



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (Majda Lamkaddem (NIVEL), Dinny de Bakker (NIVEL), Albert Nijland (Rijksuniversiteit Groningen), Jan de Haan (Rijksuniversiteit Groningen), *De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen*, NIVEL 2004) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen

Een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

Majda Lamkaddem (NIVEL)
Dinny de Bakker (NIVEL)
Albert Nijland (Rijksuniversiteit Groningen)
Jan de Haan (Rijksuniversiteit Groningen)



ISBN 90-6905-663-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaan de 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

Samenvatting	5
Abstract	7
Voorwoord	9
1 Inleiding	11
2 Methode	13
3 Resultaten	15
4 Beschouwing	21
Literatuur	23

Samenvatting

Achtergrond

Taakdelegatie wordt gezien als een belangrijk beleidsinstrument om het hoofd te bieden aan voorziene tekorten aan huisartsen. Daarom zijn in 1999 landelijk afspraken gemaakt tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS om praktijkondersteuners op HBO-niveau (POH) in te zetten. Eind 2002 was in meer dan een derde van de huisartspraktijken in Nederland een dergelijke functionaris werkzaam voor gemiddeld 8 uur per week per fulltime werkende huisarts (LHV). Voornaamste taken van de POH zijn het verrichten van controles van diabetes- en astma/COPD-patiënten. Empirisch bewijs of de introductie van de POH effectief heeft bijgedragen aan vermindering van de werklust van de huisartsen en daarmee de voorziene capaciteitstekorten ontbreekt tot dusver.

Doel

Empirische gegevens aandragen in hoeverre de introductie van POH heeft geleid tot een verminderde werklust van huisartsen in termen van aantallen contacten.

Methode

Data van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) worden geanalyseerd over de periode 1999 tot 2002. Dit is een landelijk representatief netwerk van meer dan 100 huisartsenpraktijken die intensief gebruik maken van het Elektronisch Medisch Dossier. Contacten van huisartsen, praktijkassistentes en praktijkondersteuners worden op een continue, routinematige wijze vastgelegd in dit netwerk. Sinds 2001 wordt ook de diagnose voor elk contact vastgelegd. Vergelijking van de contactfrequenties van huisartsen, praktijkassistentes en praktijkondersteuners van een jaar voor de introductie van de praktijkondersteuner met de periode daarna vond plaats. Bovendien worden praktijken met praktijkondersteuner vergeleken met praktijken zonder ondersteuner.

Resultaten

Het aandeel van de consulten van praktijkondersteuners in de totale contactfrequentie van de praktijk ligt gemiddeld op 6,1%. Het aantal contacten van de huisarts met ouderen en chronisch zieke patiënten vermindert na de introductie van de praktijkondersteuner. De contactfrequentie van de praktijkassistente ligt hoger in praktijken met een POH dan in praktijken zonder POH.

Conclusies

De introductie van de praktijkondersteuner verminderde de werklust van de huisarts voor specifieke groepen patiënten. Gezien de totale omvang van deze vermindering levert het nog geen substantiële bijdrage aan de voorziene capaciteitstekorten. De belangrijkste reden hiervoor is dat de taken zich beperken tot controles van chronisch zieken. Men is hierdoor gemiddeld 8 uren/week in een normpraktijk werkzaam. Ander onderzoek laat zien dat dit op die terreinen tot kwaliteitswinst heeft geleid: checkups vinden consistent

plaats en patiënten worden beter geïnformeerd. Om een substantiële bijdrage te leveren aan de oplossing van het huisartstekort is verdergaande taakdelegatie noodzakelijk.

Abstract

Background

Task delegation is viewed as an important policy instrument to counter foreseen future shortages in GP capacity in the Netherlands. Therefore, a national programme to introduce practice nurses in general practice was launched in 1999 by the National Association of General Practice. In 2001 more than one third of general practices in the Netherlands had a practice nurse for on average 8 hours per week per fulltime working GP. Main task of these practice nurses is providing checkups of diabetes patients and COPD patients. Empirical evidence whether the introduction of practice nurses effectively reduced GP's workload and therefore contributed to solving future capacity problems fails up to now.

Aim

To provide empirical evidence whether the introduction of practice nurses reduced GP's workload in terms of number of consultations.

Methods

Data are analyzed for the period 1999 to 2002 of the National Information Network in General Practice (LINH) a computerized medical record registration network of more than 100 practices. Consultations of GPs, practice assistants and practice nurses are registered on a continuous basis in this network. Diagnosis is available from 2001 onwards. Consultation frequencies of GPs, practice assistants and practice nurses are compared one year before and one year after introduction of the practice nurse. Further comparison with practices without practice nurses took place.

Results

The number of consultations of practice nurses is small compared to GP and practice assistant consultations: on average 6.1%. The consultation rate of the GP within elderly, chronically diseased patients decreased with the introduction of the practice nurse. The consultation rate of the assistant seems to be higher in practices with a practice nurse than in the ones without

Conclusions

The introduction of practice nurses diminishes the workload of the GP for specific patients, but does not provide a significant solution to future GP capacity problems. Important reason for this is that the tasks of practice nurses are limited to diabetes and COPD care. Moreover, working on average 8 hours per week in a normal GP practice. Other research shows that this led to gains in quality of care: checkups take place more consistently and patients are informed better. Further delegation of tasks is necessary to reduce GP's workload significantly.

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Stichting Praktijkvoering Huisartsen met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Gebruik is gemaakt van gegevens die zijn verzameld in het kader van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS-2).

1 Inleiding

Een toegankelijke huisartsenzorg is een van de pijlers van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Het Capaciteitsorgaan voorziet echter een groeiend tekort aan huisartsen (Van der Velden et al., 2001). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ziet taakherschikking als een mogelijke oplossing voor deze problematiek (RVZ, 2002). Het inzetten van verpleegkundigen in de huisartspraktijk wordt daarin met name als een optie naar voren geschoven. Nu zijn over het inzetten van praktijkverpleegkundigen (HBO-verpleegkundigen of MBO-verpleegkundigen met extra opleiding) dan wel daaraan door extra opleiding gelijk te stellen doktersassistentes landelijk afspraken gemaakt in een convenant overeengekomen tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 1999 (Convenant, 1999). Sindsdien heeft de introductie van deze verder aan te duiden als praktijkondersteuners op HBO-niveau (POH) gestalte gekregen in de huisartspraktijk. Eind 2002 had ongeveer een derde van de huisartsen een contract afgesloten met de verzekeraars om in aanmerking te komen voor praktijkondersteuning (LHV, 2003).

Het takenpakket van de praktijkondersteuner op HBO-niveau (POH) is niet zeer strak omschreven, maar het uitvoeren van controles bij diabetespatiënten en astma/COPD-patiënten conform de NHG-standaarden worden naar voren geschoven als belangrijke taken. Belangrijk doel van de inzet van praktijkondersteuning is, naast kwaliteitsverbetering, ook werklastverlichting voor huisartsen. Er zijn inmiddels vier jaar verstreken na het sluiten van het convenant over de praktijkondersteuner op HBO-niveau. Uit een recent uitgevoerde meta-analyse (Van den Berg et al., 2003) blijkt dat in het algemeen sprake is van een positief effect op de kwaliteit. In de zorg voor patiënten met astma/COPD werd vooruitgang geboekt: hogere tevredenheid van huisarts en patiënt, meer werken conform NHG-standaarden en zelfs verbetering van klinische parameters. Ten aanzien van de diabeteszorg zijn minder resultaten te melden, maar een aantal onderzoeken lopen nog. Over de effecten op de werkbelasting van de huisarts is nog maar weinig bekend. Ook zijn er weinig kwantitatieve gegevens over de taken die de POH nu precies uitvoeren en in hoeverre deze vervangend zijn voor taken die de huisarts voordien uitvoerde. Het kan immers zo zijn dat de betreffende taken voordien niet werden uitgevoerd dan wel werden gedaan door de praktijkassistente. In dat geval zal de inzet van de POH weinig bijdragen aan vermindering van de werklast voor de huisarts. Om deze redenen is er behoefte aan kwantitatieve informatie over het aandeel van de POH in de totale werklast van de huisartsenpraktijk.

De vraag die in dit artikel centraal staat is daarom: in hoeverre hebben praktijkondersteuners op HBO-niveau een bijdrage geleverd aan de werklastverlichting van de huisarts?

Deze vraag zal beantwoord worden aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Hoeveel contacten hebben praktijkondersteuners op HBO-niveau met patiënten anno 2002 en wat is het aandeel in de totale contactfrequentie van de praktijk?
2. Welke patiënten komen bij de POH, onderscheiden naar diagnose en leeftijd in vergelijking tot praktijkassistentes en huisartsen?
3. Wat is de variatie daarin tussen praktijken?
4. Hoe heeft het aantal contacten met praktijkondersteuners zich sinds 1999 ontwikkeld?
5. Is in praktijken waarin POH werd ingezet het aantal contacten met de huisarts dan wel de assistente verminderd?

2 Methode

Voor dit onderzoek zijn gegevens gebruikt uit het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Sinds 1996 worden in dit netwerk gegevens geëxtraheerd uit Elektronische Medische Dossiers van huisartspraktijken onder meer ten behoeve van het vaststellen van contactfrequenties (Verheij et al., 2003). Sinds in 2001 in het LINH-netwerk de 2e Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen (NS-2) is uitgevoerd (Schellevis e.a., 2002) wordt door de deelnemende huisartspraktijken een volledige diagnoseregistratie gevoerd. In jaarlijkse schriftelijke enquêtes onder de deelnemende praktijken is de afgelopen jaren onder meer naar de inzet van praktijkondersteuning op HBO-niveau gevraagd (Braspenning, 2002).

Op basis van de jaarenquêtes is geïnventariseerd in welke praktijken praktijkondersteuning wordt ingezet. Voor deze praktijken is voor zover nog niet bekend nagetrokken onder welke medewerkercode de POH in het Huisarts Informatie Systeem (HIS) registreert. Onderscheid is hierbij gemaakt tussen ondersteuners met alleen POH-taken en praktijkassistentes die mede voor POH-taken werden ingezet. In het laatste geval zijn de POH-taken in de regel niet te scheiden van de 'normale' assistententaken omdat deze onder dezelfde medewerkercode zijn geregistreerd.

Voor de beantwoording van de eerste drie onderzoeksvragen zijn contactgegevens van het jaar 2002 gebruikt. Voor de beantwoording van vraag 4 en 5 zijn gegevens over de contacten over de periode 1999 tot en met 2002 gebruikt. Daarbij zijn twee groepen praktijken samengesteld: een eerste groep van praktijken waar een POH aanwezig is, en een tweede groep waar geen POH werkzaam was. De tweede groep dient als referentiegroep. De samenstelling van deze groepen varieert per jaar en het matchen van de twee groepen op urbanisatiegraad en praktijkvorm heeft dus ook per jaar plaatsgevonden.

Het begrip “werklast” is geoperationaliseerd als het aantal vis-à-vis contacten die afgelegd worden met patiënten. Het gaat hierbij om visites en consulten. Het aantal contacten is slechts één indicator voor de totale werklast van de huisarts. Niet patiëntgebonden activiteiten, zoals administratieve en leidinggevende taken, kunnen hier niet worden meegerekend, hoewel ze aanzienlijk bijdragen aan de totale werklast van de huisarts. De data zijn geanalyseerd middels frequentietabellen (vraag 1,2 en 3) en regressieanalyse voor de twee laatste vragen.

3 Resultaten

Inzet en registratie van de praktijkondersteuner op HBO niveau (POH)

Uit de LINH enquête van 2002 blijkt in 31 praktijken POH te worden ingezet (30,7% van de LINH praktijken). Gemiddeld werkten POH 13,5 uren/week per praktijk. Omgerekend naar een normpraktijk van 2350 patiënten is dat 7,7 uur. In de meeste gevallen was de praktijkondersteuner een HBO verpleegkundige (N=21). In 5 gevallen betrof het een doktersassistente met een aanvullende opleiding en in drie van de gevallen een MBO verpleegkundige. In 2 gevallen was de achtergrond van de POH niet bekend.

In het LINH bestand van 2002 konden in 20 van de 31 praktijken waar praktijkondersteuning op HBO-niveau volgens de enquête werd ingezet registraties van POH in het Huisarts Informatie Systeem worden teruggevonden. In 5 van de 20 praktijken bleek het te gaan om een praktijkassistente die een deel van haar tijd POH-taken uitvoerde. In 3 van de overblijvende praktijken bleek de POH haar/zijn contacten slechts gedeeltelijk te hebben geregistreerd. Uiteindelijk zijn de analyses voor het jaar 2002 voor praktijken met POH over 12 praktijken uitgevoerd (ong. 344.000 contacten).

Contactfrequentie

Tabel 1 geeft de kenmerken van de verdeling van het aantal contacten van de verschillende soorten medewerkers per praktijk (per 1000 ingeschreven patiënten) in praktijken met een POH. Het percentage contacten van de POH in het totaal aantal contacten met de praktijk blijkt gemiddeld op 6,1% te liggen. De variatie tussen praktijken blijkt aanzienlijk.

Tabel 1: Gemiddelde aantallen geregistreerde contacten per soort medewerker in praktijken met POH in 2002 (cijfers per 1000 ingeschreven patiënten)

Gem. aantal contacten POH per praktijk in 2002 (Minimum – Maximum)	173 (31 – 786)
Gem. % van alle contacten in praktijk ¹	6,1%
Gem. aantal huisartscontacten (gem. %) (Minimum – Maximum)	1.864 (618 – 3338)
Gem. % van alle contacten in praktijk ¹	65%
Gem. aantal assistentencontacten (gem. %) (Minimum – Maximum)	829 (170 – 2499)
Gem. % van alle contacten in praktijk ¹	28,9%

¹ Exclusief contacten medewerker onbekend.

Diagnose

De meest voorkomende diagnoses in contacten met de POH zien we in tabel 2. Veruit het meest voor komt diabetes mellitus (37%), gevolgd door hoge bloeddruk/hypertensie (17,5%). Opvallend is dat contacten met astma/COPD-patiënten weinig voorkomen, ondanks het feit dat controle van astma/COPD-patiënten vaak naast diabetes mellitus wordt genoemd als een mogelijk taak voor de POH. Andere contacten die in meer dan 1% van de contacten met de POH voorkwamen betroffen cervixuitstrijkjes en urineweginfecties (niet in tabel)

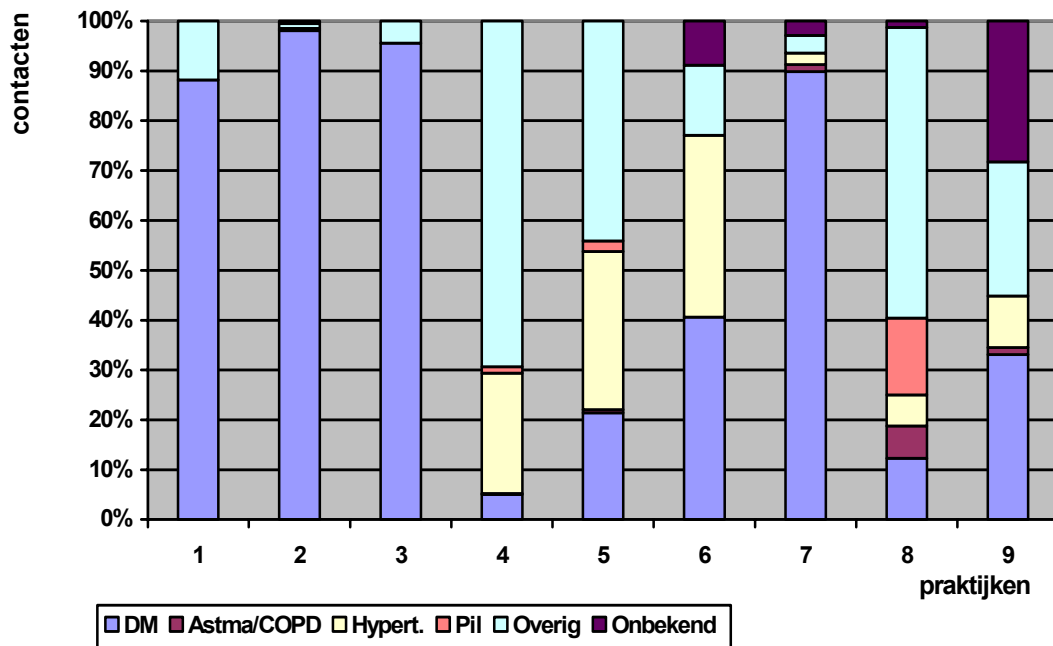
Als we binnen praktijken met een POH kijken naar het aandeel dat de POH bij de betreffende diagnoses voor zijn/haar rekening neemt (tabel 2), dan springt wederom diabetes mellitus eruit met 37% van het totaal aantal contacten diabetes mellitus. Bij hoge bloeddruk/hypertensie, pil/anticonceptie en vetstofwisselingsstoornissen ligt het aandeel van de POH rond de 10%. Bij astma/COPD is het slechts 4%.

Tabel 2: Vijf meest voorkomende diagnoses van de POH en de percentageverdeling van deze diagnoses over de praktijkmedewerkers

	% van de contacten van de POH (kolom%)	% van contacten van de betreffende diagnose (rij%)		
		POH	HA	PA
1. Diabetes mellitus	37,2	37,2	27,1	35,7
2. Hoge bloeddruk/hypertensie	17,5	10,8	55,1	34,0
3. Pil/anticonceptie	4,3	10,9	38,5	50,6
4. Astma/COPD	1,9	4,1	64,9	31,0
5. Vetstofwisselingsstoornissen	1,8	9,7	38,5	51,9

Er is een aanzienlijke variatie tussen praktijken in aarde en omvang van de inzet van de POH (grafiek 1). In vier praktijken richt de POH zich vrijwel uitsluitend op diabetes mellitus. In vier praktijken zien we ook een substantieel aantal hypertensiecontroles.

Grafiek 1 Contacten met de POH naar diagnose per praktijk



N.B.: Exclusief 3 praktijken met kleine aantallen registraties en een groot gedeelte diagnose onbekend.

Verder zijn de patiënten die bij de POH komen duidelijk ouder dan degenen die bij de huisarts komen. Gemiddeld zijn de patiënten van de POH 57 jaar oud, terwijl de patiënten van de praktijkassistente en de huisarts respectievelijk 48 jaar oud en 45 jaar oud zijn. Dit verschil in leeftijd wordt verklaard doordat de aandoeningen die de patiënten die bij de POH komen hebben, vooral aanwezig zijn bij ouderen.

Ontwikkelingen in de tijd

Nu wordt gekeken hoe de werkverdeling tussen de POH en de huisarts aan de ene kant, en tussen de POH en de praktijkassistente aan de andere kant, zich heeft ontwikkeld in de afgelopen vier jaar.

De volgende tabel (tabel 3) geeft de verdeling in percentages van contacten over de praktijkmedewerkers in praktijken met POH per jaar aan. Hierin is geen rekening gehouden met de praktijkomvang. In de jaren 1999 tot en met 2001 nam het aandeel van de praktijkondersteuning toe van bijna 1 tot bijna 13%. Het aantal praktijken dat ondersteuning kreeg bleef echter min of meer constant. In 2002 verdubbelde het aantal praktijken met ondersteuning. Het percentage contacten van de POH nam tegelijkertijd af tot 6%. Dit komt doordat in de 7 praktijken die in 2002 een praktijkondersteuner hebben gekregen het percentage contacten met de praktijkondersteuner lager was dan in praktijken die al een ondersteuner hadden.

Tabel 3: Verdeling van contacten over praktijkmedewerkers in praktijken met HBO-ondersteuning in het betreffende jaar

%	1999 (n=4)	2000 (n=6)	2001 (n=5)	2002 (n=12)
Huisarts	70,2	64,2	55,6	68,1
Overige personeel (incl. assistente)	29,1	31,5	31,8	25,8
POH	0,8	4,3	12,6	6,1

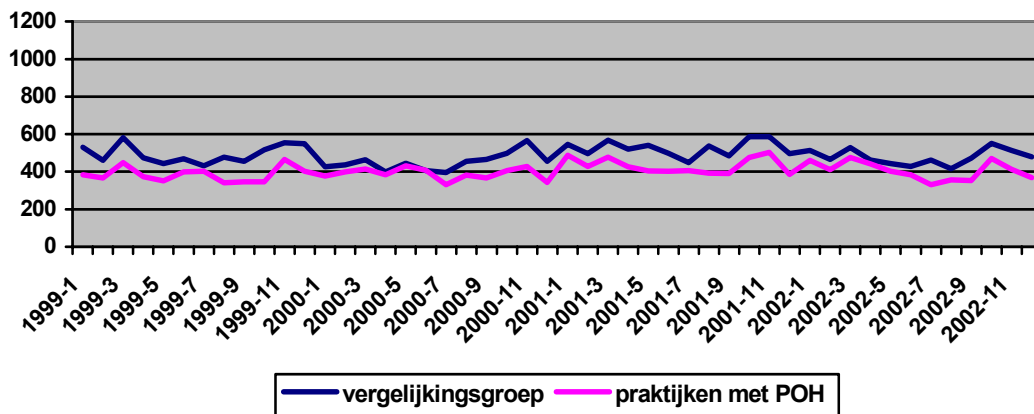
Exclusief contacten door waarnemers, contacten medewerker onbekend, en praktijken waar de POH is ook de praktijkassistent

Verschillen in praktijken met en zonder POH in de tijd

In dit gedeelte wordt er gekeken of er een verschil is in de variatie van de werklust van de huisarts en de praktijkassistent in de tijd tussen praktijken waar een POH aanwezig is en praktijken die niet over praktijkondersteuning beschikken. Deze twee groepen praktijken zijn op urbanisatiegraad en praktijkvorm gematched.

De volgende grafiek (grafiek 2) geeft een beeld van de ontwikkeling over 4 jaar in (gemiddeld) maandelijks aantal contacten per huisarts in praktijken met POH en praktijken zonder POH. Voor beide groepen blijven deze cijfers ongeveer constant over de jaren heen, met een piek rond het eind van het jaar 2001.

Grafiek 2: Gemiddeld aantal contacten per huisarts per maand 1999-2002

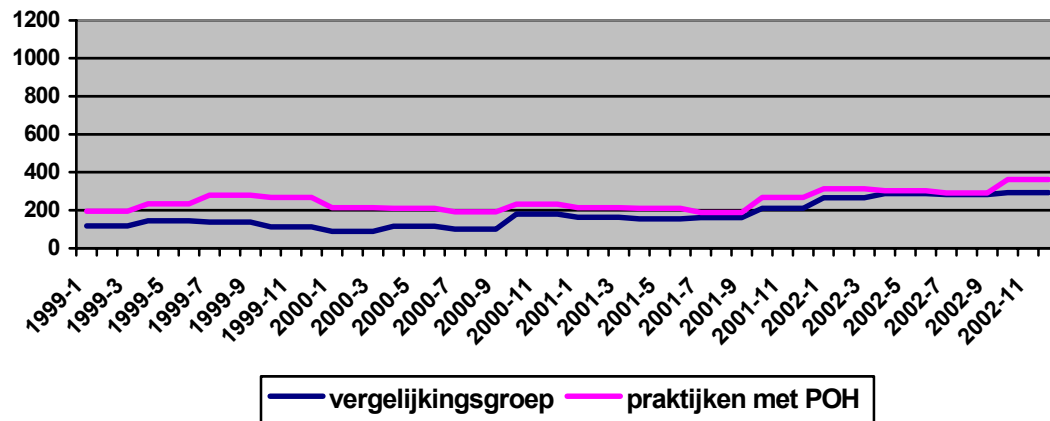


Voor huisartsen in praktijken met praktijkondersteuning liggen de gemiddelde aantallen contacten per maand lager dan voor huisartsen in praktijken zonder POH (gem. 84 contacten minder per maand). Dit verschil is statistisch significant ($p = 0,000$).

Over tijd is er in geen van beide groepen sprake van een significante toename of afname van het gemiddeld aantal contacten. Dit aantal blijft dus constant over de jaren heen.

Het tegenovergestelde (zie grafiek 3) is te zien bij praktijkassistentes, waar assistentes in praktijken met POH gemiddeld meer contacten per maand hebben dan assistentes in praktijken zonder POH. Een assistente werkzaam in een praktijk met POH heeft gemiddeld 72 contacten meer per maand (oftewel 3,6 contacten per werkdag) dan een assistente in een praktijk zonder POH.

Grafiek 3: Gemiddeld aantal contacten per praktijkassistente per maand 1999-2002



In dit geval is er sprake van een significante toename in beide groepen. De toename in de vergelijkingsgroep is hoger (Beta = 0,861) dan in de andere groep (Beta=0,584). Het verschil tussen de twee soorten praktijken in gemiddeld aantal contacten is ook significant (p=0.000).

4 Beschouwing

Het aandeel van de praktijkondersteuners op HBO-niveau in de totale contactfrequentie in de onderzochte huisartspraktijken blijkt op 6,1% te liggen. Dat is afgemeten aan hun gemiddelde inzet in de huisartspraktijk (gemiddeld 7,7 uur per week in een normpraktijk) een substantieel percentage. In die praktijken waar POH actief zijn blijken zij een aanzienlijk deel van de zorg voor specifieke groepen chronische patiënten voor hun rekening te nemen. Dat geldt met name voor diabetes mellitus.

Er is grote variatie tussen huisartsenpraktijk in omvang en aard van de inzet van praktijkondersteuners. Op zich is dat niet verrassend gezien het feit dat een nieuwe functionaris een plek heeft moeten zien te vinden binnen de organisatie van de huisartspraktijk die vanouds vooral uitgaat van de tandem huisarts/assistente. Toch is het alweer vier jaar geleden dat er landelijk afspraken werden gemaakt over de inzet van praktijkondersteuners. Experimenten waren er reeds in 1996 (Welling et al., 1997). Gezien de tijd die het kennelijk kost om nieuwe beroepen effectief in te zetten voor taakverlichting van huisartsen moeten de verwachtingen die er worden gekoesterd van het inzetten van nurse practitioners en physician assistants waarschijnlijk worden getemperd.

De constante die er wél is betreft de inzet van praktijkondersteuners bij diabetescontroles. Ook dit is niet verrassend gezien het feit dat controles van diabetespatiënten en astma/COPD-patiënten in het convenant werden genoemd als mogelijke taken van de praktijkondersteuning. Het is wel opmerkelijk dat de inzet van praktijkondersteuning bij astma/COPD-patiënten hierbij achterblijft. Temeer daar er uit een recent overzicht (Van den Berg et al., 2003) is gebleken dat er goede resultaten kunnen worden geboekt als praktijkondersteuners daarvoor kunnen worden ingezet. Mogelijk is de complexiteit van het verrichten van die controles een drempel voor de huisarts om deze taken te delegeren aan de praktijkondersteuner. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de COPD controles door huisartsen zelf zelden werden uitgevoerd en daardoor zelden worden gedelegeerd aan POH (Weide et al., 1999).

Het verlichten van de werklast van de huisarts was één van de belangrijkste doelen van de introductie van praktijkondersteuners. Er was twijfel of dit doel zou worden gehaald omdat praktijkondersteuners voor een deel controles doen die in het verleden niet plaatsvonden en er ook extra overleg noodzakelijk was. Dit onderzoek laat zien dat huisartsen in praktijken met POH statistisch significant minder contacten met patiënten hebben dan in praktijken zonder POH. Met name de diabetescontroles worden voor een aanzienlijk deel overgenomen door de praktijkondersteuning. Al is in het onderzoek de overlegtijd niet gemeten en zijn de aantallen praktijken niet groot, dan kan toch worden geconcludeerd dat er aanwijzingen zijn dat werklastverlichting is opgetreden.

Voor een deel blijken praktijkondersteuners te worden ingezet voor taken die in andere praktijken door doktersassistentes worden verricht. We noemen hier het verrichten van cervixuitstrijkjes en hypertensiecontroles als voorbeelden. In het algemeen echter zien we

in praktijken met praktijkondersteuning niet minder maar juist meer uren assistentie. De inzet van praktijkondersteuners lijkt dus niet ten koste te zijn gegaan van de inzet van assistentes. Huisartsen die veel naar assistentes delegeren, delegeren kennelijk ook veel naar praktijkondersteuners. Het vermogen tot delegeren varieert dus tussen huisartsen en is zowel bepalend voor de inzet van assistentie als van praktijkondersteuners. In het verleden is al gebleken dat huisartsen vaak knelpunten ondervinden bij het delegeren, zoals tijdgebrek bij huisartsen en assistenten en het niet beschikken over een eigen spreekkamer voor hulppersoneel (Nijland, 1991). Uit de Tweede Nationale Studie blijkt dat deze knelpunten in de afgelopen jaren niet zijn opgelost (Van den Berg et al., 2004).

Een beperking van het onderzoek betreft de wijze van registratie van consulten in Huisarts Informatie Systemen. Het betreft hier een retrospectieve analyse van routinematig in het Huisarts Informatie Systeem vastgelegde gegevens. Weliswaar gaat het om praktijken die in het kader van LINH aan specifieke registratie-eisen voldoen (met name met betrekking tot ICPC-codering). Vooraf is echter geen regie geweest over of en hoe consulten van praktijkondersteuners in het HIS worden vastgelegd. Ook landelijk is daarover geen regie geweest. Dit betekent dat er verschillen tussen huisartsen zijn in de wijze waarop consulten van praktijkondersteuners worden vastgelegd. Zo is bij praktijkondersteuners annex praktijkassistentes geen goed onderscheid te maken tussen praktijkassistentie-werkzaamheden en POH-werkzaamheden. In andere praktijken werden helemaal geen consulten van praktijkondersteuners teruggevonden. Ook komt het voor dat praktijkondersteuners niet in de praktijk werken maar bijvoorbeeld bij een facilitaire dienst. In die gevallen is het de vraag hoe vanuit dien dienst wordt teruggekoppeld en hoe dat dan wordt vastgelegd in het HIS. Vanuit het oogpunt van onderzoek maar ook vanuit het oogpunt van praktijkmanagement is het in een periode van toenemende taakdelegatie en taakdifferentiatie van belang zicht te krijgen op de bijdrage van verschillende typen medewerkers in een praktijk en de ontwikkelingen daarin in de tijd. Het verdient daarom aanbeveling daar systematisch over na te denken en specifieke voorstellen voor verbetering te doen.

Een andere beperking van deze resultaten is het aantal praktijken waarop ze zich baseren. Deze aantallen variëren door de jaren heen; sommige onderzochte praktijken zijn gestopt met het registreren van hun werkzaamheden of met de inzet van POH; andere praktijken zijn pas later begonnen met praktijkondersteuning op HBO-niveau. Deze variatie kan het verschil tussen 2001 en 2002 over het aandeel van de POH in de totale werklast van de huisartsenpraktijk verklaren.

Ondanks deze beperkingen vormen deze resultaten het eerste kwantitatieve antwoord op de vraag of de introductie van de praktijkondersteuning in Nederland invloed heeft gehad op de werklast van de huisarts.

Literatuur

Berg, M. van den , Bakker, D. de ,Meta-analyse introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht, NIVEL, 2003.

Berg, M. van den, Kolthof, E. D., Bakker, D. de, Zee, J. van der , De Werkbelasting van de Huisarts. Kernrapport 6. Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk. Utrecht, NIVEL, 2004.

Braspenning, J. Praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk. H&W, 45, 12, 649.

Convenant LHV, VWS, ZN inzake praktijkondersteuning, 30 juni 1999.

LHV, Voortgangsmeting implementatie praktijkondersteuning huisartsen. Datum 31-12-2002 Ongepubliceerd. 2003.

Nijland, A., De praktijkassistent in de huisartspraktijk. Progressie in professionalisatie. Dissertatie, Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, 1991.

RVZ, Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer, 2002.

Velden, L.F.J. van der, Vraag en aanbod huisartsen. Bronnenoverzicht en raming 2000-2010. Utrecht, NIVEL, 2001.

Verheij R. et al., LINH jaarrapport 2001. Utrecht: NIVEL/WOK 2002.

Weide, M., L. van der Velden, D.H. de Bakker, Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk: verwachtingen ten aanzien van het aantal controle-consulten bij diabetes- en astma/COPD-patiënten. Utrecht, NIVEL, 1999.

Welling, B.J.M., Delnoij, D.M.J., de Bakker, D.H., Praktijkverpleegkundige in Nederland. Utrecht, NIVEL, 1997.