

Praktijkvoorbeelden

De physician assistant in de eerste lijn

Eindrapport

In opdracht van:



Uitgevoerd door:



Praktijkvoorbeelden

De physician assistant in de eerste lijn

Eindrapport

In opdracht van:



Uitgevoerd door:



Colofon

Praktijkvoorbeelden

De physician assistant in de eerste lijn

Eindrapport

In opdracht van

Nederlands Associatie Physician Assistants (NAPA)

Uitgevoerd door

Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH)
Meetpunt Kwaliteit

Auteurs

Stichting KOH

Mevrouw drs. M.R. van der Burgt

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

Meetpunt Kwaliteit

Mevrouw J. van Roij BSc (Hons)

Mevrouw dr. M.A. Meulepas

Contact

Stichting KOH | Landelijke Kenniscentrum Taakherschikking in de Eerste Lijn

Postbus 2155

5600 CD Eindhoven

info@stichtingkoh.nl

Copyright

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke bronvermelding. Dit rapport als volgt vermelden: Burgt, M.R. van der,

Roi, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport*

praktijkvoorbeelden: De physician assistant in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

Eindhoven, februari 2015

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Kernboodschappen	7
1 Inleiding	9
2 Functies in de huisartsenpraktijk	11
3 Zorgmasters in de huisartsenpraktijk	13
4 De PA in de huisartsenpraktijk in Nederland	17
5 Selectie praktijkvoorbeelden en opzet onderzoek	21
6 Beschrijving praktijkvoorbeeld één	25
7 Beschrijving praktijkvoorbeeld twee	35
8 Beschouwing en methodologische kanttekeningen	45
Literatuurverwijzingen en geraadpleegde bronnen	51
Bijlagen	57

Voorwoord

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

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

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

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

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

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

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

Emmy Derckx

Raad van Bestuur

Stichting KOH | Landelijk Kenniscentrum Taakherschikking in de Eerste Lijn

Kernboodschappen

Patiënten zijn zeer tevreden over de PA.

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

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

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

De PA ziet een breed pakket aan klachten, vergelijkbaar met de huisarts, op enkele uitzonderingen na.

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

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

De PA ondersteunt de poortwachtersfunctie van de huisarts (verwijst niet meer en schrijft niet meer voor).

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

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

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

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

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

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

Huisartsen en doktersassistenten zijn enthousiast; PA presteert boven verwachting.

De functienaam is onbekend en moeilijk, vooral voor patiënten.

1 Inleiding

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

Zowel voor de overheid als voor de maatschappij is het toegankelijk en beheersbaar houden van de eerstelijnszorg, met behoud van kwaliteit, een grote uitdaging. Taakherschikking kan een oplossing bieden. Door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2002; RVZ, 2008) is taakherschikking gedefinieerd als: "het structureel herverdelen van taken tussen beroepsgroepen inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden". In het rapport uit 2002 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' bepleitte de RVZ al te onderzoeken wat de inzet van nieuwe professionals (zorgmasters) als de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) kunnen betekenen. Mensen nemen voor een breed scala aan klachten en vragen contact op met de huisarts: van pijn in de rug, vergeetachtigheid, slecht slapen, niet goed kunnen horen, wratten, pijn in de nek tot druk op de borst. Niet alle zorgvragen, waarvoor patiënten contact opnemen met de huisartsenpraktijk, zijn zo complex dat de huisarts die moet behandelen. Ook hulpverleners met een ander deskundigheidsniveau, zoals de MBO-opgeleide doktersassistente kunnen een belangrijke rol spelen. Het devies is dat de patiënt met een zorgvraag bij de juiste hulpverlener komt. Een team van zorgverleners met verschillende deskundigheden kan in een wijk of dorp een gedifferentieerd huisartsgeneeskundig zorgaanbod realiseren. Hierdoor ontstaat een efficiënte praktijkorganisatie en een sterke eerstelijns zorg (Derckx, 2005; Keeman et al. (red.), 2009).

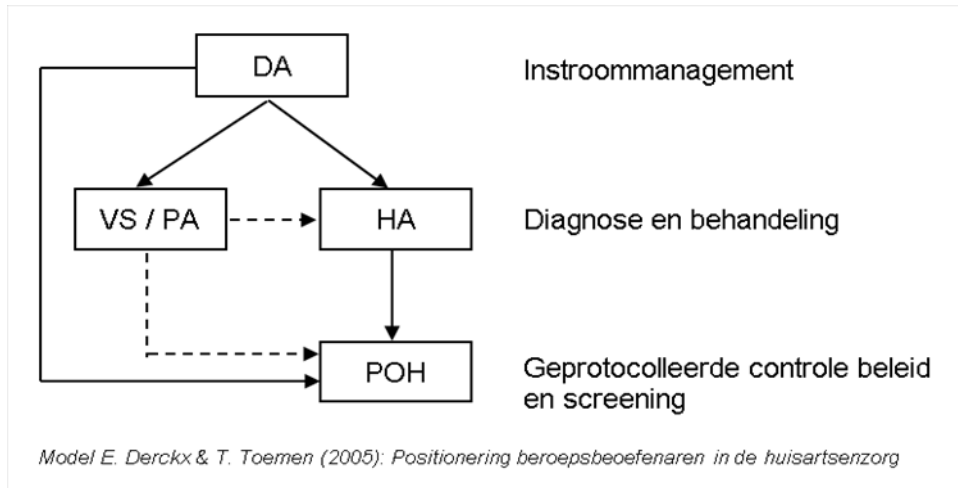
Sinds enkele jaren hebben de VS en PA succesvol hun intrede gedaan in de huisartsenpraktijk. Uit onderzoek blijkt dat de zorgmasters in staat zijn een bijdrage te leveren aan een goede, toegankelijke en beheersbare huisartsenzorg (Dierick-van Daele, Metsemakers, Derckx, Spreeuwenberg & Vrijhoef, 2008;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

huisartsenpraktijken waar een PA werkt. Het gaat hier om twee praktijkvoorbeelden die model kunnen staan voor de inzet van de PA in de Nederlandse huisartsenzorg. Doel van deze dieptestudie is inzicht te krijgen in de wijze waarop en onder welke randvoorwaarden de PA in de eerstelijns wordt ingezet en met welk resultaat in termen van kwaliteit en kosten. Om antwoord te krijgen deze vraagstelling zijn aan de hand van vooraf opgestelde criteria twee praktijken geselecteerd die model staan en waar het onderzoek is uitgevoerd. Het selectieproces leverde ook informatie op over de huidige situatie van de PA in de huisartsenzorg in Nederland.

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

2 Functies in de huisartsenpraktijk

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



Figuur 1. Positionering beroepsbeoefenaren in de huisartsenzorg¹

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Zorgmasters in de huisartsenpraktijk

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

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

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

³ Bijvoorbeeld algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of verpleeghuis

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

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

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

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

Voorbehouden handelingen

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

Financiering VS en PA

De VS en PA zijn in dienst van één of meer huisartsen, een gezondheidscentrum, zorggroep of huisartsenpost. Alleen voor de huisartsenpost zijn beide functies ingeschaald (LHV/Ineen, 2013) in de CAO Huisartsenzorg. Deze inschaling geldt niet

voor de huisartsenpraktijk tijdens kantooruren. De CAO Gezondheidscentra kent de functies van VS en PA niet. Salarisinschaling kan dus variëren en is afhankelijk van de CAO die wordt gebruikt en de onderhandeling tussen werkgever (huisarts) en werknemer (VS of PA). Er is geen apart tarief of financiële regeling voor de VS en PA zoals die wel geldt voor de POH. Uitgangspunt is dat de VS en PA zichzelf moeten 'terug verdienen'. De VS en PA voeren taken uit op drie gebieden:

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

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

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

Aan de kostenkant moet rekening gehouden worden met:

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

Voor de inkomsten kan gedacht worden aan:

- Inkomsten uit verrichtingen (consulten en visites) die de VS of PA doet. Verzekeraars en NZa hebben hiervoor tarieven vastgesteld die ook kunnen worden gedeclareerd als de VS of PA het consult of de visite uitvoert.
- Inkomsten uit M&I-verrichtingen, zoals kleine chirurgie of het uitvoeren van een longfunctiemeting. Hiervoor zijn tarieven vastgesteld die ook gedeclareerd kunnen worden als de VS of PA de verrichting uitvoert. De opbrengsten uit consulten, visites en M&I-verrichtingen worden ook wel 'productie' genoemd en zijn rechtstreeks toe te rekenen aan de VS of PA.

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

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

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

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

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

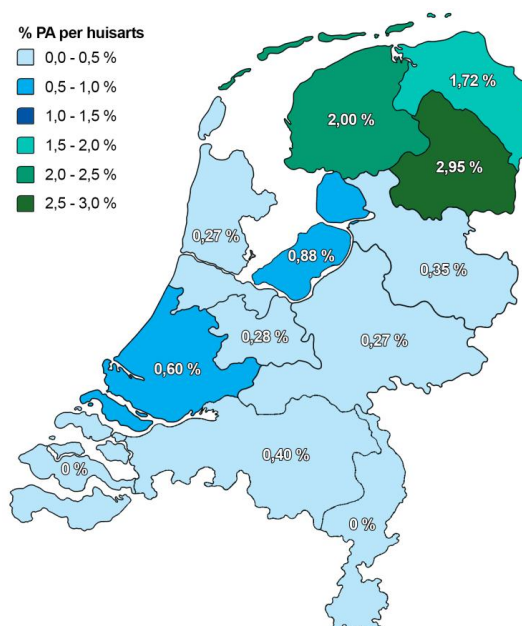
⁵ Het betreft functionele bekostiging tegen een vooraf vastgesteld tarief dat is onderhandeld met de zorgverzekeraar. De huisartspraktijk kan onderaannemer zijn van een grotere organisatie of zelf (bijvoorbeeld als gezondheidscentrum) hoofdcontractant zijn.

4 De PA in de huisartsenpraktijk in Nederland

In april 2013 werkten er ruim negenhonderd PA's (NAPA, 2013), waarvan ongeveer 52 (5,7%) – sommige nog in opleiding – in een huisartsenpraktijk en/of huisartsenpost (Stichting KOH, 2013). Ze werken niet gelijk verspreid over het land, zoals te zien is in figuur 3a en 3b. In de laatste figuur zijn percentages berekend op basis van het aantal PA's per huisarts per provincie (NIVEL, 2013). Dat betekent dat in Drenthe op elke honderd huisartsen er drie PA's werken en in Noord-Holland en Gelderland 0,3. Opvallend is dat de PA zich vooral relatief veel in het noorden en oosten van het land heeft gevestigd.



Figuur 3a. Spreiding van PA's in Nederland per gemeente



Figuur 3b. Spreiding van PA's in Nederland, uitgedrukt in percentages

Informatie over het werkveld, het type praktijk en het takenpakket is via een vragenlijst (bijlage 2) verzameld in het voorjaar van 2013 onder alle 52 namen uit het adressenbestand van Stichting KOH. Afhankelijk van het werkveld (huisartsenpraktijk/-post/in opleiding) ontvingen de PA's vragen gericht op hun persoonlijke situatie. In deze enquête werd hen gevraagd om bij verschillende vragen schattingen te maken op basis van hun werkweek voorafgaand aan de enquête.

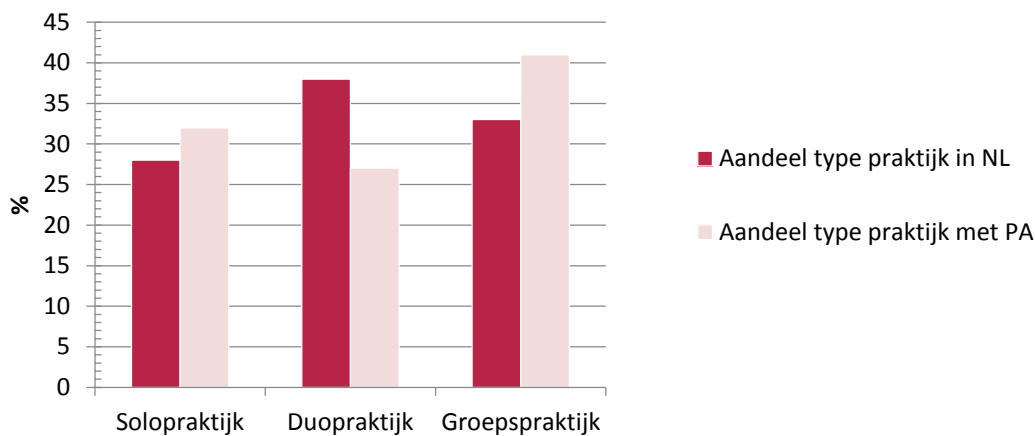
Van de 52 vragenlijsten is 67% (35 vragenlijsten) ingevuld retour ontvangen. Het betreft hier gegevens van zes mannen en 29 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van veertig jaar (range 29-60 jaar). De verdeling van de PA over de werkvelden is in tabel 2 weergegeven. Voor de analyse zijn alleen de 24 afgestudeerde PA's die werken in een huisartsenpraktijk meegenomen.

Werkveld PA	Aantal PA
Huisartsenpraktijk	22
Huisartsenpost	2
Huisartsenpraktijk en huisartsenpost	2
Huisartsenpost en spoedeisende hulp	1
In opleiding	8

Tabel 2. Aantal PA's per werkveld

De PA in de huisartspraktijk

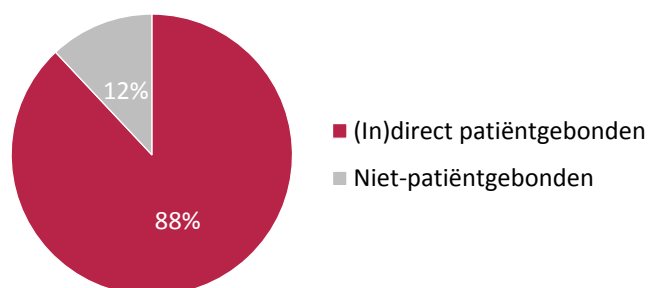
De PA's werken gemiddeld dertig uur per week (range twaalf - veertig uur). Ze werken allemaal in een praktijk die groter is dan een normpraktijk (2.350 ingeschreven patiënten)⁶. PA's werken in zowel solopraktijken (32%) als in duo- en groepspraktijken (68%). In figuur 4 wordt de verdeling weergegeven van het type praktijk waar de PA's werken, afgezet tegen de verdeling van het type praktijken in Nederland (NIVEL, 2013).



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

Taken

Figuur 5 geeft de indeling (in)directe en niet-patiëntgebonden tijdbesteding weer. De PA's besteden volgens eigen schatting gemiddeld 88% van hun tijd aan (in)directe patiëntenzorg door (telefonische) consulten en visites.



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

⁶ Per januari 2014 is de norm verlaagd naar 2168 ingeschreven patiënten

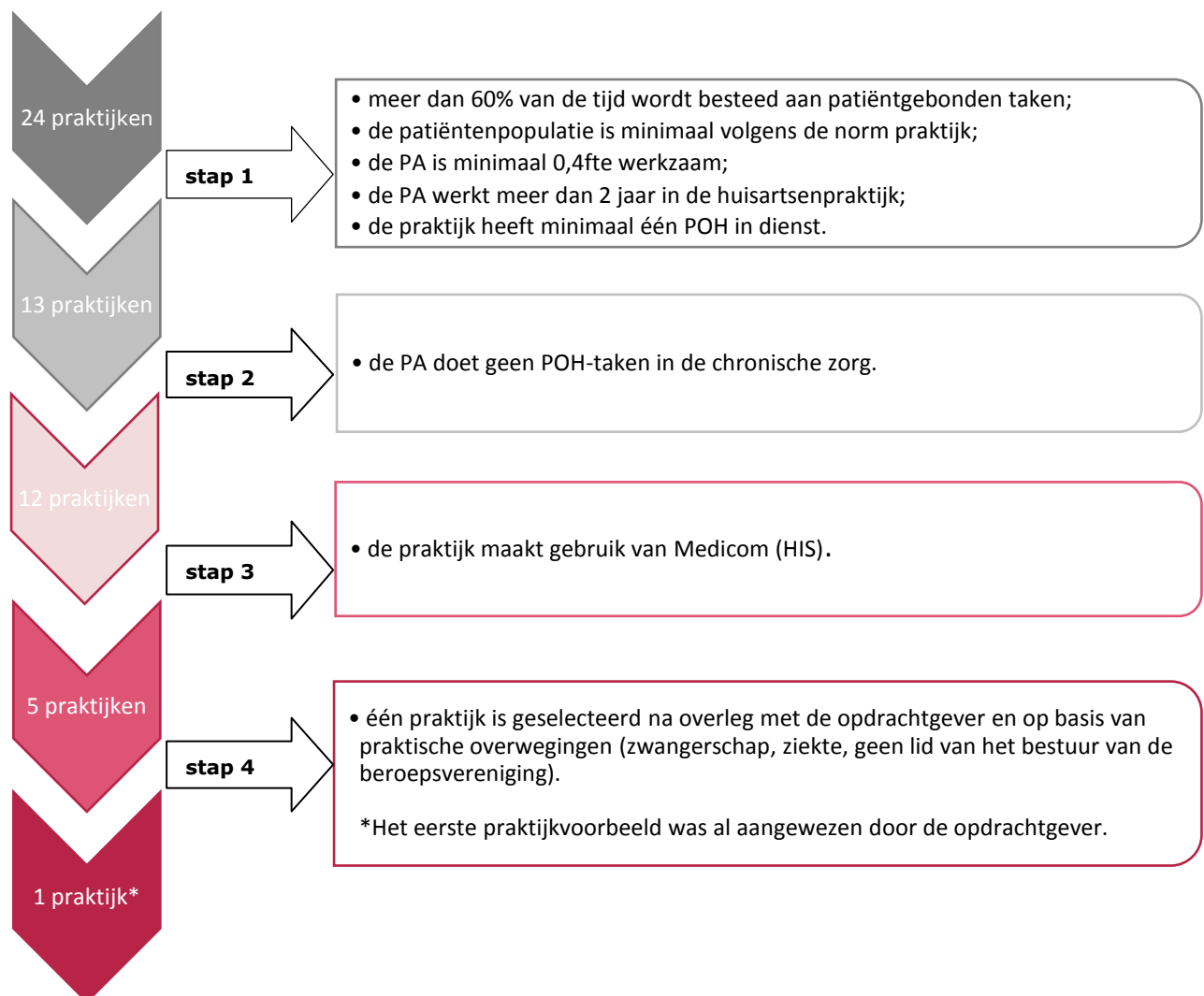
25% van de PA's die de vragenlijst hebben ingevuld, geven aan dat zij alle voorkomende klachten in de huisartsenpraktijk zien. De overige PA's behandelen vaak één type klacht niet of alleen onder supervisie. In de meeste gevallen gaat het om terminale zorg, acute visites en acute hartklachten.

Naast de (in)directe patiëntgebonden taken heeft de PA ook niet-patiëntgebonden werkzaamheden (ongeveer 12% van de tijd). Wat ze in de resterende tijd doen aan niet-patiëntgebonden taken hebben we hieronder opgesomd:

- Overleg met huisartsen en andere professionals (32%).
- Initiëren en uitvoeren van kwaliteitsprojecten in de huisartsenpraktijk (22%).
- Ontwikkelen van protocollen en standaarden voor de praktijk (20%).
- Nascholing geven aan collega's of andere professionals (10%).
- Managementtaken (10%).
- Begeleiden / coachen van PA in opleiding (3%).
- (Wetenschappelijk) onderzoek in de praktijk (1%).

5 Selectie praktijkvoorbeelden en opzet onderzoek

Door de opdrachtgever was bij aanvang van het project al één praktijk aangewezen als praktijkvoorbeeld. Om tot een tweede praktijkvoorbeeld te komen is gebruik gemaakt van de vragenlijst uit het vorige hoofdstuk. Alleen de 24 PA's die zijn afgestudeerd en werken in een huisartsenpraktijk zijn in de selectie meegenomen. De overige respondenten zijn buiten beschouwing gelaten. Een zorgvuldige keuze moest gemaakt worden om een goed tweede voorbeeld aan te wijzen, dat een genuanceerd beeld geeft van het functioneren van de PA in de Nederlandse huisartsenpraktijk. De selectiecriteria en het selectieproces zijn weergegeven in figuur 6. De praktijk die is voorgedragen door de opdrachtgever bleek achteraf ook aan de vooraf opgestelde selectiecriteria te voldoen. Met beide praktijken is contact opgenomen om hun medewerking voor het onderzoek te vragen.



Figuur 6. Flowchart selectieproces huisartspraktijken

Opzet onderzoek

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

Het oordeel over de kwaliteit van zorg is sterk afhankelijk van het perspectief van waaruit je kijkt (Nationaal Kompas Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008). Een patiënt gaat het vooral om effectiviteit en doelgroep gerichtheid. Voor de professional is de effectiviteit belangrijk, terwijl vanuit het perspectief van de organisatie de efficiëntie van de zorg een belangrijk kwaliteitsdomein is, evenals de veiligheid. Niet alle kwaliteitsdomeinen zijn even makkelijk te meten binnen de beschikbare tijd en middelen. We hebben daarom gekozen voor een schriftelijke enquête (bijlage 3) onder patiënten om hun oordeel over effectiviteit en doelgroep gerichtheid van de PA te vergelijken met dat van de huisarts. Daarnaast hebben we de mate waarin de PA verwijst, recepten uitschrijft of huisartsgeneeskundige richtlijnen volgt, vergeleken met de mate waarin de huisarts dat doet.

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

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

Een aantal diagnoses is geselecteerd om na te gaan of de PA in dezelfde mate de NHG-richtlijnen⁷ opvolgt als de huisartsen, gebaseerd op de methode uit eerder onderzoek (Dierick-van Daele et al., 2008). Bij het eerste praktijkvoorbeeld zijn de diagnoses constitutioneel eczeem, hoesten en keelpijn bekeken. Bij het tweede praktijkvoorbeeld zijn constitutioneel eczeem, hoesten, sinusitis, oorontsteking en

⁷ De richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn bedoeld om het medische beleid in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen.

middenoorontsteking onderzocht. Bij deze selectie is rekening gehouden met de frequentie waarmee de PA deze diagnoses zag in de meetperiode, omdat de kans op inzicht in beleid toeneemt bij grotere aantallen en de kans op toeval afneemt. Om het opvolgen van richtlijnen te beoordelen kan worden gekeken naar een verwijzing bij een klacht (wel of niet verwijzen en zo ja, naar wie), aanvullende diagnostiek (wel of niet en zo ja, welk onderzoek) of medicamenteuze behandeling (wel of niet een recept en zo ja, welk geneesmiddel). Omdat verwijzingen en aanvullende diagnostiek niet altijd worden vastgelegd in het HIS hebben we ons enkel gebaseerd op recepten. We gaan ervan uit dat patiënten aan PA of huisarts worden toegewezen op basis van de klacht waarmee ze zich melden en niet op basis van achtergrondkenmerken (zoals geslacht, leeftijd, SES⁸ en comorbiditeit). We hebben daarom geen case mix correcties toegepast bij de analyses.

Voor het inzicht in opbrengsten van de PA hebben we de door de PA gerealiseerde omzet berekend door alle (telefonische of dubbele) consulten, visites of M&I-verrichtingen te koppelen aan het tarief dat hiervoor door de NZa is vastgesteld (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013). Daarnaast zijn gegevens over salariskosten opgevraagd bij de praktijken. Via een schriftelijke vragenlijst (praktijkformulier, bijlage 4) hebben we informatie verzameld over het aantal fte van de praktijkmedewerkers, eventuele niet-patiëntgebonden aanstellingen en het aantal patiënten ingeschreven per praktijk. Een agenda onderzoek is uitgevoerd om de dagindeling van de PA te vergelijken met die van de huisartsen en inzicht te krijgen in de verdeling tussen de patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken van PA en huisartsen.

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

Alle data-analyse is uitgevoerd met beschrijvende statistiek binnen IBM SPSS Statistics 19.0. In bijlage 5 is een planning van het onderzoek opgenomen.

⁸ Sociaal Economische Status

6 Beschrijving praktijkvoorbeeld één

Het eerste praktijkvoorbeeld is een gezondheidscentrum, waarin naast huisartsen ook andere disciplines werken, zoals fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers. Tevens is in het pand een apotheek gehuisvest. Het gezondheidscentrum ligt in een stad met 196.290 inwoners in het midden van Nederland (CBS, 2014). De wijk waarin het gezondheidscentrum staat, is aangelegd in de jaren negentig, ligt net buiten het centrum van de stad en heeft relatief veel jonge inwoners; 58% is jonger dan 44 jaar. De meeste inwoners (41%) hebben een gemiddeld inkomen, 33% heeft een laag inkomen en 26% een hoog inkomen (CBS, 2010). Begin januari 2014 staan bij alle huisartsen samen 11.676 patiënten ingeschreven. De formatie van het gezondheidscentrum bestaat op dat moment uit zeven huisartsen (4,95 fte), één PA (0,75 fte), negen assistenten (6,6 fte), vijf POH's (3,54 fte) en één manager (0,4 fte). Alle medewerkers, inclusief de huisartsen en PA, zijn in loondienst van een overkoepelende organisatie waar het gezondheidscentrum onderdeel van uitmaakt. Tijdens het onderzoek heeft een wisseling in huisartsen plaatsgevonden. Twee huisartsen zijn uit dienst gegaan, waarvoor twee nieuwe huisartsen in de plaats zijn gekomen. De totale huisartsenformatie is gelijk gebleven. De PA was al elf jaar werkzaam als POH-S in dit centrum. Ze heeft na haar MBO opleiding tot doktersassistent de tweejarige opleiding Praktijkondersteuning (op HBO niveau) afgerond. Vervolgens heeft zij een assessment gedaan, waarin haar HBO/universitair niveau is getoetst. Op basis van de positieve uitslag is zij toegelaten tot de PA opleiding. In april 2009 is ze afgestudeerd. Dit betekent dat ze ten tijde van het onderzoek ongeveer vijf jaar werkte als PA.

Reden inzet PA

Er was een groot aanbod van zorgvragen. Veel patiënten belden met, vanuit medisch oogpunt gezien, relatief eenvoudige vaak voorkomende klachten voor een afspraak. Het gevolg was een hoge werkdruk bij huisartsen. Aangezien één van de POH's de ambitie had om zich verder te ontwikkelen, besloten de huisartsen haar tot PA op te opleiden. De verwachting was dat met het uitbreiden van spreekuurcapaciteit met een PA, de werkdruk voor de huisarts minder zou worden. Bovendien werd gedacht dat een PA zou kunnen zorgen voor een beperkte inzet van waarnemers, waardoor er meer continuïteit in de zorg naar patiënten zou komen. Enkele huisartsen hadden vooraf bedenkingen of een HBO opgeleide functionaris wel huisartsgeneeskundige taken zou kunnen overnemen.

Taken

Direct patiëntgebonden taken

Aan de PA is gevraagd welk deel van haar dienstverband ze besteedt aan patiëntgebonden taken. Ze schat in dat ze 90% van haar tijd kwijt is aan de directe patiëntenzorg als consulten, visites, telefoontjes naar specialisten, overleg met de apotheek et cetera. De agenda-indeling voor de PA ziet er hetzelfde uit als voor de huisartsen. De assistenten plannen tien minuten per consult in voor beiden, alleen voor de PA plannen ze drie consulten per dag minder. De assistenten geven patiënten in principe eerst een afspraak bij hun eigen huisarts. Wanneer er geen plaats meer is in de agenda van de eigen huisarts, wordt de patiënt bij de PA ingepland. Patiënten waarvan de eigen huisarts afwezig is die dag, krijgen ook een afspraak bij de PA.

Bepaalde klachten ziet de PA niet, deze staan in tabel 3. De doktersassistenten gebruiken dit overzicht niet bij de triage, maar geven aan dat zij vanuit hun ervaring weten welke klachten de PA kan behandelen. Acute spoedgevallen zoals acute benauwdheid en pijn op de borst worden door de huisarts gezien. Semi-spoedgevallen zoals verzwikte enkels, wondjes, pijn aan het oog na ongelukken, behandelt de PA.

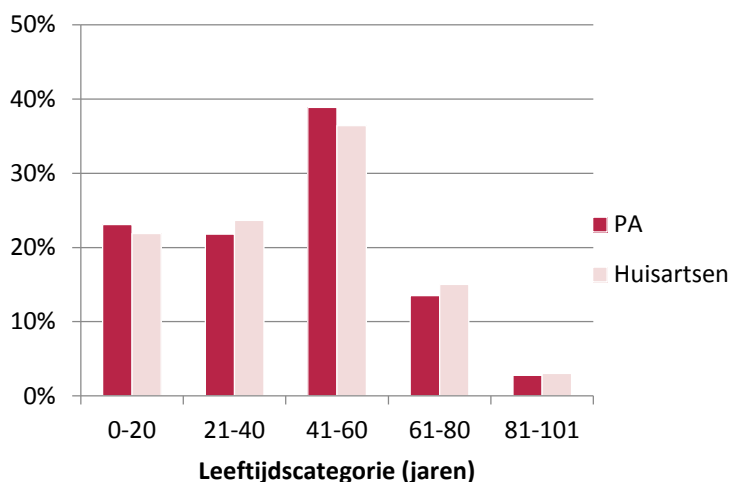
Klachten die de PA niet ziet

- Spoedeisende geneeskunde: acute ontstane benauwdheid/pijn op de borst, onophoudelijk braken.
- Psychiatrische crisis: suïcide dreiging, psychose, ernstige agressie, ontspoorde psychiatrische patiënten.
- Palliatieve zorg: PA alleen ter ondersteuning van de HA.
- Zieke zuigelingen jonger dan 6mnd.

Tabel 3. Klachten die de PA niet ziet

Bron: document van de praktijk, 2014

De PA in deze praktijk ziet patiënten van alle leeftijden. In de meetperiode was de gemiddelde leeftijd 41 jaar, zowel van patiënten gezien door de PA als van patiënten gezien door de huisartsen. Figuur 7 laat zien dat er minimale verschillen zijn in de leeftijdsverdeling van de patiënten die door de PA of de huisartsen gezien zijn. Beide zien in verhouding vrijwel evenveel patiënten uit elke leeftijdscategorie.



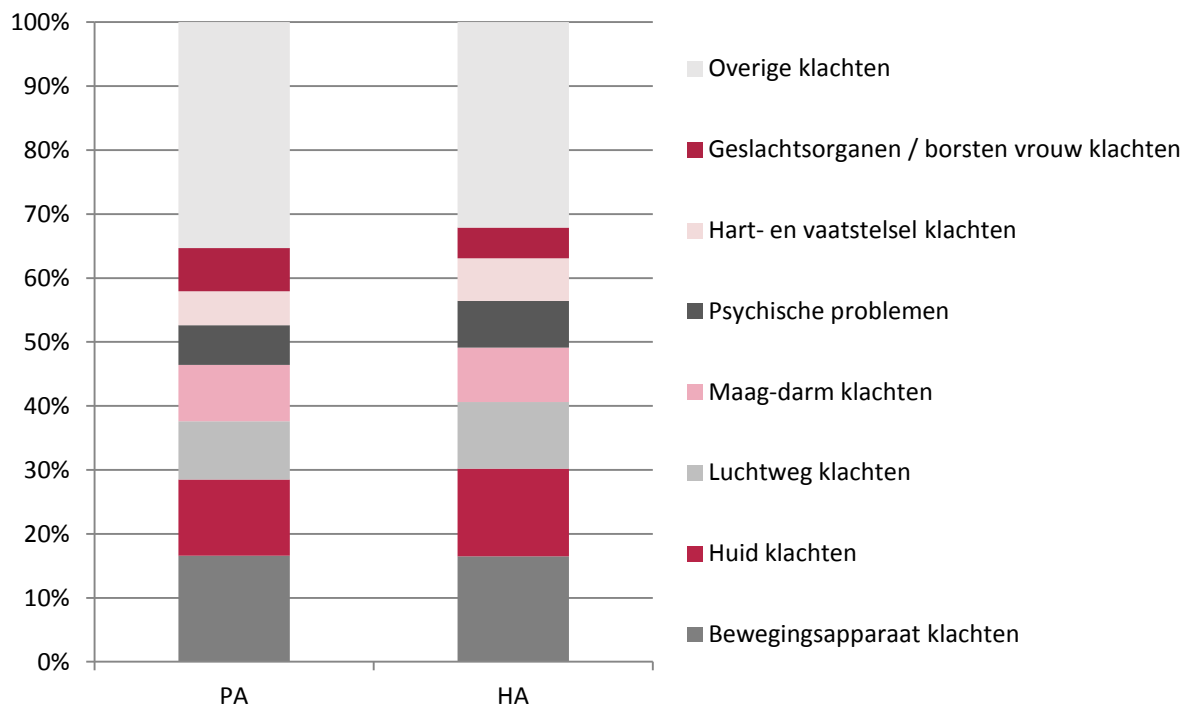
Figuur 7. Leeftijdsverdeling van alle patiënten die gezien zijn in de meetperiode per discipline⁹

Patiënten komen naar het gezondheidscentrum met een grote verscheidenheid aan klachten. De meest geregistreerde diagnoses in de praktijk komen ook landelijk het meest voor in huisartsenpraktijken (NIVEL, 2012). Er zijn enkele minimale verschillen gevonden. Angststoornissen en depressies komen iets vaker in het centrum voor dan verwacht op basis van het landelijk gemiddelde in 2012. Psychische problemen in de huisartsenpraktijk zijn met de komst van de POH-GGZ meer in de schijnwerpers komen te staan. Dit kan mogelijk het verschil in prevalentie verklaren.

De top drie aan klachten die patiënten presenteren behoren tot de categorieën van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, huid en luchtwegen. Klachten uit deze categorieën zien zowel de PA als de huisartsen het meest. In figuur 8 staan de acht

⁹ Afkapwaarde leeftijdscategorieën zoals gepresenteerd in meetperiode.

meest geziene categorieën per discipline. Uit het overzicht blijkt dat de top drie voor de PA en de huisartsen hetzelfde is en dat ook de variatie bij beide gelijk is.



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

Elke categorie zoals hier genoemd is weer verder onder te verdelen in subcategorieën. Onder de categorie aandoeningen aan de luchtwegen vallen bijvoorbeeld verkoudheid, voorhoofdsholteontsteking, acute hoest of longontsteking. In totaal zijn er zeventien klachtencategorieën (waaronder huidklachten, luchtwegklachten of klachten aan bewegingsapparaat) met in totaal meer dan negenhonderd subcategorieën¹⁰. Tabel 4 geeft een overzicht van de meest voorkomende subcategorieën in de meetperiode per discipline weer. De percentages zijn klein, dit betekent dat deze diagnoses maar een klein onderdeel zijn van het totaal aantal diagnoses die door de huisartsen en PA gezien zijn. Niet alle diagnoses in de tabel zijn terug te leiden naar de top drie hoofd categorieën (bewegingsapparaat, huid en luchtwegen). Dat komt omdat een aandoening uit een subcategorie vaak kan voorkomen en de rest uit die categorie niet. Het totaal van die categorie valt dan lager uit dan het totaal van een categorie waar meerdere subcategorieën veel voorkomen. Uit tabel 4 valt op te maken dat de aandoeningen die de huisartsen vaak zien ook door de PA vaak gezien worden en dat beide een grote variatie aan diagnoses behandelen.

¹⁰ International Classification of Primary Care (ICPC) is een classificatie methode die wordt gebruikt in de huisartsenzorg. De ICPC-indeling bestaat uit zeventien hoofd categorieën met elk ongeveer vijftig specifieke diagnoses.

Huisartsen (n=7)		PA (n=1)		
1.	Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	2,8%	Moeheid / zwakte	2,5%
2.	Moeheid / zwakte	2,0%	Hoesten	2,1%
3.	Hoesten Diabetes Mellitus	1,7%	Urineweginfectie	1,9
4.	Dermatomyose (schimmelinfectie huid) Andere ziekte bewegingsapparaat	1,5%	Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	1,8%
5.	Gegeneraliseerde buikpijn Constitutioneel eczeem	1,4%	Diabetes Mellitus	1,7%
6.	Urineweginfectie Hooikoorts Angststoornis / angsttoestand	1,3%	Constitutioneel eczeem	1,6%
7.	Acute infectie bovenste luchtwegen Lage ruggijn zonder uitstraling	1,2%	Voet/teen klachten	1,5%
8.	Schouder klachten Depressie Astma	1,1%	Borstkas symptomen Schouder klachten Angststoornis/angsttoestand Dermatomyose (schimmelinfectie huid)	1,4%

*Tabel 4. Top acht van diagnoses die het vaakst gezien worden door de PA en huisartsen
Percentages geven aan hoe vaak de diagnose is voorgekomen ten opzichte van het totaal aantal diagnoses die de huisartsen of de PA gezien hebben.*

De PA heeft geen actieve rol in de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen (DBC's)¹¹. Dit hoort tot het takenpakket van de POH-S. Wel behandelt de PA, net zoals de huisarts, klachten die het gevolg zijn van een chronische ziekte bijvoorbeeld benauwdheid bij COPD.

De huisartsen en de PA doen, naast de consulten en visites, ook M&I-verrichtingen. Hier besteden beiden maar een klein deel van hun tijd aan, de huisartsen meer dan de PA. Tabel 5 geeft een overzicht van de meest uitgevoerde M&I-verrichtingen per discipline in de meetperiode. Momenteel wordt de PA verder opgeleid voor het uitvoeren van kleine chirurgische ingrepen en teledermatologie.

¹¹ Een DBC heeft het doel optimale zorg voor chronisch zieke patiënten zoals diabetes patiënten of patiënten met COPD te realiseren door de huisarts, waarbij de patiënt in de eerste lijn blijft en niet onder controle is van de 2e lijn.

Huisartsen (n=7)	PA (n=1)
Verrichtingen: n=358	Verrichtingen: n=7
Chirurgie (36,0%)	Chirurgie (57,1%)
Therapeutische injectie (28,5%)	Intensieve zorg visite ¹² (14,3%)
Inbrengen van een spiraaltje of implanonstaafje (10,6%)	MMSE ¹³ (14,3%)
ECG-diagnostiek (8,4%)	Teledermatologie ¹⁴ (14,3%)

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

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

De praktijk heeft twee avonden per week een spreekuur. Eerst deden de huisartsen de avondspreekuren, maar de PA gaat hier nu ook aan meedoen. In tegenstelling tot de huisartsen doet de PA geen diensten op de huisartsenpost.

Indirect patiëntgebonden taken

Huisartsen en PA hebben grotendeels dezelfde indirect patiëntgebonden taken. Dit kunnen administratieve handelingen zijn, zoals het beoordelen van labuitslagen en lezen van specialisten brieven, maar ook bellen met een specialist of overleggen met de apotheker. De PA in dit centrum heeft een belangrijke rol in het beleid omtrent polyfarmacie. Ze controleert patiëntenlijsten met daarop patiënten die tussen de drie en acht medicamenten gebruiken, om mogelijke interacties tussen de middelen die de patiënten gebruiken op te sporen. Indien nodig stelt ze vervolgens het medicatiebeleid bij.

Niet-patiëntgebonden taken

Beiden hebben ook niet-patiëntgebonden taken. Voor een deel zijn die hetzelfde, bijvoorbeeld deelname aan overlegvormen (zoals het farmacotherapieoverleg tussen huisartsen en apothekers) of het volgen van nascholing. Daarentegen hebben huisartsen nog een aantal specifieke taken die horen bij het praktijkhouderschap.

Deze PA heeft een aanstelling van 27 uur per week (0,75 fte), waarvan ze structureel drie uur per week besteedt aan niet-patiëntgebonden taken. Deze taken zijn in overleg tussen de PA, manager en huisartsen vastgesteld. Het gaat hier om scholing van de assistenten, PR- activiteiten (website en wachtkamerschermbelasting), het onderhoud van de protocollen voor de chronische zorgprogramma's en het coördineren van het preventiesprekuren. Deze taken zouden de huisartsen moeten uitvoeren als er geen PA in dienst zou zijn.

Eén huisarts in het centrum heeft een aparte niet-patiëntgebonden aanstelling voor vier uur per week, de andere huisartsen hebben dit niet. Hun patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken lopen in de dagelijkse praktijk door elkaar heen.

Kwaliteit van zorg

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg hebben we onderzocht of het aantal verwijzingen door de PA naar specialisten en paramedische diensten vergelijkbaar is met

¹² Een visite afleggen aan patiënten die intensieve zorg nodig hebben b.v. terminale patiënten of patiënten die hiervoor geïndiceerd zijn.

¹³ Mini Mental State Examinatie: globale screening op cognitieve stoornissen.

¹⁴ Digitale beelden van huidafwijkingen door een dermatoloog op afstand laten beoordelen ter mogelijke vervanging van verwijzing naar de 2^e lijn van een dermatologisch probleem waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is.

die van de huisartsen, evenals het aantal medicatievoorschriften. Bij een aantal indicaties hebben we het voorschrijfbeleid van de PA en de huisartsen vergeleken met de NHG-richtlijnen.

Uit de vergelijking bleek dat de PA minder verwijst naar specialisten en paramedische diensten dan de huisartsen gemiddeld doen. De PA verwijst 7,2% van de nieuwe klachten die zij gezien heeft en de huisartsen gemiddeld 13,1%. Er is een grote variatie onder de huisartsen in de mate van verwijzen. De PA verwijst binnen deze variatie, dit betekent dat de mate waarin de PA verwijst niet afwijkt van de huisartsen.

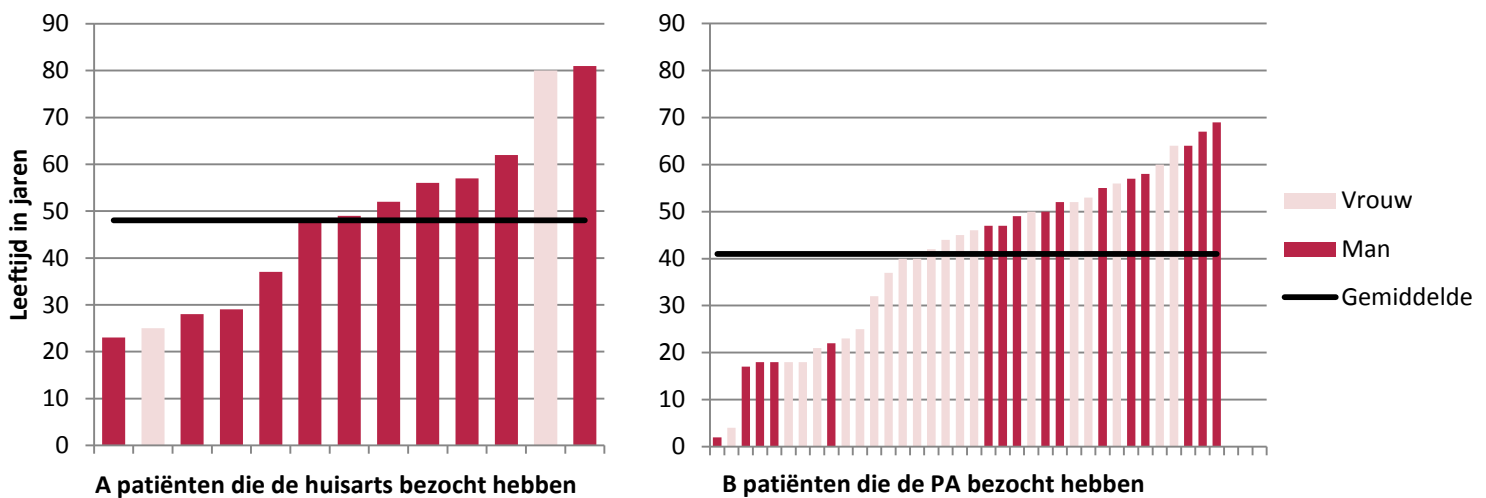
Er is onderzocht in welke mate de PA en huisartsen recepten voorschrijven bij dezelfde selectie van diagnoses. Hierin worden ook grote individuele verschillen tussen de huisartsen gevonden. Het blijkt dat de mate, waarin er recepten worden voorgeschreven door de PA, niet anders is dan bij de huisartsen. De PA schrijft minder recepten voor dan de huisartsen dit gemiddeld doen; 24,1% van de nieuwe klachten bij de PA en de huisartsen gemiddeld 32,1%. De PA schrijft zelfs minder voor dan de huisarts die het minst recepten voorschrijft, maar dit verschil is minimaal. De betreffende huisarts schrijft bij 26,4% van de nieuwe klachten, die hij behandeld heeft, een recept voor.

Uit de resultaten bleek dat de mate waarin de PA volgens de NHG-richtlijnen werkt, vrijwel gelijk is aan de mate waarin de huisartsen dit doen. Zo stelt de richtlijn bij constitutioneel eczeem vette crème voor. Alleen bij ernstig eczeem is een klasse 1 of 2 corticosteroïde crème aangewezen. De huisartsen en PA hebben zich bij alle nieuwe klachten van constitutioneel eczeem aan deze richtlijn gehouden. Bij hoesten en keelpijn stelt de richtlijn terughoudendheid met antibiotica voor. De PA heeft bij de nieuwe hoest- en keelpijnklachten in de meetperiode geen enkele keer antibiotica voorgeschreven. De huisartsen hebben echter wel een enkele keer antibiotica voorgeschreven. Tussen de huisartsen onderling waren opnieuw individuele verschillen zichtbaar in het opvolgen van de richtlijnen. In het interview gaven de huisartsen aan dat de PA zich meer houdt aan richtlijnen dan zij zelf. Zij menen in het beleid van de PA het beleid van de huisarts te herkennen die haar heeft opgeleid.

Patiënttevredenheid

Patiëntkenmerken

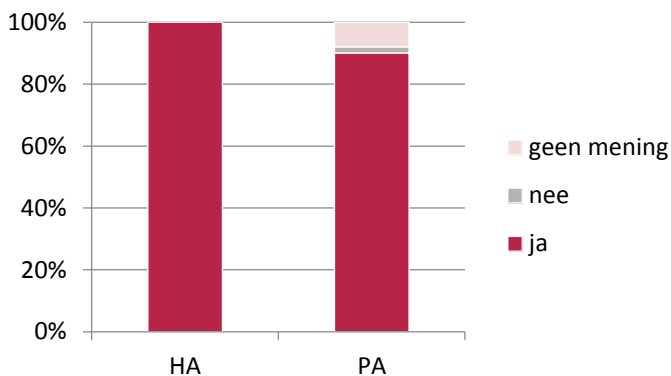
In totaal hebben dertien patiënten die een huisarts bezochten en 39 patiënten die bij de PA kwamen de enquête ingevuld (n=52). In figuur 9 wordt de verdeling van leeftijd en geslacht van de patiënten weergegeven. De gemiddelde leeftijd van patiënten die de PA bezocht hebben is 41 jaar en bij de huisarts ligt dit op 48 jaar. De man-vrouw verdeling is verschillend. Ongeveer 85% van de patiënten die naar de huisarts ging was man en 15% vrouw. Bij de PA was 44% man en 56% vrouw.



Figuur 9. Verdeling patiënten naar leeftijd en geslacht

Algemene tevredenheid

Het gemiddelde cijfer (schaal 0-10) waarmee patiënten hun tevredenheid over hun consult bij een huisarts uitdrukken is een 8,4. Bij de PA is dit een 8,6. Alle patiënten geven aan vertrouwen te hebben in de deskundigheid van de PA of huisarts. Negentig procent van de patiënten die door de PA gezien zijn geven aan de PA aan te bevelen aan andere patiënten. In het geval van de huisarts gaat het om alle patiënten. Deze percentages zijn weergegeven in figuur 10.



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

Het bespreken van de klacht tijdens het consult

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

Informatie tijdens het consult

Alle patiënten vinden dat zij goed geïnformeerd zijn over de oorzaak van hun klacht, hoe zij hun klacht kunnen verminderen en wat zij kunnen doen wanneer de klacht aanhoudt. Tien procent van de patiënten die door de PA zijn gezien en 23% van de patiënten die de huisarts bezochten, geven aan minder informatie te hebben ontvangen over het

voorkomen van dezelfde klachten. Verder zeggen vier patiënten (10%) die de PA bezochten, dat zij onvoldoende geïnformeerd zijn over hoe lang het duurt voor dat de klacht verdwijnt en wat ze zelf kunnen doen als de klacht aanhoudt. Patiënten die bij de huisarts zijn geweest waren hier wel tevreden over.

Werkafspraken

In het gezondheidscentrum zijn diverse werkafspraken vastgelegd. Zo zijn klachten en patiëntengroepen beschreven die de PA niet ziet (tabel 3). Ook is er een functieprofiel opgesteld en zijn de voorbehouden handelingen vastgelegd. De PA indiceert en voert voorbehouden handelingen uit als injecteren, kleine chirurgische ingrepen en het voorschrijven van medicatie. Voor wat betreft dat laatste is vastgelegd dat ze conform NHG- en CBO-richtlijnen voorschrijft.

Afspraken over de verdeling van de inzet van de PA over de huisartsen zijn niet gemaakt. De PA zou voor alle zeven huisartsen werken, maar de PA ziet niet van iedere huisarts evenveel patiënten. Zo is 22,1% van alle patiënten, die gezien zijn door de PA, in het eerste half jaar van 2014 van één dezelfde huisarts, tegenover 8,9% van een andere huisarts. De PA heeft in de meetperiode de meeste patiënten gezien van een huisarts die langdurig afwezig was. In de loop der jaren is besloten om de PA in te zetten op dagen met een lage huisartsen bezetting. Het gevolg voor de PA is dat haar werkrooster enkele weken van te voren wordt vastgesteld en dat haar werkdagen per week kunnen wisselen. Het voordeel voor het gezondheidscentrum is dat op deze manier de inzet van waarnemers is verminderd.

Financiering PA

Zoals toegelicht in hoofdstuk 3 bestaan de kosten voor een PA uit salariskosten plus werkgeverslasten, praktijk- en overheadkosten. Deze PA is ingeschaald in functiegroep 11 van de CAO gezondheidszorgcentra (€ 2.739,63 - € 4.217,89 bruto per maand bij een 36-urige werkweek). Inclusief werkgeverslasten en exclusief praktijk- en overheadkosten kost deze PA € 56.508,-¹⁵ per jaar (ofwel € 28.254,- per half jaar, de duur van de meetperiode in dit onderzoek) bij een dienstverband van 0,75 fte.

Eén manier om de PA te kunnen financieren is door de PA zichzelf te laten 'terugverdienen' met het doen van consulten, visites en M&I-verrichtingen. De aanstelling van deze PA betreft ook niet-patiëntgebonden taken, die niet declarabel zijn. Dit betekent dat de PA in deze praktijk drie uur per week aanvullende taken doet, waar geen financiering tegenover staat. Hier is gekeken of deze praktijk de salariskosten en werkgeverslasten van de PA kan betalen met de opbrengsten die de PA creëert in de uren dat ze patiëntenzorg doet.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal consulten, visites en M&I-verrichtingen die de PA in de meetperiode heeft gedaan en de opbrengsten die zij daarmee heeft gecreëerd.

¹⁵ Berekening op basis van gegevens verkregen van het gezondheidscentrum.

	Verdeling*	Aantallen in 0,75 fte**	Opbrengsten in 0,75 fte***
Consult	59,2%	884	€ 7.964,84
Dubbel consult	25,1%	375	€ 6.757,50
Visite	0,9%	13	€ 175,63
Dubbel visite	0,1%	1	€ 22,52
Tel. Consult	13,1%	195	€ 877,50
E-mail consult	1,1%	16	€ 72,-
M&I-verrichtingen	0,7%	10	€ 706,27
Totaal	100%	1.494	€ 16.576,26

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

*Percentages geven de verhoudingen tussen de aantallen weer.

**27 uur per week waarvan 24 uur patiëntgebonden.

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

De opbrengsten in het eerste half jaar van 2014 zijn € 16.576,26. Dit betekent dat de PA haar salariskosten plus werkgeverslasten voor ongeveer 60% kan terugverdienen. De praktijk- en overheadkosten zijn hiermee nog niet gedekt. Echter, wanneer we de niet-patiëntgebonden aanstelling van de PA buiten beschouwing laten (0,08 fte) dan kan zij ongeveer 65% van haar salariskosten plus werkgeverslasten terug verdienen.

Doordat de PA niet-patiëntgebonden taken van de huisartsen overneemt, denken deze huisartsen dat zij in staat zijn om meer patiënten te zien en dus meer inkomsten te kunnen genereren uit consulten en visites. Bovendien maken zij door de inzet van de PA minder gebruik van waarneming waardoor ook kosten verminderd worden.

Ervaringen huisartsen, doktersassistenten en PA

De huisartsen zijn zeer tevreden over de PA ondanks bedenkingen van enkelen vooraf. Ze vinden haar een aanvulling voor de praktijk. Vooral de persoon achter de PA wordt belangrijk gevonden voor het succes van de functie. Met de inzet van de PA is er meer spreekuurcapaciteit gekomen, waardoor patiënten minder lang hoeven te wachten op een afspraak. Dat liep voorheen soms op tot enkele dagen, omdat de agenda's van huisartsen vol zaten. Huisartsen vinden dat zij door de PA meer tijd hebben voor intensievere zorgvragen. Het aantrekken van een tweede PA bovenop de huidige formatie zal moeilijk worden, geven huisartsen aan. De praktijk zou meer patiënten kunnen inschrijven, maar dat legt een druk op de huisartsen om, in de rol van eindverantwoordelijke, het overzicht over lopende zaken bij een grotere groep patiënten te houden. Daarnaast zouden ze bij een toename van inschrijvingen ook meer diensten op de huisartsenpost moeten doen. De huisartsen verwachten dat de extra belasting niet opweegt tegen de voordelen van een tweede PA. Bovendien verwachten ze dat een beginnende PA niet hetzelfde kan als deze ervaren PA. Voor de introductie van de functie vonden huisartsen dat het vooraf formuleren van een duidelijke visie en het formaliseren van werkafspraken een meerwaarde had.

De assistenten geven aan dat de PA dezelfde klachten ziet als de huisartsen en zij op dezelfde wijze de agenda van de PA en huisartsen inplannen. "We gaan hetzelfde met haar [de PA] om als met de huisartsen", vertelt een assistente. Ze vinden alleen dat de functienaam moeilijk is voor patiënten. Het is lastig de juiste woorden te vinden of associaties te maken om de functie te beschrijven zodat de patiënt een goed beeld

krijgt. Ze vermijden de term daarom maar liever en spreken maar van dokter [achter naam PA] of mevrouw [achternaam PA].

Zowel huisartsen als assistenten vinden de PA enorm flexibel, omdat ze haar werkdagen twee weken vooraf bepaalt op basis van de huisartsenbezetting. Ze wordt gezien als een verrijking van de praktijk of zoals één van de assistenten zegt: "Ik moet er niet aan denken dat ze er niet meer is."

De PA geeft aan dat zij tevreden is met haar baan. Ze vindt het prettig dat zij kan bijdragen aan werkdrukvermindering bij de huisartsen en tegelijkertijd heeft kunnen zorgen voor meer continuïteit in de zorg naar patiënten. Over de samenwerking met de huisartsen zegt de PA dat ze zich als een gelijkwaardig lid van de huisartsengroep beschouwt: "Ik heb het gevoel dat we één team zijn".

7 Beschrijving praktijkvoorbeeld twee

Het tweede praktijkvoorbeeld is een gezondheidscentrum met huisartsen dat is ondergebracht in een multifunctioneel centrum in een achterstandswijk. Het multifunctionele centrum biedt huisvesting aan allerlei hulpverleners en organisaties op het gebied van zorg en welzijn waaronder fysiotherapeuten, logopedisten, psychologen, diëtisten, een apotheek, een kinderdagverblijf en de thuiszorg. Het centrum ligt in één van de grote steden in het westen van Nederland met een overwegend jonge allochtone populatie. 66% van de inwoners is jonger dan 44 jaar. De meerderheid (63%) heeft een laag inkomen, hoge inkomens komen weinig voor (7%) (CBS, 2010). Begin 2014 staan bij alle huisartsen samen 10.269 patiënten ingeschreven. De formatie van het gezondheidscentrum bestaat op dat moment uit zeven huisartsen (4,62 fte), één vaste waarnemer (0,2 fte), één PA (0,88 fte), acht assistenten (6,65 fte), vier POH-S (2,94 fte), twee POH GGZ (1,32 fte), één centrummanager (0,67 fte) en één bestuurder (0,44 fte). Alle medewerkers, inclusief de huisartsen en PA, zijn in loondienst van het gezondheidscentrum. Tijdens het onderzoek is één huisarts uit dienst gegaan. De patiënten van deze huisarts zijn ingeschreven gebleven bij het centrum. Er is geen opvolger voor de huisarts gevonden, waarnemers zijn ingezet om deze patiënten op te vangen. De PA was als POH-S werkzaam in de praktijk toen zij de opleiding tot PA startte. Ze heeft jaren gewerkt als wijkverpleegkundige; in die tijd heeft ze zich gespecialiseerd in diabetes mellitus en longaandoeningen. In 2011 is ze afgestudeerd aan de opleiding tot PA. Dit betekent dat ze ten tijde van het onderzoek ongeveer drie jaar werkte als PA. In het kader van een re-integratietraject is tijdens de meetperiode een tweede PA gestart, deze PA is in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Reden inzet PA

Net als in het eerste praktijkvoorbeeld was ook hier een groot aanbod van relatief eenvoudige vaak voorkomende klachten, waarmee patiënten belden voor een afspraak. Ook in dit gezondheidscentrum veroorzaakte dit een hoge werkdruk bij huisartsen. De bestuurder wilde met de inzet van de PA zorgen voor taakverlichting. Hoewel niet iedereen overtuigd was van de meerwaarde van een PA, werd toch besloten om een POH-S die deze functie ambieerde op te leiden. Vooraf werd verwacht dat de PA alleen vaak voorkomende klachten zou gaan zien.

Taken

Directe patiëntgebonden taken

Aan de PA is gevraagd welk deel van haar dienstverband ze besteedt aan patiëntgebonden taken. Ze schat in dat ze 85% van haar tijd kwijt is aan de directe patiëntenzorg als consulten, visites, telefoontjes naar specialisten, overleg met de thuiszorg et cetera. De agenda-indeling van de PA is vergelijkbaar met die van de huisartsen. De assistenten plannen, voor beiden, zes consulten per uur in. Patiënten krijgen in principe als eerste een afspraak bij hun eigen huisarts. Wanneer die geen plaats meer heeft, wordt de patiënt ingepland bij de PA. Volgens de assistenten en de PA vragen patiënten geregeld zelf naar de PA, als dat het geval is wordt meteen een afspraak gemaakt bij de PA. Iedere dag is er tussen 11.00 en 12.00 uur een inloopspreekuur. Patiënten kunnen dan, zonder een afspraak te maken, naar de huisartsen of PA voor korte bestaande klachten die naar verwachting weinig tijd vragen.

Bepaalde klachten ziet de PA niet, deze staan in tabel 7. De doktersassistenten gebruiken dit overzicht niet bij de dagelijkse triage, maar geven aan dat zij vanuit hun ervaring weten welke klachten de PA kan behandelen. Acute spoedvisites worden gedaan door de huisartsen. De PA ziet wel acute klachten op haar spreekuur bijvoorbeeld acute buikpijn, pijn op de borst, val op het hoofd of ernstige benauwdheid.

Klachten die de PA niet ziet

Geen acute visites.

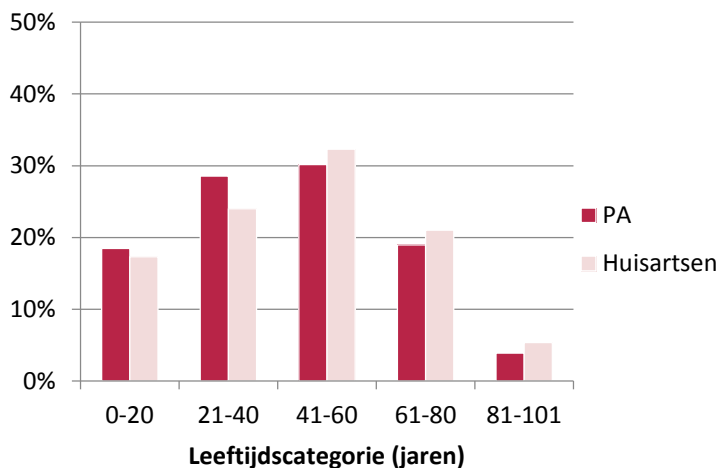
Intra-articulaire injecties.

Het plaatsen van spiralen en andere ingewikkelde heelkundige verrichtingen.

Tabel 7. Klachten die de PA niet ziet

Bron: document van de praktijk, 2011

De PA in dit gezondheidscentrum ziet patiënten van alle leeftijden. In de meetperiode was de gemiddelde leeftijd 42 jaar voor patiënten die de PA bezochten tegenover 51 jaar voor patiënten die gezien zijn door de huisartsen. Figuur 11 laat zien dat er minimale verschillen zijn in de leeftijdsverdeling van de patiënten die door de PA of de huisartsen gezien zijn. De PA ziet iets vaker patiënten onder de 41 jaar en huisartsen gemiddeld iets vaker patiënten boven de 40 jaar.



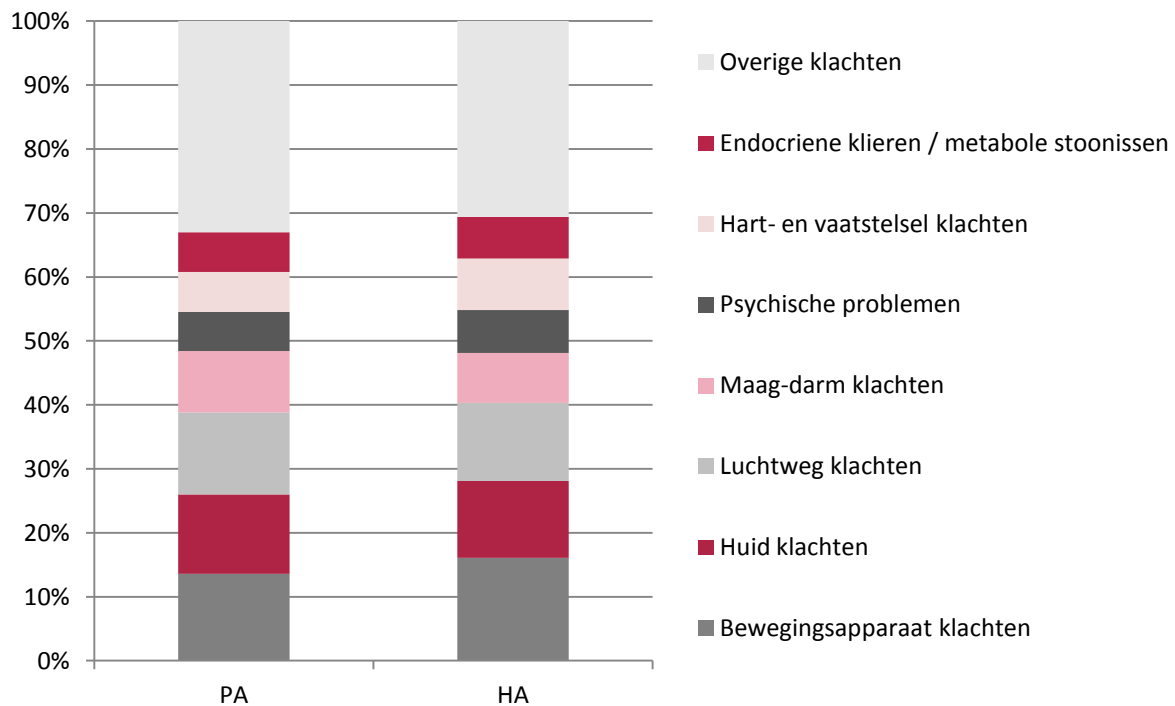
Figuur 11. Leeftijdsverdeling van alle patiënten die gezien zijn in de meetperiode per discipline¹⁶

Patiënten komen naar de huisartsenpraktijk met een grote verscheidenheid aan klachten. De meest geregistreerde diagnoses in het centrum komen ook landelijk het meest voor in huisartsenpraktijken (NIVEL, 2012). Er is een minimaal verschil gevonden. Vitamine- en voedingsdeficiënties komen vaker voor dan verwacht op basis van het landelijk gemiddelde in 2012. De hoge prevalentie is enerzijds te verklaren door de patiëntenpopulatie van het centrum, want voedingsdeficiënties komen meer voor in een allochtone populatie. Anderzijds vindt er in dit centrum screening plaats op deze diagnose.

De top drie aan klachten die patiënten presenteren behoren tot de categorieën van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, luchtwegen en huid. Klachten uit deze categorieën zien zowel de PA als de huisartsen het meest. In figuur 12 staan de acht

¹⁶ Afkapwaarde leeftijdscategorieën zoals gepresenteerd in meetperiode.

meest geziene categorieën per discipline. Uit het overzicht blijkt dat de top drie voor de PA en huisartsen hetzelfde is en dat ook de variatie bij beide gelijk is.



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

Elke categorie zoals hier genoemd is weer verder onder te verdelen in subcategorieën¹⁰. Onder de categorie aandoeningen aan luchtwegen vallen bijvoorbeeld verkoudheid, voorhoofdsholteontsteking, acute hoest of longontsteking. Tabel 8 geeft een overzicht van de meest voorkomende subcategorieën in de meetperiode per discipline weer. De percentages zijn klein, dit betekent dat deze diagnoses maar een klein onderdeel zijn van het totaal aantal diagnoses die door de huisartsen en PA gezien zijn. Niet alle diagnoses in de tabel zijn terug te leiden naar de top drie hoofdcategorieën (bewegingsapparaat, huid en luchtwegen). Dat komt omdat een aandoening uit een subcategorie vaak kan voorkomen en de rest uit die categorie niet. Het totaal van die categorie valt dan lager uit dan het totaal van een categorie waar meerdere subcategorieën veel voorkomen. Uit tabel 8 valt op te maken dat de aandoeningen die huisartsen vaak zien ook door de PA vaak gezien worden en dat beide een grote variatie aan diagnoses behandelen.

Huisartsen (n=7)		PA (n=1)		
1.	Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	3,1%	Vitamine-/voedingsdeficiëntie	2,9%
2.	Acute infectie bovenste luchtwegen Vitamine-/voedingsdeficiëntie	2,0%	Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	2,6%
3.	Diabetes Mellitus	1,9%	Hoesten	2,4%
4.	Moeheid/zwakte	1,6%	Moeheid/zwakte Astma	1,7%
5.	Lage-rugpijn zonder uitstraling Depressie Hooikoorts	1,5%	COPD Urineweginfectie	1,6%
6.	Contact eczeem Astma	1,4%	Hooikoorts Acute infectie bovenste luchtwegen Otitis externa (oorontsteking)	1,4%
7.	Schouder klachten Andere ziekte bewegingsapparaat	1,3%	Obstipatie Contact eczeem Diabetes Mellitus	1,3%
8.	Hoesten Dermatomyose (schimmelinfectie huid) Urineweginfectie COPD	1,2%	Schouder klachten	1,2%

*Tabel 8. Top 8 van diagnoses die het vaakst gezien worden door de PA en huisartsen
Percentages geven aan hoe vaak de diagnose is voorgekomen ten opzichte van het totaal aantal diagnoses die de huisartsen of de PA gezien hebben.*

De PA is niet betrokken in de directe patiëntenzorg bij chronische aandoeningen (DBC's)⁵. Dat behoort tot de taken van de POH-S.

De huisartsen en PA doen naast consulten en visites ook M&I-verrichtingen. Met name de PA besteedt hier niet veel tijd aan. Tabel 9 geeft een overzicht van de meest uitgevoerde M&I-verrichtingen per discipline in de meetperiode.

Huisartsen (n=7)	PA (n=1)
Verrichtingen: n=251	Verrichtingen: n=11
Therapeutische injectie (38,6%)	Chirurgie (90,9%)
Chirurgie (31,5%)	MMSE ¹³ (9,1%)
Inbrengen van een spiraaltje of implanonstaafje (9,6%)	-
Polyfarmacie ¹⁷ (5,6%)	-

*Tabel 9. Top 4 van meest uitgevoerde M&I-verrichtingen
Percentages geven aan hoe vaak de verrichting is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal verrichtingen die de huisartsen of de PA uitgevoerd hebben.*

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

¹⁷ Het screenen van de medicatie van patiënten die veel geneesmiddelen tegelijk gebruiken (denk aan interacties tussen geneesmiddelen, (lange termijn) bijwerkingen en het voorkomen van onnodig medicatie gebruik).

Indirect patiëntgebonden taken

Huisartsen en PA hebben beide indirect patiëntgebonden taken als het bellen naar andere hulpverleners, beoordelen van labuitslagen of lezen van specialistenbrieven. De verwerking van de post doet de PA met name voor de huisarts die die dag afwezig is of die een achterstand heeft.

Niet-patiëntgebonden taken

Huisartsen en PA hebben ook niet-patiëntgebonden taken die deels hetzelfde zijn (overleg, nascholing). Iedere huisarts in dit gezondheidscentrum heeft formeel een aparte niet-patiëntgebonden aanstelling van 1,25 uur per week. Toch lopen de patiënt- en niet-patiëntgebonden taken van huisartsen door elkaar. De PA heeft geen vaste uren binnen haar aanstelling voor niet-patiëntgebonden taken. Net als huisartsen voert zij die taken uit tussen de dagelijkse werkzaamheden door. Het gaat hier om deelname aan de werkgroep ketenzorg COPD of het geven van een presentatie tijdens het farmacotherapieoverleg. Daarnaast geeft de PA, vanwege haar specifieke deskundigheid op het gebied van diabetes mellitus en astma/COPD, feedback op patiëntverslagen die gemaakt zijn door de POH-S, ze beantwoordt hun vragen en verzorgt hun supervisie. Als de praktijk geen PA in dienst zou hebben, zouden de huisartsen deze taken op zich moeten nemen.

Kwaliteit van zorg

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

De verwijzingen binnen deze praktijk verlopen niet altijd digitaal¹⁸, waardoor er een onderschatting is van het aantal verwijzingen, dit geldt zowel voor de PA als voor de huisartsen. Het lijkt erop dat de PA minder verwijst naar specialisten en paramedische diensten dan de huisartsen gemiddeld doen. De PA verwijst 10,7% van de nieuwe klachten die zij ziet en de huisartsen gemiddeld 16,1%. Er zijn grote individuele verschillen onder de huisartsen. De PA scoort binnen deze variatie, waardoor er gesteld kan worden dat de PA niet afwijkt van de mate waarin huisartsen verwijzen.

Er is gekeken naar het voorschrijfgedrag van de PA en de huisartsen bij dezelfde selectie van diagnoses. De PA lijkt meer recepten voor te schrijven dan de huisartsen gemiddeld doen. De PA schreef bij 42,2% van de nieuwe klachten een recept voor, de huisartsen gemiddeld bij 30,6%. Ook hier zijn grote individuele verschillen tussen de huisartsen gevonden. De huisarts die het meest heeft voorgeschreven, schreef bij 40,1% van de nieuwe klachten een recept. Dit is ongeveer gelijk aan het voorschrijfgedrag van de PA. Het lijkt erop dat het voorschrijfgedrag van de PA niet sterk afwijkt van het voorschrijfgedrag van de huisartsen van de praktijk.

Dezelfde trend is zichtbaar wanneer bij de mate waarin de PA en huisartsen de NHG-richtlijnen opvolgen. Zo stelt de richtlijn bij constitutioneel eczeem vette crème voor. Alleen bij ernstig eczeem is een klasse 1 of 2 corticosteroïde crème aangewezen. De huisartsen en PA hebben zich bijna bij alle nieuwe klachten met constitutioneel eczeem

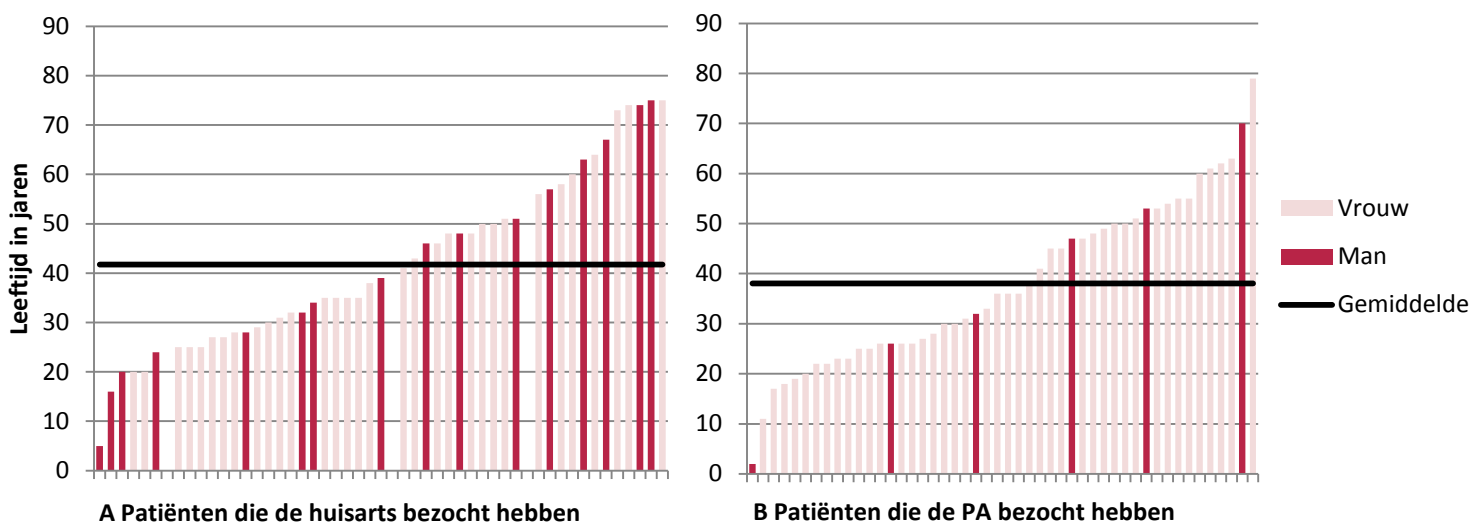
¹⁸ Een papieren verwijsbrief is niet systematisch terug te vinden in het registratiesysteem.

aan deze richtlijn gehouden. Zowel bij hoesten als sinusitis stelt de richtlijn terughoudendheid met antibiotica voor. Bij hoesten schreven de PA en huisartsen een enkele keer toch antibiotica voor. Bij sinusitis schreef de PA bij vier patiënten antibiotica voor (57,1%) en de huisartsen ook (16,7%). Bij oorontsteking adviseert de NHG-richtlijn oordruppels met zuur en corticosteroïde. De PA liet zich bijna altijd leiden door de richtlijn, de huisartsen in de helft van de gevallen. Bij middenoorontsteking kan paracetamol worden gegeven en antibiotica wordt afgeraden. De PA hield zich in een derde van de gevallen (twee patiënten) aan de richtlijn en de huisartsen in de helft van de gevallen (38 patiënten).

Patiënttevredenheid

Patiëntkenmerken

In totaal hebben 51 patiënten die een huisarts bezochten en 48 patiënten die bij de PA kwamen de enquête ingevuld (n=99). In figuur 13 wordt de verdeling van leeftijd en geslacht van de patiënten weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de patiënten die de PA bezocht hebben is 38 jaar en bij de huisarts ligt dat op 42 jaar. De man-vrouw verdeling van patiënten die een huisarts of de PA bezocht is verschillend. Ongeveer 33% van de patiënten die de huisarts bezocht was man en 67% vrouw. Bij de PA was 87% vrouw en 13% man.



Figuur 13. Verdeling patiënten naar leeftijd en geslacht

Algemene tevredenheid

Het gemiddelde cijfer (schaal 0-10) waarmee patiënten hun tevredenheid over hun consult bij een huisarts uitdrukken is een 8,4. Bij de PA is dit een 8,5. Alle patiënten geven aan vertrouwen te hebben in de deskundigheid van de PA of huisarts. In figuur 14 wordt weergegeven dat bijna alle respondenten de PA of huisarts zou aanbevelen aan andere patiënten.



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

Het bespreken van de klacht tijdens het consult

Er is geïnventariseerd of patiënten van mening zijn dat hun klacht voldoende besproken is tijdens het consult, er adequaat gereageerd werd op hun klacht en of er voldoende begrip en aandacht was voor hun klacht en persoonlijke situatie. Alle patiënten die door de PA gezien zijn, waren tevreden over de manier waarop hun klacht behandeld werd. Bij de huisarts waren twee patiënten iets minder tevreden over de manier waarop hun klacht tijdens het consult besproken is.

Informatie tijdens het consult

Gevraagd is in welke mate patiënten tevreden zijn over de informatie die zij ontvangen hebben tijdens het consult. Zowel patiënten die bij de huisarts zijn geweest als patiënten die de PA bezochten, zijn op dit onderdeel het minst tevreden. Zo geeft ongeveer 20% van de patiënten die bij de PA zijn geweest aan, dat zij niet geïnformeerd zijn over hoe lang het duurt voordat de klacht verdwijnt en hoe zij dezelfde klacht kunnen voorkomen. Van de patiënten die de huisarts bezochten vindt 20% dat zij niet geïnformeerd zijn over de oorzaak van hun klacht en hoe zij de klacht kunnen voorkomen.

Werkafspraken

De taken en verantwoordelijkheden van de PA zijn vastgelegd in een functieprofiel. De PA indiceert en voert voorbehouden handelingen uit, zoals kleine chirurgische ingrepen en het voorschrijven van medicatie. Er zijn geen schriftelijk afspraken over het voorschrijven van medicatie. De PA laat zich daarbij leiden door de NHG-richtlijnen. In de dagelijkse praktijk levert dit geen problemen op.

Afspraken over de verdeling van de inzet van de PA over de huisartsen zijn niet gemaakt. De PA zou voor alle zeven huisartsen werken. Maar het blijkt dat de PA vooral patiënten van twee huisartsen ziet omdat bij hen, door een wisseling van huisartsen, de continuïteit van zorg het meest onder druk is komen te staan. Negenenveertig procent van de patiënten die de PA heeft gezien tijdens de meetperiode, staan ingeschreven bij deze twee huisartsen. Dit betekent dat 51% van de patiënten die de PA behandelt heeft van de andere vijf huisartsen zijn.

Financiering PA

Zoals toegelicht in hoofdstuk 3 bestaan de kosten voor een PA uit salariskosten plus werkgeverslasten, praktijk- en overheadkosten. Deze PA is ingeschaald in functiegroep 11 van de CAO gezondheidszorgcentra (€ 2.739,63 - € 4.217,89 bruto per maand bij een 36-urige werkweek). Inclusief werkgeverslasten en exclusief praktijk- en overheadkosten kost deze PA € 55.996,-¹⁹ per jaar (ofwel € 27.998,- per half jaar, de duur van de meetperiode in dit onderzoek) bij een dienstverband van 0,88 fte.

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

Tabel 10 geeft een overzicht van het aantal consulten, visites en M&I-verrichtingen die de PA in de meetperiode heeft gedaan en de opbrengsten die zij daarmee heeft gecreëerd.

	Verdeling*	Aantallen in 0,88 fte**	Opbrengsten in 0,88 fte***
Consult	56,1%	1.479	€ 13.325,79
Dubbel consult	25,2%	663	€ 11.947,26
Visite	2,4%	64	€ 864,64
Dubbel visite	3,9%	104	€ 2.342,08
Tel. consult	11,6%	315	€ 1.417,50
M&I-verrichtingen	0,4%	11	€ 933,25
Totaal	100%	2.636	€ 30.830,52

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

*Percentages geven de verhoudingen tussen de aantallen weer.

**32 uur per week.

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

De opbrengsten in het eerste half jaar van 2014 zijn € 30.830,52. Dit betekent dat de PA haar salariskosten plus de werkgeverslasten volledig kan terugverdienen. De praktijk- en overheadkosten zijn hiermee nog niet gedekt. De controller bevestigt dit: "De PA kan haar salariskosten en werkgeverslasten het ene jaar wel en het andere jaar niet terugverdienen." Ondanks dat de praktijk- en overheadkosten niet gedekt zijn, wordt de meerwaarde van de PA wel gezien en is men in dit gezondheidscentrum bereid te investeren in deze functie. Het totaal aantal ingeschreven patiënten is sinds de komst van de PA toegenomen. De bestuurder en het managementteam vermoeden dat dit met name komt door de verhuizing van de praktijk en dit minder toe te wijzen is aan de PA. De huisartsen geven aan dat de PA wel de mogelijkheid heeft geboden om deze extra patiënten in te schrijven.

Ervaringen huisartsen, doktersassistenten en PA

In het gezondheidscentrum is iedereen erg tevreden over de PA. Net als in het eerste praktijkvoorbeeld denken ook deze huisartsen dat de persoon achter de PA een sleutel tot succes is. Ze geven aan dat het belangrijk is dat er draagvlak bestaat voor het

¹⁹ Berekening op basis van bruto maandsalaris vermenigvuldigt met 1,4 werkgeverslasten.

inzetten van een PA; huisartsen moeten bereid zijn om te delegeren en supervisie te geven. Vooraf dachten de artsen dat de PA alleen veel voorkomende eenvoudige klachten zou gaan doen. Achteraf zeggen ze dat de PA meer de diepte in gaat dan zij hadden verwacht. De PA presteert volgens hen boven hun verwachtingen. Sommigen zeggen zelfs dat de PA zich op het niveau van een afgestudeerde- of derdejaars huisarts in opleiding bevindt. "Ze [de PA] ontziet ons zeker", vertelt een huisarts. De PA biedt werkdrukverlichting, omdat ze zelfstandig zaken kan overnemen, die naderhand ook niet meer gecheckt hoeven te worden. Als nadeel wordt genoemd dat de PA niet evenveel patiënten ziet voor iedere huisarts, waardoor de één meer verlichting ervaart dan de ander. De PA onderschrijft dit. Zij geeft aan dat zij "niet voor acht praktijken [huisartsen] het grote gros kan oplossen". Hiermee bedoelt zij dat ze niet voor iedere praktijk de vaak voorkomende klachten kan zien, omdat er maar één PA is op acht huisartsen. Een extra PA zou er volgens haar prima bij kunnen om de druk op het spreekuur op te vangen en om de huisartsen te ontlasten in alle extra taken die er met de veranderingen in de zorg bij gaan komen. Het gezondheidscentrum heeft per 1 januari 2015 een tweede PA aangenomen.

Ook de assistenten uit dit praktijkvoorbeeld geven aan dat patiënten de functie niet kennen en dat ze de functienaam lastig vinden. Ze vermijden de term liever en spreken tegenover patiënten van dokter. Bovendien ervaren de patiënten de PA als huisarts, want deze behandelt hun klachten ook net zoals een huisarts. Patiënten vragen soms aan de PA of assistenten of ze zich bij de PA kunnen inschrijven.

8 Beschouwing en methodologische kanttekeningen

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

Inzet PA

De belangrijkste aanleiding voor beide praktijken om een PA in te zetten was de druk op het spreekuur van huisartsen. Veel patiënten belden voor een afspraak bij de huisarts met klachten die, vanuit medisch oogpunt, relatief eenvoudig zijn en vaak voorkomen. Dit blijkt ook uit ander onderzoek, waar bovendien motieven als het verbeteren van de kwaliteit van zorg en continuïteit in de zorg voor patiënten worden genoemd. De PA blijkt de druk weg te kunnen nemen door patiënten van het spreekuur van de huisartsen over te nemen, waardoor de huisarts ruimte krijgt voor andere taken (van Balen, 2003; Bruurs, 2005; Bussemakers, 2007; IGZ, 2007; De Leeuw, 2008; De Bakker, 2013; Vught, Van den Brink, & Wobbes, 2014). In het deelrapport van het capaciteitsplan huisartsengeneeskunde wordt beschreven dat de huisarts de komende jaren relatief meer tijd kwijt zal zijn aan bedrijfsvoering, administratie, intern overleg met medewerkers en extern overleg met de zorggroep, gemeente en zorgverzekeraars. Huisartsen zullen zich meer richten op de complexe zorgvragen, coördinatie en preventie. Eenvoudige zorgvragen en geprotocolleerde taken zullen eerder worden overgedragen (Capaciteitsorgaan, 2013). Ook Gercama en et al. (2007) en Van Wijk (2014) schrijven dat de rol en taken van de huisarts gaan verschuiven en dat de caseload gaat veranderen, deskundige ondersteuners zijn volgens hen van cruciaal belang.

Taken en verantwoordelijkheden

In hoofdstuk 3 is een willekeurige dag van een zorgmaster beschreven. De PA's uit ons onderzoek hebben een soortgelijke dagindeling die overeenkomt met die van de huisartsen. De assistenten bepalen bij wie de patiënt wordt ingepland. Uit onderzoek blijkt (De Leeuw et al., 2008) dat assistenten patiënten niet inplannen bij de PA op basis van complexiteit maar vooral vanuit praktische overwegingen. In deze voorbeeldpraktijken is dat herkenbaar. Ook hier houdt de patiënt altijd de keuzemogelijkheid om naar zijn eigen huisarts te gaan. In beide voorbeeldpraktijken wordt aangegeven dat patiënten regelmatig specifiek naar de PA vragen. Soms zonder te weten dat ze geen huisarts is. De functienaam is moeilijk voor patiënten. Eerder onderzoek liet zien dat de patiënten het onderscheid tussen de verschillende professionals in de huisartsenpraktijk niet kennen (Laurant & Wijers, 2014).

De PA's in ons onderzoek schatten in dat ze 85 tot 90% van hun tijd besteden aan (in) directe patiëntenzorg, dit zijn vooral consulten en visites. In principe zien de PA's, op de vastgelegde uitzonderingen na, dezelfde klachten als een huisarts. Dit zijn met name aandoeningen van huid, luchtwegen en bewegingsapparaat. PA's zien, net zoals huisartsen, binnen deze categorieën dezelfde grote variatie aan diagnoses. De meerderheid van de PA's in de huisartsenzorg wordt ingezet op een breed scala aan klachten en op alle patiënten (De Leeuw et al., 2008; Laurant & Wijers, 2014). De bevindingen uit dit onderzoek sluiten daar bij aan. Desalniettemin kan het takenpakket van de PA per praktijk enigszins variëren, afhankelijk van contextuele factoren zoals de

kwaliteiten, ervaring en interesse van de PA, de patiëntenpopulatie van de praktijk, bezetting van de huisartsen.

De PA neemt naast de (in)direct patiëntgebonden taken ook niet-patiëntgebonden taken van de huisarts over. Ook dat laatste is een vorm van taakherschikking, omdat de huisarts die werkzaamheden anders zelf zou moeten uitvoeren. Opvallend is dat de PA in het eerste praktijkvoorbeeld een aparte aanstelling heeft van drie uur per week voor niet-patiëntgebonden taken. Laurant & Wijers (2014) laat zien dat een PA in zeer beperkte mate niet-patiëntgebonden taken heeft (12%) en met name ingezet wordt om in de directe patiëntenzorg werk uit handen te nemen van de huisarts. De PA's uit de praktijkvoorbeelden schatten dat ze tien tot vijftien procent van hun tijd kwijt zijn aan deze niet-patiëntgebonden taken. Dit lijkt aardig overeen te komen met de verdeling bij de huisartsen. Volgens het NIVEL (2014) besteden huisartsen 18% van hun tijd aan niet-patiëntgebonden taken.

Conform eerder onderzoek zien we dat PA's zelfstandig werken, de grenzen van hun deskundigheid kennen en waar nodig overleggen met de huisarts. Beide PA's voeren voorbehouden handelingen uit, waaronder het voorschrijven van medicatie. Bij het eerste praktijkvoorbeeld zijn de voorbehouden handelingen vastgelegd en staat genoteerd dat de PA bij het voorschrijven van recepten zich laat leiden door de NHG-CBO-richtlijnen. In het tweede praktijkvoorbeeld laat de PA zich ook leiden door de NHG-richtlijnen, maar daar zijn afspraken niet schriftelijk vastgelegd. In de praktijk levert dit geen problemen. Inmiddels zijn landelijke richtlijnen en hulpmiddelen voor de samenwerking PA en huisarts voorhanden (KNMG, V&VN, NAPA, 2012; Vakgroep PA Huisartsgeneeskunde, 2013).

In hoofdstuk 2 is het verschil in functie tussen de POH en PA beschreven. In de door ons onderzochte praktijkvoorbeelden blijkt dat de PA geen taken overneemt van de POH maar die van de huisarts. Net als de huisarts kan ze verwijzen naar de POH-S of POH GGZ. Dit bevestigt de bevindingen uit het onderzoek van De Leeuw et al. (2008) dat de functies van POH-S en PA complementair zijn.

In tegenstelling tot de huisartsen doen de PA's in deze praktijkvoorbeelden geen diensten op de huisartsenpost. Hier blijken echter wel perspectieven te liggen (Van der Burgt et al., 2009; De Feijter, 2012).

Kwaliteit van zorg

Substitutie van medische taken van huisarts naar PA kan alleen bij gelijkblijvende kwaliteit. De Leeuw en collega's (2008) hebben laten zien dat de PA deskundig is. Ook ons onderzoek geeft daar aanwijzingen voor, zich uitend in een gelijke mate van voorschrijven en verwijzen. De PA schrijft voor en verwijst binnen de marges van variatie tussen de huisartsen.

Patiënttevredenheid

De patiënten zijn heel tevreden over de PA. Ze geven hoge cijfers, gelijk of zelfs nog iets hoger dan aan de huisarts. Ze hebben vertrouwen in de deskundigheid van de PA en bijna alle patiënten zouden de PA aanbevelen aan andere patiënten. De resultaten zijn in overeenstemming met eerder onderzoek waarin de patiënttevredenheid over de PA ook werd aangetoond (De Leeuw et al., 2008).

Financiering

Zoals in hoofdstuk 3 beschreven bestaan de kosten voor de PA uit drie componenten: salariskosten plus werkgeverslasten, praktijk- en overheadkosten. We hebben in dit onderzoek gekeken of de PA's hun salariskosten en werkgeverslasten konden terugverdienen met het doen van consulten, visites en M&I-verrichtingen, want alleen daar staat een rechtstreekse vergoeding tegenover. Het aantal consulten, visites en M&I-verrichtingen van de PA's in deze twee voorbeeldpraktijken is in lijn met verwachtingen op basis van referentiewaarden gegeven in het skill mix instrument (<http://skillmix.nivel.nl/skill>). In het tweede praktijkvoorbeeld kan de PA haar salariskosten plus werkgeverslasten 'terugverdienen', in het eerste voorbeeld niet volledig. Dit betekent dat een deel van de salariskosten plus werkgeverslasten op een andere manier binnen de begroting van het gezondheidscentrum wordt opgelost. In dit centrum is gaandeweg besloten om de PA in te zetten op dagen dat de bezetting huisartsen laag is. Hiermee konden zij de kosten voor de inzet van waarnemers terugdringen. In het tweede voorbeeld is een deel van het inschrijftarief toegerekend aan de PA. In hoofdstuk 3 is deze wijze van financiering beschreven. Een huisarts kan meer patiënten laten inschrijven als hij een PA heeft, waardoor inkomsten uit inschrijfgelden stijgen. Als bezwaar van een grotere patiëntenpopulatie wordt genoemd dat de huisarts voor meer mensen eindverantwoordelijk is; over meer lopende zaken het overzicht moet houden, meer administratieve handelingen moet verrichten en meer diensten op de huisartsenpost moet doen. Dat zijn ook voor het eerste praktijkvoorbeeld de belangrijkste redenen om geen tweede PA aan te nemen. Onderzoek van de Leeuw en collega's (2008) laat zien dat vanuit financieel oogpunt het aannemen van een PA aantrekkelijk kan zijn, maar dat aan te raden is om per praktijk op voorhand een berekening te maken van de kosten en baten. Hierbij is het belangrijk een aantal factoren mee te nemen zoals: het aantal te verwachten patiënten, de verdeling van de patiënten over de praktijkmedewerkers, de verwachting over de productiviteit van de PA en de extra praktijkkosten die gepaard gaan met het in dienst nemen van een PA .

Ervaringen

Bij de start van de PA waren er in beide voorbeeldpraktijken ook bedenkingen. Niet iedereen was overtuigd van de meerwaarde of vroeg zich af of een HBO-opgeleide functionaris wel huisartsgeneeskundige klachten kan overnemen. Achteraf zeggen huisartsen uit beide voorbeelden dat ze zeer tevreden te zijn; de PA's presteren boven verwachting. Zwart en Filippo (2006) pleiten er in hun artikel voor om 'koudwatervrees' niet in de weg te laten staan van deze kansrijke ontwikkeling. Met de PA is er meer spreekuurcapaciteit gekomen, waardoor patiënten minder lang hoeven te wachten op een afspraak (voorheen soms enkele dagen). Huisartsen ervaren dit als werkdrukverlichting. Hoewel de mate, waarin de inzet van de PA voelbaar is, afhankelijk is van de verdeling van patiënten over de huisartsen voor wie ze werkt. In beide gezondheidscentra werken zeven huisartsen (0,75 fte PA op 4,95 fte huisarts, respectievelijk 0,88 fte PA op 4,62 fte huisarts). Maar in de ene praktijk wordt het spreekuur van de PA met name gevuld met patiënten van twee huisartsen. Dit betekent dat de andere huisartsen minder 'profijt' hebben van de PA. In de andere praktijk is de inzet meer evenredig verdeeld over de zeven huisartsen, maar daarmee wordt het aantal patiënten per huisarts dat ze kan overnemen teruggebracht. De inzet wordt hiermee voor die huisartsen minder voelbaar. Beide praktijken hebben overwogen een tweede PA aan te nemen. De tweede praktijk heeft inmiddels ook besloten dat te doen. Ook de doktersassistenten zijn positief over de PA.

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

Methodologische beperkingen

We hebben een zorgvuldige selectieprocedure gehanteerd om representatieve praktijkvoorbeelden te beschrijven. We gaan er daarom van uit dat ze een adequaat beeld geven van de rol en werkzaamheden van PA in de huisartsenzorg. Desondanks kunnen zich toevalligheden voordoen in deze praktijken die voorzichtigheid vragen bij het generaliseren van de bevindingen. Eén toevalligheid is dat de twee voorbeelden die we beschrijven, groepspraktijken met meerdere huisartsen zijn. De resultaten uit de vragenlijst in hoofdstuk 4 laten zien dat PA's ook veel in kleinere huisartsenpraktijk werken (solo en duo).

De selectieprocedure is gestart bij alle PA's die de vragenlijst hebben ingevuld. Dat betekent dat we mogelijk een selectieve groep hebben benaderd die in het bijzonder geïnteresseerd was.

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

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

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

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

Literatuurverwijzingen en geraadpleegde bronnen

- Bakker D. de, Strassel, J. Vrijhoef H. & Derckx, E. (2013) Skill Mix Analyse Huisartsenvoorziening. Eindrapport. Utrecht/Eindhoven: NIVEL/Stichting KOH
- Bakker, D. de, Strassel, J., Vrijhoef, H. & Derckx, E. (2013). Hulp bij opleiden en inzet personeel. Skill Mix Analyse Huisartsenvoorziening. *De Eerstelij*n, 5 (6), 18-19
- Balen, F. van (2003). Eerste huisarts-PA aan de slag (Nieuwsreflex). *Medisch Contact*
- Boesten, J., Braaksma, L., Klapwijk-Strumpler, S., Kole, H.M., Sloekers, J., Smit, C., Stroucken, J.P.M., Werven, H. van & Westerhof, R. (2013). *Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier*. Utrecht: NHG-richtlijn
- Bruurs, M.J.H. c.s. (2005). Het ijs is gebroken. Eerste ervaringen met Physician Assistant stemmen positief. *Medisch Contact*, 60 (11), 443-446
- Burgt, R. van der, Derckx, E. & Toemen, T. (2009). *Taakherschikking in de Spoedzorg Eerstelij*n – Eindrapport Preparatory Grant ZonMw. Eindhoven: Stichting KOH
- Bussemakers, H., Schultz, U., Vlerken M. van, Kwaak D.A. van der & Ebbens, E.H. (2007). De rolverdeling: taakherschikking en taakverdeling in de huisartsenpraktijk. *Medisch Contact*, 62, 28-30.
- Capaciteitsorgaan. (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen
- Cardol, M., Dijk, L. van, Jong, J.D. de, Bakker, D.H. de & Westert, G.P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM
- CBS. (2010). Een laag inkomen is een inkomen dat lager was dan of gelijk aan 19,2 duizend euro. CBS in uw buurt: <http://www.cbsinuwbuurt.nl/index.aspx#pageLocation=index>
- CBS. (2014). Aantal inwoners. Van: <http://statline.cbs.nl>
- Derckx, E.W.C.C. e.a. (2005). Tussen cure en care. Nurse Practitioner verdient zichzelf terug. *Medisch Contact*, 49 (60), 1992-1995.
- Derckx, E., Rijt, D. van de & Gauthier, N. (2008). *Financieringsopties en rekenmodel NHP, interne notitie Stichting KOH*. Eindhoven: Stichting KOH
- Dierick-van Daele, A.T.M., Metsemakers, J.F.M., Derckx, E.W.C.C., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H.J.M. (2008). *Onderzoeksrapport Nurse practitioner in de huisartsenpraktijk*. Maastricht/Eindhoven: MUMC+/Stichting KOH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Leeuw, J.R.J. de, Simkens, A., Baar, M.E. van, Balen, F.A.M. van, Verheij, R.A., Bijleveld, S.D., Dijk, F.S. van, Boons, A.N.A.M., Hermsen, L. & Schrijvers, A.J.P. (2008). *Eindrapport Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant*. Utrecht: UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde

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

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

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

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

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

Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) (2007). Physician assistants organiseren eigen tuchtrecht (NieuwsReflex). *Medisch Contact*, 10 (62), 409

Nederlandse Associatie van Physician Assistants (2012). Beroepsprofiel Physician Assistant. Utrecht: NAPA

NAPA (2013). *Voorschrijvende PA's werken steeds zelfstandiger*.

Van: <http://pharmamarketeer.nl/voorschrijvende-pas-werken-steeds-zelfstandiger/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vakgroep PA Huisartsgeneeskunde (2013). *Uitwerking Handreiking Implementatie Taakherschikking Huisarts en Physician Assistant*. Utrecht: NAPA

Vught, Anneke J. A. H. van MSc, PhD; Brink, Geert T. W. J. van den MSc; Wobbes, Theo MD, PhD. (2014). Implementation of the Physician Assistant in Dutch Health Care Organizations: Primary Motives and Outcomes. *Health Care Manag (Frederick)*. 2014 Apr-Jun, 33 (2), 149-53. doi: 10.1097/01.HCM.0000440621.39514.9f

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

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

VWS, 2.1 beleidsagenda 2012, begroting VWS 2012

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

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

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

Websites

www.brancherapporten.minvws.nl

www.igz.nl

www.knmg.nl

www.lhv.nl

www.napa.nl

www.nhg.artsennet.nl

www.nivel.nl

www.nvda.nl

www.nvvpo.nl

www.platformzorgmasters.nl

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

Bijlagen

- Bijlage 1 Overzicht beroepsbeoefenaren in de huisartsenpraktijk in Nederland
- Bijlage 2 Vragenlijst PA
- Bijlage 3 Vragenlijst na het consult bij huisarts of PA
- Bijlage 4 Formulier praktijkinformatie
- Bijlage 5 Planning onderzoek praktijkvoorbeelden PA

Bijlage 1

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

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



Bijlage 2

Praktijkvoorbeeld Physician Assistant in de eerste lijn Vragenlijst PA

Algemene informatie

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

ALS ~

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

ALS

Huisartsenpost

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

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

ALS

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

ALS **

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

5. Wat is de naam van de huisartsenpost waar u werkt?
naam huisartsenpost: [invulveld]



6. Hoeveel uren in de week, conform uw arbeidsovereenkomst, werkt u bij
[naam_huisartsenpost]?
[invulveld] uren

7. Einde

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

ALS *

Huisartsenpraktijk

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

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

ALS ##

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

ALS **

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

5. Waar bent u in loondienst? *(meerdere opties zijn mogelijk)*
- Van de huisarts
 - Bij het gezondheidscentrum
 - De maatschap van huisartsen
 - Anders, namelijk [invulveld]



6. Voor hoeveel (huisartsen)praktijklocaties werkt u?

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

ALS ##

7. Wat is de postcode van deze (huisarts)praktijklocatie?

postcode: [invulveld, postcode]

ALS **//*/*/***

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

- Ja##
- Nee

ALS ##

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

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

ALS **

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

1. postcode: [invulveld]

2. postcode: [invulveld]

ALS ***

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

1. postcode: [invulveld]

2. postcode: [invulveld]

3. postcode: [invulveld]



ALS ****



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

1. postcode: [invulveld]

2. postcode: [invulveld]

3. postcode: [invulveld]

4. postcode: [invulveld]

5. postcode: [invulveld]

(minimaal 4 postcodes invullen)

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

naam praktijklocatie: [invulveld]

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

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

1

2

3

4 of meer

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

0-1 jaar

1-2 jaren

2-3 jaren

meer dan 3 jaar

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

[invulveld] uren

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

< 2350 patiënten

2350 – 5000 patiënten

> 5000 patiënten



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

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

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

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

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

- Ja#
- Nee

ALS #

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

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

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

- Ja
- Nee

17. Welk HIS gebruikt [naam praktijklocatie]?

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



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

- Ja
- Nee

Praktijkuitkomsten

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

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

Indien *:

5.1 Welke vijf M&I-verrichtingen voert u het meest uit bij [naam praktijklocatie]?

1. [pull-down menu met verrichtingen]
 2. [pull-down menu met verrichtingen]
 3. [pull-down menu met verrichtingen]
 4. [pull-down menu met verrichtingen]
 5. [pull-down menu met verrichtingen]
- (minimaal 1)

6. Heeft u categorale spreekuren waarin u patiënten ziet met Diabetes, CVRM, Astma en/of COPD bij [naam praktijklocatie]?
 - Ja
 - Nee



7. Welke klachten ziet u niet bij [naam praktijklocatie]? (*meerdere opties zijn mogelijk*)
- Acute hoofdklachten
 - Acute hartklachten
 - Anders, namelijk [invulveld]
8. Wat doet u, in uw functie als PA, in de niet patiëntgebonden taken, bij [naam praktijklocatie]? (*meerdere opties zijn mogelijk*)
- Nascholing geven aan collega's of andere professionals
 - Initiëren en uitvoeren van kwaliteitsprojecten in de huisartsenpraktijk
 - (wetenschappelijk) Onderzoek in de praktijk
 - Begeleiding/coachen van PA in opleiding
 - Managementtaken
 - Ontwikkelen van protocollen en standaarden voor de praktijk
 - Overleg met huisartsen en andere professionals
 - Anders, namelijk [invulveld]
9. Wat is de verhouding (in percentages), in uw functie als PA, van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken bij [naam praktijklocatie]?

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

Patiëntgebonden taken: [invulveld] %

Niet patiëntgebonden taken: [invulveld]%

10. Einde

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

[invulveld]

Vragenlijst na het consult bij de huisarts/PA²⁰

Leeftijd: jaar

Geslacht: M/V

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

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

Uw mening over het consult

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

Uw mening over de informatie

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

Uw mening algemeen

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

²⁰ De patiënt kreeg een vragenlijst na afloop van het consult bij de huisarts of de PA

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

Cijfer*:

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

15. Hebt u nog opmerkingen?

Toelichting:

.....
.....

Beschrijving praktijksituatie per 1 januari 2014

Bijlage 4

Locatie:

Werkdagen PA:

Medewerkers, dienstverband en FTE

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

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

* doorhalen wat niet van toepassing is

Planning onderzoek praktijkvoorbeeld PA in de eerste lijn

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

In opdracht van:



Uitgevoerd door:

