

Maakt de POH het verschil in de huisartsenpraktijk? Arbeidsdeling tussen kwaliteit en werklast?

De invloed van de POH op de werklast en kwaliteit in de huisartsenpraktijk

Sanneke Schepman, Lud van der Velden, Johan Hansen, Ronald Batenburg,
Robert Verheij¹

¹Alle auteurs zijn werkzaam bij het NIVEL

Contactpersoon: S.M. Schepman (s.schepman@nivel.nl)

NIVEL

Postbus 1568

3500 BN Utrecht

Telefoon 030-2729700

Fax 030-2729729

Drs. S.M. Schepman, onderzoeker.

Abstract

Kernwoorden: huisartsen, POH, werklast, kwaliteit, arbeidsproductiviteit

Dit artikel gaat over de gevolgen van de introductie van de praktijkondersteuners huisarts (POH) in de huisartsenpraktijk. POH's worden als nieuwe beroepsgroep sinds 2000 opgeleid, met als doel werklastvermindering voor de huisarts en kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg. Het artikel beschrijft eerst wat er bekend is over de introductie van de POH en het bereiken van de genoemde doelen. Daarna wordt een aantal hypothesen geformuleerd die specificeren welke gevolgen van de introductie van de POH nu het meest te verwachten zijn, in termen van werklast van de huisartspraktijk, de productiviteit van de huisarts en de kwaliteit van de huisartsenzorg gezien vanuit de patiënt. Deze hypothesen zijn getoetst door gegevens over huisartspraktijken in Nederland met en praktijken zonder POH's te vergelijken.

Hiervoor zijn ten eerste secundaire analyses uitgevoerd op de NIVEL-huisartsenregistratie die landelijk representatieve gegevens bevat over meer dan 3.300 huisartsenpraktijken in Nederland. Ten tweede zijn analyses uitgevoerd op gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), een panel van 82 huisartspraktijken. Hieruit zijn gedetailleerde gegevens af te leiden over de omvang en aard patiëntcontacten per jaar, en welke daarvan door de huisarts en de POH zijn gedaan.

Uit deze bronnen blijkt dat er in 2007 ongeveer 3.000 POH's werkzaam waren in 2.600 praktijken in Nederland. Zij werken vooral in de grotere huisartspraktijken en nemen gemiddeld 7% van de face-to-face contacten voor hun rekening. In praktijken met een POH staan meer patiënten per huisarts ingeschreven en deze patiëntenpopulatie is ook complexer wat betreft chronische aandoeningen. De algehele arbeidsproductiviteit van de huisarts in een praktijk met POH niet significant hoger dan in een praktijk zonder POH. Opvallend is echter dat in praktijken met een POH de huisarts significant meer contact heeft met chronische patiënten. Ten aanzien van deze patiëntengroep lijkt er niet zozeer sprake te zijn van substitutie

(taakherschikking van de huisarts naar de POH), maar een algehele intensivering van (face to face) contacten. Dit laatste verhoogt de kwaliteit van de huisartsenzorg voor deze patiëntengroep.

Inleiding

Een dreigend tekort aan huisartsen in Nederland of een te hoge werkdruk in de huisartsenpraktijk is een regelmatig terugkerend onderwerp in het maatschappelijk debat over de rol van de huisarts als poortwachter in het Nederlandse gezondheidssysteem. Een veel gestelde vraag is of de huidige huisarts (of steeds vaker: huisartspraktijk) wel voldoende capaciteit, expertise en ambitie heeft om deze rol als poortwachter waar te maken. In Nederland is men ten opzichte van andere landen relatief tevreden over de huisarts, en is effectiviteit van de huisartsenzorg hoog (Westert e.a., 2008). Tegelijkertijd nemen de eisen aan de huisarts(praktijk) toe. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt in haar Monitor Huisartsenzorg dat vooral de administratieve lasten voor huisartsen zijn toegenomen, onder andere door stelselwijzigingen, regels voor het voorschrijfgedrag, nieuwe (functionele) bekostigingssystemen voor ketenzorg (NZA, 2009). Daarnaast wordt van de huisarts steeds meer verwacht dat hij zowel de eerstelijnszorg als ketenregisseur coördineert, als ook de keten van doorverwijzingen naar de tweede lijn (ziekenhuizen, paramedische hulp, thuiszorg).

Ook de primaire werklast voor de huisartspraktijk neemt toe door veranderingen in de zorgvraag. Vergrijzing, betere opsporing van (chronische) aandoeningen, ruimere behandelmethoden, nieuwe medicatie en meer proactieve houding van patiënten zorgen ervoor dat huisartsen steeds meer, en steeds meer verschillende zorgvragen moeten verwerken. In Nederland, maar ook in andere landen, is daarom steeds meer aandacht voor de werklast en de werkdruk van huisartsen (vgl. Van den Hombergh e.a., 2009; Ashworth & Armstrong, 2006; Wilson, Pearson & Hassey, 2002).

Wat betreft de numerieke capaciteitsplanning van huisartsen in Nederland speelt het Capaciteitsorgaan ter voorbereiding van de ministeriële beslissingen over opleidingsplaatsen een belangrijke rol. In haar Capaciteitsplan 2008 memoreert het Capaciteitsorgaan dat begin 2000 een dreigend tekort is afgewend door de capaciteit van de huisartsenopleiding te verdubbelen. Het toen dreigende huisartsentekort was overigens maar voor

een deel het gevolg van demografische ontwikkelingen, zoals de toename van het aantal ouderen een ‘autonome’ groei van de zorgvraag. Rond 2000 speelde namelijk ook het probleem dat het voor huisartsen aantrekkelijk was vervoegd uit te treden en afgestudeerde huisarts minder de overname van een solopraktijk ambieerden. Anno 2008 is er geen sprake van een tekort of overschot aan huisartsen (*“De huidige vraag naar huisartsen is vrijwel in evenwicht met het aanbod”*, Capaciteitsplan 2008, p. 160) , maar is wel de samenstelling van de huisartspraktijk sterk veranderd. De toegenomen vraag in de reguliere huisartsenzorg is volgens het Capaciteitplan *“vooral opgevangen door de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk (POH)”* (p. 160). Ter onderbouwing hiervan wordt aangegeven dat de groep POH’s die werkzaam zijn is toegenomen naar 2.780 in 2008, dat zij voor 1.390 FTE werkzaam zijn, en tegelijkertijd (in de periode 2000-2005) het aantal contacten van patiënten met de huisarts is afgenomen met 4%. Of hier sprake is van een direct verband (dan wel een causaal verband) is wel te vermoeden, maar kan niet feitelijk worden aangetoond. We weten immers niet of de afname van het aantal patiëntcontacten met de huisarts vooral heeft plaats gevonden binnen huisartspraktijken met een POH in dienst, of ook onder huisartsenpraktijken zonder POH in dienst. In 2008 hadden naar schatting 60% van de huisartspraktijken een POH in dienst.

De praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk (POH)

De POH is een relatief nieuwe beroepsgroep die in 1999 is geïnitieerd vanuit een convenant tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de overheid. Een groot aantal van de POH hebben een vooropleiding als verpleegkundige. De POH wordt vaak samen genoemd met de Physician Assistant (PA) en Nurse Practitioner (NP) twee verwante nieuwe beroepsgroepen in geïnitieerd zijn om artsen in de eerste en tweede lijn te ondersteunen en zoveel mogelijk taken van hen over te nemen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002). Zowel werklastvermindering als kwaliteitsverbetering binnen de huisartspraktijk zijn argumenten geweest om de POH als nieuwe professional aan de beroepsstructuur toe te voegen. Daarnaast is de inzet dat de POH ook

bijdraagt aan de intensivering van de samenwerking binnen de eerste lijn, met name waar het ketenzorg voor chronische patiënten betreft (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008)). Financieel is de regeling gecreëerd dat huisartsen een contract afsluiten met verzekeraars om in aanmerking te komen voor vergoeding van praktijkondersteuning. Een voorwaarde die gesteld wordt voor vergoeding is dat huisartsen in een samenwerkingsverband zitten van ten minste drie huisartsen. Eind 2002 had ongeveer een derde van de huisartspraktijken zo'n contract met een verzekeraar gesloten. Vanaf 2006 is in het nieuwe bekostigingssysteem voor huisartsen een aparte module voor praktijkondersteuning opgenomen, waardoor extra geld is vrijgekomen voor de POH en zijn/haar werkzaamheden.

De POH kan allerlei taken van de huisarts overnemen, zowel op medisch-inhoudelijk als op organisatorisch vlak. Dit gebeurt echter steeds onder supervisie en/of verantwoordelijkheid van de huisarts. Welke taken formeel vallen onder de zogenoemde voorbehouden handelingen, die alleen door een erkende arts in Nederland uitgevoerd mogen worden, is vastgelegd in de wet BIG. Met de initiatie en groei van het aantal POH's (en ook andere beroepsgroepen, zoals der eerder genoemde PA en NP) vinden regelmatig discussies plaats om de lijst met voorbehouden handelingen opnieuw of anders te definiëren en aan beroepsgroepen te alloceren. In het buitenland lijkt men hierin al verder te zijn. Zo beschreven Richardson e.a. al in 1998 voor Canada dat 67% van de taken van huisartsen door verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd "zonder nadelige gevolgen". In dezelfde studie wordt verwezen naar een onderzoek onder huisartsenpraktijken in de Verenigde Staten waaruit blijkt dat 39% van de consulten bij de huisartsen een element had dat in aanmerking kwam voor delegatie. In 17% van de gevallen kon het hele consult overgenomen worden.

In de Nederlandse praktijk heeft de opleiding tot POH in ieder geval als eindtermen dat:

- de POH kan fungeren als het aanspreekpunt voor de patiënt en het gehele behandelteam;

- de POH erop toe kan zien dat afspraken aansluiten op de wensen van de patiënt, op elkaar zijn afgestemd en worden nageleefd;
- de POK de centrale rol kan spelen in het tot stand komen van het individuele zorgplan en verwijzen naar meer gespecialiseerde zorg indien dit noodzakelijk is.

De POH wordt dus opgeleid om een meer begeleidende rol aan te nemen bij patiënten, bijvoorbeeld bij de zorg voor chronisch zieke patiënten. Uit eerder onderzoek blijkt dat ouderen en chronische zieken een minderheid vormen in de totale patiëntenpopulatie van de huisarts, maar het meest met de praktijk in contact komen en ruim twee vijfde van de totale ‘werklast’ van de praktijk vormen (te Brake, van Lieshout en Verheij, 2006).

Vraagstelling

Uit al het bovenstaande kan worden verwacht dat met de introductie van de POH meer arbeidsdeling binnen de huisartsenpraktijk zal ontstaan en de huisartsen zelf meer tijd vrij kunnen maken voor hun patiëntgebonden en/of niet-patiëntgebonden werkzaamheden. Deze verwachting werd in het hierboven geciteerde Capaciteitsplan 2008 wel geopperd voor wat betreft het aantal patiëntcontacten van de huisarts, maar de vraag is (a) of dit ook empirisch kan worden aangetoond, en (b) of het aantal patiëntcontacten nu de enige en juiste indicator is om werklastvermindering van de huisarts te meten. Hiermee komen we de aanleiding voor dit onderzoek. Zoals uit de volgende paragraaf zal blijken, is het onderzoek in Nederland naar de effecten van de POH voor de huisartspraktijk nog prematuur, selectief en divers in aanpak en conclusies. In dit paper maken we gebruik van data die door middel van automatische registratiesystemen onder een groot aantal huisartspraktijken verzameld worden. Deze data stellen ons in staat een zo breed en ‘zuiver’ mogelijke vergelijking tussen huisartspraktijken met en zonder POH te maken. Dit vergelijkings-design vormt zowel theoretisch als empirisch de kern van onze aanpak. De specifieke hypothesen die we gegeven de data kunnen formuleren, en de empirisch toetsing van deze hypothesen, worden in de volgende paragrafen uiteen gezet worden. Het doel van dit onderzoek is nu om een antwoord te geven op drie vragen:

1. Is de werklast in praktijken met een POH lager dan in praktijken zonder een POH?
2. Zijn praktijken met POH productiever dan praktijken zonder POH?
3. Is de kwaliteit van de huisartsenzorg in praktijken met een POH hoger dan de kwaliteit van de huisartsenzorg in praktijken zonder een POH?

Aan het einde van het paper zal het antwoord op deze drie vragen worden samengevat en in breder verband worden bediscussieerd. Dit onderzoek kent voordelen in haar design en data(analyse) ten opzichte van eerder verricht onderzoek, maar ook haar eigen beperkingen. Ook deze zullen in de afsluitende paragraaf aan de orde komen, leidend tot nieuwe vragen en suggesties voor verder onderzoek.

Het bestaande onderzoek naar de inzet van de POH

Net nadat de POH in 1999 werd geïntroduceerd, heeft het NIVEL begin 2000 onderzoek verricht naar hun inzet op basis van gegevens uit de zogenaamde Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (van den Berg en de Bakker, 2003). Hieruit bleek, dat de POH 6,1% van de contacten van de huisartsenpraktijk voor zijn/haar rekening nam. Zowel huisartsen als patiënten waren positief over de inzet van de POH. De conclusie was toen dat de kwaliteit van de zorg door de inzet van de POH verbeterde, maar de totale werklast van de huisarts nauwelijks werd verlicht. Dat is een opvallend resultaat gezien de eerder uitgesproken verwachting. Bij deze studie moet echter de kanttekening worden gemaakt dat de POH begin 2000 nog maar op bescheiden schaal voorkwam. Dat geldt ook voor een vervolgstudie van het NIVEL (de Bakker e.a., 2005), waaruit wél blijkt dat huisartsen in praktijken met een POH significant minder contacten met patiënten hebben dan in praktijken zonder POH. Vooral de diabetescontroles bleken voor een aanzienlijk deel overgenomen te zijn door de praktijkondersteuning. De ondersteuning die dit resultaat biedt aan de eerder geciteerde uitspraak van het Capaciteitsorgaan dat de inzet van POH's de werklast van huisartsen vermindert moet echter ook worden gerelativeerd; Ze had namelijk

betrekking op de situatie in 2002, een moment waarop nog in weinig praktijken een POH werkzaam was.

Op meer recentere data gebaseerd zijn een aantal casestudie naar de inzet van de POH. Zo constateert Brummelhuis in 2008 dat de verandering in het takenpakket van de huisarts minder groot is door de inzet van POH dan verwacht werd. Hij kwam voor de inzet van de Nurse Practitioner (NP) in de huisartspraktijk tot dezelfde conclusie. De Universiteit Maastricht (2008) voerde ook een casestudie uit naar de inzet van de NP in de huisartspraktijk en kwam tot de conclusie dat deze “kansrijk” is gezien de tevredenheid van de patiënten met de NP. Daarnaast ontstond er “ruimte voor het verbeteren van de kwaliteit van het zorgverleningsproces“ maar veel feitelijker kon dit niet worden aangetoond.

Uit het (geringe) bestaande onderzoek lijkt in ieder geval overeen te komen wat betreft de conclusie dat de inzet van de POH positief gewaardeerd wordt en aan de kwaliteit van zorgverlening bijdraagt. Of de inzet van een POH daadwerkelijk zorgt voor een (kwantitatieve) vermindering van de werklast van de huisarts blijkt echter de vraag. Werklast (c.q. werkdruk) wordt in geen van de studies uitgebreid of door verschillende indicatoren gemeten. Het is echter wel van belang onderscheid te maken in verschillende aspecten van werklast wanneer het doel is de gevolgen voor de arbeidsproductiviteit van de huisartsenpraktijk te meten. Dit komt terug in de opzet en beschrijving van ons eigen onderzoek naar het verschil dat de POH maakt in de huisartspraktijk.

Hypothesen

Op basis van de beleidsintenties is de verwachting dat de introductie van de POH (1) de werklast van de huisarts verlaagt, (2) de arbeidsproductiviteit van de huisarts verhoogt, en (3) de kwaliteit van de zorgverlening verhoogt. Hierbij volgen we de aanname dat de POH werklast met succes van de huisarts kan en zal overnemen. Dit lijkt ook goed in overeenstemming met de klassieke management- en organisatie-theorieën over arbeidsdeling die

terug gaan naar het Taylorisme. Vanzelfsprekend is deze vorm van arbeidsdeling tussen professionals echter niet. Juist in de medische professie zijn taakdomeinen traditioneel afgebakend, zeker als het gaat om vrije beroepen in maatschappen (Jaspers, 1985; Groenewegen, Hansen en ter Belle, 2007). Wat in de medische beroepsstructuur taakherschikking wordt genoemd kent buiten de medische beroepsgroepen veel voorstanders, maar daarbinnen vaak veel minder (Van Ruth e.a., 2008; Laurant e.a., 2008). Het uit handen geven van taken is in ieder geval een vertrouwenskwestie die de hoeksteen is van veel professionele organisaties (vgl. Gulati 2007).

Gegeven het bovenstaande verwachten we dat:

Hypothese 1: de werklast van huisartspraktijken met een POH is hoger dan de werklast van de huisartspraktijken zonder POH

Hypothese 2: de arbeidsproductiviteit van huisartsen werkzaam in huisartspraktijken met een POH is hoger dan de werklast van de huisartsen werkzaam in praktijken zonder POH

Hypothese 3: de kwaliteit van de zorgverlening van huisartsen werkzaam in huisartspraktijken met een POH is hoger dan die van de huisartsen werkzaam in praktijken zonder POH

Vanuit de aanname dat de POH met name de zorg voor chronische patiënten op zicht neemt, formuleren we nog twee specifieke hypothesen:

Hypothese 4: de arbeidsproductiviteit ten aanzien van niet-chronische patiënten van huisartsen werkzaam in huisartspraktijken met een POH is hoger dan de werklast van de huisartsen werkzaam in praktijken zonder POH

Hypothese 5: de kwaliteit van de zorgverlening van huisartsen aan niet-chronische patiënten binnen huisartspraktijken met een POH is hoger dan die van de huisartsen werkzaam in praktijken zonder POH

Hieronder zullen we zowel contacten met de overall patiëntengroep als met de chronische patiëntengroep analyseren om zowel onze generieke als specifieke hypothesen te kunnen toetsen.

Methoden

De nu volgende analyses zijn gebaseerd op een secundaire analyse van twee databestanden. Enerzijds is gebruik gemaakt van de NIVEL-huisartsenregistratie waarvoor landelijk representatieve gegevens verzameld zijn over het aantal huisartsenpraktijken dat een POH in dienst heeft. Daarnaast is ook een analyse gedaan op basis van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) naar wat de POH's aan taken binnen de huisartsenpraktijk doen.

NIVEL Huisartsenregistratie

Het NIVEL beschikt al vele jaren over een landelijke registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken (zie www.nivel.nl/beroepeninzorg). Op basis van deze registratie worden jaarlijks overzichten samengesteld van het aantal, de kenmerken en de spreiding van huisartsen in Nederland. In het kader van deze registratie heeft eind 2006/begin 2007 een grootschalige dataverzameling plaatsgevonden, waarbij alle huisartsenpraktijken zijn aangeschreven. Een aantal vragen in de enquête ging over de omvang van de ondersteuning in de huisartsenpraktijk. In totaal hebben 4.346 huisartsenpraktijken een schriftelijke vragenlijst ontvangen. Hiervan hebben 3.322 huisartsenpraktijken de vragenlijst ingevuld geretourneerd. Dit betekent een respons van 76%. Op basis van een non-respons analyse is geconstateerd dat de praktijken die niet gerespondeerd hebben niet afwijken van de respondenten. De uitkomsten van de 3.322 respondenten zijn daarom generaliseerbaar naar de gehele populatie van 4.346 huisartsenpraktijken.

LINH

Bij de LINH-gegevens gaat het om routinematig bijgehouden elektronische patiëntendossiers van de aan LINH deelnemende huisartsenpraktijken (zie www.LINH.nl). De LINH-gegevens hebben betrekking op het gehele jaar 2006. Gekeken is naar de gedeclareerde verrichtingen. Praktijken met declaraties voor POH-contacten, zijn aangemerkt als praktijken met een POH. In de analyse zijn verder alleen die LINH-praktijken meegenomen die

alle relevante informatie aan hebben geleverd: (1) de informatie over de FTE's van de huisartsen is beschikbaar, (2) de informatie over het totaal aantal ingeschreven patiënten en hun diagnoses is beschikbaar en (3) er moesten voldoende gedeclareerde verrichtingen zijn. Uiteindelijk is de informatie van 82 praktijken gebruikt, waarvan 33 zonder POH-declaraties en 49 mét POH-declaraties. De overige 15 LIHN praktijken voldeden niet alle 3 de eisen. De 82 voor de uiteindelijke analyses overgebleven praktijken lijken voor wat betreft de meeste kenmerken sterk op de oorspronkelijke 97 LINH-praktijken. Omdat de praktijken met een POH relatief groot zijn ten opzichte van de praktijken zonder een POH, zijn alleen analyses uitgevoerd voor de POH-praktijken die minder dan 2,5 FTE aan huisartsen per praktijk hebben. Daarmee is de vergelijkbaarheid van de POH-praktijken en de niet-POH-praktijken vergroot. Alle 33 niet-POH-praktijken hebben namelijk minder dan 2,5 FTE aan huisartsen, terwijl van de 49 POH-praktijken er 15 waren met meer dan 2,5 FTE en 34 met minder dan 2,5 FTE. De 34 met minder dan 2,5 FTE zijn uiteindelijk alleen meegenomen.

Operationalisering

Hier toetsen we de verschillen in productiviteit van huisartsen met en zonder POH in de praktijk en de werklust van huisartsenpraktijken met en zonder POH. Ook wordt gekeken naar de kwaliteit van de huisartsenzorg. Deze factoren zijn geoperationaliseerd op basis van LINH en uit de registratiegegevens. De indicatoren worden hieronder beschreven.

Werklast van de huisartsenpraktijk

Werklast wordt, anders dan werkdruk, beschouwd als een neutraal begrip. Groenewegen en Hutten (1991) onderscheiden objectieve en subjectieve werkdruk. In dit artikel gaat het dan om objectieve werkdruk (werkbelasting) oftewel het aanbod van werk enerzijds bepaald door praktijkgrootte en samenstelling (supply related) en anderzijds door persoonlijke kenmerken van de huisarts en de praktijkorganisatie (demand related).

Bij de operationalisering van werklast gaan we uit van de theorie van Groenewegen en Hutten. Werklast is geoperationaliseerd door te kijken naar de omvang van de praktijk en de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Het gaat dan om de grootte op basis van patiëntenaantallen en het aantal FTE van huisartsen per praktijk. Daarnaast is gekeken naar de samenstelling van de praktijk meegenomen door te kijken naar chronische patiënten.

Productiviteit van de huisarts

Volgens de economische definitie is productiviteit het aantal eenheden product dat per werknemer per tijdseenheid wordt gemaakt. De arbeidsproductiviteit gaat omhoog als dezelfde hoeveelheid product in minder mens-uren kan worden voortgebracht. Of als met dezelfde hoeveelheid mens-uren een groter productievolume kan worden gemaakt. In dit artikel wordt gekeken naar de productiviteit van de huisarts. Daarom wordt, net zoals in de zorgbalans van het RIVM (Westert ea, 2008) gekeken naar het totale aantal contacten van huisartsen in de huisartsenpraktijk per FTE aan huisartsen. Het totale aantal contacten van huisartsen bestaat uit alle contacten waardoor mutaties in het patiëntendossier optreden, dit bestaat dan uit bijvoorbeeld face-to-face of telefonische contacten.

Kwaliteit van de huisartsenzorg

Medisch inhoudelijke is kwaliteit moeilijk te meten (Raad voor volksgezondheid, 2002). Gegeven onze data wordt daarom hier niet verder op ingegaan. Wel wordt gekeken naar een indicator dat een specifiek deel van de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden. Het perspectief bij de kwaliteit van de huisartsenzorg veranderd van de praktijken en huisartsen naar de patiënt en de hoeveelheid zorg dat patiënten ontvangen. Het gaat dan algemeen om de zorg voor patiënten, maar ook hier worden de chronische patiënten er weer uitgelicht. Hierbij gaat het dan om het aantal contacten dat deze patiënten hebben.

Chronische patiënten

Voor de patiënten is nagegaan of zij aangemerkt kunnen worden als chronische patiënt. Dat is gedaan door in alle beschikbare diagnostische

gegevens in de contactregistratie, de prescriptieregistratie en de verwijsregistratie na te gaan of er een keer gedurende het jaar 2006 sprake was van een codering voor hypertensie (ICPC K85, K86 of K87), diabetes (ICPC T90) of astma/COPD (ICPC R95 of R96). Er is voor deze diagnoses gekozen omdat bij de behandeling van deze diagnoses een taak voor de POH wordt gezien.

Toetsing

De verschillen tussen POH-praktijken en niet-POH-praktijken zijn getoetst met een T-test voor onafhankelijke steekproeven, met een tweezijdige toetsing. Alleen als een verschil statistisch significant was op 5%-niveau, is hiervan melding gemaakt in de tekst. Bij de toetsing is gewerkt met verschillen in gemiddelden op praktijkniveau, ook als het om gegevens per huisarts of per patiënt gaat. De analyses zijn gedaan in Stata.

Resultaten

Achtergrondgegevens huisartsenpraktijken met POH

De NIVEL-huisartsenregistratie laat zien dat naar schatting 60% van de huisartsenpraktijken beschikt over een of meerdere POH's. Dat betekent dat er ongeveer 3.000 POH's werkzaam zijn in Nederland. Het totaal aantal FTE aan POH's bedraagt 1.389 FTE. De inzet van POH's binnen de huisartsenpraktijk is in korte tijd sterk toegenomen. In 2003 bedroeg het aantal FTE aan POH's 558. In de periode 2003-2007 is het totaal aantal FTE dus met 149% toegenomen. POH's houden zich vooral met chronische patiënten bezig: 85% van al hun contacten zijn met dat type patiënten.

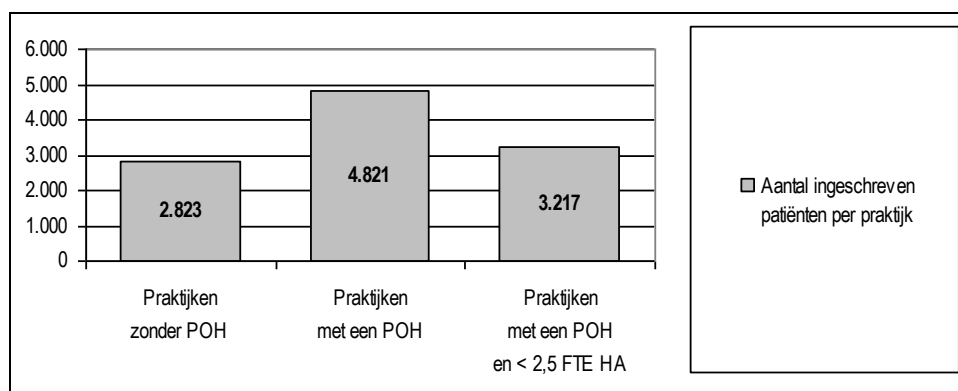
Verschillen tussen huisartsenpraktijken wat betreft praktijkgrootte

Uit analyse binnen de door ons geselecteerde LINH-praktijken blijkt dat zowel het aantal FTE aan huisartsen per praktijk als het aantal ingeschreven patiënten slechts iets groter zijn voor praktijken met een POH. Dit is natuurlijk ook het geval door onze selectie en matching van praktijken met en zonder POH.

Het gemiddeld aantal FTE per praktijk verschilt weinig tussen praktijken zonder POH en praktijken met POH. Gemiddeld werken huisartsen 1,24 FTE in praktijken zonder POH versus 1,38 in praktijken met POH. Ook het aantal patiënten verschilt nauwelijks tussen de huisartsen in praktijken met en zonder POH. Huisartsen in praktijken zonder POH hebben gemiddeld 2.301 patiënten versus gemiddeld 2.358 patiënten van huisartsen in praktijken met POH. Deze verschillen zijn niet significant. Hierbij moet wel rekening gehouden worden dat de grootste praktijken met POH uit de analyse zijn gelaten.

Voor zowel het aantal FTE aan huisartsen als het aantal patiënten geldt waarschijnlijk dat het eerder zo zal zijn dat er een POH is aangenomen omdat de praktijk groot is dan andersom. Het is echter niet uitgesloten dat er praktijken zijn die na het aannemen van een POH zijn gaan uitbreiden. Maar het lijkt eerder zo te zijn dat het vooral de relatief reeds grotere praktijken waren die behoefte hadden aan een POH en ook de mogelijkheden hadden om een POH in dienst te nemen.

Figuur 1: Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per praktijk naar type praktijk



Bron: LINH 2006

Verschillen tussen huisartsenpraktijken wat betreft samenstelling

Daarnaast is voor de werklust de samenstelling van de praktijk van belang. Sommige patiëntengroepen, zoals chronische patiënten kunnen voor een hogere of lagere werklust zorgen, omdat zij meer of minder gebruik maken van de huisarts. De werklust blijkt met name hoger bij chronische patiënten (Brake H te, e.a. 2006).

Huisartsen in praktijken zonder POH hebben gemiddeld 369 chronische patiënten in hun patiëntenbestand, terwijl praktijken met POH 533 chronische patiënten hebben. Als gekeken wordt naar patiënten met hypertensie, dan blijkt dat in praktijken zonder POH gemiddeld 236 patiënten bekend zijn met deze aandoening tegenover gemiddeld 332 patiënten in praktijken met POH. Het aantal diabetespatiënten in praktijken met POH is groter dan in praktijken zonder POH, namelijk gemiddeld 129 en 87 diabetes patiënten. Dit verschil bestaat ook als het gaat om patiënten met astma/COPD. In praktijken zonder POH betreft het 91 patiënten met astma/COPD, in praktijken met POH is dat 164 patiënten. Al deze verschillen zijn statistisch significant.

Tabel 1: Overzicht indicatoren werklast van de huisartsenpraktijk met of zonder POH.

	Praktijken zonder POH	Praktijken met POH	T-waarde, vrijheidsgraden
Gemiddeld aantal FTE per huisartsenpraktijk	1,24	1,38	t= -1,340, df=65
Gemiddeld aantal patiënten van de praktijk	2.301	2.358	t= -1,653, df=65
Gemiddeld aantal chronische patiënten van de praktijk	369	533	t= -3,403*, df=65
Gemiddeld aantal patiënten met hypertensie	236	332	t= -2,838*, df=65
Gemiddeld aantal diabetespatiënten	87	129	t= -2,855*, df=65
Gemiddeld aantal patiënten met astma/COPD	91	164	t= -4,752*, df=65

* Significant $p < 0,05$.

De bovenstaande resultaten geven aan dat de huisartsen met POH niet een lagere werklast hebben. Sterker nog zij hebben meer patiënten onder hun hoede dan huisartsen zonder POH. Dit verschil bestaat met name voor het

aantal chronische patiënten. De objectieve werklast van huisartsen met POH lijkt dan juist hoger.

Productiviteit van de huisarts

Hieronder wordt de tweede hypothese getoetst. Deze hypothese gaat over de inzet van de POH en de productiviteit van de huisarts. De hypothese geeft aan dat de productiviteit van de huisarts omhoog zal gaan als er een POH in de praktijk is. Huisartsen met POH zouden dan dus meer patiëntencontacten hebben en (face-to-face) consulten houden per jaar in de praktijk. Dit kan, omdat de POH meer contacten met de chronische patiënten kan houden, waardoor huisartsen zelf meer tijd aan andere patiënten kunnen besteden. Daarom zal de productiviteit van een huisarts in een POH-praktijk wat betreft chronische patiënten lager zijn en bij niet chronische patiënten hoger.

Aantal contacten van de huisarts

Een huisarts in een praktijk zonder POH heeft gemiddeld totaal 14.459 contacten per jaar. Huisartsen in praktijken met POH hebben meer contacten, namelijk 16.445 contacten. Dit verschil is echter niet significant. Het aantal consulten verschilt wel significant tussen huisartsen in praktijken met en zonder POH. Huisartsen in praktijken zonder een POH houden namelijk 8.536 consulten tegenover de 10.033 consulten van huisartsen in praktijken met een POH. In praktijken zonder POH hebben huisartsen gemiddeld 7.112 face-to-face consulten tegenover 8.233 face-to-face consulten van huisartsen in praktijken met POH. Dit verschil is niet significant. Deze uitkomsten kunnen een indicatie zijn dat de productiviteit van huisartsen in praktijken met een POH hoger ligt dan van huisartsen in praktijken zonder een POH.

Chronische en niet-chronische patiënten

Daarnaast is een opsplitsing gemaakt tussen het aantal chronische en niet-chronische patiënten. Als alleen gekeken wordt naar het aantal patiënten zonder de chronische patiënten, dan hebben huisartsen zonder POH 5.142 face-to-face consulten. Huisartsen met POH hebben meer face-to-face consulten, namelijk 5.565. Wat betreft de chronische patiënten geldt dat

huisartsen in een praktijk zonder POH ook minder consulten hebben, namelijk 1.970 face-to-face consulten met chronische patiënten. Huisartsen in een praktijk met POH hebben daarentegen 2.668 face-to-face consulten met chronische patiënten per jaar. Dit verschil is statistisch significant. Huisartsen met een POH hebben dus juist meer contacten met chronische patiënten, terwijl minder verwacht werd. Dit geeft een indicatie dat huisartsen ook wat betreft chronische patiënten productiever zijn.

Tabel 2: Overzicht indicatoren productiviteit van de huisarts met of zonder POH.

	Huisartsen in praktijken zonder POH	Huisartsen in praktijken met POH	T-waarde, vrijheidsgraden
Aantal contacten van huisarts per jaar	14.459	16.445	t= -1,419, df=65
Aantal consulten van huisarts per jaar	8.536	10.033	t= -1,839*, df=65
Aantal face-to-face consulten van huisarts per jaar	7.112	8.233	t= -1,649, df=65
Aantal face-to-face consulten van huisarts met niet-chronische patiënten per jaar	5.142	5.565	t= -0,846, df=65
Aantal face-to-face consulten van huisarts met chronische patiënten per jaar	1.970	2.668	t= -2,653*, df=65

* Significant $p < 0,05$.

Bij productiviteit gaat het in feite om hoeveel patiënten geholpen kunnen worden *per FTE*. Huisartsen in praktijken met POH hebben dan 12.070 patiënten per jaar, terwijl praktijken zonder POH 11.681 patiënten behandelen. Dit verschil is echter niet significant. De hypothese kan dus niet worden aangenomen. Tabel 3 geeft hiervoor de resultaten.

Daarnaast wordt bij de hypothese over chronische patiënten een ander resultaat verwacht, namelijk dat huisartsen minder productief zullen zijn op het gebied van chronische patiënten als er een POH aanwezig is in de

praktijk, omdat deze de patiënten van de huisarts overneemt. Op het gebied van niet-chronische patiënten zijn huisartsen met een POH dan dus productiever. Als hier eerst naar wordt gekeken dan blijkt juist dat op het gebied van de niet-chronische patiënten huisartsen in praktijken zonder POH productiever zijn. Het verschil is echter niet significant. Daarnaast blijkt een huisarts zonder POH gemiddeld 1.569 face-to-face consulten met chronisch patiënten per jaar per FTE te hebben tegenover 1.939 face-to-face consulten per jaar per FTE van huisartsen met POH. Dit verschil is wel significant. Deze twee uitkomsten zijn dus tegenovergesteld aan de hypothese.

Tabel 3: Overzicht productiviteit van de huisarts naar met of zonder POH.

	Huisartsen in praktijken zonder POH	Huisartsen in praktijken met POH	T-waarde, vrijheidsgraden
Aantal contacten per FTE huisarts (productiviteit)	11.681	12.070	t= -0,595, df=65
Aantal face-to-face contacten met niet-chronische patiënten per FTE huisarts (productiviteit)	4.191	4.076	t= 0,416, df=65
Aantal face-to-face contacten met chronische patiënten per FTE huisarts (productiviteit)	1.569	1.939	t= -2,603*, df=65

* Significant $p < 0,05$.

Uit Tabel 3 kan dus geconcludeerd worden dat huisartsen met POH niet per se productiever zijn dan huisartsen zonder POH. Wel lijken ze productiever te zijn als het gaat om de chronische patiënten.

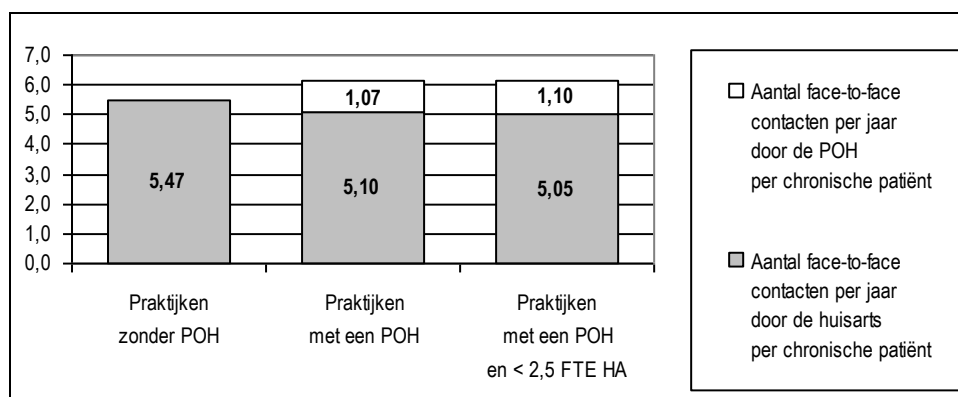
Kwaliteit van de huisartsenzorg

Na deze analyses over praktijken en huisartsen wordt bij de kwaliteit het perspectief verschoven naar de patiënt. Als indicator voor de kwaliteit is gekeken naar het aantal contacten per patiënt en dan met name naar het aantal contacten per chronische patiënt.

Het gemiddeld aantal contacten per patiënt ligt hoger in praktijken met een POH, namelijk 5,39 contacten per patiënt per jaar tegenover 5,07 contacten per patiënt in niet POH-praktijken. Het aantal consulten per patiënt in praktijken zonder POH is 3,01. In praktijken met POH is het aantal consulten per patiënt significant hoger, namelijk 3,36. Dit geldt ook voor het aantal face-to-face consulten. In praktijken zonder POH zijn per patiënt gemiddeld 2,51 face-to-face consulten, terwijl in praktijken met POH dit 2,77 is. Als van de face-to-face consulten de consulten met chronische patiënten afgehaald worden en alleen gekeken wordt naar de face-to-face consulten van niet-chronische patiënten dan blijken patiënten in praktijken met POH juist minder face-to-face contact te hebben dan patiënten in praktijken zonder POH. Dit verschil is echter klein en niet significant.

Het blijken vooral de chronisch zieke patiënten te zijn die minimaal één contact met een POH hebben (figuur 2).

Figuur 2: Gemiddeld aantal face-to-face contacten per jaar per chronische patiënt door de huisarts en de POH naar type praktijk



Bron: LINH 2006

Voor deze groep lijkt er sprake te zijn van enig substitutie-effect. Een chronische patiënt heeft namelijk 5,47 keer per jaar een face-to-face contact

met de huisarts in praktijken zonder een POH en “slechts” 5,10 keer per jaar in een praktijk mét een POH. Het aantal huisartscontacten per chronische patiënt is dus, zij het niet statistisch significant, 7% lager in praktijken met een POH. Daar staat tegenover dat een chronisch patiënt in een praktijk mét een POH ook nog eens 1,07 face-to-face contacten heeft met die POH. Het eindresultaat is dat chronische patiënten in praktijk mét een POH 6,17 keer per jaar een praktijkconsult of visite hebben, tegenover 5,47 keer in praktijken zonder een POH. Een chronische patiënt in een POH-praktijk heeft daardoor 13% meer contact met de praktijk dan een chronische patiënt in een praktijk zonder een POH. Dat verschil is significant.

Tabel 4: Overzicht indicatoren van kwaliteit van de huisartsenzorg naar praktijken met of zonder POH

	Praktijken zonder POH	Praktijken met POH	T-waarde, vrijheidsgraden
Aantal contacten per patiënt per jaar (incl. POH contacten)	5,07	5,39	t= -1,483, df=65
Aantal consulten per patiënt per jaar (incl. POH contacten)	3,01	3,36	t= -3,218*, df=65
Aantal face-to-face consulten per patiënt per jaar (incl. POH contacten)	2,51	2,77	t= -3,133*, df=65
Aantal face-to-face consulten met niet-chronische patiënten (incl. POH contacten)	1,82	1,76	t= 0,656, df=65
Aantal face-to-face consulten per chronische patient per jaar (incl. POH contacten)	5,47	6,17	t= -2,947*, df=65

* Significant $p < 0,05$.

Beschouwing

Op basis van de NIVEL-huisartsenregistratie kan geconcludeerd worden dat in 2006 60% van de huisartsenpraktijken een POH in dienst heeft. Dit aantal is in de jaren ervoor sterk gegroeid. Een belangrijk doel van de inzet van praktijkondersteuning is naast kwaliteitsverbetering, ook werklastverlichting voor huisartsen. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat de objectieve werklast in huisartspraktijken zonder POH en met POH niet veel verschilt. Wel hebben zij vaak meer chronische patiënten in hun patiëntenbestand. De chronische patiënt vraagt meer en vaker om zorg en zorgt daardoor voor een grotere werklast. Het verschil in patiëntenpopulatie ligt waarschijnlijk niet aan het feit dat praktijken zonder POH een 'gezondere' populatie patiënten hebben. Het lijkt eerder zo dat de aanwezigheid van een POH leidt tot een betere identificatie van de chronische patiënten.

Verder blijkt uit de resultaten van deze studie dat de productiviteit tussen huisartsen in praktijken zonder POH en in praktijken met POH niet veel verschilt. Het enige waar de productiviteit van de praktijken wel op lijkt te verschillen is als het gaat om de behandeling van chronische patiënten. Huisartsen in praktijken met een POH lijken op dit gebied productiever. Dit kan er op wijzen dat de werklast in zijn algemeenheid niet verschilt, omdat het verschil in objectieve werklast door meer chronische patiënten door productiever werken opgeheven wordt in de praktijken met een POH. Als indicatie voor de kwaliteit wordt het aantal contacten dat een patiënt met een huisarts per jaar heeft genomen. Het gemiddeld aantal consulten en face-to-face consulten per patiënt in praktijken met POH ligt hoger. Er wordt dus meer zorg verleend. Voor chronische patiënten blijkt dit ook het geval te zijn. Voor deze patiënten neemt de POH ook relatief vaak de contacten voor zijn/haar rekening. Op deze manier wordt de huisarts in feite ontlast in de zorg voor chronische patiënten. Bovendien wordt de kwaliteit van de huisartsenzorg op dit gebied hoger.

De begrippen werklast en productiviteit zijn geoperationaliseerd volgens bepaalde definities. Met name de operationalisering van werklast zou in andere onderzoeken anders gedaan kunnen worden, waardoor de resultaten

wellicht licht verschillen. In dit onderzoek is besloten gebruik te maken van harde cijfers (zoals het aantal FTE of het totaal aantal contacten) wat de uitspraken hard maakt. Kwaliteit is afhankelijk van veel verschillende factoren en daardoor lastig te meten. In dit artikel is slechts een klein deel van de kwaliteit gemeten en daardoor geven de resultaten alleen een indicatie dat de kwaliteit in de huisartsenzorg door een POH omhoog gaat. De vraag is echter of meer zorg altijd beter is, of dat het andere oorzaken heeft, zoals hogere vergoedingen of slechte behandeling waar meer consulten uit voortkomen. De resultaten uit dit onderzoek sluiten echter wel aan bij een onderzoek van Groenewegen (2004) dat een indicatie geeft dat chronisch zieken wellicht meer begeleiding nodig hebben. Het geeft daarom een indicatie dat de kwaliteit van zorg beter wordt door de inzet van de POH in de praktijk.

Om hardere uitspraken over de kwaliteit te kunnen maken, zou in vervolgonderzoek meerdere aspecten meegenomen kunnen worden.

Daarnaast is het interessant om dit onderzoek voort te zetten, waardoor vergelijkingen in de tijd gemaakt kunnen worden.

Terugkijkend op de aanleiding van dit onderzoek kan gesteld worden dat de POH als nieuwe professie binnen 10 jaar een structurele positie binnen de huisartsenzorg heeft ingenomen. Belangrijkste feiten die dit illustreren zijn dat ook de meerderheid van de kleine huisartspraktijken in Nederland een POH in dienst hebben, en dat POH substantiële aantallen consulten en patiëntcontacten voor hun rekening nemen. Zoals eerder gesteld is dat geen vanzelfsprekendheid, als we uitgaan van de huisarts als traditionele vrije beroepsbeoefenaar die op individuele basis of alleen met assistenten werkt. We zien echter een sterke tendens dat solopraktijken binnen de huisartsenzorg snel terrein verliezen. Juist de groepspraktijken met drie of meer huisartsen zijn sinds 2008 in de meerderheid met 51%, terwijl in de decennia daarvan de solopraktijken altijd in de meerderheid waren (Hingstman en Kenens, 2008). De introductie van de POH past in deze trend tot schaalvergroting, maar ook in de trend tot functiedifferentiatie en subspecialisatie. De effecten die we nu zien bij de introductie van de POH zouden dan ook wel eens snel weer kunnen verdwijnen in de vaart waarmee organisatieverandering in de huisartsenpraktijk voltrekt. De tendens naar

gezondheidscentra waarin alle eerstelijns zorgverleners in loondienst zijn sorteert hierop voor. De context voor vertrouwen en samenwerking tussen professionals ligt dan fundamenteel anders dan in maatschappen en vrije beroepen. Een interessante vervolgvraag voor onderzoek is dan of dit soort organisaties, huisartspraktijken en huisartsen de juiste skill mix hebben zijn om de komende veranderingen in zorgvraag en beleid te kunnen voldoen.

Literatuur

- Ashworth M, Armstrong D (2006). The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework. *BMC Family Practice* 2006, 7:68.
- Bakker DH de, Lamkaddem M, Haan J de, Nijland A (2005). De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen. *Modern Medicine* 2005, 8, 400-403.
- BBerg M van den, Bakker D de (2003) Meta-analyse introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartsenpraktijk in Nederland. Utrecht: NIVEL.
- Brake H te, Lieshout J van, Verheij R (2006) Grootgebruikers in de huisartsenpraktijk, een last voor de huisarts? *Huisarts en Wetenschap*, 49 (12) november 2006.
- Brummelhuis, KH (2008) Zwارة bezetting gerechtvaardigd? Een case study naar de effecten van de inzet van praktijkondersteuners op hbo niveau (POH-ers) en nurse practitioners (NP's) op de taakhoud van huisartsen, de coördinatie van het zorgproces en de omvang en kosten van de huisartsenpraktijk, Universiteit Twente, Enschede.
- Capaciteitsorgaan (2008). Capaciteitsplan 2008. Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoopleidingen Advies 2008 over de initiële opleiding geneeskunde beide vanaf 2009. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Groenewegen PP, Hutten JBF (1991) Workload and job satisfaction among general practitioners: A review of the literature. *Soc Sci Med.* 1991, 32(10):1111-1119.
- Groenewegen PP, Bos GAM van den, Megchelen P van (2004) Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken: van onderzoeksresultaten naar verbetering van zorg. Assen: Van Gorcum b.v.
- Groenewegen PP, Hansen J, Ter Bekke S (2007) Professions en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg. Utrecht: VVAA/Springer
- Gulati, R (2007) *Managing Network Resources: Alliances, Affiliations, and Other Relational Assets.* Oxford University Press.

- Hingstman, L, Kenens, R (2008). Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2008. Utrecht: NIVEL.
- Hombergh P van den, Künzi B, Elwyn G, Doremalen J van, Akkermans R, Grol R, Wensing M (2009) High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 2009, 9:118.
- Jaspers J.B.(1985) Het medisch circuit: een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980). Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Laurant M (2007) Changes in skill mix. The impact of adding nurses to the primary care team. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Laurant, MGH, Hermens, RPMG, Braspenning, JCC, Akkermans, RP, Sibbald, B, Grol, RPTM (2008) An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *Journal of Clinical Nursing*. 17(20), pp. 2690-2698.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport VWS (2008). Een dynamische eerstelijnszorg. Den Haag: Min VWS.
- NzA (2009) Monitor Huisartsenzorg 2008. Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg. Utrecht: NzA.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ.
- Richardson, G e.a. (1998) Skill mix changes: substitution or service development? *Health Policy* 1998; 45: 119-132.
- Ruth LM van, Mistiaen P, Francke AL (2008) Effects of nurse prescribing of medication: a systematic review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, jrg. 5, nr. 2.
- Starfield B (2001) New paradigms for quality in primary care. *British Journal of General Practice*, 51, 303-309.
- Universiteit Maastricht (2008). Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk, Maastricht: Universiteit Maastricht en Academisch Ziekenhuis Maastricht.
- Westert GP, Berg MJ van den, Koolman X, Verkleij H (Red.) (2008) Zorgbalans 2008 de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM

Wilson A, Pearson D and Hassey A (2002) Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective. *Family Practice* 2002; 19: 641-646.