Assessments en selectie op basis van instroomeisen werden in de beginjaren van de POH-opleiding nog niet intensief ingezet, hetgeen een van de redenen is waardoor er variatie is in de competenties bij de huidige POH's.

4.5 Competenties van praktijkondersteuners (POH's) op het gebied van gespreksvaardigheden en opvolgen van richtlijnen (2010-2011)

4.5.1 Inleiding

Naar twee belangrijke aspecten in de competenties van POH's is onderzoek gedaan, namelijk de gespreksvoering en het opvolgen van richtlijnen. Onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg vindt op het NIVEL al vanaf 1975 plaats met behulp van video-opnamen in de dagelijkse praktijk. Voor onderzoek naar de communicatie tussen patiënten en praktijkondersteuners en specifiek over leefstijladvisering is onder meer gebruik gemaakt van video-opnamen van consulten uit de Databank Communicatie, die in 2010-2011 zijn verzameld. Als onderdeel van vraag 3 wordt hier antwoord gegeven op de volgende vraag: *'Wat is bekend over competenties van praktijkondersteuners op het gebied van gespreksvaardigheden en het opvolgen van klinische richtlijnen?'*

4.5.2 Methode

Negentien POH's-somatiek hebben samen met 181 patiënten deelgenomen aan het onderzoek naar 'consultvoering van praktijkondersteuners'. De resultaten die hieronder worden beschreven hebben zodoende betrekking op 19 POH's en 181 patiënten/consulten.

- **Video-opnamen**

In juni 2010 is begonnen met het maken van video-opnamen van consulten tussen POH en patiënt in de huisartspraktijk. Bij iedere deelnemende POH zijn op één à twee willekeurige werkdagen video-opnamen gemaakt van opeenvolgende POH-patiënt consulten. Er zijn ongeveer 10 consulten per POH met volwassen patiënten (>18 jaar) opgenomen. POH's hebben na elk consult enkele vragen ingevuld over het contact met de patiënt en eenmalig een korte vragenlijst over hun werkzaamheden en achtergrondgegevens. Patiënten is ook gevraagd een korte vragenlijst in te vullen voorafgaand aan het consult (zie in hoofdstuk zes (6.2) over de verwachtingen en voorkeuren van patiënten).

- **Observaties**

De video-opnamen zijn geobserveerd met (1) de MAAS-Globaal⁵ voor wat betreft de meer generieke communicatievaardigheden en (2) de BECCI⁶: een observatieprotocol voor het meten van vaardigheden op het terrein van motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering heeft namelijk een belangrijke plaats in het trainen van gespreksvaardigheden bij POH's. Maar het is niet bekend in welke mate deze manier van gespreksvoering daadwerkelijk in praktijk wordt gebracht. Daarnaast is geobserveerd of er tijdens de consulten is gesproken over de leefstijl van de patiënt (roken, alcohol, bewegen, voeding) en op wiens initiatief dit werd besproken (van de POH of patiënt). In box 4.1 en 4.2 worden de observatie-instrumenten (MAAS-Globaal en BECCI) kort toegelicht.

Twee observatoren hebben onafhankelijk van elkaar 10% van de consulten dubbel geobserveerd voor de 'interrater' betrouwbaarheid. Zowel de MAAS-Globaal observaties als de BECCI observaties laten een goede betrouwbaarheid zien, met een gemiddelde Cohen's kappa van 0,82 (range 0,54-1,00) voor de MAAS-Globaal en een gemiddelde kappa van 0,81 (range 0,72-1,00) voor de BECCI. De overeenkomst voor wat betreft de inhoudelijke leefstijl observaties is met een gemiddelde kappa van 0,91 (range 0,74-1,00) ook erg goed.

⁵ MAAS-Globaal, J. Van Thiel, P. Ram, J. van Dalen, Universiteit Maastricht 2000

⁶ Behaviour change counselling index (BECCI). Dr. Claire Lane, University of Wales College of Medicine 2002; Lane C, Huws-Thomas M, Hood K, Rollnick S, Edwards K, Robling M. Measuring adaptations of motive-rende gespreksvoering: the development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). Patient Education and Counseling 2005; 56: 166-173.

Box 4.1 MAAS-Globaal, Van Thiel et al. (2000)

De benaming 'MAAS-Globaal' staat voor *MAAstrichtse Anamnese en Advies Scorelijst met globale items*. De MAAS-Globaal geeft richtlijnen voor het scoren van communicatievaardigheden en vakinhoudelijk handelen van de zorgverlener aan de hand van een scorelijst. De MAAS-Globaal is onderverdeeld in 3 secties (zie de bijlage 2b voor een overzicht van items in elke sectie):

- 1 Communicatievaardigheden per fase. In deze sectie worden vaardigheden gegroepeerd die specifiek zijn voor een bepaalde fase in het consult. De logische volgorde van de fasen is in de volgorde van de items terug te vinden.
- 2 Algemene communicatievaardigheden. Hier zijn vaardigheden opgenomen die kunnen voorkomen in meer fasen of in het gehele consult.
- 3 Inhoudelijke aspecten. Deze sectie biedt ruimte om vakinhoudelijke gedragingen te scoren en is opgebouwd volgens het stramien 'anamnese, onderzoek, diagnose, therapie'. Tenslotte is er nog ruimte voor 'overige feedback'.

De criteria voor communicatievaardigheden worden gedetailleerd beschreven. De criteria voor vakinhoudelijk handelen worden slechts globaal aangeduid omdat zij bij uitstek casus-specifiek zijn en de details per casus gedefinieerd moeten worden. De scores zijn bedoeld om input te leveren voor feedback en beoordeling, voor onderwijs en toetsing.

Box 4.2 Behaviour change counselling index (BECCI), Lane et al. (2005)

De *Behaviour Change Counselling Index* (BECCI) is een checklist om het handelen van zorgverleners te meten op het gebied van motiverende gespreksvoering (*Motivational Interviewing* of MI). De checklist is geschikt voor korte consulten in de medische setting, en kan gebruikt worden door trainers en onderzoekers.

De BECCI bestaat uit 11 items gerelateerd aan MI en het gedrag van de zorgverlener.

Deze items vallen onder vier domeinen; (1) agenderen en toestemming vragen, (2) het hoe en waarom van gedragsverandering, (3) het gehele consult, en (4) praten over doelen. Voor elk item wordt een score gegeven die de mate aangeeft waarop het betreffende item is uitgevoerd: 0 = helemaal niet, 1 = minimaal, 2 = enigszins, 3 = regelmatig, 4 = veelvuldig. Een score van 3 of hoger wordt gehanteerd als 'gedrag conform MI'.

Daarnaast dient de spreektijd van de zorgverlener per consult aangegeven te worden door een van de volgende scores te kiezen; 1 = de zorgverlener praat minder dan de helft van de tijd, 2 = de zorgverlener praat de helft van de tijd, of 3 = de zorgverlener praat meer dan de helft van de tijd tijdens het consult. Volgens de principes van MI (en de BECCI) zou een zorgverlener niet meer dan de helft van de tijd aan het woord moeten zijn.

4.5.3 Resultaten

- **Achtergrondgegevens van de POH's**

De 19 POH's die hebben deelgenomen aan dit onderzoek zijn allen vrouw en tussen de 33 en 53 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar (SD: 5,97). De POH's zijn afkomstig van acht huisartspraktijken of gezondheidscentra in het westen, midden en zuiden van Nederland. Negen POH's zijn afkomstig uit één gezondheidscentrum, vanuit de andere praktijken namen 1 à 2 POH's per praktijk deel aan het onderzoek.

Achttien POH's (95%) hebben een HBO opleiding afgerond. Hiervan hebben zeven POH's de opleiding HBO-verpleegkunde gevolgd en vervolgens een post HBO-opleiding praktijkondersteuner. Acht andere POH's hebben aangegeven dat zij de module of post-HBO-opleiding praktijkondersteuner hebben afgerond. Eén POH heeft een opleiding 'communicatie' aan de hogeschool gevolgd, een andere POH is opgeleid als sociaal verpleegkundige en een POH heeft aangegeven dat ze opgeleid is als praktijkverpleegkundige (in de verpleeghuispraktijk) en vervolgens een opleiding post-HBO-praktijkondersteuner heeft afgerond. Tot slot heeft één POH een MBO-opleiding tot doktersassistente gevolgd, waarna ze een post-HBO-opleiding tot praktijkondersteuner heeft afgerond.

Tien POH's omschrijven hun functie als 'Praktijkondersteuner op HBO-niveau', acht POH's noemen zichzelf 'Praktijkverpleegkundige' en één POH geeft aan dat ze zowel een praktijkverpleegkundige als gespecialiseerd diabetesverpleegkundige is.

De POH's zijn gemiddeld 4 jaar en 5 maanden (range 0,4-10 jaar; SD 2,69) werkzaam in hun huidige functie en 4 jaar en 8 maanden (range 0,4-21,6 jaar; SD 4,51) werkzaam in de huidige praktijk. Zij werken gemiddeld 23,6 uur per week (range 16-38 uur; SD 6,68). Drie POH's zijn daarnaast werkzaam als POH in een andere praktijk.

Dertien POH's hebben niet alleen tijdens hun opleiding maar ook nog via hun werkgever, voor aanvang van dit onderzoek, een training gehad in motiverende gespreksvoering (MI), variërend van een halve dag tot zes dagdelen. Andere cursussen, trainingen, na- en/of bijscholingen die de POH's gevolgd hebben, hebben voornamelijk betrekking op diabeteszorg (n=19) en COPD/astma (n=13). Maar ook op het gebied van ouderenzorg in de huisartspraktijk (n=6), cvrm (n=4), hartfalen (n=2), nierfalen (n=2), management (n=2) en meer eenvoudige handelingen zoals wondbehandeling en doppler-onderzoek (n=1) werden POH's geschoold. De duur van deze scholingen liep uit een van 1 avond tot 14 maanden.

In de toekomst zouden 18 van de 19 POH's graag nog een andere training, cursus, na- of bijscholing willen volgen. Hierbij denken ze aan: casemanagement voor praktijkondersteuners, scholing op het gebied

van ouderenzorg, spirometrie, diabetes, CVRM, gespreksvoering, stoppen met roken, oncologie in de huisartspraktijk en tijdsbewaking.

Voor de achtergrondgegevens patiënten: zie hoofdstuk zes (6.2.3).

4.5.4 **Algemene gespreksvaardigheden van de POH's**

In totaal zijn 181 consulten van POH met patiënt geobserveerd. Een consult duurde gemiddeld 22 minuten (SD: 9,9; range 4,6-55,4). Ter vergelijking, een consult met de huisarts duurt gemiddeld nog geen 10 minuten.

Om de algemene communicatievaardigheden in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de MAAS-Gloobaal (zie methode, box 4.1). Per consult is voor elke communicatievaardigheid een cijfer gegeven (zie bijlage 2b voor de definities van de communicatievaardigheden)

In tabel 4.1 is te zien dat POH's gemiddeld gezien voldoende tot goed scoren op de volgende communicatievaardigheden: lichamelijk onderzoek, exploreren, informatieoverdracht, structurering, empathie en alle inhoudelijke vaardigheden.

Tijdens vervolgsconsulten benoemen de POH's voorgaande klachten, hulpvragen en beleid, vragen ze naar de uitvoering van het beleid en naar het beloop. Bij de verschillende lichamelijke onderzoeken (bloeddrukcontrole, longfunctie onderzoek en bloedsuikers meten) instrueren ze de patiënt, wordt het onderzoek toegelicht en bejegenen ze de patiënt altijd zorgvuldig en respectvol. POH's overleggen ook bijna altijd over het beleid (inclusief alternatieven, voor- en nadelen) en maken afspraken over het beleid (voor de volgende afspraak). Minder vaak bespreken zij de uitvoerbaarheid en het opvolgen van het beleid en zij vragen ook minder naar een reactie op het gekozen beleid. Daarnaast exploreren de POH's vaak hulpvragen, wensen en verwachtingen binnen het referentiekader van de patiënt en wordt de reactie op informatieoverdracht geëxploreerd. Het ingaan op non-verbaal gedrag en sleutelwoorden komt nauwelijks voor. Wanneer de POH's informatie geven doen zij dit in kleine hoeveelheden en begrijpelijk taalgebruik. Meestal kondigen zij deze informatie ook aan. Zij vragen echter bijna nooit of de patiënt de informatie begrijpt. De structuur van de POH consulten is logisch, POH's besteden hun tijd evenwichtig en kondigen de fasen binnen het consult aan. Alle POH's zijn bovendien heel empatisch naar hun patiënten toe. Tot slot houden POH's zich gemiddeld gezien goed aan de richtlijnen; ze voeren de richtlijnen die in de NHG standaarden staan bijna altijd allemaal uit.

Slecht tot onvoldoende scoren de POH's gemiddeld gezien op de volgende vaardigheden (zie bijlage 2b): opening, hulpvragen, consultevaluatie, emoties en het samenvatten van het verhaal van de patiënt. Bij de opening wordt bijna altijd wel ruimte gegeven voor het verhaal van de

Tabel 4.1 Algemene communicatievaardigheden en opvolgen van richtlijnen door 19 POH's in 181 consulten, gescoord met de MAAS-Globaal (zie ook bijlage 2b voor uitvoeriger items)

<i>Communicatievaardigheden</i>	<i>Gemiddeld cijfer^a (SD)</i>
Fasering	
Opening	1,5 (1,15)
Vervolgconsult	3,8 (1,30)
Hulpvragen	0,8 (1,23)
Lichamelijk onderzoek	4,1 (1,38)
Diagnose	3,3 (1,16)
Beleid	3,6 (1,04)
Consulterevaluatie	1,3 (1,37)
Algemene vaardigheden	
Exploreren	4,5 (0,86)
Emoties	1,6 (1,59)
Informatieoverdracht	3,9 (0,87)
Samenvatten (van het verhaal van de patiënt)	2,2 (1,67)
Structureren	4,3 (0,88)
Empathie	5,2 (0,46)
Richtlijnen volgens de NHG standaarden^b	
Anamnese inhoudelijk	4,2 (1,19)
Onderzoek inhoudelijk	4,7 (0,61)
Diagnose inhoudelijk	4,8 (0,59)
Beleid inhoudelijk	4,7 (0,64)

a 0=afwezig, 1=slecht, 2=onvoldoende, 3=twijfelachtig, 4=voldoende, 5=goed, 6=uitstekend, nvt=niet van toepassing.

Bij de gemiddelde cijfers is de optie 'niet van toepassing' niet mee berekend.

b Afhankelijk van de diagnose/risico factor van de patiënt in een bepaald consult is gekozen voor een NHG standaard die van toepassing was op dat consult, bv NHG standaard diabetes type 2 (onderscheid tussen 3 maandelijks of jaarcontrole) of 'stoppen met roken' NHG standaard. Hierbij dient opgemerkt te worden dat POH's zelf geen diagnose mogen stellen, maar de diagnose overlaten aan de huisarts. "Diagnose inhoudelijk" is dus gebaseerd op de diagnose zoals de huisarts die aan de POH heeft overgedragen en hoe de POH hiermee omgaat in het consult.

patiënt. De globale oriëntatie op reden van komst en het vragen naar andere reden van komst gebeurt echter bijna nooit. Dit uit zich ook in het niet afronden van de vraagverheldering (hulpvragen). Deze lage scores op 'opening' en 'hulpvragen' kunnen verklaard worden doordat

vooraf bijna altijd al duidelijk is waarvoor de patiënt komt (bijvoorbeeld de driemaandelijke diabetes controle). Anderzijds blijft wel belangrijk dat de POH dit benoemt of checkt en vraagt of de patiënt nog andere vragen (of wensen) heeft waar hij of zij het over wil hebben tijdens het consult. Bij het afsluiten van het consult (consultevaluatie) vragen de meeste POH's wel of de patiënt nog vragen heeft, maar wordt er geen voorlopig perspectief meegegeven. Hoewel alle POH's zeer empathisch zijn naar de patiënt toe, scoren zij minder goed op het vragen naar emoties van de patiënt of het geven van een gevoelsreflectie. Wat betreft 'samenvatten' zijn POH's eerder geneigd om hun eigen informatie samen te vatten in plaats van het verhaal van de patiënt.

De twijfelachtige score op de vaardigheid 'diagnose' is deels te verklaren door het feit dat POH's zelf geen diagnose mogen stellen en dit overlaten aan de huisarts. Aan de andere kant kunnen zij wel een hypothese formuleren tijdens het consult of de diagnose overnemen van de huisarts (uit het medisch dossier). Ook het noemen van een prognose of te verwachten beloop is iets waar POH's meer aandacht aan kunnen besteden tijdens de diagnostische fase.

4.5.5 *Gespreksvaardigheden van de POH's op het gebied van motiverende gespreksvoering*

De 181 consulten tussen POH en patiënt zijn eveneens geobserveerd met de BECCI, een observatie checklist om de vaardigheden van POH's op het gebied van motiverende gespreksvoering (MI) in kaart te brengen (zie methode, box 4.2). In tabel 4.2 worden de scores op de elf MI vaardigheden en de globale spreektijd van de 19 POH's weergegeven volgens de BECCI.

In tabel 4.2 is te zien dat POH's gemiddeld gezien de volgende MI vaardigheden regelmatig toepassen: open staan voor andere gespreksonderwerpen, de patiënt aanmoedigen om over de huidige situatie te vertellen en de informatie aan laten sluiten bij de behoefte en het begrip van de patiënt. Daarnaast zijn de POH's gemiddeld iets minder dan de helft van de tijd aan het woord tijdens een consult. Dit komt overeen met het principe van MI (en de BECCI).

In het licht van de principes van MI zouden de POH's de volgende MI vaardigheden vaker mogen toepassen: samen met de patiënt bepalen welk leefstijlaspect aan bod komt, de patiënt aanmoedigen om over verandering te praten, doorvragen op gedachten en gevoelens van de patiënt, het gebruiken van reflecties op woorden en gedrag van de patiënt, het verhaal van de patiënt samenvatten, onderkennen dat veranderen vaak ingewikkeld is, respect tonen voor de beslissing van de patiënt om wel of niet te veranderen en samen met de patiënt ideeën uitwisselen over hoe verandering aan te pakken.

Tabel 4.2 Motiverende gespreksvoering vaardigheden van de POH's (n=19), gescoord volgens de BECCI

<i>Motivational interview vaardigheden, in cijfers^c</i>	<i>Gemiddelde score (SD)</i> (n=181 consulten)	<i>Percentage consulten waarin POH 3 of hoger scoort</i> (n=181)
Domein 1: agenderen en toestemming vragen	2,2 (0,59)	11,7%
1 De POH bepaalt samen met de patiënt welk leefstijlaspect aan de orde komt	1,6 (0,88)	11,7%
2 De POH staat open voor andere (gespreks)onderwerpen	2,8 (0,50)	80,0%
Domein 2: het hoe en waarom van gedragsverandering	1,6 (0,67)	3,33%
3 De POH moedigt aan om over de huidige situatie te vertellen	2,8 (0,62)	80,0%
4 De POH moedigt de patiënt aan om over verandering te praten	1,8 (1,15)	28,9%
5 De POH vraagt door op gedachten en gevoelens van de patiënt	1,6 (1,13)	22,8%
6 De POH gebruikt reflecties op de woorden en gedrag van de patiënt	0,8 (1,02)	10,0%
7 De POH vat regelmatig het verhaal van de patiënt samen	1,2 (0,99)	14,4%
Domein 3: het gehele consult	2,1 (0,77)	18,3%
8 De POH onderkent dat veranderen vaak ingewikkeld is	1,0 (1,17)	13,9%
9 De POH laat de informatie aansluiten bij de behoefte en begrip van de patiënt	3,2 (0,83)	86,1%
10 De POH toont respect voor de beslissing van de patiënt om wel of niet te veranderen	2,1 (0,87)	33,3%
Domein 4: praten over doelen		
11 POH en patiënt wisselen ideeën uit over hoe verandering aan te pakken	1,9 (0,82)	23,3%
De POH praat:		
1 Minder dan de helft		
2 De helft van de tijd	1,9 (0,69)	-
3 Meer dan de helft van het consult		

c 0= in het geheel niet, 1=minimaal, 2=enigszins, 3=regelmatig, 4=veelvuldig, n.v.t.=niet van toepassing.

Wanneer een score 'niet van toepassing' was in een consult is deze vervangen door de gemiddelde waarde van de items die wel van toepassing waren in dat consult, oftewel 'mean substitution' (Lane et al., 2005).

4.5.6 *Het bespreken van gezondheidsgedrag tijdens het consult tussen POH en patiënt*

Er is eveneens geobserveerd in hoeverre gezondheidsgedrag van de patiënt werd besproken tijdens de consulten, en op wiens initiatief (POH of patiënt).

In 43% van de consulten werd er over roken gesproken en in 31% van de consulten over alcohol gebruik. In 74% van de consulten kwam bewegen of sport aan bod en in 73% van de consulten voeding. Daarnaast werd er in sommige consulten gesproken over stress (11%) of slaapgedrag (9%). Roken werd meestal op initiatief van de POH besproken (n=65 consulten), tijdens 12 consulten op initiatief van de patiënt en tijdens 2 consulten zowel op initiatief van de POH als de patiënt. Alcohol werd eveneens meestal besproken op initiatief van de POH (n=38 consulten), tijdens 16 consulten op initiatief van de patiënt en één keer zowel op initiatief van de POH als de patiënt. Ook bewegen (n=84) en voeding (n=65) werden meestal op initiatief van de POH besproken. Bewegen werd in 33 consulten op initiatief van de patiënt besproken en voeding in 35 consulten. Daarnaast werd in 17 consulten bewegen besproken op initiatief van zowel de patiënt als de POH en voeding in 33 consulten zowel op initiatief van de patiënt als de POH. Voor het leefstijl gedrag van patiënten zie hoofdstuk 6.2.

4.6 *Conclusies en aanbevelingen over competenties POH*

Uitgaand van de benaming van modules en moduulbeschrijvingen lijken curricula van de opleidingen POH-somatiek inhoudelijk veel op elkaar. De structuur van de opleidingen is wel verschillend (modules, blokken en lintmodules of leerlijnen) en ook varieert de studielast. Om het voornemen tot meer uniformiteit in instroom- en uitstroomeisen te kunnen realiseren is een diepgaander analyse van de huidige curricula een voorwaarde. Een tweede voorwaarde is dat de eindtermen van de opleiding POH duidelijk zijn.

Inhoudelijke uitbreiding van het profiel met ouderenzorg, inclusief casemanagement en daarnaast preventie zal onderdeel moeten zijn van onderlinge afstemming tussen opleidingen. Enkele opleidingen bieden deze onderwerpen in moduulvorm al aan. Ook is er al bij meerdere hogescholen een opleiding praktijkverpleegkundige in de ouderenzorg. Deze verpleegkundigen worden opgeleid voor de praktijk van verpleegen verzorgingshuizen en wellicht is het mogelijk om de basis van deze opleiding toe te spitsen op de huisartspraktijk. Getoetst moet worden in hoeverre het bestaand aanbod van opleidingen bruikbaar is voor het beoogde toekomstige POH-profiel. Op het gebied van preventie kan nagegaan worden of de huidige vormen van secundaire preventie, zoals begeleiding van leefstijlverandering meer en misschien ook andere

interventies vraagt. Gedragsverandering is in het algemeen een langdurig en lastig proces, waarbij in stappen voortgang geboekt wordt (Lakerveld et. al., 2011).

Voor de onderbouwing van een opleidingsplan is het van belang dat de POH's zelf ook bevraagd worden naar hun achtergrond en competenties, zodat een passend aanbod aan bij- en nascholing ontwikkeld wordt. De gegevens van de Databank Communicatie geven duidelijk een indicatie, maar zijn tot nu toe nog maar een keer in kaart gebracht op basis van 181 consulten van 19 POH's.

De in- en uitstroomgegevens van de POH opleidingen laten een gestage groei van het aantal POH's zien. Voor de planning van mogelijk toekomstige instroom in opleidingen is niet alleen inzicht in de aantallen en spreiding van de reeds werkende POH's in ons land van belang, maar is ook helderheid over de uitbreiding van het POH-profiel nodig.

Inhoudelijke uitbreiding van het profiel heeft ook een verdere toename van aantallen POH's tot gevolg.

De verrichte analyse van de communicatievaardigheden van POH's (Databank Communicatie) is de eerste studie waarbij, door middel van video-observaties, inzichtelijk wordt gemaakt wat er zich in de spreekkamer van de praktijkondersteuner (POH) afspeelt. Hoewel POH's laten zien dat zij zeer vaardig zijn wat betreft het volgen van richtlijnen (zoals ook blijkt uit studie van Voogdt-Pruis e.a. 2011) en het toepassen van een groot aantal communicatievaardigheden, is er ook ruimte voor verbetering. Vooral motiverende gespreksvoering (MI) blijkt in de praktijk weinig te worden toegepast. Dit terwijl het leren van MI vaardigheden of 'behaviour change counseling' onderdeel uitmaken van de opleiding tot POH (zie hoofdstuk 4.3 en bijlage 4). Mogelijk staat het voldoen aan richtlijnen het juiste gebruik van MI vaardigheden in de weg (Voogdt-Pruis 2010; Berger 2011), aangezien MI vaardigheden patiëntspecifiek zijn in tegenstelling tot de het opvolgen van richtlijnen.

Onze bevindingen wat betreft MI vaardigheden komen overeen met de resultaten van andere studies onder POH's. Heinrich concludeert in haar proefschrift (2011) dat MI vaardigheden moeilijk te implementeren zijn in de dagelijkse consultvoering van POH's, wat betreft patiënten met type 2 diabetes. Een studie onder *public health nurses* in de vs laat bovendien vergelijkbare uitkomsten zien op MI vaardigheden, ook gescoord met de BECCI (Pfister-Minogue & Salvesson 2010). In hoeverre andere Nederlandse zorgverleners, zoals huisartsen, succesvol zijn in het toepassen van MI vaardigheden in de praktijk is niet duidelijk. Dit wordt verder onderzocht door middel van observatie onderzoek binnen de Databank Communicatie van het NIVEL. Een recente studie onder Duitse huisartsen laat echter wel zien dat huisartsen gemiddeld laag scoren op MI vaardigheden, eveneens gemeten met de BECCI (Sonntag e.a. 2011, in press). Wat betreft de algemene communicatievaardigheden lijken POH's en huisartsen vergelijkbaar te scoren (Hobma e.a. 2006).

Huisartsen scoren daarentegen wel beter op de opening van het gesprek en hulpvragen, maar minder op structureren, exploreren en empathie tonen in vergelijking met POH's. POH's besteden veel meer aandacht aan leefstijlfactoren dan huisartsen, zo werd in slechts 3% van de consulten door huisartsen met hypertensiepatiënten 'roken' ter sprake gebracht (Milder, 2008).

Een uitdaging voor de POH's (en verantwoordelijke huisartsen) is het vinden van goede na- en bijscholingen op dit gebied, waarmee MI daadwerkelijk deel uit gaat maken van de dagelijkse gespreksvoering met patiënten. Aan de hand van wetenschappelijk onderzoek zou nagegaan moeten worden welke interventies kunnen bijdragen aan het implementeren van MI in de dagelijkse praktijk. Een recente studie van Lakerveld et. al. (2011) heeft belangrijke determinanten bij leefstijlverandering in kaart gebracht, die gebruikt kunnen worden als basis voor interventies. Daarnaast zou de rol van patiënten, in het belemmeren van POH's om MI toe te passen, nog verder onderzocht moeten worden. Dat de huidige interventies nog verbeterd kunnen worden is één kant van het verhaal, daar staat tegenover dat door de inzet van POH's leefstijladviezen tijdens consulten met mensen met een chronische aandoening fors toegenomen zijn.

5 Taken van POH's

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het antwoord op vraag vier van deze studie gegeven: *'Welke taken oefenen praktijkondersteuners uit en wat zijn de variaties in de taakverdeling met andere professionals?'*

Inzicht in de inhoud van de huidige taken van POH's is noodzakelijk om de zwaarte van verdere uitbreiding van taken te kunnen beoordelen. Op basis daarvan kan vastgesteld worden wat de beoogde uitbreiding naar ouderenzorg en preventieve taken voor de zwaarte van de functie POH-somatiek betekent. Eenzelfde argumentatie geldt bij de POH-GGZ op de vraag of ook de begeleiding van bijvoorbeeld problemen zoals ADHD en e-health kennis in het takenpakket verondersteld kan worden.

De afbakening van taken die de POH verricht naar de taken van andere zorgverleners is een tweede aandachtspunt in dit hoofdstuk. Er blijkt sprake te zijn van enige overlap in de takenpakketten van praktijkassistenten en praktijkondersteuners (van den Berg en Simkens, 2006). In de periode 2007-2008 werd in 21 praktijken (Noordman et al., 2009) aan praktijkondersteuners en assistentes zelf gevraagd welke taken zij verrichtten. Daaruit bleek dat praktijkondersteuners de spreekuren en controles bij diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD noemden, naast ook hypertensiecontroles. De assistentes verrichtten ook nog vaak hypertensiecontroles, maar noemden verder nauwelijks taken gericht op mensen met een chronische aandoening of ouderen. In het Jaarboek Huisartsgeneeskunde 2009 (Derckx, 2009) is uitvoerig beschreven wie welke taken binnen de huisartspraktijk verricht. Of deze taakverdeling ook traceerbaar is, zal in dit hoofdstuk beschreven worden.

5.2 Recente gegevens over de taken van de POH (LINH)

De hier besproken gegevens bieden een beeld van de taken die POH's uitvoeren. Wij beperken ons daarbij tot taken voor zover ze tot uiting komen in zelfstandig door POH's uitgevoerde consulten. Op basis daarvan kan worden vastgesteld wat de belangrijkste klachten en diagnoses zijn in de consulten bij POH's. Er worden hier twee recente jaren besproken: 2010 en 2008. In deze jaren zijn door een verandering in het declaratiesysteem niet dezelfde basisgegevens gebruikt. In de methodesectie wordt dit verschil nader toegelicht.

5.2.1 *Method*

De gegevens zijn gebaseerd op het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) (Stirbu-Wagner e.a., 2011). LINH is een netwerk van 84 geautomatiseerde huisartspraktijken en bevat gegevens van meer dan 330.000 ingeschreven patiënten. De patiëntenpopulatie van LINH is representatief voor Nederland wat betreft leeftijd en geslacht en de spreiding van de praktijken landelijk. In LINH worden op continue wijze gegevens verzameld over patiëntencontacten, diagnoses, uitgevoerde verrichtingen, prescripties en verwijzingen.

Niet alleen worden in LINH contacten met de huisarts geregistreerd, maar ook contacten die patiënten hebben met andere praktijkmedewerkers, zoals de POH. Contacten met de POH zijn op twee verschillende manieren terug te vinden in LINH. Ten eerste wordt er per consult vastgelegd welke (door de arts gediagnosticeerde) klacht er in dit consult is behandeld en door wie de klacht is afgehandeld (huisarts, POH, of de assistente). Opgemerkt moet worden dat het hierbij gaat om degene die het betreffende patiëntencontact in het elektronisch patiëntendossier registreert. Het betreft hierbij niet alleen face-to-face contacten, maar ook administratieve handelingen bij contacten zoals het bijwerken van het patiëntendossier. Omdat de doktersassistente doorgaans veel patiëntencontacten registreert die mogelijk niet door haarzelf, maar door de huisarts (of wellicht door de POH) zijn verricht, zien wij in de hieronder weergegeven tabellen waarschijnlijk een overschatting van de echte contacten met de doktersassistente. De doktersassistente verwerkt bijvoorbeeld vaak laboratoriumuitslagen in de registratie.

Voor het jaar 2010 is weergegeven hoeveel POH-contacten er gemiddeld jaarlijks binnen de huisartspraktijk plaatsvinden en bij welke klachten/diagnoses. In het jaar 2002 is een vergelijkbaar onderzoek gedaan (Lamkadden, et al., 2004). Ook deze gegevens waren gebaseerd op LINH en zijn daarom goed te vergelijken met de gegevens van 2010.

Een tweede manier om te bepalen welke taken de POH verricht binnen de huisartspraktijk is het bekijken van de gedeclareerde verrichtingen. Sinds 2010 (en daarvoor al bij een aantal praktijken op experimentele basis) wordt een deel van de huisartsenzorg bekostigd door een zogenaamde keten-DBC, waarbij de arts voor de gehele zorg van de patiënt een vast bedrag krijgt voor bepaalde aandoeningen (zoals diabetes en COPD). Consulten en visites worden hierbij niet meer gedeclareerd via de verrichtingen en kunnen vanaf 2009 niet automatisch vanuit LINH in kaart worden gebracht. Omdat juist bij de genoemde aandoeningen vaak een POH betrokken is, is er voor gekozen om de LINH gegevens die gaan over gedeclareerde verrichtingen weer te geven over het jaar 2008, omdat toen verrichtingen nog gespecificeerd werden naar consulten en visites.

De hier weergegeven berekeningen zijn gebaseerd op gegevens van

praktijken die voldoen aan de kwaliteitscriteria voor registratie. Dit betekent dat praktijken gedurende het hele jaar voldoende hebben geregistreerd. Voor het jaar 2010 gaat het om 54 praktijken waarin dat jaar minstens één POH werkzaam was. Voor het jaar 2008 gaat het om 76 praktijken in totaal.

5.2.2 Contacten met de POH in 2010

Tabel 5.1 geeft de verdeling van het aantal contacten van de verschillende praktijkmedewerkers per praktijk (per 1000 ingeschreven patiënten) in praktijken waar volgens de huisartsenregistratie minimaal één POH werkzaam was in 2010. Gemiddeld werd 6% van de contacten binnen de huisartspraktijk uitgevoerd door de POH met een grote variatie tussen de praktijken. Het aantal contacten met de POH per 1000 patiënten lag in 2002 aanzienlijk lager; 173 contacten per 1000 patiënten, tegenover 397 in 2010.

Tabel 5.1 Gemiddelde aantal geregistreerde contacten per soort medewerker in praktijken met POH in 2010 (cijfers per 1000 ingeschreven patiënten)*

Gem. aantal contacten met de POH per praktijk (minimum-maximum)	397 (20-1.563)
Gem. % van alle contacten in de praktijk	6%
Gem. aantal contacten met de huisarts per praktijk (minimum-maximum)	2.702 (88-9.581)
Gem. % van alle contacten in de praktijk	41%
Gem. aantal contacten met de assistente per praktijk (minimum-maximum)	2.386 (92-8.702)
Gem. % van alle contacten in de praktijk	36%

* Exclusief contacten medewerker onbekend.

Het aantal contacten van de POH lijkt gering in vergelijking met de huisarts en doktersassistenten. Echter, zoals reeds in de methodesectie vermeld werd, verrichten doktersassistenten zeer veel kortdurende administratieve taken (waaronder herhaalrecepten en labuitslagen), terwijl zij in feite relatief minder zelfstandig afgehandelde contacten hebben met patiënten.

Verder moeten we ons realiseren dat er per fte huisarts gemiddeld 0,27 fte POH werkzaam is (zie hoofdstuk 4). Relateren we het aantal consulten van de POH aan dat van de huisarts dan komen we op 0,15 POH con-

sult per huisartsconsult. Als we ons verder realiseren dat de gemiddelde consultduur van POH's ruim twee keer zo lang is (22 tegen 10 minuten) als die van de huisarts (zie hoofdstuk 4) dan kan zeker niet worden geconcludeerd dat de POH minder productief is dan de huisarts.

5.2.3 Meest voorkomende diagnoses bij POH contacten in 2010

In de top 10 van de meest voorkomende klachten, diagnoses bij contacten met de POH staat Diabetes type 2 veruit bovenaan: 37,9% (tabel 5.2). Ook in het jaar 2002 was dit het geval (37,2%). De op één na meest voorkomende diagnose is hypertensie zonder orgaanbeschadiging. Ook in 2002 stond hypertensie op een tweede plaats. Op een derde plaats stond toen een consult in verband met de pil/anticonceptie. Het gegeven dat de pil tegenwoordig uit het basis verzekeringspakket is verdwenen en men voor een herhaalrecept niet meer langs de huisarts hoeft, is waarschijnlijk een verklaring voor het feit dat wij deze diagnose in 2010 niet meer terugvinden in de top 10. Astma en COPD blijken tegenwoordig meer voor te komen binnen de POH contacten. In 2002 vormden astma en COPD samen slechts 1,9% van de POH contacten.

Tabel 5.2 Top 10 meest voorkomende diagnoses bij de POH en de verdeling over de praktijkmedewerkers per afzonderlijke diagnose* (2010)

	<i>% van de POH contacten</i>
Diabetes type 2	37,9
Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	20,1
Astma	5,1
Emfyseem/COPD	4,2
Vetstofwisseling	2,4
Tabaksmisbruik	2,3
Hypertensie met orgaanbeschadiging	2,2
Onverklaarde afwijking bloedonderzoek	1,2
Verhoogde bloeddruk	1,1
Hoesten	0,8

* Exclusief diagnose onbekend, A99 en A97.

Voor de top 10 van diagnoses is gekeken naar het aandeel contacten dat de POH voor zijn/haar rekening neemt in vergelijking met het aandeel van de huisarts en de assistente (tabel 5.3). Hier zien wij dat de POH een aanzienlijk deel van de diabetes contacten uitvoert, alsmede een groot deel van de contacten betreffende tabaksmisbruik. Ook in 2002 werd al het grootste deel van de diabetes contacten uitgevoerd door de POH (37,2%). Tabaksmisbruik kwam in dat jaar niet in het rijtje voor en was

destijds wellicht nog geen aanleiding voor een bezoek aan de huisarts, dan wel de POH.

Tabel 5.3 Verdeling contacten over de praktijkmedewerkers per diagnose* (2010)

	% POH	% Huisarts	% Assistenten**	% Overig***
Diabetes type 2	44,2	14,1	36,9	4,8
Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	18,9	23,4	49,9	7,8
Astma	18,5	22,8	48,7	10
Emfyseem/COPD	19,6	26,6	44,2	9,6
Vetstofwisseling	12,3	18,5	63,0	6,2
Tabaksmisbruik	43,8	33,6	13,4	9,2
Hypertensie met orgaanbeschadiging	19,0	25,9	47,0	8,1
Onverklaarde afwijking bloedonderzoek	25,7	35,7	27,9	10,7
Verhoogde bloeddruk	11,9	34,4	41,7	12
Hoesten	5,9	41,1	36,6	16,4

* Exclusief diagnose onbekend, A99 en A97.

** Contacten betreffen ook administratieve taken, zonder face-to-face contact.

***Overige praktijkmedewerkers, zoals: HIDHA, waarnemer, administratief medewerker, stagiair.

5.2.4 Taakverdeling huisarts en POH in de huisartspraktijk in 2008

Wanneer wij de taken bekijken op basis van gedeclareerde verrichtingen in de huisartspraktijk (tabel 5.4), valt op dat de taken van de POH in de huisartspraktijk voornamelijk bestaan uit het lange consult (>20 minuten) en de lange visite (>20 minuten).

Tabel 5.4 Verdeling huisarts en POH op basis van gedeclareerde verrichtingen (2008)

	<i>POH (%)</i>	<i>Huisarts (%)</i>
Consult kort	3,7	96,3
Consult lang	22,1	77,9
Visite kort	5,8	94,2
Visite lang	15,7	84,3
Telefonisch consult	6,8	93,2
Herhaalrecept*	0,4	99,6
Vaccinatie	0,2	99,8

* Herhaalrecepten worden de facto afgehandeld door de praktijkassistente, maar geaccordeerd door en gedeclareerd via de huisarts, na 2008 waren herhaalrecepten overigens niet meer apart declareerbaar.

5.2.5 Verdeling huisarts en POH per diagnose in 2008

In tabel 5.5 is per diagnose de verdeling in verrichtingen door de huisarts, dan wel de POH weergegeven. Een verrichting kan zijn: een kort consult, een lang consult, een visite (kort of lang), een telefonisch consult, een herhaalrecept. Het overgebleven percentage bestaat uit 'overige verrichtingen'. Een overige verrichting kan zijn bijvoorbeeld een vaccinatie, een longfunctiemeting (bij astma, of COPD), of een glucose teststrip (bij diabetes). Deze overige verrichtingen komen of relatief weinig voor, of het is niet bekend wie deze verrichting heeft uitgevoerd. Deze percentages zijn in onderstaande tabel daarom niet verder uitgesplitst.

Zoals eerder aangegeven, zien wij ook hier dat de POH de grootste rol speelt bij de 'lange consulten'. Korte consulten en andere verrichtingen worden voor het grootste deel door de huisarts zelf uitgevoerd.

Wanneer wordt gekeken naar afzonderlijke verrichtingen per diagnose, zien wij dat de POH de grootste rol speelt bij het diabetesconsult. Van alle gedeclareerde verrichtingen voor diabetes, bestond 10% uit lange POH-consulten, terwijl een kleine 3% uit lange huisartsconsulten bestond. Ook de lange visites en de telefonische consulten werden voornamelijk uitgevoerd door de POH. Ook bij consulten betreffende hypertensie (met of zonder orgaanbeschadiging) en vetstofwisseling werden meer lange consulten door de POH gedaan, dan door de huisarts. Korte consulten, visites en telefonische consulten werden bij deze aandoeningen echter voornamelijk door de huisarts uitgevoerd. Aangezien de POH in principe geen recepten uitschrijft, zijn de percentages 'herhaalrecept door de POH' zeer laag.

Opmerkelijk is dat POH's blijkbaar ook verrichtingen doen bij urineweg-infectie, een aandoening die niet specifiek bij een van de groepen mensen met een chronische aandoening hoort.

Tabel 5.5 Verdeling verrichtingen door POH en door huisarts per diagnose (2008)¹

	<i>POH (%)</i>	<i>Huisarts (%)</i>
Diabetes type 2 (T90)		
Consult kort	6,1	11,6
Consult lang	9,9	2,9
Visite kort	0,9	1
Visite lang	1,1	0,3
Telefonisch consult	5,1	3,6
Herhaalrecept	0,4	39,2
Overig	17,9	
Hypertensie zonder orgaanbeschadiging (K86)		
Consult kort	6,9	26,8
Consult lang	4	3,4
Visite kort	0,3	1
Visite lang	0,2	0,3
Telefonisch consult	0,5	2,3
Herhaalrecept	0,2	50,6
Overig	3,5	
Astma (R96)		
Consult kort	2,3	20,7
Consult lang	2,3	2,7
Visite kort	0	0,8
Visite lang	0	0,2
Telefonisch consult	0,8	3,7
Herhaalrecept	0,2	60
Overig	6,3	
Vetstofwisseling (T93)		
Consult kort	2,5	11,6
Consult lang	3,3	2,3
Visite kort	0	0,3
Visite lang	0	0,1
Telefonisch consult	0,4	5,8
Herhaalrecept	0,4	70,7
Overig	2,6	
Emfyseem/COPD (R95)		
Consult kort	2,7	17,8
Consult lang	3	2,9
Visite kort	0,2	5,4
Visite lang	0,4	1,5
Telefonisch consult	1,1	4,8
Herhaalrecept	0,3	52,4
Overig	7,5	

Tabel 5.5 Vervolg

	<i>POH (%)</i>	<i>Huisarts (%)</i>
Hypertensie met orgaanbeschadiging (K87)		
Consult kort	3,8	23,3
Consult lang	4,2	3,2
Visite kort	0,4	1,7
Visite lang	0,4	0,5
Telefonisch consult	0,8	2,3
Herhaalrecept	0,3	55,4
Overig	3,7	
Verhoogde bloeddruk (K85)		
Consult kort	5,1	47
Consult lang	2,8	6,5
Visite kort	0,1	0,6
Visite lang	0,1	0,1
Telefonisch consult	0,4	3,1
Herhaalrecept	0,1	28,7
Overig	5,4	
Cystitis (U71)*		
Consult kort	0,9	49,7
Consult lang	0,2	2,9
Visite kort	0,1	2,1
Visite lang	0,1	0,6
Telefonisch consult	0,3	13,7
Herhaalrecept	0	10,8
Overig	18,6	
Angina pectoris (K74)**		
Consult kort	1,5	12,8
Consult lang	1,3	4
Visite kort	0	2,3
Visite lang	0,1	1,2
Telefonisch consult	0,3	3,6
Herhaalrecept	0,3	69,6
Overig	3,0	
Decompensatio cordis (K77)**		
Consult kort	0,7	11
Consult lang	0,8	2,7
Visite kort	0,5	11,9
Visite lang	0,6	3,8
Telefonisch consult	0,6	7,3
Herhaalrecept	0,3	56,3
Overig	3,5	

* *Urineweginfectie.*

** *Aandoeningen hart- en vaatziekten.*

1 *Elk blok telt op tot 100%. Dus alle type contacten van POH en huisarts per aandoening opgeteld.*

5.2.6 *Taken van de POH-GGZ*

Gebaseerd op het al eerder vermeldde vragenlijstonderzoek (N=76, repons 64% van POH's-GGZ) in 2010 blijkt dat de POH-GGZ vooral patiëntgebonden taken verricht (Verhaak et al., 2010).

Probleemverheldering wordt het meest frequent uitgevoerd, gevolgd door kortdurende behandeling, psycho-educatie en signalering.

Verwijzing naar een andere behandelaar komt ook regelmatig voor, maar minder frequent dan de eerder genoemde taken. Sommige (5 in onze steekproef) POH's-GGZ richten zich op specifieke groepen: kinderen, ouderen of chronisch psychiatrische patiënten. Er is geen verschil in taken tussen POH's die in dienst zijn van een huisarts, of van de tweedelijns, of zelfstandig werkend. Bijna de helft werkt binnen specifieke programma's, zoals 'Doorbraak' gericht op depressie en angst. Binnen deze programma's wordt veel aandacht besteedt aan professionalisering met extra aandacht voor signalering en protocollaire behandeling van deze stoornissen.

Uit registratiegegevens verzameld door 23 POH's-GGZ werkzaam bij huisartspraktijken in de provincie Groningen blijkt dat 60% van de problemen benoemd kan worden als psychisch (angst, stress, depressief gevoel, slaap- of aanpassingsproblemen), 33% bestaat uit psycho-sociale problemen (werk, school, relatie en gezin of opvoeding) en 7% uit gedragsproblemen (Van der Zee en Verhaak, 2011).

Met een gemiddelde werkweek van 2 dagen per week ziet de POH-GGZ bijna 60 patiënten per maand. Elk consult duurt gemiddeld tussen een half uur en drie kwartier en per patiënt heeft de POH gemiddeld 4 of 5 contacten (Verhaak et al., 2010).

5.3 *Conclusies en aanbevelingen over taken van de POH*

De taken van de POH-somatiek betreffen vooral de zorgverlening aan mensen met een chronische aandoening. Dat de POH verreweg de belangrijkste rol speelt bij het diabetesconsult blijkt bijvoorbeeld wanneer wordt gekeken naar de verdeling per praktijkmedewerker; hier zien wij dat de POH ruim 44% van de diagnoses diabetes voor zijn/haar rekening neemt. Bij de huisarts is dit 14%. Dat nu ook veel mensen met de diagnose tabaksmisbruik bij de POH komen, is een aanwijzing dat leefstijladviezen over het stoppen met roken verhoudingsgewijs in de laatste jaren meer aandacht krijgt in het takenpakket van de POH.

Daarnaast kan afgelopen jaar van invloed zijn geweest dat de meeste patiënten wisten dat tot einde 2011 de ondersteunende middelen (pleisters, kauwgom, medicatie) nog vergoed zou worden.

Wat betreft de uitgevoerde taken (verrichtingen) in de vorm van kort consult, lang consult, visite, telefonisch consult of het uitschrijven van een herhaalrecept, laten de gegevens van 2008 zien dat de POH voorna-

melijk de lange consulten voor zijn/haar rekening neemt, terwijl de huisarts vooral korte consulten doet.

Of er inhoudelijk overlap is in de taakverdeling met de huisarts en de doktersassistente kan op basis van de LINH-gegevens niet eenduidig afgeleid worden. De gegevens over taken van de POH die wij nu kennen, geven een indicatie van hun werkzaamheden, maar nog geen volledig concreet beeld van het specifieke deel van de taken dat bij de POH ligt en welk deel vooral bij de huisarts. Aanvullend onderzoek onder POH's kan op dit punt meer helderheid bieden over de concrete taken die POH's uitvoeren.

Naar aanleiding van wat nu bekend is over de taken van POH-somatiek kan geconstateerd worden, dat POH's nog weinig of geen ervaring hebben met ouderenzorg en preventie. POH's zullen weliswaar veel oudere patiënten zien, maar ook andere leeftijdsgroepen met chronische aandoeningen. Bovendien verrichten zij conform het competentieprofiel de geprotocolleerde controletaken, zoals bleek uit de observaties waarover in hoofdstuk 4 gerapporteerd werd. Ouderenzorg en preventie als beoogde uitbreiding in de taken van POH's vraagt een protocoloverstijgende benadering en daarnaast ook kennis van behoeften en vragen die bij oudere patiënten voorkomen. De benadering van oudere patiënten en inzicht in multimorbiditeit die bij ouderen meer zal voorkomen, vraagt een expliciete aanvulling op de huidige taken van POH's. Als voorbereiding op die taken zal in de POH opleiding en bijscholing aandacht besteed moeten worden aan deze inhoudelijke aanvulling.

Op basis van wat nu bekend is over de taken van de POH-GGZ kan gesteld worden, dat zij vooral zullen signaleren wat er aan de hand is (bij problematiek zoals bijvoorbeeld ADHD) en vervolgens doorverwijzen voor een behandeltraject bij eerstelijnspsychologen. Kennis over het gebruiken van e-health toepassingen zou wel verwacht kunnen worden als onderdeel van de deskundigheid van een POH-GGZ. Voor hun taken en ook voor het doorverwijzen is inzicht in de regionale sociale kaart bijvoorbeeld een belangrijke vereiste.

6 Perspectief van patiënten

6.1 Inleiding

Patiënten hebben in de afgelopen tien jaar ervaring opgedaan met de zorg die POH's verlenen.

De mate waarin patiënten positief zijn over de zorgverlening door POH's is een van de factoren op basis waarvan met vertrouwen aan een toekomstige uitbreiding van taken gewerkt kan worden. Vandaar dat we in dit hoofdstuk vraag vijf van deze studie willen beantwoorden:

'Wat is bekend over de kwaliteit van de beroepsbeoefening vanuit patiënt-perspectief?'

Het antwoord op die vraag wordt in de eerste plaats gebaseerd op recente gegevens uit de Databank Communicatie, die ontleend zijn aan video-opnamen gemaakt van consulten met POH's. Aanvullend onderdeel bij deze data zijn ook enquêtegegevens van patiënten over hun verwachtingen en voorkeuren ten aanzien van de POH (6.2) Daarnaast zijn resultaten verwerkt van een aantal onderzoeken onder panelleden van het Panel mensen met een Chronische aandoening en Gehandicapten (NPCG, NIVEL), die hun mening gaven over de ontvangen zorg door de POH (6.3).

6.2 Verwachtingen en voorkeuren van de patiënt over de POH

6.2.1 Inleiding

In het kader van onderzoek voor de Databank Communicatie (zie ook hoofdstuk 4.5) zijn video-opnamen gemaakt van alledaagse consulten tussen patiënten en POH's, en zijn vragenlijsten afgenomen bij deze patiënten. Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van zelfgerapporteerde gegevens van patiënten die de POH bezochten in 2010-2011.

6.2.2 Methode

Negentien POH's en 181 patiënten hebben meegedaan aan het onderzoek naar 'consultvoering van praktijkondersteuners'. Op de opnamedagen (zie ook methodehoofdstuk 4.5.2) werden patiënten uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Slechts 14 patiënten (7,7%) wilden niet deelnemen aan het onderzoek, waarvan acht vrouwen en zes mannen. Resultierend in 181 deelnemende patiënten.

Patiënten hebben voorafgaand aan het consult met de POH een korte vragenlijst ingevuld. Deze vragenlijst bevatte vragen over achtergrondgegevens, klachten, ervaren gezondheid, leefstijl, in hoeverre patiënten bepaalde aspecten van belang achtten voor het consult van die dag (aangepaste QUOTE-communicatie) en in hoeverre zij de voorkeur

gaven aan een huisarts of POH bij het uitvoeren van bepaalde taken. De resultaten die hieronder worden beschreven hebben zodoende betrekking op vragenlijstgegevens van 181 patiënten.

6.2.3 Resultaten

• *Achtergrond gegevens patiënten*

De 181 deelnemende patiënten zijn tussen de 19 en 86 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 63 jaar (SD:13.11). De helft van de deelnemende patiënten is vrouw. 51% van de patiënten heeft een middelbare opleiding afgerond, 30% heeft geen opleiding of alleen lagere school afgerond en 13% heeft een HBO of universitaire opleiding afgerond. Tien patiënten hebben hun opleidingsniveau niet ingevuld. De meeste patiënten zijn getrouwd of wonen samen (n=125), 12 patiënten zijn gescheiden, 15 zijn weduwe of weduwnaar en 22 patiënten zijn alleenstaand. Zeven patiënten hebben hun burgerlijke stand niet ingevuld. De meeste patiënten die bij de POH komen zijn met pensioen (46%), 28% heeft betaald werk, 14% is huisvrouw of -man, 5% is arbeidsongeschikt (WIA/wajong uitkering), 2% is werkloos (ingeschreven bij arbeidsbureau) en 1% studeert momenteel. Acht patiënten hebben niet aangegeven wat hun werkzaamheden momenteel zijn.

Volgens de etniciteit definitie van het CBS (www.cbs.nl) is 79% van de patiënten autochtoon, 9% westers allochtoon en 10% niet-westers allochtoon. Vier patiënten hebben niet aangegeven in welk land zij (en hun ouders) zijn geboren.

Het merendeel van de patiënten dat bij een POH komt, heeft een of meerdere chronische ziekten (n=120), waarvan patiënten met Diabetes type 2 de grootste groep vormt. Zevenenvijftig patiënten komen bij de POH vanwege een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, zoals overgewicht, roken of hypertensie (zie tabel 6.1).

Tabel 6.1 Aandoeningen (chronische ziekten/ risicofactoren) van de patiënten (n=181)

<i>Aandoening (chronische ziekte/ risicofactor)</i>	<i>Aantal patiënten (n)</i>
Diabetes type 2	87
Hypertensie (hoge bloeddruk)	44
COPD/astma	26
Hart- en vaatziekten	4
Overig (o.a. roken, overgewicht, nierziekten, cholesterol)	20
Patiënt heeft chronische ziekte (diagnose gesteld)	120
Patiënt heeft alleen risicofactor(en)	57
Onbekend/onduidelijk	4

- **Leefstijl, volgens patiënten**

Patiënten hebben in de vragenlijst aangegeven in hoeverre zij roken, alcohol gebruiken en bewegen. 47 patiënten (26%) gaven aan te roken, 27 patiënten (15%) lieten weten elke dag alcohol te gebruiken en 85 patiënten (47%) gebruiken af en toe alcohol.

Volgens de Nederlandse norm gezond bewegen zou een volwassen individu tenminste 5 dagen 30 minuten matig intensief moeten bewegen. Hieronder valt (intensief) sporten, maar bijvoorbeeld ook wandelen, tuinieren en klussen. 93 patiënten (51%) voldoen naar eigen zeggen aan deze beweegnorm.

In tabel 6.2 worden de zelfgerapporteerde mate van gezondheid en zorgen van de patiënt over zijn/haar aandoening weergegeven, naar type aandoening.

De meeste patiënten geven, onafhankelijk van hun aandoening, aan dat zij hun gezondheid over het algemeen goed vinden. Twaalf procent van de patiënten geven zelfs aan dat zij hun gezondheid als zeer goed tot uitstekend ervaren. Toch geeft gemiddeld 27 procent van de patiënten aan dat zij hun gezondheid matig vinden, en vier patiënten ervaren hun gezondheid als slecht. Wanneer we kijken naar de mate van gezondheid in relatie tot de aandoeningen dan valt op dat de patiënten met Diabetes type 2 hun gezondheid gemiddeld gezien iets slechter vinden dan patiënten met de andere aandoeningen.

Tweënvijftig procent van de patiënten geeft aan zich (helemaal) geen zorgen te maken over hun ziekte of klacht. Twintig procent van de patiënten liet echter weten zeer bezorgd te zijn over hun aandoening. Patiënten met hypertensie lijken zich minder zorgen te maken over hun aandoening dan patiënten met andere aandoeningen.

Tabel 6.2 Zelfgerapporteerde mate van ervaren gezondheid en zorgen over aandoening, naar aandoening van de patiënt (n=181, 1 tot 3 missings op item niveau)

Aandoening van patiënten	Diabetes type 2 (n=87)	Hyper-tensie (n=44)	COPD/ astma (n=26)	Hart- en vaat- ziekten (n=4)	Overige aandoeningen (n=20)	Totaal aantal (n=181)
Mate van gezondheid						
Uitstekend	4%	2%	4%	-	-	3%
Zeer goed	8%	7%	11%	-	11%	9%
Goed	54%	67%	54%	75%	61%	59%
Matig	29%	24%	31%	25%	28%	27%
Slecht	5%	-	-	-	-	2%
Zorgen over aandoening						
Helemaal geen zorgen	22%	43%	25%	50%	33%	29%
Geen zorgen	19%	31%	29%	25%	11%	23%
Enigszins zorgen	34%	19%	25%	25%	28%	28%
Veel zorgen	19%	2%	2%	-	6%	14%
Zeer veel zorgen	6%	5%	-	-	22%	6%

- ***Van belang voor het huidige (op video-opgenomen) consult, volgens patiënten***

In tabel 6.3 wordt weergegeven wat patiënten belangrijk vinden met betrekking tot het huidige (op video-opgenomen) consult met de POH. Vooral van belang vinden patiënten dat de POH hen serieus neemt, goed luistert, open is, voldoende tijd neemt (affectieve aspecten) en advies geeft over wat de patiënt aan zijn/haar klachten kan doen (instrumenteel aspect). Bij dit geobserveerde consult vinden patiënten het minst van belang dat de POH hen helpt om te stoppen met roken of adviseert over alcoholgebruik (leefstijl gerelateerde aspecten). 25 tot 30 procent van de patiënten vindt ook dit wel van belang voor het huidige consult.

Tabel 6.3 Uitkomsten vragenlijst patiënt, voorafgaand aan het consult
(n=181)

<i>Ik vind het belangrijk voor mijn huidige consult dat de POH...</i>	<i>Niet belangrijk (%)</i>	<i>Belangrijk (%)</i>	<i>'Missing' (%)</i>
Affectieve aspecten			
a open is tegen mij	5	92	3
b voldoende tijd voor mij neemt	4	92	4
c mij serieus neemt	4	91	5
d goed luistert naar wat ik te zeggen heb	5	91	4
e voldoende aandacht aan mij besteedt	7	87	6
f vriendelijk is	10	86	4
g met mij meeleeft	30	66	4
h aandacht heeft voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met mijn gezondheid	30	62	8
Instrumentele aspecten			
i mij advies geeft over wat ik aan mijn klachten kan doen	6	91	3
j goede informatie geeft over de behandeling	7	88	5
k goed uitlegt wat er aan de hand is	10	85	5
l iets aan mijn klachten doet	9	85	6
m mij onderzoekt	17	80	3
n mij informatie geeft over mogelijke bijwerkingen van medicijnen	14	78	8
o verschillende behandelmogelijkheden met mij bespreekt	18	78	4
p mij laat (mee)beslissen over de hulp of behandeling die ik krijg	19	77	4
q medicijnen voorschrijft voor mijn klachten	20	74	6
r vaststelt wat ik mankeer	22	73	5
s de uiteindelijke beslissing neemt over de behandeling of hulp die ik krijg	22	73	5
t mij doorverwijst (bijvoorbeeld naar een specialist of fysiotherapeut)	24	72	4
u goed inschat of mijn klacht ook een andere oorzaak heeft dan een lichamelijke (zoals problemen op het werk/school/thuis of psychische problemen)	21	71	8
v bereid is met mij te praten over fouten of over zaken die, naar mijn mening, niet goed zijn gegaan	25	66	9
Leefstijl gerelateerde aspecten			
w mij adviseert over mijn eetgewoonten	34	61	5
x mij bewegingsadviezen geeft	39	55	6
y mij adviseert over mijn alcoholgebruik	61	30	9
z mij helpt om te stoppen met roken	65	25	10

- **Voorkeur van patiënten met betrekking tot het vervullen van taken door de huisarts of (ook) door de POH**

Veel patiënten vinden dat de meeste van genoemde taken ook door POH's uitgevoerd kunnen worden (zie tabel 6.4). Volgens patiënten kunnen met name periodieke controles, het geven van voorlichting en advies, eenvoudige handelingen en hulp bieden bij leefstijlgerelateerde klachten ook worden uitgevoerd door een POH.

Alleen wat betreft het stellen van de diagnose en het uitschrijven van nieuwe medicatie geven de meeste patiënten aan een voorkeur te hebben voor de huisarts. Voor doorverwijzen, hulp bij psychische of sociale problemen en het onderhouden van contacten met bijvoorbeeld thuiszorg of ziekenhuis doen de meeste patiënten ook liever een beroep op de huisarts.

Tabel 6.4 Voorkeur van patiënten m.b.t. taken te vervullen door huisarts of (ook) door POH (n=181)

<i>Taken</i>	<i>Moet door huisarts uitgevoerd worden (%)</i>	<i>Kan OOK door POH uitgevoerd worden (%)</i>	<i>'Missing' (%)</i>
a Periodieke controle, bijvoorbeeld bij verhoogde bloeddruk, suikerziekte, astma	9	84	7
b Geven van voorlichting, advies	14	78	8
c Eenvoudige handelingen zoals uitstrijkjes maken, wratten aanstippen, hechtingen verwijderen	13	78	9
d Hulp bieden bij bijvoorbeeld stoppen met roken, omgaan met alcohol, volgen van een dieet	12	77	11
e Herhaalrecepten uitschrijven	20	71	9
f Geven van instructie bij het gebruik van geneesmiddelen of hulpmiddelen	25	67	8
g Zorg door andere zorgverleners of instanties (bijvoorbeeld de thuiszorg) voor mij regelen als ik die nodig heb	24	63	13
h Onderhouden van contacten met bijvoorbeeld thuiszorg of ziekenhuis	38	53	9
i Uitslagen van onderzoek of testen met mij bespreken	40	51	9
j Hulp bieden bij psychische of sociale problemen	51	36	13
k Doorverwijzen	58	32	10
l Nieuwe medicijnen voorschrijven	69	23	8
m Diagnose stellen	75	17	8

6.3 *Mening van mensen met een chronische aandoening over de zorg en de bijdrage van de POH*

Leden van het Nationaal Panel mensen met een Chronische aandoening en Gehandicapten, (NPCG, NIVEL) worden periodiek gevraagd naar hun mening over de ontvangen zorg en feitelijke gegevens over hun zorggebruik. De leden zijn geselecteerd in huisartspraktijken gespreid over heel Nederland op basis van medische diagnoses, jaarlijks wordt een deel van het panel dat circa 3800 leden telt, 'ververst'. De gegevens over de periode 1997-2008 zijn geanalyseerd om de ontwikkelingen in de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte te volgen en de effecten van beleid zichtbaar te maken (Heijmans et al., 2010). Uit het zelfgerapporteerde zorggebruik blijkt dat in de onderzochte periode de zorg meer multidisciplinair is geworden. Ook praktijkondersteuners en verpleegkundigen zijn bij de zorg voor mensen met een chronische aandoening betrokken door taakdelegatie van respectievelijk huisartsen en de specialisten. De zorg is daardoor voor patiënten laagdrempeliger geworden. De tevredenheid van patiënten is op een aantal punten toegenomen. Zo is men meer tevreden over de samenwerking tussen de huisarts en andere zorgverleners, en over de snelheid waarmee men na verwijzing bij een andere zorgverlener terecht kan. Ook wordt de toegankelijkheid beter beoordeeld.

De geïntegreerde programmatische aanpak vanuit een individueel zorgplan is voor patiënten nog niet zichtbaar. De groepen die het meest baat zouden kunnen hebben bij een programmatische aanpak lijken nog de minste ondersteuning te krijgen bij de omgang met hun ziekte: kwetsbare ouderen (75-plus), patiënten met multimorbiditeit, mensen met een chronische aandoening met beperkingen en mensen met een chronische aandoening met minder gezondheidsvaardigheden.

Diabetespatiënten en patiënten met astma of COPD zijn iets positiever over de organisatie van de zorg en de informatie daarover, zij merken in de praktijk al het meest van de programmatische benadering en zelfmanagementondersteuning (Heijmans et al., 2010). Dit zijn de aandoeningen waarbij de POH een belangrijke rol speelt, in elk geval bij diabetes en bij COPD in mindere mate.

In de *astma/COPD-monitor* volgt het NIVEL sinds 2001 de situatie van mensen met deze aandoening. In 2007 is aan het panel van mensen met deze diagnose gevraagd wat zij het belangrijkste vinden aan kwalitatief goede zorg voor mensen met COPD (Heijmans, 2009). 80-95% van de mensen met COPD hadden behoefte aan informatie over hoe om te gaan met COPD en klachten als kortademigheid. Het betreft vooral adviezen over zelfzorg, medicijngebruik en de juiste manier van bewegen. Een ander belangrijk punt was actieve ondersteuning en controle op zelfzorg en medicijngebruik door zorgverleners. Dit werd door 75%-80%

van de mensen met COPD genoemd. Deze twee aandachtspunten betreffen de taken die POH's in de begeleiding van deze patiëntgroep verzorgen. Respectievelijk 30% van de astma en 42% van de COPD- patiënten gaf aan dat zij contact hadden met een POH (Heijmans, 2009). De meesten geven aan dat de POH voorlichting geeft over hun ziekte en over het gebruik van medicijnen (ongeveer 95%). Verder bespreekt de POH het behandelplan met de patiënten en geeft de POH begeleiding bij de dagelijkse omgang met de ziekte (ongeveer 90%). De voorlichting en begeleiding die huisartsen geven wordt ook positief gewaardeerd door patiënten, maar de zorg die POH's bieden is toegankelijker. Ook hebben POH's meer tijd en zijn de wachttijden minder lang dan bij de huisarts. De patiënten zijn zeer tevreden over de POH, maar de adviezen rondom zelfzorg en leefregels die de POH geeft, blijken volgens 15% van de astmapatiënten en 19% van de COPD-patiënten af te wijken van de informatie die de huisarts of longarts geeft. En dat schept verwarring over zelfzorgtaken zoals het zelf aanpassen van medicatie.

In 2007 vulden 994 patiënten met diabetes type 2 een vragenlijst in, waarin gevraagd werd naar de tevredenheid over de geleverde zorg en aan wie zij de voorkeur gaven als diabeteszorgverlener (Gorter et al., 2011). De belangrijkste zorgverlener in de eerste lijn was voor 68% van de patiënten de diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner, in de tweede lijn voor 78% van de patiënten de internist. Ongeveer de helft was tevreden over de zorgverlening door huisarts of specialist; ruim tweederde was tevreden over de diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner.

Bij het verschijnen van de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement in 2006 betrok men in Nederland ook praktijkondersteuners bij de preventie van hart- en vaatziekten (CBO/NHG, 2006). Patiënten blijken over het algemeen positief te zijn over de preventie van hart- en vaatziekten door huisartsen (Kehler et al., 2008; Wan et al., 2008). Aan 653 patiënten die tot de risicogroep voor hart- en vaatziekten horen, werd een vragenlijst voorgelegd en 69% vulde de vragenlijst in. Vrijwel alle patiënten zijn tevreden met het CVRM (Cardiovasculair risicomanagement)-spreekuur: 61% beoordeelde het spreekuur als 'goed' en 38% als 'voldoende' (Voogdt-Pruis et al., 2010). En 87% van de patiënten gaf aan dat zij de praktijkondersteuner zouden aanbevelen bij andere patiënten. Opvallend was dat 'mensen met een ongezonde leefstijl minder positief waren op enkele punten. Rokers voelden zich in vergelijking met niet-rokers vaker 'op de vingers getikt' en vonden dat de POH 'minder begrip had voor hun situatie' en 'minder goed uitleg' gaf.

6.4 *Conclusies en aanbevelingen over het perspectief van de patiënt*

Uit de patiëntenenquête van de Databank Communicatie (NIVEL, 2011) blijkt dat het merendeel van de patiënten dat bij de POH komt, een of meerdere chronische ziekten heeft, waarvan patiënten met diabetes type 2 de grootste groep vormt. Eenendertig procent van de patiënten komt enkel bij de POH vanwege een verhoogd risico, zoals overgewicht of hypertensie.

Patiënten vinden het vooral van belang voor het geanalyseerde consult dat de POH hen serieus neemt, goed luistert, open is, voldoende tijd neemt (affectieve aspecten) en advies geeft over wat de patiënt aan zijn/haar klachten kan doen (instrumenteel aspect). Patiënten willen van hun POH dus vooral een luisterend oor. Zoals in hoofdstuk 5 al naar voren kwam, zijn de consulten van POH's in elk geval dubbel zo lang als die van de huisarts. Voldoende tijd nemen en een luisterend oor van de zorgverlener, is voor de tevredenheid van patiënten van groot belang (Heiligers et al., 2010). Een luisterend oor wordt door patiënten overigens ook als een van de meest gewaardeerde vaardigheden van de huisarts beschouwd (Bensing et al., 2011).

Het minst van belang voor het huidige consult vinden patiënten dat de POH hen helpt om te stoppen met roken of adviseert over alcoholgebruik (leefstijl gerelateerde aspecten). Dit wil niet zeggen dat patiënten over het algemeen ook minder belang hechten aan het bespreken van leefstijlgerelateerde aspecten. Het kan zijn dat leefstijlgerelateerde onderwerpen al in een eerder consult aan bod zijn gekomen of voor een volgend consult gepland staan. Daarnaast komt uit ander onderzoek naar voren dat onderwerpen als roken en alcoholgebruik ook minder vaak met huisartsen besproken worden (Milder et al., 2008; Vervloet et al., 2009).

Het merendeel van de patiënten vindt dat de meeste taken die door huisartsen worden uitgevoerd ook door POH's uitgevoerd kunnen worden. Volgens patiënten kunnen met name periodieke controles, het geven van voorlichting en advies, eenvoudige handelingen en hulp bieden bij leefstijlgerelateerde klachten ook worden uitgevoerd door een POH. Alleen wat betreft het stellen van de diagnose en het uitschrijven van nieuwe medicatie geven de meeste patiënten aan een voorkeur te hebben voor de huisarts. Voor doorverwijzen, hulp bij psychische of sociale problemen en het onderhouden van contacten met bijvoorbeeld thuiszorg of ziekenhuis doen de meeste patiënten ook liever een beroep op de huisarts. Dit suggereert dat vanuit het perspectief van de patiënt de taken van huisarts en POH meer als complementair dan inwisselbaar beschouwd worden.

In de periode tussen 1997 tot 2008 blijkt de tevredenheid over de verleende zorg onder mensen met een chronische aandoening te zijn toegenomen. Na de invoering van de taakdelegatie van de huisarts naar de praktijkondersteuner en van de specialist naar de verpleegkundige is de zorg voor patiënten laagdrempeliger geworden. Patiënten zijn sindsdien meer tevreden over de toegankelijkheid van de zorg, over de samenwerking tussen de huisarts en andere zorgverleners en over de snelheid waarmee ze terecht kunnen bij andere zorgverleners na een doorverwijzing. Over de zelfmanagementondersteuning, dit wil zeggen de ondersteuning die patiënten krijgen bij het omgaan met hun ziekte zijn vooral diabetespatiënten en patiënten met COPD of astma het meest positief in vergelijking met andere patiëntgroepen. Ook apart onderzoek bij elk van de drie groepen mensen met een chronische aandoening waaraan POH's zorg verlenen, geeft een vergelijkbaar beeld van een hoge mate van tevredenheid onder patiënten. Met deze conclusies kan vanuit het patiëntperspectief met vertrouwen gewerkt worden aan een uitbreiding van taken voor de POH's.

7 Visies op competenties van de praktijkondersteuners

In dit hoofdstuk wordt vraag zes van deze studie beantwoord. De vraag luidt: *‘Wat is de visie van veldpartijen op competenties en taken van praktijkondersteuners?’*

De visies van de partijen, die betrokken zijn bij de inhoudelijke concretisering van de POH-functie zijn divers. Met alle belangrijke partijen in het veld zijn interviews gehouden (zie overzicht interviews in bijlage 3). In de eerste plaats is gesproken met drie huisartsen waarbij gevarieerd is op de setting waarin zij werkzaam zijn (gezondheidscentrum, zorggroep, solopraktijk). Daarnaast is de zienswijze vanuit de positie van huisartsen verwoord door vertegenwoordigers van de LHV en het NHG. Ook met de LVG die de belangen van de gezondheidscentra behartigt, is een gesprek gevoerd. Verder is gesproken met contactpersonen van de drie beroepsverenigingen waar POH's lid van kunnen zijn: de v&vn PV/POH, de NVVPO en de NVDA (afkortingen staan voluit in bijlage 1). De visies van de verschillende partijen komen in dit hoofdstuk elk aan bod. Achtereenvolgens worden de visies op competenties vanuit de opleidingen, de werkgevers, landelijke koepels en beroepsverenigingen besproken, gebaseerd op literatuurstudie en interviews (zie voor de werkwijze bijlage 2a).

7.1 Visie van opleidingen op competenties

De opleidingen hanteren voornamelijk het competentieprofiel POH-s van 2004 (zie 4.1.1). De hogescholen hebben geconstateerd dat in de beginjaren van de opleiding tot POH er weinig samenwerking onderling was. Sinds 2009 is een groot aantal hogescholen meer gaan samenwerken, omdat de diversiteit in afstudeerniveau voor hen een belangrijk zorgpunt was. Die diversiteit in niveaus hing samen met verschillende accenten die gevoed werden door de visie op wat er regionaal nodig was in de regionale praktijken. De hogescholen hebben daarom afgesproken de opleidingen meer te uniformeren. De samenwerkende hogescholen⁷ willen graag een onderbouwde analyse, die de bestaande spreiding in competenties verheldert. Op dit moment is er volgens hen een te grote diversiteit aan curricula, maar is er ook te weinig consensus over de competenties en inzetbaarheid van POH's, zodat de functie te sterk afhankelijk is van de individuele visies van huisartsen (Mosselman, 2011). Verder willen opleidingen opheldering over de vraag welke partijen de competentieprofielen voor POH's opstellen en evalueren. Een belangrijke stap is volgens de hogescholen om landelijke in- en uitstroomcrite-

⁷ Samenwerkende Hogescholen: Ede (CHE), Leeuwarden (NHL), Groningen (HanzeHS), Zwolle (GH), Rotterdam (HRO), Amsterdam en Alkmaar (INHOLLAND), Leiden (HSLeiden), Utrecht (HU), Heerlen (HSZuyd), Breda (Avans+), Eindhoven (Fontys).

ria voor de opleiding POH vast te stellen in samenwerking met het werkveld, gevolgd door het toetsen ervan door een onafhankelijke instantie (Mosselman, 2011). De HBO-raad heeft volgens de hogescholen een belangrijke rol in de afstemming met andere partijen over het competentieprofiel van de POH.

In de interviews met coördinatoren van 5 opleidingen werd benadrukt dat onderlinge afstemming noodzakelijk is: meer uniformiteit in de instroomeisen en ook op uitstroomniveau met een landelijk eindassessment of toets. De in- en uitstroomeisen mogen ook verhoogd worden. Inhoudelijk vinden de opleidingen het reflecteren op eigen handelen een belangrijk thema, waarbij de kennis over ziektebeelden gebruikt wordt om te leren luisteren naar het verhaal van de patiënt. Een meer generalistische blik ontwikkelen op de vragen en het verhaal van de patiënt moeten in het aanbod van de opleiding zitten. Ook over de vorm waarin dit element aandacht moet krijgen is nagedacht, zoals delen van gesprekken met patiënten opnemen (met instemming van de patiënt) om deze in intervisie - of reflectiebijeenkomsten met andere POH's te bespreken. Daarbij hoort ook dat er geleerd wordt om na te blijven denken over de eigen functie, zoals bijvoorbeeld ook taken terugleggen bij de huisarts als ze bij diens verantwoordelijkheid horen. Dit veronderstelt dat POH's hun visie op de eigen functie kunnen toetsen door er in de eerste plaats met collega's over te praten. Daarnaast is het van belang om die visie ook te kunnen beargumenteren in besprekingen met de huisarts.

Ook werd door de opleidingen benadrukt dat er een systeem van accreditatie en nascholing ontwikkeld moet worden. In het aanbod van nascholing is nu geen eenduidigheid en het wordt grotendeels gestuurd vanuit de farmaceutische industrie.

Door enkele vertegenwoordigers van opleidingen wordt preventie als aandachtspunt voor de toekomst genoemd en dan wordt bedoeld op de signaleringsfunctie en assessments thuis bij risicogroepen onder de patiëntpopulatie. Voor dit aspect is vaak te weinig tijd. Anderen benadrukken dat POH's al veel aandacht besteden aan secundaire preventie door voorlichting en begeleiding bij een gezonde leefstijl. Uitbreiden naar andere patiëntgroepen, bijvoorbeeld oncologiepatiënten wordt niet wenselijk geacht, omdat deze patiënten al begeleid worden door de wijk-, of thuiszorgverpleegkundige.

7.2 Visie van werkgevers op competenties

De interviews met huisartsen in verschillende praktijkvormen en samenwerkingsverbanden maakten duidelijk dat de taakdelegatie naar de POH kan variëren. Hoe huisartsen, als directe werkgever voor een POH, de inzet en competenties van hun POH zien, hangt niet alleen van

het functioneren van de POH af, maar vaak ook van de specifieke situatie en hun visie op de zorg in de eerste lijn.

Zelfs in de situatie van een solopraktijk zijn er altijd meerdere personen werkzaam naast de huisarts en de POH. In elk geval ook een praktijkassistente, maar vaak ook een HIDHA (huisarts in dienst van een huisarts) of aios huisartsgeneeskunde. In grotere praktijken is de situatie complexer en kan het gebeuren dat een POH voor meerdere huisartsen werkt. Ook komt het steeds meer voor dat POH's werken voor een zorggroep en vervolgens bij verschillende huisartspraktijken ingezet worden.

Deze diversiteit in situaties vraagt van de POH in verschillende mate aanpassing en flexibiliteit, naast de competenties die bij de functie horen.

In interviews met huisartsen zijn deze verschillende situaties in kaart gebracht door te spreken met een huisarts die vanuit de visie van de zorggroep naar een POH kijkt, een huisarts als vertegenwoordiger van solowerkende huisartsen binnen zijn zorggroep en een huisartsmanager als vertegenwoordiger van huisartsen in een gezondheidscentrum.

Over huisartsen die in kleinschalig verband met POH's samenwerken werd aangegeven dat zij tevreden zijn over het werk dat de POH hen uit handen neemt. In de omvangrijker praktijkvormen wordt er meer gekeken naar verschillen tussen POH's. In die praktijken wordt ook de variatie benoemd die huisartsen zelf aanbrengen in de taakdelegatie met hun POH's. Er zijn huisartsen die uitsluitend de geprotocolleerde taken bij de controles van mensen met een chronische aandoening door de POH laten uitvoeren, naast het geven van voorlichting en advisering over leefstijl. Andere huisartsen geven hun POH's meer ruimte om met een generalistische blik naar het klachtenpatroon van de cliënt te kijken en daar naar te handelen. Daarbij speelt op de achtergrond vaak mee, dat huisartsen naar POH's met een verpleegkundige achtergrond een ruimer takenpakket delegeren dan naar POH's die geen verpleegkundige achtergrond hebben.

Huisartsen die deel uitmaken van een grotere zorggroep, werken vaak vanuit een gedeelde visie. Vooral in de ouderenzorg worden innovaties uitgewerkt, waarbij het centraal stellen van de cliënt het uitgangspunt vormt, maar ook kleinschaligheid, minder bureaucratie en meer ruimte voor de professional staan voorop. Zo veronderstelt bijvoorbeeld het concept 'Buurtzorg' een goede samenwerking tussen de huisartspraktijken en het buurtzorgteam (A.E.deVeer, 2008; Buurtzorg Nederland, 2009) en is het ook voor de POH van belang goed te kunnen samenwerken in die kleinschalige benadering.

Als een zorggroep werkgever is voor de POH's kunnen ook solopraktijken voorzien worden van POH's en gebruikmaken van de faciliteiten van

dit grotere samenwerkingsverband. Voor individuele POH's kan het betekenen dat zij dan bij meerdere praktijken werkzaam zijn. Gedacht vanuit de kwaliteit van zorg biedt het werken met de POH als vaste contactpersoon voor patiënten continuïteit en duidelijkheid.

Een andere situatie treffen we aan bij de grote en middelgrote gezondheidscentra, waarbinnen de POH een van de vele medewerkers is, die vaak samenwerkt met verschillende huisartsen, die elk een specifieke taakverdeling afspreken met de POH. Dit vraagt veel flexibiliteit van de POH, omdat de verwachtingen van huisartsen uit elkaar kunnen lopen. In grotere gezondheidscentra zijn vaak meerdere POH's in dienst. Daar vindt men het een pluspunt dat er variatie is in de achtergrond van POH's, waarbij een deel van de POH's vooral de geprotocolleerde controles uitvoert en anderen ook de meer complexe zorg bij patiënten met multimorbiditeit onder hun hoede nemen. Ook kiezen grotere centra voor verdere specialisatie van POH's in de ouderenzorg, waarbij enkele POH's voornamelijk de preventieve en signalerende taak krijgen. Het accent ligt voor deze POH's vooral op casefinding, maar ook het begeleiden van ouderen aan de hand van een screeningsinstrument. Vervolgens wordt na een multidisciplinair overleg over de gescreende ouderen ook het assessment bij de oudere thuis door de POH gedaan. Daarna wordt een individueel zorgplan opgesteld dat vervolgens gemonitord moet worden. Deze POH's krijgen een aparte training om in de ouderenzorg zowel screening en assessment als daarna casemanagement te doen.

7.3 Visie van NHG, LHV en LVG op competenties

De NHG en LHV hebben in 2011 een Standpunt over het (ondersteunend) team in de huisartsenzorg uitgebracht (NHG/LHV, 2011). Daarin wordt aangegeven dat in de huisartsenzorg behoefte is aan de ontwikkeling van de huidige POH-functie naar een generalistische praktijkverpleegkundige. Daarom wordt voorgesteld om de huidige opleiding tot POH te beëindigen. Niet omdat de POH's niet voldoen, maar om de positie van de praktijkondersteuning in de huisartsenzorg naar het niveau van HBO-verpleegkundige te brengen. De huidige post-HBO-opleiding is niet BIG-geregistreerd en is ook niet als verpleegkundigenopleiding bedoeld. Gelet op de toekomstige ontwikkelingen in de huisartsenzorg met een veranderende en groeiende zorgvraag zal functiedifferentiatie en taakdelegatie in de huisartsenzorg nodig zijn. Daarbij zal de ondersteuning van de huisarts vragen om verpleegkundigen met een generalistische blik, die oog hebben voor patiënten met complexe problemen en die de rol van zorgcoördinator of casemanager op zich kunnen nemen (NHG/LHV-Standpunt, 2011). Kerntaak van de praktijkverpleeg-

kundige is het begeleiden en ondersteunen van patiënten met aandoeningen en beperkingen en het bieden van preventieve zorg. Samen met de praktijkassistenten en de huisarts vormt de praktijkverpleegkundige het kernteam van de huisartsenvoorziening. Vanuit deze visie wil de LHV de benodigde competenties voor de praktijkverpleegkundige samen met opleidingen en veld in kaart brengen.

Complexe zorg betreft vaak zorg aan ouderen met multimorbiditeit. De huisartsenvoorziening speelt een belangrijke rol in de zorg voor ouderen. Zoals het NHG-Standpunt over ouderenzorg beschrijft, is naast behandeling ook proactief aandacht voor behoud van functionaliteit en zelfredzaamheid, voor vroegsignalering en integrale zorg en voor afspraken met andere partners over coördinatie in cure and care belangrijk.

De praktijkverpleegkundige dient daartoe kennis te hebben van normale en pathologische veroudering, van veel-voorkomende ziektebeelden en problematiek bij ouderen als incontinentie, mobiliteitsverlies, vallen, voedingsproblematiek, cognitieve stoornissen, eenzaamheid, polyfarmacie en de risico's die genoemde problematiek met zich brengen. Het dagelijks functioneren van patiënt staat centraal. Om de functie van praktijkverpleegkundige in de huisartsenvoorziening adequaat te kunnen vervullen dient de basisopleiding verpleegkunde afgerond te worden met een differentiatie huisartsenzorg.

Bron: NHG/LHV-Standpunt, 2011, p.16

Naast de praktijkverpleegkundige ziet NHG/LHV de rol van de POH-GGZ als een waardevolle aanvulling van het team van de huisartspraktijk. De POH-GGZ-functie vereist een dermate specifieke expertise dat deze niet te verenigen is met andere taken in één functie op HBO-niveau. Ten aanzien van de opleiding wordt in het Standpunt gesteld dat deze primair generalistisch moet zijn, waarbij zowel kennis van psychiatrie als de sociale context essentieel zijn.

De LVG heeft een analyse gemaakt van POH's in de praktijken en constateert dat er een grote diversiteit is in type taken die door POH's vervuld worden, waarin ook niveauverschillen in functioneren een rol spelen (Sikkema, 2010). Daarnaast zijn er varianten in de POH-functie te benoemen, doordat er verschillende contexten zijn, waarbinnen POH's functioneren. In de rapportage benoemen zij naast de POH-somatiek en POH-GGZ, ook een POH-casemanagement en een POH-asielzoekerscentrum. De twee eerste functies zijn landelijk ingevoerd.

De POH-casemanagement is geen landelijk ingevoerde functie, maar

volgens de LVG is er wel behoefte aan. Sikkema (2010) geeft aan dat op een recent NHG-congres bleek dat 70% van de aanwezige huisartsen wel behoefte heeft aan deze POH, die met een meer generalistische blik de complexe zorg bij patiënten met multimorbiditeit aan kan. Volgens Sikkema (2010) is voor deze functie een verpleegkundige achtergrond noodzakelijk.

De POH-asielzoekerscentrum valt onder het landelijke werkend Gezondheidscentrum voor Asielzoekers. Ook van deze POH wordt functioneren op verpleegkundig niveau verwacht.

De LVG verwacht in haar analyse dat de POH-functie op verschillende niveaus ingevuld zal blijven, zowel MBO- als HBO-niveau met een grotere diversiteit in de functie, waarbij de context waarin POH's functioneren tevens deels de inhoud bepalen.

7.4 Visies van de beroepsverenigingen voor POH's op competenties

Er zijn drie beroepsverenigingen die zich bezighouden met de belangen van de praktijkondersteuners: de v&vn (Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland), de nvda (Nederlandse Vereniging van Dokters-assistenten) en de nvvpo (Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners).

Bij de v&vn gaat het om praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners samen. Veel praktijkverpleegkundigen zijn opgeleid om verpleegkundige taken te verrichten in de verpleeghuiszorg. Deze functie bestaat al veel langer dan de POH functie. De specialisatie praktijkverpleegkundige ouderenzorg heeft verwantschap met de taken van de POH, maar deze praktijkverpleegkundige werkt vanuit een andere setting: verpleeg- en verzorgingshuizen. De competenties van deze verpleegkundigen betreffen verpleegkundig-technische handelingen, daarnaast casemanagement voor de patiënten en zij hebben en het vervullen van een brugfunctie tussen artsen en verzorgenden in de tehuizen. De patiënten die zij verzorgen hebben vaak dezelfde chronische aandoeningen als de patiënten die door POH's in de huisartspraktijk begeleid worden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat beide beroepsgroepen bij de v&vn samengenomen zijn.

Voor de v&vn ligt in hun visie op competenties de nadruk op het maken van onderscheid tussen POH's die van oorsprong opgeleid zijn op MBO-niveau en degenen met een verpleegkundige achtergrond op HBO-niveau. Volgens de v&vn kan de functie POH beter in twee niveaus ingedeeld worden, waarbij een duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen de taken op beide niveaus. Op MBO-niveau gaat het om het verlenen van geprotocolleerde zorg en op HBO-niveau gaat het om een eigenstandige inzet, waarbij ook een beroep gedaan wordt op het signaleringsvermo-

gen van de verpleegkundige bij meer complexe zorg. De v&vN zou het jammer vinden als het vak van verpleegkundige uitgehold zou raken door de opkomst van de POH, omdat verpleegkundigen breder in te zetten zijn op signalering, advisering en behandeling.

Bij de NVDA kunnen naast doktersassistenten ook praktijkondersteuners zich aansluiten. Meestal zijn dit de POH's die vanuit hun positie als doktersassistente de tweejarige opleiding tot POH gevolgd hebben. De NVDA heeft een samenwerkingsverband met de v&vN, Diabolo genaamd. De v&vN en NVDA vinden het belangrijk om samen op te trekken in de belangenbehartiging van de praktijkondersteuner. Zij maken zich met name sterk voor goede deskundigheidsbevordering en arbeidsvoorwaarden. Afspraken hierover hebben zij in een convenant vastgelegd. De functie van POH wordt door de NVDA gezien als een loopbaanstap voor doktersassistenten, die daarvoor zelf kiezen. De NVDA vindt dat er duidelijke instroomeisen voor de POH opleiding gesteld worden, die gebaseerd zijn op competenties en niet zozeer op basis van opleidingsniveau. Landelijke afstemming door de opleidingen over instroomeisen is een voorwaarde, zodat verschillen in competenties worden voorkomen. Een opleiding uitsluitend op het niveau van praktijkverpleegkundigen zou voor de huidige POH's kunnen betekenen dat zij naast hun werk weer veel extra scholing moeten volgen. Dat vindt de NVDA niet wenselijk. Wel juichen zij het toe dat POH's die zelf extra modules willen volgen, daarmee hun competenties verder uitbreiden. Zo wordt bij verschillende opleidingen een extra aanbod verzorgd op het gebied van Ouderenzorg. Dat is een mooie aanvulling op de basismodules van de opleiding POH. Ook allerlei cursussen op het gebied van leefstijladviezen passen bij het werk van de POH. De huisartsenzorg zou volgens de NVDA goedkoper en efficiënter worden als de huidige ondersteuners (POH's en doktersassistenten) in voldoende mate ingezet zouden worden.

De NVVPO is een nieuwe vereniging, gestart in 2007, specifiek voor praktijkondersteuners.

Gelet op competenties is de NVVPO geen voorstander van differentiatie naar niveaus in de functie van POH. Na de opleiding tot POH heeft iedereen eenzelfde eindniveau, want mensen met oorspronkelijk een MBO-achtergrond hebben een langer opleidingstraject, dat bedoeld is om het niveauverschil op te heffen. Wel geeft de NVVPO aan dat de opleiding meer verdieping mag hebben en ook wordt meer aandacht voor het ontwikkelen van een generalistische blik belangrijk gevonden. Om meer greep te krijgen op verschillen in kennis bij POH's zou er een certificeringssysteem moeten komen met een degelijk bij- en nascholingsprogramma. In het verlengde hiervan kan er misschien wel functiedifferentiatie ontstaan met een POH eindkwalificatie en een ontwikkeltraject naar een niveau POH-plus.

7.5 Een gezamenlijke toekomstvisie?

Alle partijen die betrokken zijn bij de positie en competenties van POH's zijn zich bewust van de diversiteit in visies en opvattingen over de positie en competenties van de POH-s. In november 2011 werd tijdens een invitational conference *Toekomst van de opleiding PV/PO* overleg gevoerd tussen NHG, LHV, LVG als vertegenwoordigers van de huisartsen, samen met vertegenwoordigers van opleidingen en van de drie beroepsverenigingen van de POH. Men was het erover eens dat er ondanks alle verschillen een gezamenlijke visie over de toekomstige ontwikkeling van de functie noodzakelijk is.

De uitgangspunten waarover men overeenstemming heeft bereikt, zijn:

- De POH is een generalistische functie in de huisartsenzorg, die in ketenzorg samenwerkt met specialisten en andere disciplines in de zorgverlening voor mensen met een chronische aandoening.
- De POH is een functie op HBO-niveau.
- De POH is iemand die protocoloverstijgend kan denken. (Dus analyseren, onderbouwen en beargumenteren waarom hij/zij afwijkt van het protocol).
- De POH is in de huisartsenzorg een functie met een duidelijk profiel, herkenbaar voor patiënten en andere disciplines.

Er is besloten een dialooggroep in te stellen, met daarin belangrijke vertegenwoordigers van alle bovengenoemde veldpartijen. Deze dialooggroep heeft de opdracht gekregen een toekomstvisie uit te werken voor de POH in 2016, waar de verschillende partijen achter kunnen staan. Op basis daarvan zal er gewerkt worden aan een competentieprofiel en een convenant. Deze drie documenten worden medio 2012 verwacht als basis voor de verdere uitwerking.

7.6 Conclusies en aanbevelingen

Tijdens de interviews in de periode juni-september 2011 werden door de partijen in het veld nog verschillende accenten gelegd. Die verschillen betroffen de (mate waarin) er niveaoverschillen zijn bij de werkende POH's. Ook over het toekomstige profiel werd enerzijds differentiatie in de functie van POH positief gewaardeerd, terwijl anderen meer eenduidigheid in opleidingsniveau wensten.

In het najaar van 2011 zijn de genoemde landelijke koepels als vertegenwoordigers van de huisartsen, de drie beroepsverenigingen van de POH en de opleidingen in een conferentie bijeen geweest en hebben daar besloten een convenant te sluiten en een gezamenlijke toekomstvisie op de positie van de POH en een competentieprofiel te ontwikkelen.

Helderheid over de eindtermen is van belang om een opleidingsplan inclusief bij- en nascholing te kunnen opstellen. De recente samenwerking tussen alle veldpartijen biedt het perspectief op een gezamenlijk standpunt, dat zal worden uitgewerkt in een convenant. Het is een belangrijke eerste stap in het ontwikkelen van een gedeelde toekomstvisie en competentieprofiel.

8 Conclusies en aanbevelingen voor de toekomst van de POH

8.1 Inleiding

Het doel van deze studie was na te gaan wat de competenties van praktijkondersteuners zijn, gebaseerd op hun huidige functievervulling, maar ook gelet op hun voorziene toekomstige functie. Hoe kan een uitbreiding van taken van POH's voorbereid en gerealiseerd worden? En waar zitten de grenzen aan wat er verwacht kan worden van POH's? Welke van de al aanwezige competenties en eventueel andere competenties moeten aandacht krijgen als ook ouderenzorg en preventie belangrijke taken worden voor de POH-somatiek? Voor de POH-GGZ is het de vraag of zij ook e-health toepassingen kunnen hanteren en ingezet kunnen worden voor problematiek zoals bijvoorbeeld ADHD. In dit slothoofdstuk staat vraag zeven van deze studie centraal: *'Wat zijn verwachtingen over de competenties van praktijkondersteuners in het licht van hun toekomstige taken?'*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is in deze studie informatie bijeen gebracht om vast te stellen hoe de voorhanden basiskennis over competenties van POH's zich verhoudt tot mogelijkheden voor uitbreiding van taken voor deze beroepsgroep in de toekomst.

Als eerste onderdeel van dit hoofdstuk geven we de kern van de geïnventariseerde gegevens over POH's weer. Daarbij stellen we de vraag of er nu voldoende bekend is over het werk van de huidige POH's om in te kunnen schatten of zij voorbereid zijn op de voorziene toekomstige taken (8.2). Vervolgens worden op basis van aandachtspunten over de positie en competenties van POH's aanbevelingen geformuleerd die in termen van beleid en onderzoek ondersteunend zijn voor de toekomstige POH functie (8.3).

8.2 Kerngegevens over POH's: aantallen, competenties, taken en kwaliteit van zorg

Achtereenvolgens geven we een beeld over hoeveel POH's werkzaam zijn, wat hun competenties zijn en welke taken zij verrichten. Tot slot wordt vanuit patiëntperspectief gekeken naar de kwaliteit van zorg die POH's leveren. Bij elk onderwerp geven we ook aan welke aanvullende inzichten de toekomstige ontwikkelingen in de POH-functie kunnen ondersteunen.

- **Hoeveel POH's zijn werkzaam en waar werken zij?**

Uit de NIVEL-huisartsenregistratie blijkt dat in 75% van de praktijken minimaal één POH werkt. In totaal gaat het om 1.864 fte aan POH's. Het aantal POH's is niet exact bekend, maar varieert in 2011 tussen minimaal 3700 POH's en maximaal 4.700 POH's. Per huisartspraktijk werkt gemiddeld 0,4 fte aan POH's. In de afgelopen vijf jaar is het totaal aantal fte aan POH's met 50% toegenomen. Leggen we een relatie met het aantal fte aan huisartsen dan blijkt dat per fte huisarts 0,27 fte POH beschikbaar is. In de regionale spreiding van POH's zijn er verschillen. In Almere heeft meer dan 90% van de praktijken een POH en in Zuidoost Nederland tussen de 80% en 90%. In Groningen ligt het percentage het laagst: minder dan 60%.

Twee jaar na de introductie zijn er 150 POH's-GGZ werkzaam in 280 huisartspraktijken (Verhaak, 2010).

Om exacter te kunnen bepalen hoeveel POH's er in de toekomst nodig zijn en welke wensen en perspectieven zij zelf hanteren, zijn aanvullende inzichten nodig. Een populatieonderzoek onder de werkzame POH's kan duidelijk maken hoeveel personen de POH functie vervullen en ook informatie geven over kenmerken als leeftijd, geslacht en vooropleiding, naast toekomstwensen en -verwachtingen en hun tevredenheid over het werk.

- **Wat is bekend over de competenties van POH's?**

Formeel houdt de functie van de POH-somatiek in, dat zij drie groepen mensen met een chronische aandoening begeleiden: patiënten met diabetes, astma en chronische longziekten (COPD) en (de risicogroep voor) hart- en vaatziekten (CVRM). De vereiste basiskennis over de genoemde aandoeningen wordt binnen alle 13 opleidingen POH aangeboden in het eenjarige hoofdtraject van de opleiding. Gespreks- en methodische vaardigheden worden in het hoofdtraject geïntegreerd in onderdelen of als lintmoduul aangeboden.

Vrijwel alle POH-opleidingen bieden naast de eenjarige opleiding op HBO-niveau ook een tweejarige opleiding aan, waar ook personen met een MBO-achtergrond kunnen instromen. De toelating tot het tweejarige traject is bij de meeste opleidingen gebaseerd op een assessment en gesprek, gevolgd door een advies met leerpunten of een afwijzing. In het voortraject van de meeste tweejarige opleidingen komen gespreksvaardigheden in verschillende modules aan bod, evenals preventie en voorlichting, naast kennis over de huisartspraktijk en de functie van POH. Het aantal en aanbod van modules varieert per opleiding en ook de geschatte studielast is variabel.

De in- en uitstroomgegevens van opleidingen over de afgelopen tien jaar laten zien dat er naar schatting vanaf 2001 tussen de 3400 en 3900 mensen een POH opleiding hebben afgerond. Gelet op het instroomniveau heeft ruim 35% van hen het tweejarige traject gevolgd en bijna 65% het

eenjarig traject. Daarnaast hebben ook veel verpleegkundigen een of meer basismodules over chronische aandoeningen uit het eenjarige traject gevolgd. Het is niet duidelijk of deze verpleegkundigen een POH functie wilden verwerven. Het geschatte aantal werkende POH's ligt hoger dan de schatting van opgeleide POH's, verondersteld kan worden dat ook verpleegkundigen die losse modules volgden als POH aan het werk zijn.

De analyse van de communicatievaardigheden bij POH's laat zien dat zij goed zijn voorbereid op het volgen van richtlijnen en zij maken ook goed gebruik van algemene communicatievaardigheden. Een belangrijk pluspunt is het gegeven dat sinds de inzet van POH's bij de consulten met mensen met een chronische aandoening er veel meer aandacht wordt besteed aan leefstijladviezen. De eisen aan de communicatie van professionals, zoals de POH, blijken complex te zijn. Daarbij moeten we denken aan de lastige opdracht om én de actuele zorgvraag van de patiënt serieus centraal te stellen, én strak geprotocolleerde zorg te verlenen, én daarbij op motiverende wijze tot verandering in leefstijl te stimuleren.

Op een aantal punten kunnen de verzamelde gegevens over competenties van de POH nog aangevuld worden. De feitelijke inhoud van de opleidingen en de opbouw van curricula zou diepgaander geanalyseerd moeten worden. Ook zal een gedegen analyse van eindtermen en in- en uitstroomeisen van de opleidingen de recente samenwerking van veldpartijen verder kunnen brengen, zodat onderlinge verschillen overbrugd kunnen worden.

Het onderzoek naar de communicatievaardigheden en het volgen van richtlijnen is tot nu toe één keer verricht onder een populatie van 19 POH's. Voor verdere onderbouwing van de resultaten is uitbreiding van dit onderzoek noodzakelijk. Ook is inzicht in het lange termijn effect van de consultvoering door POH's (zoals motiverende gespreksvoering) op het gezondheidsgedrag van patiënten een belangrijk onderwerp, dat nog onderzocht kan worden. Hetzelfde geldt voor de beoogde integratie van motiverende gespreksvoering als onderdeel van communicatievaardigheden. Dit vraagt nadere studie en de ontwikkeling van geschikte interventies die de POH en andere zorgverleners ondersteunen bij deze taak.

- ***Wat is bekend over de taken van POH's?***

De LINH-gegevens over diagnoses en verrichtingen laten zien dat de kern van de POH taken inderdaad de zorg voor mensen met een chronische aandoening betreft. Zowel in 2002 als in 2010 waren de meest voorkomende klachten of diagnoses in de contacten met POH's type 2 diabetes en op de tweede plaats hypertensie. Patiënten met COPD of astma zien POH's in 2010 wel al meer dan in 2002, maar nog niet in grote aantallen. In de verdeling van taken met de huisarts blijkt dat de POH

patiënten met de diagnose diabetes vaker ziet dan de huisarts en in 2010 geldt dit ook voor consulten gericht op het stoppen met roken. Bij patiënten met de diagnose diabetes en hypertensie hebben POH's meer lange consulten en lange visites dan de huisarts. De kennis over taken van POH's is gebaseerd op gegevens over verrichtingen en diagnoses. Wat precies de taken van de POH-somatiek zijn en hoe de taakverdeling met andere zorgverleners in de praktijk is, vraagt om specifiekere informatie, die we niet kunnen traceren met behulp van LINH-gegevens. POH's-GGZ zijn vooral gericht op probleemverkenning en kortdurende behandeling bij psychische problematiek en zij verwijzen als een langdurend behandeltraject nodig is. Aanvullend onderzoek onder POH's en eventueel ook andere zorgverleners in de huisartspraktijk kan een concreter beeld opleveren over taken en taakverdeling.

- ***Wat is bekend over de geleverde kwaliteit van zorg vanuit het patiëntperspectief?***

Na de invoering van de taakdelegatie van de huisarts naar de praktijkondersteuner is de zorg voor patiënten laagdrempeliger geworden (Heijmans et al., 2010). Patiënten zijn sindsdien niet alleen meer tevreden over de toegankelijkheid van de zorg, maar ook over de samenwerking tussen de huisarts en andere zorgverleners en over de snelheid waarmee ze terecht kunnen bij andere zorgverleners na een doorverwijzing. In verschillende studies komt kwaliteitsverhoging in de zorg door de inzet van de POH's naar voren (Gezondheidsraad, 2008). Bovendien behalen POH's in termen van effectiviteit vergelijkbare resultaten als de huisartsen in de begeleiding van patiënten (Voogdt-Pruis et al., 2010). Uit de analyse van patiëntgegevens uit de Databank Communicatie (2011) blijkt dat de meeste patiënten een duidelijk beeld hebben over de zorgvragen waarvoor zij bij voorkeur naar een POH of naar de huisarts willen gaan. Patiënten zien de taken van de POH als aanvullend op de taken van de huisarts. Zo kunnen periodieke controles, het geven van voorlichting en advies, eenvoudige handelingen en hulp bij leefstijlgereleerde klachten volgens patiënten ook uitgevoerd worden door een POH. Voor het stellen van de diagnose, het uitschrijven van medicatie, doorverwijzen, hulp bij psychische of sociale problemen en het onderhouden van contacten met thuiszorg of ziekenhuis gaan de meeste patiënten liever naar de huisarts.

De kwaliteitsaspecten in het werk van POH's zijn in deze studie vooral belicht vanuit het patiëntperspectief. Aanvullend zou de mening van huisartsen en andere zorgverleners over de kwaliteit van het werk dat POH's verrichten in kaart gebracht kunnen worden.

Ook wat de taakinhoudelijke aspecten betreft, kan er buiten het onderzoek naar communicatievaardigheden en de wijze waarop richtlijnen gevolgd worden, gekeken worden naar bijvoorbeeld de aanwezigke ken-

nis. Te denken valt aan kennis over chronische aandoeningen, kennis over behoeften bij de patiëntpopulatie en kennis over preventie, kennis van gedragswetenschap en het lezen en interpreteren van wetenschappelijk onderzoek.

Een andere belangrijke vraag is het bepalen van de meest doelmatige frequentie van contact tussen POH's en mensen met een chronische aandoening. Is dat bijvoorbeeld meer of minder dan driemaandelijks, of in welke gevallen is contact op initiatief van de (hulpvraag van) patiënten voldoende?

8.3 Aanbevelingen voor de toekomstige positie van POH's

Voorgaand overzicht maakt duidelijk dat er in termen van besluitvorming, beleid en onderzoek nog een aantal zaken nader ingevuld kunnen worden, niet alleen voor de toekomstige maar ook ten aanzien van huidige taken van POH's.

Beleid over de toekomstige positie en competenties van de POH zal ingebed moeten zijn in een visie op de ontwikkelingen en mogelijkheden van de huisartspraktijk in de toekomst. De positie van de POH is daar onlosmakelijk mee verbonden. Elke vraag die wij ons stellen ten aanzien van mogelijke scenario's voor de toekomst van POH's is gerelateerd aan andere deelvragen. Zo heeft het antwoord op de vraag hoeveel POH's er nog opgeleid moeten worden te maken met de vraag welke taken POH's in de toekomst eventueel extra krijgen. Worden die taken omvangrijker of complexer, dan beïnvloedt deze keuze ook weer het antwoord op de vraag wat het in- en uitstroomniveau zal moeten zijn voor de opleiding POH.

Een aandachtspunt apart is, dat in deze studie de aandacht vooral uitgegaan is naar de aanbodkant in de zorg en dan met name toegespitst op de functie van POH's. Een deel van het antwoord op de vraag naar de toekomstige positie en competenties van de POH's hangt samen met ontwikkelingen in de zorgvraag (VTV-2014: Hoeymans et al., 2011) Dit betekent dat de ontwikkeling van de toekomstige zorgvraag steeds betrokken moet blijven bij het bepalen van de toekomstscenario's voor POH's.

De aanbevelingen worden hierna in drie delen besproken. Het zijn enerzijds beleidsaanbevelingen die verschillende partijen in het veld betreffen. Vervolgens worden aanbevelingen geformuleerd voor nader onderzoek of analyse om het proces in het veld voor verdere ontwikkeling van de POH positie te ondersteunen. Ten slotte wordt ingegaan op aanbevelingen voor het Ministerie van vws.

8.3.1 *Beleidsaanbevelingen voor ontwikkelingen in het veld*

1 *Een gezamenlijke toekomstvisie*

Eenduidigheid over de functie van de POH zal gebaseerd moeten zijn op een gezamenlijke toekomstvisie van alle belangrijke veldpartijen. In hoofdstuk zeven is beschreven dat het recent genomen initiatief van een dialooggroep met vertegenwoordigers van alle veldpartijen een belangrijke stap in de richting van een gezamenlijke visie is. Het streven is samen aan de opdracht te werken om medio 2012 een conceptconvenant voor te leggen aan alle betrokken partijen, samen met een gezamenlijke toekomstvisie en een competentieprofiel voor de POH anno 2016. Als randvoorwaarden voor de functie van POH heeft de dialooggroep meegekregen dat het een generalistische functie op HBO-niveau moet zijn, waarbij verwacht kan worden dat de POH protocoloverstijgend kan redeneren. Deze uitgangspunten hebben raakvlakken met de beleidsvisie op de voorziene toekomstige functie die in deze studie als referentiepunt gehanteerd is.

De keuze voor samenwerking en het besef dat men onderlinge verschillen moet overbruggen om verder te kunnen komen met de ontwikkeling van de POH functie is een positieve ontwikkeling in het veld. Op termijn is het van belang dat een orgaan of organisatie de regie op zich neemt om de ontwikkeling van de POH-functie blijvend te bewaken.

2 *Spanningsveld tussen competenties van huidige en toekomstige taken opheffen*

De POH's -somatick blijken goed toegerust te zijn voor de huidige kerntaken in de zorg aan mensen met een chronische aandoening, namelijk het verlenen van geprotocolleerde zorg. Patiënten zijn tevreden over de zorg die verleend wordt en ook de kwaliteit van zorg in termen van toegankelijkheid is door de inzet van POH's toegenomen. De begeleidende en preventieve taken gericht op leefstijlverandering worden veelvuldig toegepast, maar kunnen in termen van motiverende gespreksvoering nog verbeterd worden.

Met en we de competenties van de huidige POH's af aan de vereisten die de toekomstige taken aan hen zullen stellen, dan is het aanbod van de verplichte onderdelen in de huidige opleidingen op enkele punten niet toereikend. Zo wordt de module ouderenzorg wel door een aantal opleidingen aangeboden, maar het volgen ervan is facultatief. Op basis van de huidige verplichte onderdelen van de opleiding hebben de POH's geen kennis en begeleiding gehad, die hen voorbereidt op de complexiteit van multimorbiditeit bij ouderen. De ouderenzorg vraagt een generalistische blik die buiten de geprotocolleerde zorg naar de combinatie van klachten en problemen kan kijken. Specifieke behoeften en zorgvragen van oudere patiënten vragen bovendien om extra kennis op het gebied van voeding en bewegen. De reeds bestaande opleiding voor

praktijkverpleegkundige ouderenzorg (in verpleeghuizen) kan waarschijnlijk op enkele onderdelen een basis bieden voor de opleiding van POH's gericht op de beoogde uitbreiding van ouderenzorg in hun takenpakket.

Preventietaken van POH's in hun huidige takenpakket zijn vooral gericht op secundaire preventie betreffende leefstijlverandering bij mensen met een chronische aandoening. In wezen is leefstijlverandering een langdurend traject van gedragsverandering. Om dit traject goed te kunnen begeleiden, hebben POH's aanvullende training nodig om stapsgewijze interventies in dit traject van gedragsverandering te kunnen opbouwen (Lakerveld et al., 2011).

Aanvullend kunnen praktijkondersteuners belangrijke diensten bewijzen in preventie bij prediabetes.

Competenties van de POH-GGZ zijn gericht op probleemverkenning en kortdurende behandeling. Voor langer lopende trajecten, bijvoorbeeld bij ADHD of vergelijkbare problematiek zullen zij doorverwijzen naar de psycholoog. Het terrein van de e-health toepassingen is daarentegen wel een onderdeel dat van belang is voor de functie POH-GGZ. Zowel begeleiding en behandeling met behulp van e-health op specifieke vragen van patiënten, maar ook inzicht in de sociale kaart van deskundigen op het gebied van psychische problematiek is van belang.

3 Vernieuwing van competentieprofiel, opleiding POH en bij- en nascholing

Het toekomstige competentieprofiel zal nader uitgewerkt moeten worden naar eindtermen voor de toekomstige opleiding POH-somatiek. Een nadere analyse van de huidige competenties en concrete taken van POH's, naast een weloverwogen afweging over de zwaarte en het niveau van de toekomstige taken zijn belangrijke elementen in de voorbereiding van eindtermen.

Voor de opleidingen is van belang dat zij niet alleen de huidige POH opleiding uniformeren, maar ook de uitbreiding naar de toekomstige POH functie tijdig voorbereiden.

Niet alleen zal het nodig zijn dat de opleiding een nieuw competentieprofiel voor het hele opleidingstraject introduceert, ook dient een plan voor bij- en nascholing van de huidige POH's te worden ontwikkeld.

4 Loopbaanontwikkeling van POH's en mogelijke functie-differentiatie

Wellicht zullen niet alle POH's die nu werkzaam zijn door bij- en nascholing overgaan naar het takenpakket van de nieuwe POH-functie. Functiedifferentiatie biedt de mogelijkheid om deze groep mensen de taken in het kader van het huidige POH profiel te laten continueren. Vanuit de inhoudelijke uitbreiding van het takenpakket kan eveneens overwogen worden of differentiatie in de POH-functie wenselijk is.

De populatie mensen met een chronische aandoening en de nieuw toegevoegde populatie ouderen overlapt weliswaar voor een deel, maar ook kinderen, jongeren en volwassenen kunnen chronisch ziek zijn. Verder is het denkbaar dat een deel van de jongste POH's het moeilijk vindt om zich in te leven in behoeften van ouderen en wellicht willen zij eerst ervaring opdoen met verschillende groepen patiënten.

Doelgroepgerichte differentiatie kan aan verschillende behoeften onder POH's tegemoetkomen.

Praktijkondersteuners worden tot dusver vrijwel niet ingezet voor patiënten met alledaagse aandoeningen. Gezien het feit dat dit geheel andere competenties vraagt, lijkt het niet verstandig deze taken door praktijkondersteuners te laten verrichten. Hier is de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants meer op zijn plaats.

5 Aandacht voor de POH-GGZ

De introductie van de POH-GGZ is in 2008 gestart. De gegevens die nu bekend zijn, zijn nog ontoereikend om in detail aanbevelingen te benoemen. Het aantal POH's-GGZ zal ongetwijfeld nog toenemen en dan meer gespreid over het hele land voorkomen. Bij vrijwel alle hogescholen waar nu een POH-somatiek opleiding is, is ook een POH-GGZ opleiding gestart. Opmerkelijk is dat bij een van de hogescholen de opleiding niet van start is gegaan, omdat in die regio de meeste huisartspraktijken al een beroep kunnen doen op sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. De taken van beide functionarissen liggen dichtbij elkaar. Meer gebruik maken van de mogelijkheden van e-health ligt logischerwijs in het verlengde van de huidige taken. Het is een bron van informatie die ondersteunend kan zijn bij specifieke vragen of problemen van patiënten, ook worden vormen van behandeling in e-health aangeboden, waarnaar kan worden verwezen. Een uitbreiding van taken naar behandeling van ADHD of vergelijkbare problematiek ligt minder voor de hand. De POH-GGZ verricht kortdurende behandeling, dus alleen als het mogelijk is om de POH-GGZ in te zetten bij geprotocolleerd uitvoerbare deelaspecten in behandeling kan dit opgenomen worden in hun takenpakket.

6 Skill mix in de huisartspraktijk

De komst van steeds meer functionarissen met verschillende competenties (huisartsen en doktersassistenten, POH's met mogelijk daarbinnen ook nog functiedifferentiatie en daarnaast verpleegkundig specialisten en physician assistants) nopen ertoe dat in huisartspraktijken wordt nagedacht over de gewenste skill mix. Die kan van praktijk tot praktijk verschillen en is afhankelijk van de omvang van de praktijk (hoe groter de praktijk hoe meer functiedifferentiatie mogelijk is) en de specifieke karakteristieken van de zorgvraag. Het NIVEL en de Universiteit van MAASTRICHT werken aan een instrument om huisartspraktijken te ondersteunen in het nadenken over een optimale skill mix afgestemd op de

lokale vraag. Een eerste versie van dit instrument, dat mede is afgeleid uit de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) komt in het najaar van 2012 beschikbaar.

8.3.2 *Aanbevelingen voor nader onderzoek*

We concludeerden al dat een duidelijk beeld van taken en het functioneren van de POH's om aanvulling vraagt van de kennis die er nu is over deze functie. Onderstaande aanbevelingen dragen elk bij aan nadere inzichten over de functie en bieden als zodanig ondersteuning bij de opdrachten waar het veld voor geplaatst wordt als de taken van de POH uitgebreid worden. De onderstaande aanbevelingen gelden zowel voor de POH-somatiek, als voor de POH-GGZ. Vanwege het specifieke taakgebied van beide functionarissen is het uiteraard van belang beide groepen als aparte deelgroepen te bestuderen.

- 1 Aanvullende basisgegevens over de populatie POH's zijn van belang om beleid te kunnen uitzetten op een aantal punten. Een *landelijke registratie van POH's en monitoring van de ontwikkeling van ondersteunende beroepen in de eerste lijn*, door het op een plek ontsluiten van de beschikbare informatie over praktijkondersteunend personeel in de huisartspraktijk. Op basis daarvan kunnen onder andere onderstaande vragen beantwoord worden:
 - a de vraag hoeveel POH's er nodig zijn, kan beter beantwoord worden als exacte aantallen POH's en hun kenmerken bekend zijn. Op basis van de leeftijdsopbouw van de huidige POH's en de leeftijd waarop zij willen stoppen met het werk, kan bepaald worden hoeveel nieuwe POH's er op termijn nodig zijn.
 - b de vraag naar het gewenste competentieniveau van POH's kan met informatie over de ervaringen van de werkende POH's beter beoordeeld worden. De POH's kunnen aangeven of de opleiding hen goed heeft voorbereid op de taken die zij in de praktijk uitvoeren.
 - c de vraag naar de feitelijke taken op het concrete uitvoerende niveau kan door registratie en observatie nauwkeurig in kaart gebracht worden. Deze gegevens bieden zicht op omvang en diversiteit aan taken en taakafbakening naar andere zorgverleners.
- 2 Aanvullende *gegevens van de huisartspraktijken* dragen ook bij aan nadere bepaling van het toekomstige beleid:
 - a de vraag hoeveel POH's er nodig zijn, wordt voor een deel ook beantwoord door de behoefte aan POH's in de praktijken en de financiering van de POH. Een kwart van de praktijken heeft nog geen POH. Daarnaast zijn er waarschijnlijk ook praktijken, waar men behoefte heeft aan uitbreiding, maar is de financiering daarvan niet haalbaar. De toename van aantallen mensen met een chronische aandoening is een basisgegeven om het aantal benodigde POH's vast te stellen.

b de vraag naar het competentieniveau van de werkzame POH's kan met meer zekerheid beantwoord worden als niet alleen de POH's zelf, maar ook de huisartsen en andere zorgverleners bevrraagd worden naar hun ervaringen en tevredenheid met het werk dat de POH's verrichten. Ook kan de taakafbakening met de POH's onder deze zorgverleners geëvalueerd worden.

3 *Onderzoek naar de wenselijkheid van het hanteren van meerdere opleidingsniveaus (MBO versus HBO) versus het handhaven van één niveau is een belangrijke voorwaarde om tot heldere en eenduidige afspraken over de eindtermen van de opleiding POH te komen. De hogescholen die een POH opleiding verzorgen, zouden de eindtermen van de huidige opleiding moeten uniformeren en dat verder vertalen naar in- en uitstroomeisen. Het kennis- en vaardighedeniveau op verschillende hogescholen moet getoetst kunnen worden aan de eindtermen. Daartoe is een systeem van onafhankelijke kwaliteitsbeoordeling het geschikte instrument.*

Onderzoek naar de mogelijke inzet van praktijkondersteuners rond case-management, multimorbiditeit en de zorg voor ouderen kan antwoord geven op de vraag of alle praktijkondersteuners dit in aanleg moeten kunnen, dan wel dat daar functiedifferentiatie bij gewenst is.

4 Een volgend punt voor onderzoek is inzichtelijk maken wat *de gewenste afgrenzing is van de activiteiten van praktijkondersteuners versus meer gespecialiseerde verpleegkundigen en paramedici (diëtistes, fysiotherapeuten)*, dit bij voorkeur op basis van behaalde gezondheidsdoelen.

5 Onderzoek naar *de rol en taken van de POH GGZ* (waar in zijn algemeenheid nog maar heel weinig uit onderzoek over bekend is), dit in het kader van de ontwikkeling van de basis GGZ.

6 Onderzoek naar innovatieve oplossingen bij potentiële *capaciteitstekorten in krimpgebieden*.

7 Tenslotte, verder onderzoek voor de *doorontwikkeling van het skillmix-instrument om eerstelijnspraktijken beter te equiperen* rationeel te besluiten over de gewenste skillmix gebaseerd op de behoefte van de populatie en rekening houdend met de omstandigheden waar de praktijk mee te maken heeft.

8.3.3 **Aanbevelingen voor het Ministerie van vws**

Voor het ministerie van vws zijn enkele aandachtspunten van belang, die samenhangen met de toekomstige taken en verwachte competenties van de ondersteuners in de huisartspraktijk. Op het gebied van de opleiding, de bekostiging en het bepalen van de bevoegdheden van de

ondersteuners heeft vooral het Ministerie van vws de verantwoordelijkheid om mede de richting te bepalen waar de inzet van de ondersteuners vooral op gericht moet zijn en wat dat in termen van competenties en opleiding vergt.

1 Toekomstige opleiding voor ondersteuning in de huisartspraktijk

Een belangrijk aandachtspunt is de beslissing over het toekomstig opleidingsplan voor de ondersteuning in de huisartspraktijk.

De huidige POH's zijn goed toegerust voor het begeleiden van geprotocolleerde zorg bij mensen met chronische aandoeningen. Toekomstige taken in de ouderenzorg en preventieve taken vragen om uitbreiding van competenties en een adequate opleiding. De toekomstige competenties zullen een meer generalistisch opgeleide professional vragen. Eenduidigheid over eindtermen en in- en uitstroomseisen van de toekomstige opleiding is deels een uitvoeringstaak, zoals beschreven bij de aanbevelingen voor ontwikkelingen in het veld (8.3.1). deels is het aan het Ministerie van vws om met de opleidingen tot overeenstemming te komen over de eisen waar het toekomstige profiel van de POH aan moet voldoen. Blijft het een POH-profiel in uitgebreide vorm of wordt de overstap gemaakt naar de HBO-V specialisatie huisartsgeneeskunde, zoals wordt bepleit in het standpunt van de NHG en LHV (2011).

2 Visie op taken in de huisartspraktijk en plaatsbepaling van de ondersteuning in die praktijk

Het zorgstelsel ondergaat in hoog tempo veranderingen die onder andere tot een nieuw evenwicht in de taakverdeling tussen 2e en 1e lijn zullen leiden. Enerzijds wordt verondersteld dat er meer taken uit de 2e lijn naar de 1e lijn gaan en met name naar de huisartsenzorg. Anderzijds wordt de huisartsenzorg in de bezuinigingsopdrachten van vws gekort. Over de inzet van de huisartsenzorg en een passende bekostigingsstructuur zijn er verschillen in zienswijze tussen de minister en de huisartsen (Maes, 2012). Zo wordt vanuit de huisartsenzorg gesteld dat eerst duidelijk moet zijn, wat van de huisarts in de toekomst gevraagd wordt, voordat de bekostigingsstructuur met invulling van tarieven wordt vastgesteld (Ministerie vws, 2011; Maes, 2011). De plaats en de bekostiging van de ondersteuning in de huisartsenzorg maakt uiteraard deel uit van de beslissingen over de toekomst van de huisarts.

3 Bevoegdheden en wetgeving

Een specifiek punt betreft de wettelijke kaders die bepalen welke professional de bevoegdheden heeft om bepaalde handelingen te verrichten. Afhankelijk van de toekomstige ontwikkeling van de positie van POH's (of praktijkverpleegkundige huisartsgeneeskunde) zal het ministerie ten aanzien van de nieuwe functionaris beslissingen nemen over mogelijke bevoegdheden of uitbreiding daarvan.

Tot slot

In deze studie zijn veel gegevens in kaart gebracht over de huidige POH's en over belangrijke partijen die elk een rol spelen in de verdere ontwikkeling van deze functie. Deze informatie biedt een goede basis om te bepalen wat mogelijkheden zijn om de POH functie een bredere inhoud te geven.

Deze studie laat zien dat de POH's in het algemeen goed zijn voorbereid op de vereiste competentie aspecten van hun huidige taken. Ook zijn patiënten tevreden over de zorg die POH's verlenen; de kwaliteit van zorg is door de inzet van POH's voor grote groepen mensen met een chronische aandoening verbeterd. Zo heeft aandacht voor leefstijladviezen voor mensen met een chronische aandoening door de inzet van POH's in de huisartspraktijk een grote vlucht genomen. Bovendien indiceert de snelle groei van de POH's-somatiek dat deze functie voorziet in een belangrijke vorm van ondersteuning in de huisartspraktijk.

Dit alles overziend kan gesteld worden dat de invoering van de POH een succes is. Voor de beoogde uitbreiding van de taken van POH's in de toekomst zijn de huidige competenties niet zondermeer voldoende. Extra opleiding als voorbereiding op taken in de ouderenzorg en preventie is noodzakelijk. De generalistische benadering die vooral nodig is voor taken in de ouderenzorg, is een verzwaring van de huidige competenties. Of in termen van opleiding volstaan kan worden met een post-HBO bijscholing, dan wel een aanvullende masteropleiding hangt deels af van de mogelijkheden om het huidige curriculum nog te kunnen uitbreiden. Daarnaast hangt deze beslissing deels af van de toekomstige instroomeisen. Als in de toekomst de instroomeis voor de uitgebreide POH-functie op HBO-V niveau ligt, kan wellicht volstaan worden met een post-HBO bijscholing. Maar ook is het mogelijk om het traject te kiezen dat in het NHG/LHV-standpunt verwoord is, namelijk het ontwikkelen van een hele HBO-opleiding die specifiek opleidt tot praktijkverpleegkundige (een mogelijke differentiatie van de HBO-V). Voor de huidige POH's zal in elk geval een goed na- of bijscholingstraject aangeboden moeten worden.

Of de nu beoogde uitbreiding van de POH functie een eindstation is, hangt van meerdere factoren af. In brede zin zijn er veel ontwikkelingen gaande in de organisatie en de financiering van de zorg. In dat kader zijn er ideeën over verdere taakherschikking van de tweede naar de eerste lijn. De besluitvorming in die bredere discussies hebben consequenties voor alle bestaande functies in de eerste lijn en de positie van de POH zal in dat traject meegewogen worden.

Literatuur

- Amsterdam, L. van, Implementatie en ondersteuningsbehoefte praktijkondersteuning huisartsen (POH) in gezondheidscentra: uitkomsten van inventariserend onderzoek en aanbevelingen voor beleid. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn, 2004. 23 p.
- Ancher, M. 2008. *Informatie POH-opleiding*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Bakker, D.H. de, Lamkaddem, M., Haan, J. de, Nijland, A. Invloed van praktijkondersteuning op werklust van huisartsen. In: *Modern Medicine*, 2005, nr. 8, p. 400-403.
- Bakker, D.H. *Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, Tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging*. Den Haag: ZonMw, 2012.
- Bensing, J.M., Deveugele, M., Moretti, F., Fletcher, I., Vliet, L. van, Bogaert, M. van, Rimondini, M. How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Education and Counseling*: 2011, 84(3), 287-293.
- Berg, M. van den, de Bakker, D.H., Kolthof, E.D., Cardol, M., Van den Brink-Muinen, A. De werkdruk van de huisarts: zorgvraag en arbeidsduur in 1987 en 2001. *Medisch Contact*, Vol. 58, no. 26/27, 2003a, p. 1054-1056.
- Berg, M. van den, Bakker, D. de. Meta-analyse: Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003b, 61 p.
- Berg, M. van den, Simkens, A. *Praktijkondersteuner en assistente: wie doet wat?* *Huisarts en Wetenschap* 49(8) juli 2006, 397 p.
- Berger, MY. De patiënt, z'n klacht en de dokter. Inaugurale Rede. Groningen: Universiteit van Groningen; 2011.
- Blokstra, A., Groot, J. de, Dulmen, S. van, Bemelmans, W.J.E. Lifestyle counseling in hypertension-related visits: analysis of video-taped general practice visits. *BMC Family Practice*, vol. 9, 2008, nr. 58.
- Bussemakers, H. *Taakherschikking en taakverdeling in de huisartspraktijk; De taakverdeling tussen huisarts, praktijkassistente, praktijkondersteuner en nurse practitioner*. Leiden: STG/Health Management Forum, 2006, 41 p.
- CBO/NHG. Dutch Guideline Cardiovascular Risk Management, www.nhg.org, 2006.
- Derckx, E.W.C.C. Hulpkrachten in de huisartspraktijk. H.6 in *Jaarboek huisartsgegevenskunde 2009*, redactie Keeman JN, Mazel JA, Zitman, FG, 2009, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pp. 144-159.
- Dierick-van Dale ATM, Metsemakers, JFM, Derckx EWCC, Spreuwenberg, C, Vrijhoef, HJM (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners in the care for patients with common complaints; a randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing* 2009; 65 (2): 391-401.
- Dierick-van Daele, A.T.M. The introduction of the nurse practitioner in general practice. MAASTRICHT: Universiteit MAASTRICHT, 2010. 142 p. (proefschrift) ISBN 9789079488872.

- Dijk C. E.van, Verheij R A, Hoogen H van den, Bakker DH de. Bekostiging van de huisartsenzorg: eindrapportage. Utrecht: NIVEL, 2009, 51 p.
- Dijk, Van C.E., Verheij, R.A./, Hansen, J. van der Velden, L., Bakker, D.H. Effect van praktijkondersteuner en diabetesbegeleiding op het verwijsgedrag van huisartsen bij diabetici. Utrecht: NIVEL, 2010, 41 p.
- Gezondheidsraad, Taakherschikking in de gezondheidszorg , 2008, Signalement aan de Minister van vws, Den Haag: Gezondheidsraad, 2008/25,.70 p.
- Gorter KJ, Tuytel GH, De Leeuw RRJ, Rutten GEHM. Huisarts of ketenzorg: wat wilde de diabetespatiënt? *Huisarts Wet* 2011;54(5):238-43.
- Harmsen M., Laurant M., Achterberg van T., Hulscher M., Wensing M., Wollersheim A., Grol R., Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: uitkomsten vvan literatuuronderzoek. Nijmegen: WOK, UMC St Radboud, 2007, 122 p.
- Heijmans, M., Zuidgeest, M., Sixma, H., Rademakers, J. CQI Ketenzorg COPD: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van ketenzorg bij COPD vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL, 2009a, 98 p.
- Heijmans, M.J.W.M., Spreeuwenberg, P., Rijken, P.M. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD. Trends en ontwikkelingen over de periode 2001 2008. Utrecht: NIVEL, 2009, 117 p.
- Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., Rijken, M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronische ziekten: rapportage 2010. Utrecht: NIVEL, 2010, 104 p.
- Heiligers PJM, Groot J. de, Koster D. Dulmen S. van. 2010. Diagnoses and visit length in complementary and mainstream medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, vol. 10, nr. 3.
- Heinrich E. Diabetes self-management. Strategies to support patients and health care professionals. PhD thesis, Universiteit MAAstricht 2011.
- Hobma S, Ram P, Muijtjens A, Vleuten C van der, Grol R. Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trail. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 580-6.
- Hoeymans N, Loon van AJM, Schoemaker CG. Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014, 2011. Bilthoven: RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, 60 p.
- Houtum, L., Heijmans M., Rijken, M. Behoeftte aan een Diabeteskenniswijzer onder patiënten en Huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2010, 59 p.
- Kehler D, Christensen B, Lauritzen T, Christensen MB, Edwards A, Bech Risor M. Cardiovascular-risk patients' experienced benefits and unfulfilled expectations from preventive consultations: a qualitative study. *Qual Prim Care* 2008;16:315-25.
- Koelwijn-vanLoon, M.S. *Involving patients in cardiovascular risk management in general practice: evaluation of a nurse-led intervention*. MAAstricht: Universiteit MAAstricht, 2010. 223 p.,(proefschrift) ISBN 9789052789354 .
- Lakerveld, J.; Bot, S.D.M.; Chinapaw, M.J.M.; Knol, D.L.; de Vet, H.C.W.; Nijpels, G. Measuring pathways towards a healthier lifestyle in the Hoorn Prevention Study: the Determinants of Lifestyle Behavior Questionnaire (DLBQ). *Patient education and counseling*, 2011; 85(2): e53-e58.

- Lamkaddem, M., Bakker, D. de, Nijland, A., Haan, J. de. De invloed van praktijkondersteuning op de werklast van huisartsen: een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2004, 23 p.
- Lane C, Huws-Thomas M, Hood K, Rollnick S, Edwards K, Robling M. Measuring adaptations of motiverende gespreksvoering: the development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). *Patient Education and Counseling* 2005; 56: 166-173.
- Laurant, M.G.H. Changes in skill mix: the impact of adding nurses to the primary care team. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2007. 232 p (proefschrift) ISBN 9789076316444.
- LHV. 1995. De wereld verandert en de huisarts verandert mee. Utrecht: LHV.
- LHV/NHG. 2010. Praktijkondersteuner, competentieprofiel en eindtermen. Utrecht: LHV, 32 p.
- Leeuw, J.R.J. de, Simkens, A.B.M., Baar, M.E. van, Verheij, R.A., Bijleveld, S.D., Dijk, F.S. van, Boons, A.N.A.M., Hermsen, L., Schrijvers, A.J.P., Taakherschikking in de huisartspraktijk. Introductie van de Physician Assistant: gevolgen voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg - Utrecht : Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, 2008. - 124 p.
- Maes, A.A.C.M. Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel, 2012, Amsterdam/Doetinchem: Reed Business, 2^e druk, naschrift.
- Maes, Anton, reactie op uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg, 8dec. 2011, <http://huisartsvandaag.nl/nieuws/29/+nieuws/21344/AntonMaesReactieopuitvoeringstoetsbekostighuisartsenzorgenintegralezorg>.
- Meuwissen, L.E., Voorham A.J.J., Schouten G.M., Bakker, D.H. de (2010). Hoe te komen tot populatiegerichte huisartsenzorg? *TSG, jaargang 88*, 2010, nr.7 p. 381.
- Mies, L., Voorham, T. Een vrije inloop: Onderzoek naar taakdelegatie in de Huisartspraktijk Mozaïek. Rotterdam: Mozaïek, 2011, 67 p.
- Milder, I.E.J., Blokstra, A., Groot, J. de, Dulmen, S. van, Bemelmans, W.J.E. Lifestyle counseling in hypertension-related visits: analysis of video-taped general practice visits. *BMC Family Practice*, vol. 9, 2008, nr. 58.
- Ministerie van vws, vverzoek uitvoeringstoetsbekostiging huisartsenzorg in intergarle zorg, CZ/EKZ 3089390, 28 november 2011. <http://www.LVG.org/homenieuws-docs/111129BriefNZAuitvoeringstoetsbekostiginghuisartsenzorgenintegralezorg.pdf>
- Mosselman, I. Wie is verantwoordelijk voor de toekomst van de POH/PVK? Een veldverkenning in 2011. HAN-VDO, Nijmegen (interne publicatie).
- NHG/LHV-Standpunt: Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening, NHG/LHV, Utrecht, 2011.
- NISB. 2010. Documenten op website: <http://www.beweegekuur.nl/documenten.html>.
- Noordman, J., Verheij R. en Verhaak P., *Taakdelegatie aan doktersassistenten en praktijkondersteuners*, Tijdschrift voor praktijkondersteuning, augustus 2009, nr.4, pp. 107-112.
- Pfister-Minogue KA, Salveson C. Training and experience of public health nurses in using behavior change counseling. *Public Health Nursing* 2010; 27 (6): 544-551.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz) . 2002. Taakherschikking in de gezondheidszorg., advies aan de Minister van vws, Quantes, Rijswijk, ISBN 90-5732-109-2, 167 p.
- Sikkema, G., Profiel van de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de geïntegreerde eerste lijn. Utrecht: LVG pp.45.
- Son L van, Vrijhoef H, Crebolder H, Hoef L van, Beusmans G (2004) De huisarts ondersteund: Een RCT naar het effect van een praktijkondersteuner bij astma, COPD en diabetes. *Huisarts & Wetenschap*; 47(1)
- Sonntag U, Wiesner J, Fahrenkrog S, Renneberg B, Braun V, Heintze C. Motiverende gespreksvoering and shared decision making in primary care. *Patient Education and Counseling* 2011, in press.
- Ten Have, J.J.I.M. Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn: een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn Utrecht: Landelijke Vereniging. 2007, 21 p.
- Stirbu-Wagner, I.; Spies-Dorgelo, M.; Verheij, R . 2011. Huisartsenzorg in cijfers: kwaliteitsindicatoren vanuit het HIS? *Huisarts en Wetenschap*, vol. 54, (7). p. 399.
- Ursum, J.; Rijken, M.; Heijmans, M.; Cardol, M.; Schellevis, F. Zorg voor mensen met een chronische ziekte: organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Overzichtstudies. Utecht: NIVEL, 2011. 116 p.
- Van Thiel, J., Ram, P., van Dalen, J. 2000. MAAS-Globaal, Universiteit MAAstricht.
- Velden L. van der, Hansen J., Hingstman L., Verheij R., Schepman, S. Batenburg, R. *Notitie praktijkondersteuning huisartsen*. Concept Capaciteitsorgaan 2010. Utrecht: NIVEL, pp.35.
- Verhaak, P., van Beljouw I., ten Have, J. 2010. De opmars van de POH-GGZ Tijdschrift voor praktijkondersteuning oktober 2010, nr.5, pp.130-134.
- Vervloet M, Dijk L van, Schoen T, Dulmen S van. Het betrekken van perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over het (rouw) gebruik van cholesterolverlagers. 2009. Utrecht: NIVEL.
- v&vn-SPV en NVMW. 2008. Addendum. Competenties behorend bij het functieprofiel Praktijkondersteuner Huisartsenzorg (POH)-GGZ, startdocument 2008. Utrecht:v&vn en NVMW.
- Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract* 2010;60:40-6.
- Voogdt-Pruis H, Gorgels T, Van Ree J, Van Hoef L, Beusmans G. Hoe ervaren hoogrisicopatiënten CVRM door een praktijkondersteuner? 2010. Tijdschrift voor praktijkondersteuning, nr 5:136-143.
- Voogdt-Pruis HR, Van Ree JW, Gorgels APM, Beusmans GHMI. Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses. *International Journal of Nursing studies* 2011; 48 (7): 798-807.
- Vrijhoef, HJM, Frederix, MGWE, Spreeuwenberg, C. Effectiviteit van taakherschikking in de diabeteszorg. 2003. *Ned. Tijdschr. Voor Diabetologie*, jrg. 1, nr. 1, pp.6-13.

vws (Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport), (red. A.P.N. van Rooijen).

De zorg van morgen: flexibiliteit & samenhang. Advies van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003, p. 67.

Wan Q, Harris MF, Zwar N, Vagholkar S. Sharing risk management: an implementation model for cardiovascular absolute risk assessment and management in Australian general practice. *Int J Clin Pract* 2008;62:905-11.

Welling, B.J.M., Delnoij, D.M.J., Bakker, D.H. de, *De praktijkverpleegkundige in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 1997, 38 p.

Zee, van der, D.A.A.Y; Verhaak, P.F.M. Ondersteuning van de huisarts door de POH-GGZ: deel 1: de registratie door de POH-GGZ, november 2011, 53 pp. (nog niet gepubliceerd).

Bijlage 1 Overzicht van gebruikte afkortingen en namen van organisaties

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder, oftewel aandachtstekort/hyperactiviteitstoornis
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BECCI	Behaviour Change Counseling Index
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg)
CBS	Centraal Bureau voor Statistiek
CHE	Christelijke Hogeschool Ede
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVRM	Cardiovasculair Risicomanagement
DBC	Diagnose behandel combinatie
DM2	Diabetes type 2
ELP	Eerstelijns Psycholoog
Fte	fulltime equivalent (1 fte werkzaam = 100% werkzaam of een volledige werkweek)
HAN-VDO	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (leertrajecten in Zorg en Welzijn)
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HBO-V	Hogere Beroeps Opleiding Verpleegkunde
HIDHA	Huisarts in dienst van een huisarts
HSL	Hogeschool Leiden
HU	Hogeschool Utrecht
Inservice opl.	Tot 1997 kon men via een inservice-opleiding verpleegkundige of ziekenverzorgende worden. De leerling was dan meteen in dienst van een ziekenhuis of verpleeghuis
IQ Healthcare	Scientific Institute of Quality of Healthcare
LGV	Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
M-ANP	Masteropleiding Advanced Nursing Practice
MAAS-glob.	Maatschappelijke Gezondheidszorg (part-time opleiding verpleegkundigen)
MBO	Middelbaar Beroeps Onderwijs
MBO-V	Middelbare Beroeps Opleiding Verpleegkunde
MGZ	Maatschappelijke Gezondheidszorg (part-time opleiding verpleegkundigen)
MI	Motivational interviewing (motiverende gespreksvoering)
MWD	Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap

NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NHL	Noordelijke Hogeschool Leeuwarden
NP	Nurse practitioner
NPCG	Nationaal Panel Mensen met een chronische aandoening en gehandicapten
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVMW	Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers
NVVPO	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners
PA	Physician Assistant
PAio	Physician Assistant in opleiding
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
POH-s	Praktijkondersteuner somatiek
POH-GGZ	Praktijkondersteuner Geestelijke Gezondheidszorg
POZOB	Praktijk Ondersteuning Zuid-oost Brabant
PV	Praktijkverpleegkundige
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante geestelijke Gezondheidszorg
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
ROS	Regionale ondersteuningsstructuur
RVZ	Raad voor Volkgezondheid en Zorg
SD	Standaarddeviatie
SPOEL	Stichting PraktijkOndersteuning Eerste Lijn, Zuidwest Nederland
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
Stichting SKOH	Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg
Tranzo	Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn
VAAM	Vraag Aanbod Analyse Monitor
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
V&VN - SPV	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland - Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WIA/wajong	Wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen/ Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
WO	Wetenschappelijk onderwijs
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZZPer	Zelfstandige ondernemer zonder personeel

Bijlage 2 Bijlagen bij methoden en werkwijzen

Bijlage 2a Literatuurstudie, interviews en deskresearch

- **Literatuurstudie**

Bij de beantwoording van vraag 1,3 en 5 is gebruik gemaakt van literatuurstudie.

Vraag 1:

Wat is bekend over de mogelijke effecten van taakdelegatie naar POH's in de huisartspraktijk (hoofdstuk 2)?

Vraag 3:

Wat is bekend over de opleiding en competenties van praktijkondersteuners (hoofdstuk 4)?

Voor het beantwoorden van vraag 1 en deels ook vraag 3 werd gebruik gemaakt van literatuurstudie op dit terrein (van de Berg et al), recente proefschriften en beleidsrapporten. Verder werd gericht literatuur verzameld van instituten die zich bezighouden met de kwaliteit van zorg (IQ Health Care, Tranzo). Er werd geen systematische literatuur- review verricht, maar wel aanvullend naar Nederlandstalige publicaties gezocht op de onderstaande trefwoorden:

- POH / PRAKTIJKONDERSTEUNER / PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE / PRAKTIJKASSISTENT gecombineerd met de trefwoorden:
- TAAKHERSCHIKKING / TAAKDELEGATIE/ SUBSTITUTIE / TAAKVERDELING / TAAKVERSCHUIVING / SUPPLETIE.

Verwijzingen in deze publicaties naar Engelstalige publicaties werden ook gebruikt. Daarnaast werden gegevens over opleidingen verzameld via deskresearch (zie hieronder).

Vraag 5:

Wat is bekend over de kwaliteit van de beroepsbeoefening vanuit patiëntperspectief (hoofdstuk 6)?

Het antwoord op vraag 5 werd deels gegeven op basis van patiëntgegevens uit de Databank Communicatie van het NIVEL en aanvullend werd literatuurstudie verricht. De NIVEL publicaties over patiëntervaringen met de POH zijn grotendeels gebaseerd op data van het Patiënten Panel Mensen met een chronische aandoening. Daarnaast werden enkele andere Nederlandstalige publicaties toegevoegd door gericht te zoeken met trefwoorden van de drie groepen Mensen met een chronische aandoening: DIABETES / CVRM / COPD/ASTMA in combinatie met het trefwoord POH.

- **Interviews en aanvullende deskresearch**

Vraag 6:

Wat is de visie van veldpartijen op competenties en taken van praktijkondersteuners (hoofdstuk 7)?

Voor het beantwoorden van vraag 6 zijn gegevens van interviews gebruikt om de visies van verschillende partijen in het veld in kaart te brengen.

Interviews (zie voor overzicht bijlage 3)

Bij 5 opleidingen (verspreid over het land) werd een interview gehouden met een inhoudsdeskundige met als doel zicht te krijgen op de perspectieven die de opleiding hun studenten biedt, welke visie men heeft op de ontwikkeling van de functie van POH in het kader van verdere taakdelegatie en welke accenten in de opleiding men benadrukt.

Daarbij kan gedacht worden aan een meer specialistisch georiënteerde opleiding, of juist een opleiding die het generalistische karakter van de POH-functie benadrukt.

De visies van werkgevers over de competenties van POH's werden verzameld door interviews met huisartsen in verschillende typen praktijken: gezondheidscentrum, zorggroepen en solopraktijk. Ook de landelijke koepels werden geïnterviewd: LHV, NHG, LVG.. Daarnaast werden de beroepsverenigingen van de POH benaderd voor een interview: de NVVPO (Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners), de beroepsvereniging van de Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners, aangesloten bij de V&VN en beroepsvereniging NVDA (Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten).

Aandachtspunten in de interviews waren:

- visie op functioneren van POH's op basis van eigen ervaringen;
- visie op optimalisering van ondersteuning (wensen, aanvulling, verbetering);
- type competenties aanwezig of gewenst: specialistisch (evt. een groep mensen met een chronische aandoening) of generalistisch (complexere zorgvragen);
- visie op kwaliteit van begeleiding, communicatie, consultvoering door POH's;
- visie op mate van zelfstandig functioneren (spanningsveld tussen zelfstandigheid POH en eindverantwoordelijkheid arts);

- visie op mogelijke ontwikkeling van functie POH en toekomstige competenties van de POH.

Deskresearch: verzameling curricula en modules van opleidingen POH

Voor de beantwoording van vraag 3 werden gegevens per opleiding verzameld.

Van de 13 opleidingen POH in het land werd informatie over het curriculum verzameld en op basis daarvan werd in kaart gebracht:

- de opbouw van het curriculum (zowel MBO- als HBO-instroom; uitsluitend HBO-instroom);
- de omvang van de opleiding (studielast en contacturen, 1 of 2 jaar);
- het aantal modules en de namen.

De gegevens werden verkregen via de websites van de opleidingen, incidenteel aangevuld met telefonische informatieverzameling.

Bijlage 2b Observaties Databank Communicatie van het NIVEL

• **Definities communicatievaardigheden, MAAS-globaal**

(Van Thiel et al., 2000)

- 1 Opening: ruimte voor verhaal van patiënt, globale oriëntatie op reden van komst, vragen naar andere reden van komst.
- 2 Vervolgconsult: noemen van voorgaande klachten, hulpvragen en beleid, vragen naar uitvoering beleid, vragen naar beloop.
- 3 Hulpvragen: noemen van hulpvragen, wensen of verwachtingen, noemen van aanleiding voor komst nu, afronden van vraagverheldering.
- 4 Lichamelijk onderzoek: instrueren van patiënt, toelichten van onderzoek, bejegenen van patiënt zorgvuldig en respectvol.
- 5 Diagnose: noemen van bevindingen en diagnose/hypothese, noemen van oorzaken of verband tussen bevindingen en diagnose, noemen van prognose of te verwachten beloop, naar reactie vragen.
- 6 Beleid: overleggen over beleid, alternatieven, voor- en nadelen, uitvoerbaarheid en opvolggedrag bespreken, afspraken maken: wie, wat, wanneer, naar reactie vragen.
- 7 Consultevaluatie: algemene vraag, beantwoording hulpvragen, voorlopig perspectief.
- 8 Exploreren: exploreren van hulpvragen, wensen en verwachtingen (beleving), exploreren van reactie op informatieoverdracht, binnen het referentiekader van de patiënt, ingaan op non-verbaal gedrag en sleutelwoorden.
- 9 Emoties: (door)vragen naar gevoelens, gevoelsreflecties (inclusief aard en intensiteit), voldoende door gehele consult heen.
- 10 Informatieoverdracht: aankondigen, categoriseren, kleine hoeveelheden, concrete uitleg, begrijpelijk taalgebruik, naar begrijpen vragen.
- 11 Samenvatten: inhoudelijk correct, volledig, beknopt, in eigen woorden, toetsend, voldoende door gehele consult heen.
- 12 Structurering: logische volgorde van fasen, evenwichtige tijdsbesteding, aankondigingen (anamnese, onderzoek, andere fasen).
- 13 Empathie: houding betrokken, uitnodigend en oprecht meevoelend in intonatie, gebaren en oogcontact, van meeleven getuigende korte verbale reacties.
- 14 Anamnese inhoudelijk: volgens NHG standaarden o.a. COPD, DM2, Cardiovasculair risicomanagement, stoppen met roken.
- 15 Onderzoek inhoudelijk: volgens NHG standaarden o.a. COPD, DM2, Cardiovasculair risicomanagement, stoppen met roken.
- 16 Diagnose inhoudelijk: volgens NHG standaarden o.a. COPD, DM2, Cardiovasculair risicomanagement, stoppen met roken.
- 17 Beleid inhoudelijk: volgens NHG standaarden o.a. COPD, DM2, Cardiovasculair risicomanagement, stoppen met roken.

Bijlage 3 Interviews ten behoeve van het project *Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk, klaar voor de toekomst?*

Organisatie	Persoon
HU, opleiding POH	Mw. D. Koezen Coördinator
Eerstelijnscentrum Tiel	Dhr. H. Vlek, Huisarts, medisch manager
V&VN	Mw. F. Bolle
Hogeschool Zuyd, opleiding POH	Mw. J. Erckens, Coördinator
LVG (landelijke vereniging georganiseerde eerste lijn)	Mw. L. van Amsterdam
POZOB, Praktijk Ondersteuning Zuid-oost Brabant	Dhr. A. Romeijnders, voorzitter zorggroep, huisarts
Hanzeschool Groningen. Opleiding POH	Mw. A. Helder
NVVPO	Mw. C. de Ridder
Huisarts	Dhr. A. Nijland
Gereformeerde Hogeschool Zwolle, opleiding POH	Mw. A. Loonstra, mw. G. Brummel
LHV	Mw. S. Kooij, mevr. C. Pronk
HAN (Hogeschool) Nijmegen-Arnhem, opleiding POH	Mw. I. Mosselman
NHG	Mw. N. Gruijters, vice-voorzitter Verenigingsraad
NVDA, Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten	Mw. W. Tempelman, mw. G. van Baggem (voorzitter bestuur), mw. J. Klaver (directeur)

Bijlage 4 Tabellen opleidingen

Tabel B4.1 Kenmerken opleidingen POH*

Plaats	Organisatie	Niveau	Duur	Basispakket	Diploma	POH - GGZ
1 Alkmaar (MBO) en Amsterdam (HBO)	InHolland	MBO	Voortraject 20 cursusdagen	4 modules	Certificaat inHolland Academy	5 modules in 20 cursusdagen, certificaat (Post-HBO)
		HBO	Hoofdtraject 28 cursusdagen	6 modules	Certificaat inHolland Academy en accreditatie kwaliteitsregister v&v	
2 Enschede (lesplaats), Apeldoorn, Deventer	Saxion	HBO HBO-V Inservice A/MBO-V met vervolgopl. (aantoonbaar HBO-denkniveau)	1 jaar, 27 cursusdagen	8 modules, 420 uur studiebelasting	Diploma is erkend door LHV	5 modules en 2 doorlopende leerlijnen in 10 cursusdagen, HBO-certificaat 'Praktijkondersteuner GGZ'
3 Breda/ Den Bosch	AVANS/inclusief SPOEL	Voortraject MBO-niveau (intake-assessment bepaalt toelating)	10 dagdelen	Studiebelasting 120 uur		32 dagdelen in 9 maanden, studiebelasting 10 uur per week, diploma POH GGZ, accreditatie kwaliteitsregister v&v
		Post-HBO, incl 8 uur leer-/ werkplek (dokters-assistenten worden uitgenodigd apart te informeren wat kan)	16 maanden, 20 cursusdagen + 2 toetsdagen +2dagen presentatie	4 modules inclusief intervisie, 15 uur studiebelasting per week	Postbachelordiploma verpleegk./POH, accreditatie kwaliteitsregister v&v	
4 Ede	Christelijke Hogeschool Ede CHE Transfer, Unit Verpleegkunde	Voortraject PO huisartsenzorg	24 cursusdagen + 5 oriëntatiedagen	5 modules, 500 uur studiebelasting	Per module een certificaat	Studiebelasting is 330 uur (incl. inter- en supervisie), 12 modules
		HBO-POH	35 cursusdagen	8 modules, 675 uur studiebelasting (incl; stage en contacturen)	Diploma HBO-POH	
5 Eindhoven	Fontys Hogeschool Verpleegkunde	POH somatiek Post-MBO	Voortraject, 20 cursusdagen	5 modules	Erkend diploma Stichting Post-HBO	3 stromen, 17 cursusdagen (over 1 jaar gespreid)
		Post-HBO	Hoofdtraject, 30 cursusdagen	7 modules		

Plaats	Organisatie	Niveau	Duur	Basispakket	Diploma	POH - GGZ
6 Groningen	Hanze Hogeschool, Academie voor Verpleegkunde	Post-MBO Afhankelijk van ervaring kan het traject korter zijn	Tweejarige voltijdopleiding	4 Blokken, 28 contacturen per week gedurende 2 jaar	Diploma 'associate degree' accreditatie kwaliteitsregister V&V	2 Modules. 13 cursusdagen
7 Heerlen	Hogeschool Zuyd	Post-MBO	Voortraject (+hoofdtraject: 20 maanden)	4 Modules in jaar 1 (studiebelasting 400 uur)	idem	1 Jaar, diploma SPV, MWD, ELP (universitair)
		Post-HBO	Hoofdtraject	7 Modules (incl. module intervisie en module stage); totale studiebelasting 850 uur	Certificaat Leergang Praktijkondersteuner in de Huisartspraktijk	
8 Leeuwarden	NHL, Informatiecentrum -Tesselschade -Hempenderweg	Post-MBO	Voortraject	10 Uur per week		POH GGZ, 1 jaar 1 dag per week, HBO-V (psychiatrisch), SPV, AMW, ELP
		HBO	Hoofdtraject	20 Uur per week, 1 jaar	Diploma Post-HBO	
9 Leiden	HS Leiden	Post-MBO	Voortraject	4 Modules, studiebelasting 420 uur:		
		Post-HBO	Hoofdtraject	6 Modules, 450 uur studiebelasting+ 150 uur stage	Conform afspraken met min. vws en Zorgverzekeraars Nederland	
10 Nijmegen/ Arnhem	HAN-VDO Opleidings- en adviescentrum (locatie Nijmegen)	Post-MBO	Voortraject 20 cursusdagen	Studielast 420 uur, waarvan 120 uur contacturen		POH GGZ, voor verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, Toelating na 2 jaar ervaring in de GGZ. Studiebelasting 60 uur.
		Post-HBO	Hoofdtraject 29 cursusdagen, 20 stagedagen,	Studielast 520 uur, waarvan 174 contacturen		

Plaats	Organisatie	Niveau	Duur	Basispakket	Diploma	POH - GGZ
11 Rotterdam	Transfergroep Rotterdam	Post-MBO (MBO-A/V,B- of Z-verpleegkunde)	Tweejarige opleiding 36 lesdagen om de 2 of 3 weken (over 2 jaar gespreid)	16 Modules, elk 3 tot 9 bijeenkomsten, studielast 800 uur (totaal jaar 1 + 2)	Getuigschrift POH Transfergroep Rotterdam	POH-GGZ, 20 dagen, HBO-V en Mw, voor SPV-ers een 5 daagse opl.
		Post-HBO	Eenjarige opleiding 24 lesdagen, tweewekelijks	9 Modules, elk 3 tot 7 bijeenkomsten, studielast 500 uur	Getuigschrift POH Transfergroep Rotterdam	
12 Utrecht	Hogeschool Utrecht	Post-MBO	Voortraject 20 contactdagen	5 Modules , studielast 290 uur	Deelcertificaat dat op de HU recht geeft op instromen in post-HBO opleiding POH	POH GGZ, nieuw gestart in 2011 met 6 generieke modules (o.a. over werken in de huisartspraktijk , kwaliteit, ketenzorg) en 4 specifieke GGZ modules. Studielast 588 uur.
		Post-HBO; voor inservice A en MBO-verpleegkundige gelden aparte toelatingseisen	33 Contactdagen in een jaar	9 Modules, studielast 532 uur	Stichting Post-HBO Nederland, accreditatie kwaliteitsregister v&v	
13 Zwolle	Gereformeerde Hogeschool	Post-MBO Alleen inservice A/ doktersassistentente	Voortraject	3 Modules	Accreditatie kwaliteitsregister v&v	Geen POH-GGZ, niet nodig in de regio: er zijn voldoende SPV-ers
		Post-HBO HBO-V	Hoofdtraject	7 Modules	Accreditatie kwaliteitsregister v&v	

* Bron: online informatie van de opleidingen, verzameld in de periode mei-september 2011.

Tabel B4.2 Modules in het hoofdtraject van de opleiding tot POH per opleiding, waarvan enkele aanvullend (als vrije keuze)* (voetnoten op pag. 123)

Modules	InHolland Alkmaar/Amsterdam	Saxion Enschede	Avans Breda	CHE Ede	Fontys Eindhoven	Hanze Hogeschool Groningen	Hogeschool Zuyd Heerlen	NHL Leeuwarden	HS Leiden	HAN Nijmegen	Transfer groep Rotterdam	HU Utrecht	Gereform. Hogeschool Zwolle
Astma - en COPD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diabetes type 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hart- en vaatziekten	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ouderenzorg	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Deskundigheidsbevordering van de patiënt												X	
Mensen met een chronische aandoening/ vraaggestuurde zorg	X											X	
Persoonlijke effectiviteit			X						X (reflectie)		X	X	X (reflectie)
Professionalisering	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toepassen wetenschappelijke bronnen					X		X	X		X		X	
Kwaliteitszorg en Samenwerking in de huisartspraktijk	X		X	X	X	X	X	X	X		X		
Methodische vaardigheden			X	X	X	X	X	X	X	X			
Stage/intervisie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabel B4.3 Modules in het voortraject van de opleiding tot POH per opleiding* (voetnoten op pag. 123)

Modules	InHolland Alkmaar/ Amsterdam	Saxion Enschede	Avans Breda	CHE Ede	Fontys Eindhoven	Hanze Hogeschool Groningen ¹	Hogeschool Zuyd Heerlen	HS Leeuwarden Leiden	HAN Nijmegen	Transfer groep Rotterdam	HU Utrecht	Gereform. Hogeschool Zwolle
Gesprekstechnieken	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X
Counseling											X	X
Motiverende gespreksvoering									X		X	X
Coachingsvaardigheden										X		
Consultvoering	X		X	X							X	
Preventie en voorlichting		X		X	X		X	X	X	X	X	X
Management en financieel beleid					X (coördi- natie zorg)					X		
De functie van praktijk- ondersteuner		X	X	X		X	X	X	X			X
Mensen met een chronische aandoening in de huisarts- praktijk		X	X	X		X	X	X	X			X
De huisartspraktijk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Transculturele hulpverlening		X (keuze)										
Palliatieve zorg		X (keuze)										
Gezond, hoe blijf je dat?/pre- ventie						X						
Zorg, hoe plan je dat?/planning						X						
Herstellen, hoe doe je dat?						X						
Zorg thuis; hoe kan dat?						X						
Individueel leren												X

Tabel B4.4 In- en uitstroomgegevens opleidingen POH 2001-2010¹ (voetnoten op pag. 123)

Cohort	HAN Hogeschool		InHol-land ²		Saxion Enschede ³		Hogeschool Leiden ⁴		Ger. Hogesch. Zwolle ⁵		Hoge-school Utrecht		Hoge-school Zuyd		NH Leeuwarden		Spoel POH6	
	Gestart MBO	Geslaagd MBO	Gestart MBO	Geslaagd MBO	Gestart MBO	Geslaagd MBO	Gestart MBO	Geslaagd MBO	Gestart MBO	Geslaagd MBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO	Gestart MBO	Geslaagd MBO	Gestart MBO	Geslaagd MBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO
2001-2003	9	100%	19											17	100%			
2002-2004	34	96%	39				11						15	93%				
2003-2005	29	72%	26		12		38						8	100%				
2004-2006			-				9											
2005-2007	-		28				20						10	100%				
2006-2008	23	87%	14		10		20						20	95%				
2007-2009	18	89%	40				14						20	95%	18	94%		
2008-2010	21	95%	32				25						14	86%	11	100%		
2009-2011	20	90%	15				22											
2010-2012	21		33				14						15	93%				
2011-2013			14				24						7					
Totaal	175	(137) 89%	260		22		197						109	(96) 94%	46	(45) 98%		
	Gestart HBO	Geslaagd HBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO	Gestart HBO	Geslaagd HBO
2001-2002			21		16										19	89%		
2002-2003	25	88%	33		19								13	12%	16	100%		
2003-2004	16	81%	42		5		5						7	7%	16	100%		
2004-2005	10	100%	31		-		5								14	93%		
2005-2006	26	92%	14		-								11	11%	19	100%		
2006-2007	40	88%	23		41		6						16	16%	19	100%		
2007-2008	37	92%	41		25		3						20	20%	18	100%		
2008-2009	35	94%	35		29								27	24%	17	94%		
2009-2010	35	89%	45		33		21						20	17%	12	92%		
2010-2011	15		53		30		10						18	17%	0	0%		
2011-2012			21		31		18						19		13			
Totaal	239	(203) 91%	359		229		68						151	(124) 94%	163	(145) 97%	105	(102) 97%

Tabel B4.2 Voetnoten

* Bron: online informatie van de opleidingen, verzameld in de periode mei-september 2011.

Niet alle opleidingen hebben dezelfde namen benoemd en enkele opleidingen bieden niet alle thema's in modules of blokken, maar als lintmoduul door alle onderdelen aan, bijvoorbeeld gesprekstechnieken.

Zwolle noemt een losse (vrijwillige) module Ouderenzorg.

Leiden: motivational training I en II worden beide als aparte modules genoemd.

- 1 Deze opleiding wijkt af: het is een associate degree en kent geen onderscheid tussen voor- en hoofdtraject, de opleiding staat gelijk aan de eerste twee jaar van de HBO-v opleiding.

Tabel B4.3 Voetnoten

* Bron: online informatie van de opleidingen, verzameld in de periode mei-september 2011.

- 1 Deze opleiding wijkt af: het is een associate degree en kent geen onderscheid tussen voor- en hoofdtraject, de opleiding staat gelijk aan de eerste twee jaar van de HBO-v opleiding. In dit schema staan alleen de thema's van het eerste jaar vermeld.

Tabel B4.4 Voetnoten

- 1 Meerdere startdata per jaar zijn samengevoegd.
- 2 Locaties Amsterdam en Alkmaar samengevoegd, geen uitstroomgegevens.
- 3 Uitstroom: in totaal van alle cursisten MBO en HBO maar 4 uitvallers.
- 4 Enkele jaren was er geen POH-opl., eerdere gegevens zijn niet bewaard.
- 5 Uitstroom van 95%.
- 6 Post-HBO opleiding, oktober 2010 overgegaan naar Avans +: er zijn 6 groepen geweest.
- 7 2-jarig traject 2 cohorten (2002 en 2010), 1-jarig traject 9 cohorten.

