

PRAKTIJK OVERTREFT VERWACHTINGEN

Nurse practitioner dringt huisartsentekort drastisch terug

In Nederland is een aantal nurse practitioners (NP's) werkzaam in huisartsenpraktijken. De mogelijke gevolgen daarvan op de (toekomstige) behoefte aan huisartsen worden onderschat. Huisartsen uit verschillende praktijken en een NP in opleiding verkenden de effecten.

H. BUSSEMAKERS C.S.

Begin 2004 werkten in Nederland volgens het Capaciteitsorgaan ruim 8200 huisartsen (6795 fte): 7420 zelfstandig gevestigd en 790 in dienstverband.¹ Daarmee is de huisartsendichtheid verbeterd van 1 fte op ruim 2500 patiënten in 2000 naar 1 fte op bijna 2400 patiënten in 2004. Op basis van gegevens over onder andere de introductie van de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) heeft het Capaciteitsorgaan het in 2002 en 2003 voorspelde tekort aan huisartsen van 20 procent in 2012 bijgesteld naar een tekort van 16 procent in 2012.² Het Capaciteitsorgaan gaat ervan uit dat door de POH de capaciteit aan huisartsen met 3,1 procent toeneemt. Herschikking van taken van de

huisarts naar de NP beschouwt men als een (potentieel) belangrijke ontwikkeling om het tekort verder terug te dringen.

WERKBELASTING

Welke effecten het inschakelen van nurse practitioners in de Nederlandse huisartsenpraktijk heeft op kwaliteit, capaciteit en kosteneffectiviteit,³ is nog nauwelijks onderzocht. Wel is gekeken naar de effecten van het delegeren van taken van de huisarts naar de praktijkassistente en naar de POH. De kwaliteit van zorg blijkt toe te nemen als praktijkondersteuners worden ingezet.⁴ Maar de onderzoekers

buurt, een stadspraktijk in een achterstandswijk met veel allochtonen en veel psychosociale problematiek, en een apotheehoudende plattelandspraktijk. De bevindingen in deze praktijken zijn naar verwachting een goede afspiegeling van de mogelijkheden en opvattingen.

In het gezondheidscentrum was een NP in opleiding (i.o.) aanwezig; zij nam deel aan dit project. In de platte-



Effecten op kwaliteit, capaciteit en kosten zijn nog nauwelijks onderzocht

betwijfelen of hiermee de werkbelasting van huisartsen wordt verminderd.

In het eerste deel van het project 'De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen' zijn de mogelijkheden verkend om medische handelingen te herschikken van huisartsen naar NP's.⁵ De NP is - anders dan de POH op hbo-niveau - een geregistreerde verpleegkundige met een Masteropleiding Advanced Nursing Practice, en integreert medische en verpleegkundige handelingen op het gebied van diagnostiek, behandeling en nazorg. In het project ging de aandacht uit naar (potentiële) effecten op de toekomstige behoefte aan huisartsen en NP's; daarnaast is aandacht geschonken aan mogelijke kwaliteits- en kosteneffecten.

TIJDSBESTEDING

De verkenning is uitgevoerd in drie verschillende typen huisartsenpraktijken: een gezondheidscentrum in een jonge

landspraktijk werkte voorafgaand aan dit project korte tijd een NP i.o. De deelnemende huisartsen en de NP i.o. hebben elk de eigen praktijk geanalyseerd en tijdens de aansluitende *invitational conference* een presentatie gehouden over hun bevindingen en verwachtingen. De verkenning vond plaats met enkele bedrijfskundige concepten en startte met een beschrijving van de zorgvraag.⁶

Om inzicht te krijgen in het deel van de zorgvraag dat overdraagbaar is aan een NP, is besloten om een lijst met meest voorkomende diagnoses in de huisartsenpraktijk als basis te nemen.⁷ Er is echter geen Nederlands onderzoek bekend naar de tijdsbesteding van huisartsen, verdeeld naar diagnoses. Daarom zijn we uitgegaan van de 40 meest voorkomende diagnoses (ICPC-codes), op basis van incidentie en prevalentie van episodes.⁸ Deze top-40 bevat 43 procent van het totaal aantal episodes in de huisartsenpraktijk. Later zijn daaraan nog >>

<< enkele diagnoses uit de top-100 toegevoegd. Elk diagnose is onderverdeeld in zeven leeftijdscategorieën, vanuit de aanname dat een aantal aandoeningen zich overwegend of uitsluitend op een bepaalde leeftijd voordoet en de complexiteit van een aandoening (onder andere) samenhangt met de leeftijd van de patiënt. Vervolgens is vastgesteld welke medische handelingen op het gebied van diagnostiek en behandeling bij elke afzonderlijke diagnose het meest door huisartsen worden toegepast (zie tabel 1). Hiervoor zijn gegevens gebruikt uit het Transitieproject en zijn de NHG-standaarden geraadpleegd.⁸

OVERDRAAGBAAR

Om erachter te komen wat het effect is op de capaciteit als de NP handelingen van de huisarts overneemt, is voor elk van de onderzochte diagnoses vastgesteld welk aandeel de daarbij behorende handelingen uitmaken van de patiëntgebonden tijd van de huisarts. De lijst met het procentuele aandeel van elke diagnose uit de top-40 in de totale zorgvraag is hiervoor gecorrigeerd aan de hand van gegevens over het aantal episodes per diagnose, en het aantal verrichtingen per episode.⁸ Voor het bepalen van het bijbehorende capaciteitsbeslag

in uren is de (afgeronde) standaardconsulttijd van de huisarts per verrichting gehanteerd.⁹

Uitgangspunt bij het bepalen welk deel van de medische handelingen de NP kan uitvoeren, was de beschrijving van een gewenste en de reëel geachte situatie in de toekomst, en wel van een optimale taakverdeling tussen huisarts en NP na vijf jaar (in 2008).

Bij het vaststellen van criteria voor overdraagbaarheid is uitgegaan van het principe dat de minder complexe medische handelingen van artsen (zowel bij kortdurende als bij chronische aandoeningen) overdraagbaar zijn aan een NP. De overdraagbaarheid van handelingen is meer in detail beoordeeld met criteria zoals: het risico op complicaties, de mate waarin aandoeningen vóórkomen, de protocollerebaarheid van handelingen en de mate waarin relatief veel begeleidende activiteiten nodig zijn (voorlichting, ondersteuning bij zelfzorg).¹⁰

Deelnemende huisartsen en NP i.o. hebben geprobeerd om een zelfstandige en flexibele positie van de NP te realiseren.¹¹ Er is gezocht naar diagnoses en patiëntengroepen waarvoor (nagenoeg) alle medische handelingen van de arts in hun onderlinge samenhang naar de NP kunnen worden overgedragen. Zo ont-

staat een breed deskundigheidsgebied van de NP, een 'generalistische specialisatie'. Dit voorkomt een scheiding van diagnostiek en behandeling, of van delen daaruit, en biedt een 'geïntegreerde' kwaliteit van geneeskundige handelingen voor patiënten.¹² De NP zou op deze wijze een eigen gebied van zorgverlening kunnen ontwikkelen, waarop de afhankelijkheid van de huisarts minimaal is en de patiënten zo min mogelijk met meerdere zorgverleners te maken krijgen. Daarnaast heeft men als algemene voorwaarde geformuleerd dat de nurse practitioner niet het takenpakket moet overnemen van de praktijkondersteuner, de praktijkassistente en eventueel de fysiotherapeut. Bijzondere aandacht is nodig voor een goede toegeleiding van patiënten door de praktijkassistente. Wat betreft de bijbehorende positie van de NP in het kader van de Wet BIG en de WOG is uitgegaan van een (toekomstige) zelfstandige bevoegdheid van de NP op een eigen deskundigheidsgebied.

De deelnemende huisartsen en de NP i.o. concluderen dat de zorg van de huisarts op het gebied van 26 diagnoses geheel of gedeeltelijk overdraagbaar is aan een NP. Niet overdraagbaar zijn medische handelingen bij patiënten jonger dan 1 jaar of ouder dan 75 jaar.

1. FREQUENTE HANDELINGEN IN DE HUISARTSENZORG

VRAAG VERHELDEREN

DIAGNOSE STELLEN

1. gericht lichamelijk onderzoek
2. bloedonderzoek
3. urineonderzoek
4. microbiologisch onderzoek
5. röntgen/beeldonderzoek

BEHANDELEN

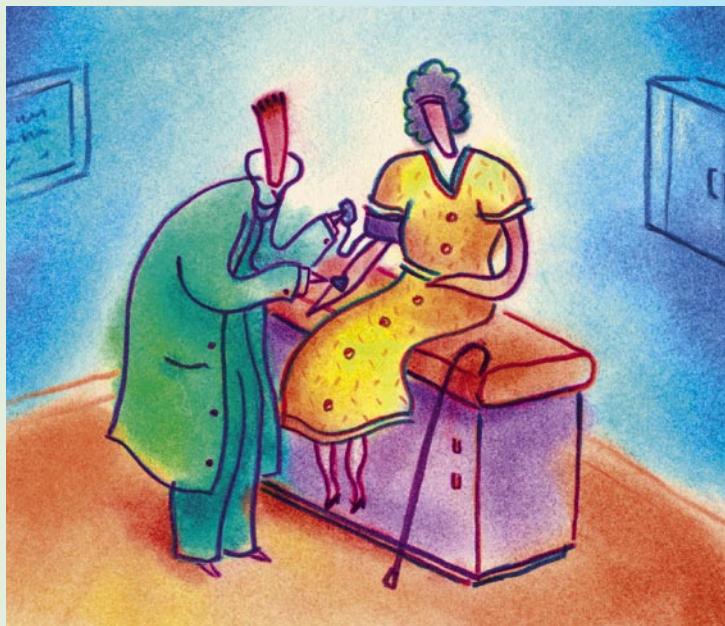
6. medicatie
7. advies/gezondheidsvoorlichting
8. therapiegesprek/counseling
9. verband/compressie

VERWIJZEN

10. verwijzing

De tien meest voorkomende medische handelingen in de huisartsenzorg.

Bron: projectnotities



BEELD: GRAIG SMALLISH

Zowel het stellen van een diagnose als de behandeling van patiënten uit deze leeftijdsgroepen kan risicovol en complex zijn.

TAKENPAKKET

Tabel 2 geeft een overzicht van de eerste tien diagnoses uit de top-40 en van de overdraagbaarheid van bijbehorende medische handelingen van een huisarts aan een nurse practitioner. Als voorbeeld de diagnose 'acute infectie bovenste luchtwegen': deze is goed overdraagbaar aan een nurse practitioner omdat:

- deze diagnose vaak voorkomt;
- de klacht redelijk afgrensbaar is;
- er sprake is van standaarddiagnostiek: lichamelijk onderzoek;
- er sprake is van een standaardbehandeling: medicatie/advies;
- het risico laag is, er is geen sprake van spoed;
- de diagnose alle leeftijden betreft.

De deelnemers vinden dat de NP daarnaast ook specifieke delen van de zorg voor chronische en terminale patiënten - zoals op het gebied van pijnbestrijding - van de huisarts kan overnemen. Belangrijk daarbij zijn de eigen activiteiten van de NP op het gebied van diagnostiek en medicatie. Een deel van het NP-takenpakket kan bestaan uit activiteiten op het gebied van *disease management* voor patiëntencategorieën als diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en COPD. De beroepscompetenties van de NP, namelijk zorgverlening op expertniveau (cure en care), consulentchap, deskundigheidsbevordering en het toe-

Een intensief overleg tussen huisarts en NP om complexe situaties te bespreken wordt van belang geacht. De hiertoe benodigde tijd werd in de aanloopfase van het project geschat op 20 procent van de patiëntgebonden tijd van de huisarts, en op 10 tot 15 procent in 2008.

MEER RUIMTE

Het inschakelen van een NP kan er volgens de deelnemers toe leiden dat de continuïteit van zorg beter gewaarborgd blijft, dat de kwetsbaarheid van huisartsen vermindert en dat de belasting van huisartsen afneemt. Capaciteits-effecten van taakherschikking naar een NP worden volgens hen nu al in de praktijk waargenomen. Met de nu gepresenteerde herschikking kan men opschuiven met de landelijke trend van 4 naar 3 huisartsen voor 9000 á 10.000 patiënten.

Men verwacht dat het inschakelen van een NP ertoe leidt dat de kwaliteiten van afzonderlijke professionals beter worden gebruikt; bijvoorbeeld van de NP op het gebied van geïntegreerde anamnese, voorlichting en preventie (integratie van 'cure' en 'care'). Ook zal

er in de huisartsenpraktijk meer ruimte ontstaan voor specialisatie en verdieping, bijvoorbeeld voor het opzetten van zorgprogramma's voor *disease management* en complexe ouderenzorg; hiervoor kunnen ook zorgproducten uit de tweedelijnszorg worden overgebracht. Deze ontwikkeling zal ook de kosten van de zorgverlening verminderen, met name voor een groeiend deel van de tweedelijnszorg.

Volgens de deelnemers kunnen de conclusies uit de analyse van de zorgvraag worden doorgetrokken naar alle

passen van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek, leiden tot een bijzondere expertise op dit gebied. Ook het opzetten en uitvoeren van preventieprogramma's behoren tot het takenpakket. Ten slotte kan een nurse practitioner zich bezighouden met specifieke delen van het medicatiebeleid, bijvoorbeeld voor patiënten die vijf of meer verschillende soorten medicatie per dag gebruiken. De deelnemers noemen het belangrijk om het takenpakket van de NP goed af te bakenen van het takenpakket van de praktijkondersteuner.

2. MEEST VOORKOMENDE DIAGNOSEN

1. R74 bovenste luchtweginfectie
2. K86 hypertensie (taak praktijkondersteuner)
3. R78 acute bronchitis
4. W11 anticonceptie
5. L03 lage-rugpijn (taak huisarts/fysiotherapeut)
6. H81 cerumen
7. S88 eczeem
8. R75 sinusitis
9. A04 moe (taak huisarts)
10. X37 uitstrijkje (taak doktersassistente)

De eerste tien diagnoses (exclusief A 97) uit de top-40⁸ en hun overdraagbaarheid aan een nurse practitioner. Medische handelingen bij de cursief gedrukte diagnoses zijn niet overdraagbaar.

Bron: projectnotities

diagnosen. Op basis hiervan is berekend dat ongeveer 60 procent van de patiëntgebonden tijd van de huisarts overdraagbaar is aan de NP. Als 70 procent van de werktijd van de huisarts patiëntgebonden is, betekent dit dat de NP ruim 40 procent van de totale werktijd van de huisarts kan overnemen. Draagt men ook een deel van de niet-patiëntgebonden werkzaamheden over, zoals taken op het gebied van praktijkorganisatie en externe afstemming, of verschuift men de verhouding tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd, dan neemt dit percentage verder toe naar circa 50 procent. Naar schatting overleggen huisarts en NP 10 tot 15 procent van de werktijd van de huisarts. Uit deze berekening blijkt dat er per huisarts door inschakeling van (voldoende) NP's een capaciteitsuitbreiding van (ruim) 25 tot 35 procent is te behalen.

Het Capaciteitsorgaan heeft deelgenomen aan het project om de invloed van het inschakelen van NP's op de behoefte aan huisartsen in 2012, beter in te schatten. Hoewel deelnemers aan het project de potentiële effecten op het gebied van capaciteit, kosten en kwaliteit zeer groot noemen, vraagt een succesvolle, grootschalige introductie van de NP nog om veel initiatief van betrokkenen, allereerst om dit 'nieuwe beroep' bekender te maken. De eerste ervaringen overtreffen de verwachtingen. In het gezondheidscentrum is de overlegtijd tussen huisarts en NP al teruggelopen tot 5 tot 10 >>

SAMENVATTING

- De mogelijke effecten van het inschakelen van nurse practitioners (NP's) op de (toekomstige) behoefte aan huisartsen, zijn tot nu toe onbekend.
- Huisartsen uit meerdere praktijken en een NP in opleiding hebben deze effecten verkend en hun bevindingen voorgelegd aan collega's, opleiders, zorgverzekeraars en het Capaciteitsorgaan.
- De verkenning is uitgevoerd in een gezondheidscentrum, een stadspraktijk en een plattelandspraktijk. Het inschakelen van NP's zal er volgens de deelnemers toe (kunnen) leiden dat de continuïteit van zorg beter gewaarborgd blijft, de kwetsbaarheid van huisartsen omlaag gaat en de belasting van de huisartsen afneemt. Het gedurende het project berekende capaciteitseffect lijkt inmiddels in de praktijk te worden overtroffen.
- Voor een succesvolle, grootschalige introductie van dit 'nieuwe beroep' is nog veel initiatief van direct betrokkenen nodig.

<< procent van de patiëntgebonden tijd van de huisarts. Ook het verschil in consulttijd van 10 minuten voor de huisarts en 15 minuten voor de NP in 2008 lijkt achterhaald; de consulttijd van de NP bedraagt inmiddels 12 minuten. ■

H. Bussemakers,
onderzoeker/adviseur op het gebied van organisatievraagstukken bij Bureau Bussemakers in Tilburg

E.H. Ebbens,
huisarts en beleidsmedewerker bij de Zorggroep Almere

D.A. van der Kwaak,
huisarts bij de Zorggroep Almere en ten tijde van het project NP-opleider

mw. R. Ijsackers,
NP huisartsenzorg bij de Zorggroep Almere en ten tijde van het project NP i.o.

Correspondentieadres: Drs. H. Bussemakers, Spoorlaan 438, 5038 CH Tilburg

De noten bij dit artikel en meer MC-artikelen over nurse practitioners vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



Als onderdeel van het project 'De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen' zijn in de loop van 2004 ook de mogelijkheden verkend om taken te herschikken van oogartsen naar optometristen in de tweede lijn.

Deze verkenning is uitgevoerd in de oogheelkundige afdelingen van drie ziekenhuizen. Twee van de drie afdelingen horen bij de koplopers op dit gebied, in de derde praktijk werken geen optometristen.

In de verkenning - waaraan drie oogartsen, één optometrist en twee afdelingshoofden meededen - is gekeken naar de vier meest voorkomende diagnoses: leeftijdsgebonden maculadegeneratie, diabetische retinopathie, glaucoom en staar. Patiënten met deze aandoeningen zorgen naar schatting voor 75 procent van de besteding van de oogheelkundige capaciteit van de drie ziekenhuizen.

Optometristen, zo blijkt, spelen een belangrijke rol (of kunnen dat doen) op het gebied van screening en diagnostiek. Zo doen zij visus- en refractiebepalingen en oogdrukmetingen en zijn zij betrokken bij het afnemen van de anamnese, en het beoordelen van de fundus op afwijkingen. Ook voeren zij aanvullend onderzoek uit, met behulp van gezichtsveldbepaling, FAG-foto's en biometrie, en geven zij voorlichting en gezondheidsadvies. De optometrist voert deze taken uit onder supervisie van de oogarts.

Volgens de deelnemers leidt het inschakelen van optometristen inmiddels tot een toename van het aantal patiëntcontacten (bij een gelijkblijvend aantal oogartsen) en een afname van de wachttijden (onder meer van de interne wacht(kamer)tijden).

Oogartsen hoeven zich minder bezig te houden met routinezaken en hebben meer tijd voor complexe pathologie.

Minimaal 35 procent van de patiëntgebonden tijd (ongeveer 25 procent van de totale werktijd) van de oogarts is overdraagbaar aan de tweedelijns optometrist, zo kon worden berekend. Als ook een deel van de niet-patiëntgebonden werkzaamheden worden overgedragen of als de verhouding tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd verschuift, kan dit groeien tot minimaal ongeveer 35 procent van de totale werktijd. De overlegtijd tussen oogarts en optometrist kan (op termijn) beperkt blijven tot circa 15 procent van de patiëntgebonden tijd van de optometrist, en 8 procent van de tijd van de oogarts. Zo kan door inschakeling van (voldoende) optometristen per oogarts minimaal een capaciteitsuitbreiding van 17 tot ruim 25 procent worden behaald.

Deze tekst is gebaseerd op: Bussemakers, H. (2005): 'De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen; deel 2: Taakherschikking in de oogzorg', Leiden: STG. Het volledige artikel is te vinden op onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek, bij het artikel over de nurse practitioner. ■