nivel
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

praktijkondersteuners in de huisartspraktijk

Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk:

verwachtingen ten aanzien van het aantal controle-consulten bij diabetes- en astma/COPD-patiënten

Mw. Dr. M. Weide
Dr. L. van der Velden
Dr. D.H. de Bakker
Mw. Dr. N. Welling

juli 1999

Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030: 2729700

INHOUD

Voorwoord

1. Inleiding 1
   1.1 Aanleiding tot het onderzoek 1
   1.2 Vraagstellingen 2

2. METHODE 3
   2.1 Opzet 3
   2.2 Gegevensbronnen 3
   2.3 Afbakening patiëntengroepen 4
   2.4 NHG-richtlijnen 5
   2.5 Experimenten met praktijkverpleegkundigen 5
   2.6 Doorrekenen scenario's 6

3. Resultaten 7
   3.1 Prevalentie 7
   3.2 Controle-contacten 7
   3.3 Extra-contacten 8
   3.4 Percentage uitbreiding aantal te declareren particuliere contacten 8
   3.5 Totaal aantal controle-contacten van praktijkondersteuner 9
   3.6 Totaal aantal uren voor controlecontacten van praktijkondersteuner 9

4. Conclusie 11

Referenties 12

VOORWOORD

In deze rapportage wordt verslag gedaan van een onderzoek dat het Nivel heeft uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland. Dit als uitvloeisel van het convenant dat de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 30 juni 1999 hebben ondertekend. In het convenant zijn afspraken gemaakt over de introductie van praktijkondersteuning in de huisartspraktijk. Een en ander heeft consequenties voor de tarieven voor particulier verzekerden. Het onderhavige onderzoek is uitgevoerd ter voorbereiding van een tariefaanvraag bij het CTG.

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

De huisarts neemt steeds meer een centrale positie in de gezondheidszorg in. Ontwikkelingen in de zorg gaan in de richting van een versterking van de poortwachters- en regiefunctie van de huisarts (PWH, 1995; VWS, 1999, WMH, 1998). Dit betekent een verschuiving van taken van de specialist naar de huisarts. Zo is het de bedoeling dat systematische controles van chronische patiënten steeds meer in de huisartspraktijk plaats zullen vinden, in plaats van bij de medisch specialist. De huisarts wordt hierin ondersteund door de NHG-standaarden die voor diverse chronische ziekten zijn ontwikkeld; hierin staat het beleid voor systematische controles beschreven. Dit betekent echter een extra werkbelasting voor de huisarts. Daarnaast wordt het takenpakket van de huisarts ook op andere terreinen breder, zoals preventie en transmurale zorg.
Om de huisarts bij deze toename van taken te ontlasten, kunnen binnenkort voor ondersteuning op HBO-niveau praktijkondersteuners ingezet worden. Hierover zijn afspraken gemaakt in een convenant dat de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 30 juni 1999 hebben ondertekend. De ondersteuning betreft de levering van reguliere huisartsenzorg, in het bijzonder huisartsgeneeskundige zorg aan patiëntencategorieën waarvoor NHG-richtlijnen zijn ontwikkeld. Hierbij worden patiënten met diabetes en astma/COPD expliciet genoemd.
De tijd die de praktijkondersteuner daarnaast over heeft zal besteed worden aan andere zaken; dit is afhankelijk van de noden van de praktijk. Het kan bijvoorbeeld gaan om het vervullen van een liaisonfunctie naar de thuiszorg, of voorlichting of instructie aan bepaalde patiëntengroepen. Voor de ondersteuning wordt uitgegaan van één full-time HBO-er per drie individuele normpraktijken van 2.350 patiënten, samen dus 7.050 patiënten. De kosten van één full-time-equivalent (FTE) praktijkondersteuner zijn, inclusief overhead- en managementkosten, fl.133.000,-. Dat hier voor een HBO-er een zelfde tarief wordt gehanteerd als voor een huisarts mag op het eerste gezicht vreemd lijken. Daarbij moet echter bedacht worden dat de consulten van de praktijkondersteuner veel langer duren, onder andere omdat meer aandacht aan voorlichting wordt besteed.
Voor ziekenfondspatiënten worden deze kosten aan de huisarts vergoed via een verhoging van het abonnementstarief. Voor particuliere patiënten zal dit geschieden door een verhoging van het consulttarief. Uitgangspunt is hierbij één consulttarief voor de huisarts en de praktijkondersteuner.
Om deze verhoging vast te kunnen stellen dient een schatting gemaakt te worden van de hoeveelheid declarabele consulten van de praktijkondersteuner bovenop de declarabele consulten van de huisarts. Immers, de praktijkondersteuner zal ingezet worden ter ontlasting van de huisarts en zal daarom deels consulten van hem/haar overnemen. Dat geldt met name voor de consulten ter systematische controle van diabetes- en astma/COPD-patiënten. Huisartsen zullen echter vaak nog niet volgens de NHG-richtlijnen werken, mede vanwege de extra werklast die dit oplevert. Het is dan ook juist de bedoeling dat met de inzet van de praktijkondersteuner deze richtlijnen wél gevolgd worden en dat hij of zij dus extra consulten uitvoert. Op basis van de berekening van deze extra consulten kan het consulttarief bijgesteld worden. Doel van dit onderzoek is hier een schatting van te maken, waarbij uitgegaan wordt van extra consulten van de praktijkondersteuner met de patiëntengroepen die expliciet in het convenant genoemd worden: diabetes- en astma/COPD-patiënten. Te-

vens dient rekening gehouden te worden met de tijd die de praktijkondersteuner daadwerkelijk aan consulten kan besteden en het aantal consulten dat hij of zij in die tijd kan houden. Dit geeft de randvoorwaarden voor het maximum aantal extra consulten. Hiertoe dient een schatting gemaakt te worden van de verwachte patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd van de praktijkondersteuner en van de duur van de consulten.

1.2 Vraagstellingen

Op basis van het voorgaande zijn de vraagstellingen die in dit onderzoek beantwoord zullen worden:

- Wat is naar verwachting het aantal **extra** controle-consulten met particuliere diabetes- en astma/COPD-patiënten dat door de invoering van een praktijkondersteuner gerealiseerd kan worden bovenop het huidige aantal door huisartsen gerealiseerd controle-consulten en gegeven het door de betreffende NHG-standaarden voorgeschreven aantal controle-consulten, uitgaande van een normpopulatie van 7.050 patiënten?
- Wat is naar verwachting het **totaal** aantal controle-consulten met particulier **én** ziekenfondsverzekerde diabetes- en astma/COPD-patiënten samen dat een praktijkondersteuner geacht wordt te realiseren bij het voldoen aan de betreffende NHG-standaarden en past een dergelijk aantal controle-consulten binnen de werktijd van één full-time praktijkondersteuner, uitgaande van een normpopulatie van 7.050 patiënten?

De beantwoording van de eerste vraag geeft inzicht in de potentiële volumetoename van de declarabele consulten met particulier verzekerden door de inzet van praktijkondersteuners. Met behulp van de tweede vraag kan vervolgens vastgesteld worden in hoeverre het totale volume aan controle-consulten past binnen de werktijd van de praktijkondersteuner.

2. METHODE

2.1 Opzet

Voor het beantwoorden van de eerste vraagstelling, het vaststellen van de extra consulten met particuliere diabetes- en astma/COPD-patiënten, wordt eerst de prevalentie van de ziekten vastgesteld. Daarna wordt bekeken hoeveel controle-consulten de huisarts per jaar met deze patiënten heeft, en hoeveel dit er volgens de NHG-richtlijnen per jaar zouden moeten zijn. Hierbij wordt uitgegaan van de veronderstelling dat het deze controle-consulten zijn die door de praktijkondersteuner worden overgenomen. Aangenomen wordt dat het aantal overige contacten die de huisarts heeft met diabetes- en astma/COPD-patiënten niet zal veranderen. In hoeverre dit inderdaad zo is, kan moeilijk ingeschat worden. Enerzijds kan het zijn dat patiënten minder vaak bij de huisarts hoeven te komen, omdat ze beter gecontroleerd worden en er zich dus minder vaak complicaties zullen voordoen. Anderzijds kan juist de systematische controle van de praktijkondersteuner ertoe leiden dat een en ander eerder wordt ontdekt, wat weer tot meer contacten met de huisarts leidt. Omdat dit op voorhand niet te voorspellen is, wordt er in dit onderzoek vanuit gegaan, dat hier geen wijziging in op zal treden.
Op basis van de controle-consulten die de huisarts uitvoert en het verschil met de NHG-richtlijnen kan vervolgens een schatting gemaakt worden van de extra consulten die de praktijkondersteuner zou kunnen uitvoeren. Hierbij zullen verschillende scenario's worden doorgerekend.
Omdat voor de totale werklast van de praktijkondersteuner niet alleen de particulier verzekerden, maar tevens de ziekenfondsverzekerden relevant zijn, is de prevalentie en het aantal contacten voor beide groepen onderzocht. Voor het doorrekenen van de volumetoename wordt uitsluitend uitgegaan van de particuliere patiënten.
Ten slotte wordt op basis van informatie uit de evaluatie van enkele experimenten met praktijkverpleegkundigen een schatting gemaakt van de consultduur en de verhouding patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden tijd. Op basis hiervan kan een maximale inzet van de praktijkondersteuner voor consulten worden berekend.

2.2 Gegevensbronnen

Voor het schatten van de prevalentie van diabetes en astma/COPD wordt gebruik gemaakt van twee gegevensbronnen: de eerste Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS1: Foets et al., 1991; Groenewegen et al., 1992) en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH:). Dit zijn de enige gegevensbronnen waarin prevalenties kunnen worden uitgesplitst naar verzekeringsvorm. De gegevens van de NS1 zijn verzameld in 1987/1988 en inmiddels dus reeds tien jaar oud. Verwacht wordt dat de prevalentie van deze aandoeningen, enerzijds door demografische ontwikkelingen en anderzijds door verbeterde opsporingstechnieken, inmiddels hoger zal zijn (Ruwaard & Feskens, 1997). De prevalentie die berekend wordt op basis van deze gegevens wordt daarom als een minimumschatting van de prevalentie beschouwd. De gegevens van LINH zijn van zeer recente datum (1999) en leveren een maximum-schatting van de prevalentie op (zie hierna).
Voor het berekenen van het aantal controle-contacten dat de huisarts met diabetes- en astma/COPD-patiënten heeft worden de gegevens van de NS1 als basis gebruikt. Op basis

hiervan worden aannames geformuleerd van het huidige aantal controle-contacten. Voor wat betreft het diagnosespecifieke aantal controle-consulten is LINH overigens niet als gegevensbron te gebruiken.

NS1
Ten behoeve van de NS1 hebben 161 huisartsen en hun praktijkassistentes (in 103 praktijken) gedurende drie maanden gegevens geregistreerd van al hun contacten. Het betreft een aselecte, niet-proportioneel geselecteerde steekproef. Om landelijk representatieve gegevens te verkrijgen wordt gebruik gemaakt van een wegingsprocedure. Per contact werd het soort contact (spreekuur, visite, telefonisch) en de aard van het contact (eerste, herhaal, recidief, periodieke controle) geregistreerd. Verder werd informatie gegeven over de diagnose en de behandeling. De diagnose is achteraf gecodeerd met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC). Naast contactgegevens zijn gegevens verkregen over de achtergrond van de patiënten. Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm zijn bij meer dan 90% van de patiënten achterhaald. Voor een uitgebreide beschrijving van de NS1 wordt verwezen naar Foets et al. (1991) en Groenewegen et al. (1992).
Omdat de contactregistratie in de NS1 gedurende een relatief korte periode van drie maanden plaatsvond, is voor het berekenen van de jaarprevalentie, bij de driemaandsprevalentie drie keer de driemaandsincidentie opgeteld.
Naast een minimum-schatting van de prevalentie van diabetes en astma/COPD, is de NS1 tevens gebruikt voor een minimum-schatting van het huidige aantal controle-contacten per diabetes- en astma/COPD-patiënt. Daartoe zijn de totale aantallen consulten voor periodieke controle in de driemaandsperiode eerst vermenigvuldigt met vier om het totale aantal controle-consulten per jaar te berekenen. Vervolgens is dit aantal controle-consulten gedeeld door de jaarprevalentie-schatting.

LINH
LINH bestaat uit ruim 80 geautomatiseerde huisartspraktijken. De huisartsen registreren gegevens over hun patiëntcontacten (prescriptie, verwijzingen) in hun Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Daarnaast is in LINH een monitoring-instrument ontwikkeld rond de influenza-vaccinatie. Dit instrument gaat ervan uit dat de huisarts gebruik maakt van de zogeheten griepmodule in zijn HIS. Dit programma zoekt het medisch dossier van de huisarts door op aanwijzingen voor risicogroepen die in aanmerking komen voor de griepprik. Hiertoe behoren ook diabetes- en astma/COPD-patiënten (Tacken et al., 1998). Hierbij wordt gezocht naar relevante diagnosecategorieën (ICPC-codes), en relevante medicatie. De huisarts screent vervolgens de door de griepmodule gegenereerde lijst met risicopatiënten om te bepalen wie daadwerkelijk tot een risicogroep behoort. Deze definitieve selectie van patiënten wordt vervolgens uitgenodigd zich te laten vaccineren tegen griep. LINH extraheert met speciale programmatuur gegevens over de door de griepmodule gegenereerde selectie, de op basis hiervan door de huisarts gemaakte definitieve selectie én de uiteindelijk gevaccineerde patiënten. Voor het onderhavige onderzoek is van de definitieve selectie gebruik gemaakt. Omdat mogelijk niet alle huisartsen de door de griepmodule gegenereerde lijst even zorgvuldig zullen screenen, kan de definitieve selectie overigens nog patiënten bevatten die eigenlijk niet tot de risicogroep behoren. De definitieve selectie betreft derhalve een maximum schatting van de prevalentie.

2.3 Afbakening patiëntengroepen

In beide databronnen is geen onderscheid gemaakt tussen insuline-afhankelijke diabetes (type I) en niet-insuline afhankelijke diabetes, ook wel 'ouderdoms'-diabetes (type II). De

NHG-diabetes-standaard heeft echter uitsluitend betrekking op deze laatste vorm van diabetes. Omdat dit type diabetes vrijwel niet voorkomt bij patiënten die jonger zijn dan 45 jaar, zijn diabetes-patiënten van 45 jaar en ouder binnen zowel de NS1 en LINH als diabetes type II patiënt beschouwd.
Binnen de NS1 is op basis van de verhouding tussen het aantal patiënten van 45 jaar en ouder binnen de totale groep diabetespatiënten een schatting gemaakt van het percentage type II patiënten. Dit betreft 84.6% van de totale groep.
In LINH is de selectie van patiënten boven de 45 jaar voor ziekenfonds- en particulier verzekerden apart vastgesteld. Zij maakten respectievelijk 90% en 88.7% uit van de totale groep ziekenfonds-, dan wel particuliere diabetespatiënten.

Voor het vaststellen van de prevalentie van astma/COPD zijn de diagnosecategorieën astma, chronische bronchitis en emfyseem gehanteerd. In LINH zijn deze diagnosen niet apart onderscheiden, maar zijn deze ondergebracht bij de groep pulmonaire aandoeningen. Naast astma/COPD behoren maligne neoplasma van de long hiertoe. Het aandeel astma/COPD-patiënten binnen deze groep is geschat op basis van de prevalentiecijfers van deze aandoeningen in de NS1 (respectievelijk 94% van de ziekenfonds- en 95.5% van de particuliere patiënten met pulmonaire aandoeningen).

2.4 NHG-richtlijnen

De NHG-standaard voor diabetes mellitus II patiënten schrijft driemaandelijkse controles voor, waarin het lichaamsgewicht en de bloedglucose worden gemeten. Eens per jaar dient een uitgebreidere controle uitgevoerd te worden, waarin ook fundoscopie is opgenomen. Op basis hiervan kan gesteld worden dat elke diabetespatiënt tenminste vier keer per jaar een consult met de huisarts zou moeten hebben voor een systematische controle.

Voor astma/COPD hangt veel af van de stabiliteit van de situatie. Indien de situatie instabiel is en de medicatie telkens gewijzigd wordt, dient volgens de NHG-standaard telkens na wijziging van de medicatie een controle plaats te vinden. In een stabiele situatie wordt een jaarlijkse controle voldoende geacht. Daarnaast dient de eerste drie jaar na het stellen van de diagnose elk halfjaar een longfunctiemeting plaats te vinden. Op basis hiervan lijkt het plausibel een gemiddelde consultfrequentie van twee keer per jaar als minimum aan te houden.

2.5 Experimenten met praktijkverpleegkundigen

Om een schatting te kunnen maken van de consultduur en de hoeveelheid patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd, is een aantal evaluatiestudies van experimenten nader bekeken (Welling et al., 1997). Het betreft een vijftal geëvalueerde projecten. Daarnaast is informatie verkregen van een recent opgezet project. In elk van deze projecten is het houden van spreekuren voor diabetes mellitus- en astma/COPD-patiënten onderdeel van het takenpakket van de praktijkverpleegkundige. De protocollen voor de spreekuren zijn steeds ontwikkeld op basis van de NHG-standaarden. De projecten zijn verder divers van opzet en leveren derhalve uiteenlopende typen gegevens van verschillend niveau op. Voor het onderhavige onderzoek is gezocht naar gegevens over de consultduur, de contactfrequentie en de verhouding patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden werktijd.

Voor een eerste diabetes consult bij een praktijkverpleegkundige wordt vrijwel steeds 30 minuten uitgetrokken. De driemaandelijkse vervolgconsulten variëren van 15 tot 20 minuten. De vervolgconsulten worden overigens veelal door een praktijkassistent uitgevoerd.
Voor het eerste astma/COPD consult varieert de consultduur van 15 tot 45 minuten. Bij de relatief lange consulten is een longfunctie-onderzoek inbegrepen. Vervolgconsulten duren meestal 15 minuten.

Over de contactfrequentie is slechts in twee projecten verslag gedaan. De periode waarover geregistreerd werd verschilde daarbij bovendien per project en per diagnosecategorie. Voor diabetes-patiënten was de contactfrequentie in het ene project 2,8 contacten in 7 maanden en in het andere project ging het om 4,3 contacten in 8 maanden. Bij de astma/COPD-patiënten bleek er in een project sprake te zijn van 2 contacten in 4 maanden en het andere rapporteerde 2,5 contacten in 11 maanden.

De verhouding patiëntgebonden versus niet-patiëntgebonden werktijd bleek in twee projecten op 75% versus 25% te liggen. In de drie andere geëvalueerde projecten was er sprake van een veel lager aandeel patiëntgebonden werktijd, namelijk 30% tot 42%.

Op basis van het bovenstaande wordt door ons uitgegaan van een consultduur van 30 minuten bij een eerste contact en 15 minuten voor een vervolgcontact. Voor de consultfrequentie zal geen gebruik worden gemaakt van de bovenstaande gegevens, maar zal, zoals hiervoor reeds beschreven werd, gewerkt worden met gegevens uit de NS1 en met aanvullende schattingen. Voor het aandeel patiëntgebonden werktijd zal uitgegaan worden van een gemiddelde van 50%.

2.6 Doorrekenen scenario's

Omdat over een aantal gegevens onzekerheden bestaan, zal per gegeven gewerkt worden met een aantal varianten. De varianten van de verschillende gegevens zullen gecombineerd worden in een tweetal scenario's die voor wat betreft de potentiële uitbreiding van het aantal contacten de minimum- respectievelijk de maximumvariant vertegenwoordigen.
Hierbij wordt de minimum-schatting van de prevalentie met de maximum-schatting van de contactfrequentie gecombineerd voor de minimum-schatting van de volumetoename. Het gaat dan namelijk om relatief weinig patiënten, vanwege de minimum-schatting van de prevalentie, waarvoor wel al grotendeels volgens de standaard wordt gewerkt, vanwege de maximum-schatting van de huidige contactfrequentie.
Voor de maximum-schatting van de potentiële uitbreiding zal vervolgens gewerkt worden met een combinatie van de maximum-schatting van de prevalentie en de minimum-schatting van de contactfrequentie. Op dat moment wordt dus uitgegaan van relatief veel patiënten en een relatief laag huidige aantal contacten per patiënt.

3. RESULTATEN

3.1 Prevalentie

De jaarprevalenties voor particuliere patiënten met diabetes mellitus type II en astma/-COPD, gebaseerd op de NS1 voor de minimumvariant en LINH voor de maximumvariant, zijn in tabel 1 weergegeven.
De minimum- en maximumschatting van de prevalentie bij particulier verzekerden, loopt ongeveer een factor twee uiteen voor beide diagnosegroepen. Bij diabetes mellitus type II gaat het om minimumschatting van 8 patiënten per 1.000 particulier verzekerden en een maximale schatting van 17,3 patiënten per 1.000 particulier verzekerden. Voor astma/-COPD lopen de prevalentie-schattingen uiteen van minimaal 23,6 tot maximaal 49,6 patiënten per 1.000 particulier verzekerden. Bij de ziekenfondsverzekerden verschillen de minimale en maximale schattingen ongeveer een factor anderhalf. Het verschil tussen de prevalenties per verzekeringsvorm is voor de minimale schattingen bijna een factor twee, terwijl dit voor de maximale schattingen minder dan anderhalf is.

Tabel 1: Prevalentie per verzekeringsvorm

	prevalentie per 1.000 particulier verzekerden		prevalentie per 1.000 ziekenfondsverzekerden	
	minimaal	maximaal	minimaal	maximaal
Diabetes mellitus II	8,0	17,3	14,4	24,0
Astma/COPD	23,6	49,6	37,7	59,5

Bron: minimumschatting op basis van NS1; maximumschatting op basis van LINH

3.2 Controle-contacten

Op basis van de contacten die in de NS1 zijn gecodeerd als periodieke controles, is een schatting gemaakt van het minimale aantal huidige contacten dat per patiënt met een relevante diagnose (dus per diabetes mellitus II patiënt en per astma/COPD-patiënt) dat door de huisarts wordt gerealiseerd. Voor diabetes patiënten blijkt dat er gemiddeld iets minder dan 1 controle-contact per patiënt plaats vindt, met een klein verschil tussen de particulier verzekerden (met 0,89 controle-contact per jaar), en de ziekenfondsverzekerden (met 0,82 controle-contact per jaar). Voor de astma/COPD-patiënten blijkt het aantal controle-contacten per jaar in de NS1 slechts 0,07 te zijn voor de particulier verzekerden en 0,06 voor de ziekenfondsverzekerden.
Voor de maximumvariant is uitgegaan van het idee dat, gemiddeld genomen, op dit moment ten hoogste de helft van het door de standaard voorgeschreven aantal controle-contacten wordt gerealiseerd. Dit betekent dat er, ongeacht de verzekeringsvorm, momenteel maximaal 2 controle-contacten per jaar zijn per diabetes patiënt en maximaal 1 controle-contact per jaar per astma/COPD-patiënt.

Tabel 2: Contactfrequentie per verzekeringsvorm

	periodieke controle-contacten per particulier verzekerde met relevante diagnose			periodieke controle-contacten per ziekenfondsverzekerde met relevante diagnose		
	huidige minimale aantal	huidige maximale aantal	toekomstig gewenste aantal	huidige minimale aantal	huidige maximale aantal	toekomstig gewenste aantal
Diabetes mellitus II	0,888	2,0	4,0	0,819	2,0	4,0
Astma/COPD	0,068	1,0	2,0	0,061	1,0	2,0

Bron: minimumschatting op basis van NS1; maximumschatting op basis van aanname; gewenste aantal op basis van betreffende NHG-standaard

3.3 Extra contacten

Op basis van de minimum-schatting van de prevalentie en de maximum-schatting van het huidige aantal contacten kan uitgerekend worden hoeveel contacten er minimaal extra bij zullen komen om de standaard te implementeren. Op dat moment wordt immers uitgegaan van relatief weinig patiënten, waarbij bovendien al voor 50% aan de standaard wordt voldoen. De maximale uitbreiding van het aantal contacten wordt bereikt via combinatie van de maximum-schatting van de prevalentie en de minimum-schatting van het huidige aantal contacten. Op dat moment is er dus sprake van relatief veel patiënten, waarbij op dit moment nog maar in zeer beperkte mate volgens de standaard wordt gehandeld.

Tabel 3: Extra aantal controle-contacten per verzekeringsvorm

	extra controle-contacten per 1.000 particulier verzekerden		extra controle-contacten per 1.000 ziekenfondsverzekerden	
	minimaal	maximaal	minimaal	maximaal
Diabetes mellitus II	16,0	53,8	28,8	76,3
Astma/COPD	23,6	95,8	37,7	115,4
Totaal (diabetes II + astma/COPD)	39,6	149,6	66,5	191,7

Minimaal op basis van minimum-schatting prevalentie en maximum-schatting huidig aantal contacten;
Maximaal op basis van maximum-schatting prevalentie en minimum-schatting huidig aantal contacten

3.4 Percentage uitbreiding aantal te declareren particuliere contacten

In tabel 4 is onder andere aangegeven hoeveel contacten er op dit moment zijn per 1.000 particuliere verzekerden, ongeacht de diagnosegroep. Daarbij is uitgegaan van een normpraktijk met 2.350 patiënten en 8.707 consulteenheden per jaar, oftewel 3.705 consulteenheden per 1.000 ingeschreven patiënten. Bij invoering van de praktijkondersteuning zou dit aantal contacten met minimaal 40 en maximaal 150 toenemen (zie tabel 3). Het totaal aantal contacten zou dus uitgroeien tot minimaal 3.745 en maximaal 3.855. Een dergelijke groei betekent relatief gezien een toename met minimaal 1,1% en maximaal 4,1% van het aantal te declareren contacten. Het volume-effect van invoering van de praktijkondersteuning op het aantal te declareren particuliere consulten is dus, gegeven de aannames, minimaal 1,1% en maximaal 4,1%.

Tabel 4: Totaal aantal contacten met particulier verzekerden

	aantal contacten per 1.000 particulier verzekerden		
	huidige aantal	minimaal gewenste aantal	maximaal gewenste aantal
Totaal	3.705	3.745	3.855
Percentage groei		*1,1%*	*4,1%*

Huidige aantal op basis van het standaard aantal consulteenheden in een normpraktijk; Minimaal gewenste aantal op basis van minimum-schatting prevalentie en maximum-schatting huidig aantal contacten; Maximaal gewenste aantal op basis van maximum-schatting prevalentie en minimum-schatting huidig aantal contacten

3.5 Totaal aantal controle-contacten van praktijkondersteuner

Voor een samenwerkingsverband van 3 huisartsen met ieder een normpraktijk van 2.350 patiënten en een gemiddeld aandeel particuliere patiënten van 40%, kan uitgerekend worden hoeveel consulten de praktijkondersteuner in totaal minimaal en maximaal zal gaan uitvoeren bij diabetes mellitus II en astma/COPD-patiënten in het kader van de NHG-standaarden. De bovenstaande gegevens dienen daartoe omgerekend te worden naar het totaal aantal controle-contacten met dit type patiënten voor een situatie met 2.840 particulier verzekerden en 4.230 ziekenfondsverzekerden. Per patiënt met een relevante diagnose wordt verondersteld dat de praktijkondersteuner alle door de standaard voorgeschreven contacten zelfstandig zal afhandelen.
De in tabel 5 vermelde aantallen contacten zijn in feite simpelweg gebaseerd op de minimale en maximale prevalentie-schattingen van tabel 1, opgehoogd voor een populatie van 2.820 particulier en 4.230 ziekenfondsverzekerden (in plaats van 1.000 verzekerden), en vermenigvuldigd met de door de standaard voorgeschreven aantallen controle-contacten (4 per jaar per diabetespatiënt en 2 per jaar per astma/COPD-patiënt).

Tabel 5: Aantal controle-contacten per verzekeringsvorm in een standaard samenwerkingsgroep van drie huisartsen

	aantal controle-contacten per 2.820 particulier verzekerden		aantal controle-contacten per 4.230 ziekenfondsverzekerden	
	minimaal	maximaal	minimaal	maximaal
Diabetes mellitus II	19	195	244	406
Astma/COPD	133	280	316	503
Totaal (diabetes II + astma/COPD)	224	475	563	909

Minimaal op basis van minimum-schatting prevalentie en maximum-schatting huidig aantal contacten; Maximaal op basis van maximum-schatting prevalentie en minimum-schatting huidig aantal contacten

3.6 Totaal aantal uur voor controle-contacten van praktijkondersteuner

Wanneer gekeken moet worden of het mogelijk is om in een standaard samenwerkingsgroep van drie huisartsen een full-time praktijkondersteuner alle voorgeschreven controle-contacten te laten afhandelen, dan is een aantal soorten tijdsbestedingsgegevens nodig.

Op de eerste plaats dient geschat te worden hoeveel tijd er per contact besteed zal worden. Daarvoor is naar informatie gezocht in de evaluaties van de experimenten met praktijkverpleegkundigen. Het eerste consult van diabetespatiënten met een praktijkverpleegkundige duurde gemiddeld 30 minuten, vervolgconsulten varieerden tussen de 15 en 20 minuten. Voor astma/COPD-patiënten varieerde het eerste consult van 15 tot 45 minuten. Vervolgconsulten duurden meestal 15 minuten. Op basis hiervan is uitgegaan van de aanname dat er elk jaar één contact van een half uur zal plaatsvinden en dat elk volgend contact een kwartier zal vergen. Per diabetespatiënt betekent dit dat er per jaar in totaal 1,25 uur besteed zal worden aan controle-contacten: namelijk èèn keer een 0,5 uur en drie keer 0,25 uur. Gemiddeld per controle-contact komt dit neer 0,31 uur. Bij de astma/COPD-patiënten zal er per jaar èèn keer een 0,5 uur en eveneens èèn keer 0,25 uur besteed worden , wat tezamen neerkomt op 0,75 uur per jaar. Per controle-contact gaat het dan om gemiddeld 0,38 uur. Door de aantallen contacten van tabel 5 te vermenigvuldigen met de tijden per contact (dus 0,31 uur voor elk diabetescontact en 0,38 uur voor elk astma/COPD-contact), kan uitgerekend worden hoeveel direct patiëntgebonden werktijd per jaar van een praktijkondersteuner gevraagd wordt in een standaard samenwerkingsgroep.

In tabel 6 is allereerst nog aangegeven hoeveel contacten er minimaal en maximaal in totaal zijn te verwachten voor particulier en ziekenfondsverzekerden tezamen. Het blijkt dat er minimaal 275 uur en maximaal 482 uur patiëntgebonden werktijd per jaar van een praktijkondersteuner nodig is om de verwachte aantallen contacten af te kunnen handelen.
De evaluaties van de experimenten met de praktijkverpleegkundigen laten een sterke variatie in de verhouding patiëntgebonden- niet-patiëntgebonden tijd zien. In twee van de vijf projecten was dit 75% versus 25%; in de overige projecten was er sprake van tussen de 30% en 42% patiëntgebonden tijd. Hier wordt daarom uitgegaan van 50% patiëntgebonden en 50% niet-patiëntgebonden tijd.
Afgezet tegen een schatting van ongeveer 720 uur beschikbare patiëntgebonden werktijd per jaar (op basis van 40 volledige werkweken per jaar, 36 werkuren per week en 50% patiëntgebonden werkzaamheden), is de conclusie dat een full-time praktijkondersteuner in principe voldoende tijd heeft om de voorgeschreven controle-contacten af te handelen. In de maximum schatting van het benodigde aantal uur, is er van de beschikbare tijd van 720 uur nog altijd 238 uur vrij besteedbaar aan andere patiëntcontacten en is bovendien nog 720 uur beschikbaar voor niet- of indirect patiëntgebonden werkzaamheden.

Tabel 6: Aantal controle-contacten en aantal uur voor controle-contacten in een standaard samenwerkingsgroep van drie huisartsen

	aantal controle-contacten per 7.050 verzekerden		aantal uur voor controle-contacten per 7.050 verzekerden	
	minimaal	maximaal	minimaal	maximaal
Diabetes mellitus II	334	601	105	188
Astma/COPD	452	783	170	294
Totaal (diabetes II + astma/COPD)	786	1.384	275	482

Minimaal op basis van minimum-schatting prevalentie en maximum-schatting huidig aantal contacten;
Maximaal op basis van maximum-schatting prevalentie en minimum-schatting huidig aantal contacten

4. CONCLUSIE

Het antwoord op de vraag naar het verwachte aantal **extra** consulten van de praktijkondersteuner met particuliere diabetes- en astma/COPD-patiënten bovenop het huidige aantal door de huisartsen gerealiseerde aantal consulten en uitgaande van een normpopulatie van 7.050 patiënten, blijkt minimaal 225 en maximaal 475 te zijn. Als percentage ten opzichte van het totaal aantal particuliere consulteenheden gaat het om een uitbreiding van minimaal 1,1% en maximaal 4,1%.
Daarbij is uitgegaan van een aantal vooronderstellingen betreffende de prevalentie en de huidige contactfrequentie. Voor beide zijn in verband met onzekerheden een minimum- en een maximum variant geformuleerd. De schatting van de huidige prevalentie en het huidige aantal contacten op basis van de NS1 lijken daarbij beide duidelijk een absolute ondergrens aan te geven. Sinds NS1 (1987/1988) is zowel de prevalentie als het aantal controle toegenomen. De maximale prevalentie-schatting op basis van LINH is minder duidelijk als absolute bovengrens aan te merken. Echter, naar ons idee geeft het voor wat betreft het aantal patiënten waar daadwerkelijk contact mee zal worden gerealiseerd toch een maximumschatting op. Het is immers de vraag of iedereen die in aanmerking komt voor controlecontacten en daartoe wordt opgeroepen, ook daadwerkelijk zal komen. Met name bij particulier verzekerden met een relatief milde vorm van diabetes of astma/COPD zal de verwachte 'winst' van extra controle in de ogen van de patiënt wellicht niet opwegen tegen de extra kosten. Voor wat betreft de contactfrequentie kon voor de maximumvariant verder slechts een ruwe schatting gemaakt worden waarvan niet goed is aan te geven of deze als absolute bovengrens gezien moet worden. Omdat de verwachting over het maximale aantal consulten is gebaseerd op een combinatie van de maximum prevalentie (die, voor wat betreft het aantal patiënten dat voor controle zal komen, een duidelijke bovengrens aangeeft) en de minimum contactfrequentie (die een duidelijke ondergrens aangeeft), is de schatting van maximaal 4,1% groei een absolute bovengrens. De schatting van het minimale aantal consulten is gebaseerd op een combinatie van de minimum-prevalentie (die zeker te laag is) en de maximum-schatting van de huidige contactfrequentie (die weliswaar hoog lijkt, maar niet zeker als bovengrens kan worden onderbouwd). Voorzover de maximum-schatting van de huidige contactfrequentie te laag is, zou de minimale uitbreiding dus nog iets lager kunnen zijn dan de hiervoor vermelde 1,1%.

Verder is vastgesteld in hoeverre het verwachte totaal aantal consulten past binnen de werktijd van de praktijkondersteuner. Het lijkt dat er ook bij het hanteren van de maximumschatting over het totaal aantal consulten voldoende patiëntgebonden werktijd is om dit aantal consulten af te handelen. Ook hierbij zijn weliswaar onzekerheden, maar de gebruikte aannames van 30 minuten per eerste en 15 minuten per vervolgconsult en 50% patiëntgebonden werktijd lijken aardig overeen te komen met de ervaringen in de verschillende projecten met praktijkverpleegkundigen in Nederland. Verder is er bij de gebruikte aannames nog voldoende werktijd over om bij een eventueel wat langere consultduur en/of een lager aandeel patiëntgebonden werktijd toch alle controle-contacten uit te voeren.

REFERENTIES

Bakker, D.H. de, J. Harmsen, P.P. Groenewegen, Achtergrondrapport bij de nota 'de huisarts van morgen' van de Commissie Toekomst Verkenning. Utrecht, NIVEL, 1995.

Convenant LHV, ZN en VWS inzake de versterking van de huisartsenzorg. 30 juni 1999.

Foets. M., H. Sixma, Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijk populatie. Basisrapport Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Groenewegen, P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.

Paritaire Werkgroep Huisartsgeneeskunde, Poortwachter in de praktiijk. Utrecht, ZN/LHV/-VWS/KPZ, 1995.

Richardson, G.A., Skill mix changes: substitution or service development. Health Policy, 45, 1998, 119-132.

Ruwaard, D., E.J.M. Feskens, Suikerziekte. In: VTV 1997 deel I: De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven, RIVM, 1997.

Velden, J. van der, D.H. de Bakker, A.A.M.C. Claessens, F.G. Schellevis (1991) Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL.

Tacken, M., H. van den Hoogen, W. Tiersma, D.H. de Bakker, J. Braspenning. Programmatische preventie in de huisartspraktijk. Monitoring van de inflienzavaccinatie en van de cervixscreening, 1997.

VWS, Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg, 1999.

Welling, B.M.J., D.M.J. Delnoij, D.H. de Bakker, De praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1997.

Werkgroep Meerjarenperspectief Huisartsenzorg, De voorziening huisartsenzorg. LHV/ZN, 1998.