

De huisartsenpost te druk?

er gloort licht
aan de horizon...

De NP!!



Januari 2010

Project

“Heeft de inzet van een Nurse Practitioner op de Huisartsenpost in Gorinchem verlaging van werkdruk tot gevolg?”

Opdrachtgever:
CHP Gorinchem, directeur P. Fillekes

Uitvoerders:
Bregje Schermerhorn, Arie Boogaard, Annie Boon-Spelt,
Christelijke Hogeschool Ede Verpleegkunde

Copyright © 2010

Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, elektronisch of op welke andere wijze dan ook en evenmin worden opgeslagen, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de CHP Gorinchem.

Voorwoord

Dit rapport beschrijft de eindresultaten van het onderzoek;
Heeft de inzet van een Nurse Practitioner op de Huisartsenpost in Gorinchem verlaging van werkdruk tot gevolg?

De gegevens zijn verzameld in de periode 1 september 2009 tot en met 1 januari 2010.

Dit onderzoek kwam mede tot stand door de medewerking van diverse personen en organisaties.

Wij bedanken Mevrouw E.W.C.C Derckx van de stichting KOH (Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg) die het afgeronde onderzoeksrapport "*De Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk*" ter beschikking wilde stellen.

Tevens bedanken wij Liona Hazekamp (NP i.o op de HAP in Delft) Leo Klink (NP op de HAP in Zwolle) en Renea Gerlach (NP bij de HAP Groningen) voor het meewerken aan de interviews en verstrekken van informatie.

Ede, januari 2010

Lijst met gebruikte afkortingen of woorden:

ANW dienst	Avond- Nacht en Weekend dienst
Binnenlopers	Patiënten die geen telefonische afspraak hebben gemaakt voorafgaand aan het bezoek aan de huisartsenpost
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Callmanager	Software om patiëntgegevens in te voeren.
HAAK-methode	Hulpvraag, Achtergrondinformatie, Advies en Klantreactie.
HAP	Huisartsenpost
HDS	Huisartsendienststructuur
ICPC	De International Classification of Primary Care
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
KNO	Keel-, Neus- en Ooraandoeningen
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MinVWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MMA	Medisch Mobiel Assistent
NP	Nurse Practitioner
PA	Physician Assistant
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
Stichting KOH	Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg
Triage	Selectie en rangschikking van patiënten naar de aard van de klachten
UWI	Urineweginfectie
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	7
H1 Probleemomschrijving	8
1.1 Aanleiding van het probleem	8
1.2 Oplossingsrichting	8
H2 Probleemstelling	9
2.1 Doelstelling	9
2.2 Vraagstelling	9
2.3 Deelvragen	10
H3 Methode	11
3.1 Kwalitatief	11
3.2 Kwantitatief	12
3.3 Literatuurstudie	12
3.4 Betrouwbaarheid	12
3.5 Validiteit	12
H4 Resultaten van literatuurstudie	13
4.1 Ontstaansgeschiedenis huisartsenposten	15
4.2 Ontstaansgeschiedenis nurse practitioner	16
H5 Resultaten van kwantitatief onderzoek	17
5.1 Inleiding	18
5.1.1 december 2008	19
5.1.2 maart 2009	21
5.1.3 juni 2009	23
5.1.4 september 2009	25
H6 Resultaten van kwalitatief onderzoek	27
6.1 Resultaat interviews	27
6.2 Resultaat enquêtes	30
H7 Conclusie	32
H8 Discussie	32
H9 Aanbevelingen	34
H10 Literatuurlijst	35

- 10.1 Bijlagen:
 - 10.1.1 Lijst ICPC codes
 - 10.1.2 Lijst verdeling ICPC per aandoening
 - 10.1.3 Uitslag enquête onder huisartsen, aangesloten bij de HAP Gorinchem, nov. '08
 - 10.1.4 Cijfers van toename aantal contacten (visites, consulten en telefonische contacten) van 2006, 2007, 2008 en (verwacht) 2009 van de HAP Gorinchem.
 - 10.1.5 Benchmarkbulletin 2008
 - 10.1.6 Resultaten HAP Groningen vermindering werkdruk
 - 10.1.7 Interview met NP's
 - 10.1.8 Enquête onder doktersassistenten in Delft.
 - 10.1.9 Taakomschrijving diensten huisartsen per 1 september 2009

Inleiding

Structuur

De huisartsenpost in Gorinchem is opgericht in juni 2002, dit op initiatief van de huisartsen uit de regio's Ablasserwaard-Noord, Leerdam, Gorinchem en het land van Heusden en Altena, in samenwerking met zorgverzekeraar Trias. Hardinxveld-Giessendam heeft zich in april 2003 bij deze huisartsenpost aangesloten.

Op dit moment (1 december 2009) zijn er 74 huisartsen aangesloten bij deze huisartsenpost, 25 triage-assistentes en 6 medisch mobiel assistenten (MMA) in dienst. Circa 170.000 patiënten zijn aangewezen op de HAP Gorinchem.

De huisartsenpost is alleen geopend buiten kantooruren.

Op een doordeweekse avond zijn er 2 artsen aanwezig, 1 consultarts en 1 visitearts. De visitearts wordt ondersteunt door de MMA, die tevens ondersteunende taken heeft op de huisartsenpost zoals baliewerkzaamheden.

Tijdens elke dienst, met uitzondering van de nacht, zijn minimaal 3 assistentes aanwezig waarvan 1 assistente met omlooptaken, zoals het assisteren van de arts, zelfstandig afhandelen van laagcomplexere klachten en triage (is selectie en rangschikking van patiënten naar de aard van de klachten) van "binnenlopers".

Alle assistentes die langer dan 2 jaar in dienst zijn hebben een triagediploma.

In het weekend zijn tijdens de dagdienst (8.00 – 16.00 uur) 4 huisartsen aanwezig, waarvan 1 telefoonarts op het callcentre, 4 assistentes en 2 MMA's.

Tijdens de avonddienst (16.00 – 24.00 uur) zijn er op zaterdag 3 artsen tot 22.00 uur en op zondag 3 artsen tot 18.00 uur.

's Avonds is geen telefoonarts beschikbaar, de consultarts is verantwoordelijk voor de autorisatie, beschikbaar voor overleg en belt patiënten terug als de assistente dit vraagt.

's Nachts is er 1 arts voor alle taken, 1 MMA en 1 assistente.

Op ieder tijdstip is een huisarts als achterwacht beschikbaar, die bij (extreme) drukte kan worden gebeld.

Werkwijze

Het werken op een huisartsenpost is essentieel anders dan in de huisartsenpraktijk, zowel voor de huisarts als de assistente.

De patiënten zijn onbekend, dossiers nog niet allemaal beschikbaar, meer complexe zorgvragen, relatief veel psychiatrie en een spreekuur dat lang niet altijd goed te reguleren valt door "binnenlopers".

Dit vraagt van de assistente een gedegen triage om de hulpvraag van dat moment duidelijk te krijgen en juist te kunnen handelen naar aanleiding van de (acute) zorgvraag.

De huisarts heeft vrijwel ieder consult te maken met een onbekende patiënt waarvan hij geen achtergronden, zowel medisch als psychosociaal, kent.

Om de kwaliteit van zorg toch te kunnen waarborgen is een minimum van 10 minuten per patiënt veelal vereist en niet in alle gevallen voldoende.

De werkdruk ligt, gezien het aantal patiënten dat gezien moet worden per uur, al hoog, maar dit wordt nog eens versterkt door bovenstaande oorzaken.

1 Probleemomschrijving

1.1 Aanleiding van het probleem

Vanaf begin 2000 zijn in korte tijd in heel Nederland huisartsenposten opgericht (inmiddels 130). Dit initiatief kwam voort uit de wens van de huisartsen. De bedoeling was om door grootschalige organisatie van het werk tijdens avond-, nacht- en weekenduren, het huisartsenvak voor de toekomst mogelijk te maken.

De huisartsenpost is bedoeld voor acute zorg die in het verlengde ligt van de huisartsenzorg in het algemeen. Het begrip 'acute zorg' is geen vaststaande omschrijving of definitie. (www.vhn.nl)

In de praktijk blijkt namelijk dat de patiënten met *als acuut ervaren* vragen en gezondheidsklachten aankloppen bij de huisartsenpost terwijl gebleken is dat 80% van de geboden zorg medisch gezien niet acuut is. Deze spoedbeleving van patiënten blijkt echter nauwelijks te beïnvloeden. Tot nu toe is er, mede hierdoor, ieder jaar een toename te zien van het aantal zorgvragers dat een beroep doet op de huisartsenposten. Cijfers verkregen uit landelijk onderzoek in 2006 laten zien dat het gaat om een jaarlijkse stijging van ca. 6,8% (P.H.J.Giessen, www.vhn.nl) Een benchmarkronde in de zomer van 2009 uitgevoerd door de VHN (bijlage 10.1.5) laat zien dat het aantal telefonische consulten en consulten nog steeds toeneemt, maar minder hard (stijging van ca 2,5%). Landelijk is in de loop van de jaren een kleine verschuiving zichtbaar, meer telefonische contacten en minder visites (- 0.8%). De cijfers zijn een gemiddelde van 128 huisartsenposten die hebben deelgenomen en hun jaarcijfers over 2007 hebben verstrekt.

Op de huisartsenpost in Gorinchem is de laatste 2 jaar een stabilisatie zichtbaar van het aantal consulten en visites, maar een toename van 8,5% van het aantal telefonische consulten met de huisartsenpost. (cijfers CHP Gorinchem, november 2009, bijlage 10.1.4) Ook deze telefonische contacten hebben een verhoging van werkdruk voor de artsen tot gevolg, omdat een aantal van deze patiënten door de arts teruggebeld moet worden. Tevens dienen alle contacten die door de assistentes worden afgehandeld, te worden geautoriseerd.

De stijging van het aantal zorgvragers dat een beroep doet op de huisartsenpost is niet eenduidig te verklaren.

Mogelijke hypothesen, vanuit het oogpunt van de zorgverlener, zouden kunnen zijn dat men niet tijdens kantooruren naar de huisarts wil of kan gaan (24-uurs maatschappij). Ook het idee van "veiligheid voor alles" en de "klant is koning" (mentaliteit) zou een rol kunnen spelen. Daarnaast zou de slechte bereikbaarheid van de huisartsen overdag, geen mogelijkheid meer tot zelfverwijzing naar de SEH, de wens van een second opinion en het succes van de huisartsenposten zelf, ook een verklaring kunnen zijn voor deze toename.

Vanwege de genoemde stijging van het aantal patiënten dat contact heeft met de huisartsenpost en de genoemde factoren bij "werkwijze" in de inleiding, is de werkdruk voor de huisartsen steeds verder opgelopen.

1.2 Oplossingsrichting

Om de toename van deze werkdruk weg te nemen moet er naar een oplossing worden gezocht. Er zijn meer mensen en middelen nodig. (www.vhn.nl)

Aangezien de huisartsen over het algemeen niet bereid en in staat zijn om meer dagen en/of dagdelen te werken om dit probleem te ondervangen, is er een andere oplossing nodig om de situatie beheersbaar te houden en de kwaliteit van zorg te waarborgen.

(P.H.J.Giessen) Om deze reden werd op een enkele plaats in het land een nurse practitioner (verder te noemen: NP) bij de huisartsenpost aangesteld.

Een NP is een verpleegkundige met een MANP (Master Advanced Nursing Practice). Sinds 26 maart 2009 wettelijk erkend als verpleegkundig specialist. (www.nvnp.nl) Hij/zij is een specialistisch verpleegkundige, verantwoordelijk voor de directe zorgverlening aan een geselecteerde groep patiënten met als aandachtsgebied het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden, met als invalshoek de (dreigende) gevolgen van de ziekte en de ziekte zelf, de integratie van medische en verpleegkundige kennis en de verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorgverlening. (M. Knip, 2006)

Tot op heden wordt de NP in Nederland vooral ingezet in de tweedelijns zorg. Ook zijn er al NP's werkzaam in de huisartsenpraktijk waar zij, onder supervisie van de huisarts, verantwoordelijk zijn voor een specifiek aandachtsgebied (bijvoorbeeld: chronisch zieken).

Het aantal huisartsenposten waar een NP werkzaam is, is echter nog gering. Het management van de huisartsenpost in Groningen is als eerste in 2006 gestart met het inzetten van NP's. De huisartsenposten Emmen, Zwolle en Delft zijn in navolging een pilot gestart door NP's aan te stellen. (HAPkrant, december 2009)

Omdat het bestuur van de centrale huisartsenpost te Gorinchem zoekt naar een oplossing voor de toenemende werkdruk bij de huisartsen van de HAP te Gorinchem, wil zij zich oriënteren op de mogelijkheid van de inzet van een NP bij de HAP.

Zij wil onderzoekt zien welke zorg de NP mogelijk weg kan nemen bij de huisarts.

Ook wil men onderzoekt hebben of deze zorg voldoende voorkomt om de werkdruk van de huisarts ook daadwerkelijk te verminderen. In het verlengde daarvan wil men weten welk(e) dagdeel/dagdelen hiervoor in aanmerking zou(den) komt/komen.

2 Probleemstelling

Als gevolg van de toename van het aantal patiënten dat de huisartsenpost bezoekt, loopt de werkdruk bij de huisartsen op. De huisartsen kunnen en willen dit probleem niet zelf oplossen door meer te gaan werken. Er is een oplossing nodig om het toenemende aantal patiënten op een verantwoorde wijze zorg te verlenen.

2.1 Doelstelling

We willen een onderbouwd advies uitbrengen aan de huisartsenpost te Gorinchem, waarin duidelijk wordt of het inzetten van NP's op de huisartsenpost, verlaging van werkdruk tot gevolg heeft, uiteraard met behoud van kwaliteit van zorg.

2.2 Vraagstelling

1. Is het mogelijk dat NP's een deel van de taken van huisartsen overnemen, zodat het toenemend aantal patiënten bij de huisartsenpost, op een verantwoorde manier behandeld kan blijven worden, zonder dat de huisartsen meer gaan werken?
2. Draagt de inzet van een NP daadwerkelijk bij tot een verlaging van het aantal patiënten wat door de huisarts geconsulteerd wordt en daarmee tot een verlaging van de, door de huisartsen benoemde, werkdruk?
3. Welke knelpunten zijn er mogelijk te verwachten bij implementatie van de NP bij de huisartsenpost?

2.3 Deelvragen

Welke eisen worden gesteld aan de opleiding van de NP, werkzaam bij een HAP en/of huisartsenpraktijk?

- Welke opleiding heeft de NP nodig?
- Welke bevoegdheden heeft een NP?
- Is er een specialisatie nodig voor het werk bij de HAP?
- Is een NP in opleiding voldoende bevoegd en dus inzetbaar bij de HAP?

Welke specifieke gezondheidsklachten kunnen beoordeeld worden door de NP?

- Welke klachten mogen zelfstandig beoordeeld worden?
- Welke medicatie mag de NP voorschrijven?
- Heeft een NP meer tijd per consult nodig?

Wie is eindverantwoordelijk voor het handelen van de NP?

- Is supervisie door een arts noodzakelijk?
- Zo ja, op welk tijdstip moet deze worden uitgevoerd? (na elke patiënt, na een uur, na een dag o.a.)

Wat zijn de ervaringen van de HAP waar een NP is ingezet?

- Was er bij aanvang draagvlak voor de nieuwe opzet?
- Waren er weerstanden?
- Waar liggen de aandachtspunten?

Wat moeten we weten alvorens aan de screening te beginnen?:

- Wat is/zijn de drukste dagen/dagdelen op de huisartsenpost in Gorinchem?
- Welke maanden kiezen we om te evalueren?
- Welke manier kiezen we om de aard van de consulten in kaart te brengen en te beoordelen of deze wel/niet door de NP had behandeld kunnen worden?

Wat willen we te weten komen door middel van het onderzoek?:

- Hoeveel patiënten komen er per dag/dagdeel met een klacht die door een NP behandeld had kunnen worden?
- Op welke dagdelen is de inzet van een NP het meest welkom als het gaat om werkdrukverlaging?
- Hoeveel % is het aantal patiënten, mogelijk gezien door de NP afgezet tegen het totaal aantal consulten?
- Wat zijn de meest voorkomende klachten in percentages?

3 Methode

3.1 Methode kwalitatief onderzoek

Het kwalitatief onderzoek bestaat uit interviews met NP's die werken op een HAP. Door middel hiervan worden antwoorden verkregen op de deelvragen. Er wordt gekozen voor halfopen interviews, omdat er gezocht wordt naar persoonlijke verhalen en ervaringen. Deze persoonlijke verhalen zijn noodzakelijk om inzicht te krijgen in de reden dat de desbetreffende HAP een NP in dienst nam, of deze keuze daar heeft geleid tot het verlagen van de werkdruk, hoe de implementatie aldaar verliep, of er sprake was van weerstand van assistentes of huisartsen, hoe het werk van de NP er in de praktijk uitziet en hoe de NP omgaat met verantwoordelijkheden. Vragen worden vooraf voorbereid, maar geven ruimte voor de bijdrage van de geïnterviewden. De interviews vinden zo mogelijk plaats in een persoonlijk gesprek, indien omstandigheden dit niet toelaten zal dit telefonisch gebeuren. Er worden zo veel mogelijk NP's benaderd voor het interview. Er zijn vier organisaties die werken met een NP op de HAP en zo mogelijk wordt van iedere huisartsenpost een NP benaderd om deel te nemen. De enquêtevragen en de samenvattingen zijn als bijlage toegevoegd.

Er worden enquêtes gemaakt om te weten te komen of bij de assistentes sprake is geweest van weerstand bij het aanstellen van een NP. Dit wordt gevraagd aan de assistentes omdat zij in dienst zijn van de HAP en een vaste aanstelling hebben, in tegenstelling tot de huisartsen. Verwacht wordt dat zij niet betrokken zijn geweest bij de implementatie van de NP's, dat er door de NP's wel taken van hen zijn overgenomen en dat er daarom weerstand zal zijn. Aan de geënquêteerden wordt gevraagd of er weerstand was, hoe de situatie nu is na de komst van de NP, of ze betrokken is geweest bij de discussie rondom de komst van de NP en hoe belangrijk ze het vinden om betrokken te zijn. Om te weten waar de eventuele weerstand vandaan komt, wordt aan de geënquêteerden gevraagd of er taken van de assistente zijn die door de NP zijn overgenomen en of de triagevaardigheden van de assistente voldoende zijn. De enquête is als bijlage toegevoegd.

3.2 Methode kwantitatief onderzoek

Om te kunnen beoordelen of de NP op de huisartsenpost in Gorinchem ingezet kan worden, met als doel werkdruk te verminderen, is het nodig om een overzicht te krijgen van het huidige aantal consulten per dag/dagdeel en welke patiënten hiervan in aanmerking zouden kunnen komen voor de NP. Op basis van literatuurstudie (zie 4.3 en Hoofdstuk 5) wordt, alvorens de screening te beginnen, een selectie gemaakt van aandoeningen die door de NP gezien zouden kunnen worden.

De ICPC (International Classification of Primary Care) codes die gekwalificeerd zijn om door de NP als diagnose te mogen worden gesteld, zijn overgenomen uit een eerder onderzoek: "de NP in de huisartsenpraktijk" van de Stichting KOH, 2008. (zie bijlage 10.1.1 Lijst ICPC codes) Deze lijst is gevormd aan de hand van de modules die aan bod komen tijdens de opleiding van de NP. (onderzoeksrapport KOH, 2008, pag. 90,91). Deze diagnoses zijn laagcomplex en geven nauwelijks ruimte voor een differentiaal diagnose. Er is gekozen voor overname van deze lijst, omdat dit voor de toekomst een eenduidig inzicht geeft in de (mogelijke) taken van de NP in een huisartsenpraktijk en op een huisartsenpost.

Voor het kwantitatief onderzoek is een steekproef genomen uit de laatste 12 maanden waarbij uit ieder kwartaal een hele maand is gescreend. Deze keuze is gebaseerd op het

feit dat er mogelijke verschillen in aantallen patiënten en aandoeningen per jaargetijde zichtbaar te maken zijn.

Van deze 4 maanden zijn alle vrijdagavonden, de zaterdagen en zondagen in kaart gebracht. Dit omdat is gebleken dat deze diensten structureel het drukst zijn.

Mede in het kader van de beveiliging patiëntgegevens wordt niet gezocht vanuit de overzichten in Callmanager waarin alle NAW gegevens en aanvullende informatie met betrekking tot de patiënt inzichtelijk zijn, maar is van iedere te onderzoeken maand door de HAP Gorinchem een Excel bestand beschikbaar gesteld. Hierin zijn alle verrichtingen met ICPC code, datum, tijd, alleen de geboortedatum van de patiënt, behandelend arts, tijdstip van het contact met de HAP en aard van de verrichting, vanuit Callmanager verwerkt. De ICPC-codes die (theoretisch) door de NP gezien hadden kunnen worden, zijn verwerkt in nieuwe Excel bestanden.

De uitkomsten hiervan zijn verwerkt in staaf- en taartdiagrammen om de toegevoegde waarde van de inzet van een NP, zowel wat betreft de aard van de consulten als het aantal, overzichtelijk weer te geven.

3.3 Methode literatuurstudie

Voorafgaand aan het veldonderzoek vind een literatuurstudie plaats, om inzicht te krijgen in de opleidingseisen, bevoegd- en bekwaamheden, het competentieprofiel van de NP en het wettelijk kader waarbinnen deze ingezet zou kunnen worden op de Huisartsenpost. Tevens wordt gezocht naar ervaringen met het (samen)werken met NP's in de eerstelijnszorg, zowel in Nederland als in het buitenland.

Ook is kennis nodig van de huidige situatie, wat betreft de landelijk (toegenomen) werkdruk op de huisartsenposten, om op deze manier een goede situatieschets van het moment te kunnen maken en hierop te anticiperen.

De literatuur wordt gezocht op internet (trefwoorden: *Nurse Practitioner, NP and GP, Nurse Practitioner en huisarts, history NP, opleiding tot NP, BIG registratie NP, competentieprofiel NP, huisartsenpost, ontstaan huisartsenpost, huisartsenpost and NP, MinVWS, BIG register*)

Er wordt gebruik gemaakt van het onderzoek "*Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk*" van de KOH in 2008.

Volledig onderzoek is aangevraagd bij mevrouw E.W.C.C Derckx en gekregen op 1 oktober 2009.

Er wordt gebruik gemaakt van het boek "Wat is onderzoek, Verhoeven, 2007"; "Werken met Nurse Practitioners, M. Knip, 2006"; "De verpleegkundige als ontwerper, T. Schoot e.a. 2006"

3.4 Betrouwbaarheid

Het analyserend onderzoek is gedaan aan de hand van de diagnose (ICPC-code) van de consulten op de HAP in Gorinchem. Deze code wordt pas toegekend aan het einde van het consult, als de diagnose bekend is.

Op het moment dat een patiënt de HAP belt, moet door de triage-assistente worden bepaald of de patiënt door een arts of door de NP gezien gaat worden.

Ook met gedegen triage volgens protocol is door de triage-assistente niet altijd met zekerheid vast te stellen wat de aard van de klachten is, met als gevolg dat bij de arts blijkt dat het consult, gezien de klachten, ook door de NP had kunnen worden gedaan. Andersom zal het ook voorkomen dat een patiënt door de NP doorgestuurd moet worden naar de arts.

Het aantal consulten dat op basis van triage aan de NP had kunnen worden toegekend, zal (waarschijnlijk) afwijken van het aantal dat achteraf is vastgesteld. Hiervoor is geen structurele oorzaak aan te wijzen wat betreft de werkwijze, alle assistentes werken in

principe eenduidig door gebruik te maken van de HAAK methode en de NHG telefoonwijzer.

Tevens is er een kans dat een ICPC code niet is opgemerkt of onrechtmatig is toegekend, waardoor er een patiënt te veel of te weinig voor de NP in aanmerking komt. Dit zal slechts een marginale afwijking betekenen voor de uitkomsten.

De enquêtes zijn alleen op huisartsenpost van Delft onder de triage-assistenten verspreid, de huisartsenposten Groningen en IJsselland hebben we niet kunnen enquêteren.

3.5 Validiteit

Het analyserend onderzoek van het totaal aantal consulten ten opzichte van de consulten die door de NP zouden kunnen worden gedaan, is gedaan door 2 personen afzonderlijk. Bij twijfel werd het desbetreffende dagdeel in zijn geheel gecontroleerd door de ander. Toch is er mogelijk sprake van een foutmarge doordat tijdens het screenen van de consultregels bleek dat met regelmaat de ICPC code niet of foutief was ingevoerd. (*bijv. alle consulten geduid als A72 = waterpokken*)

Door de gegevens van die consulten verder uit te zoeken hebben zijn deze wel meegenomen in het onderzoek. Er zijn geen (bindende) afspraken tussen huisartsen hoe de consulten te coderen en er is geen eenduidigheid in het toekennen van de ICPC codes, met als gevolg dat eenzelfde letsel verschillende codes toegekend krijgt. *bijv. een allergische reactie met huiduitslag, A12=allergie (niet voor de NP) en S98= urticaria (wel voor NP).*

De aantallen van consulten per dag/dagdeel zijn een totaal. Dit totaal kan onder het maximaal aantal mogelijke consulten per dag/dagdeel liggen, maar dit sluit een (gedeeltelijk) hoge werkdruk voor die dag niet uit. Het aantal patiënten per uur is niet gemiddeld, er kan tijdens een aantal uren sprake zijn van een piekbelasting terwijl de rest van de dienst zeer rustig is verlopen.

4 Resultaten literatuurstudie

Ervaring werkdruk

Uit een enquête gehouden onder de huisartsen aangesloten bij de HAP in Gorinchem, is gebleken dat 70% van de artsen de consultdiensten (te) druk vind. (respons 75%).

50% geeft aan dat het werk op de huisartsenpost aantrekkelijker zou worden door vermindering van de werkdruk.

44% geeft aan het een onbespreekbare oplossing te vinden een extra huisarts in te zetten.

53% geeft aan de inzet van een NP of Physician Assistant als mogelijke oplossing te zien om werkdruk te verminderen. (bijlage 10.1.3)

Het initiatief om een NP aan te willen stellen komt (landelijk) niet vanuit de huisartsen zelf, maar vanuit het MinVWS om het dreigende artsen tekort en het oplopen van de werkdruk het hoofd te bieden. Ook speelden de positieve ervaringen die er zijn in het buitenland met het werken van een NP of PA mee, om op deze manier de kosten van de huisartsenzorg te willen verlagen.

De LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) heeft in de toekomstvisie van 2012 opgenomen het een onwenselijke ontwikkeling te vinden. (www.lhv.artsenet.nl)

Dat de werkdruk daadwerkelijk wordt verlaagd voor de huisartsen na de inzet van een NP is bewezen in Groningen en Stadskanaal. (zie bijlage 10.1.6)

Wettelijk kader

De NP is geregistreerd in artikel 14 van het BIG register als verpleegkundig specialist en erkend door het Ministerie van VWS (februari 2009). Er is verdeling gemaakt in 4 titels, te noemen: verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen, acute zorg bij somatische aandoeningen, intensieve zorg bij somatische aandoeningen en chronische zorg bij somatische aandoeningen. Hiermee is de titel "verpleegkundig specialist" wettelijk erkend.

Er moest echter nog een wijziging van de Wet BIG plaatsvinden, op basis waarvan er bevoegdheden met betrekking tot het zelfstandig indiceren van voorbehouden handelingen kunnen worden toegekend aan andere dan artsen, verloskundigen en tandartsen.

Pas dan zijn de verpleegkundig specialisten wettelijk bevoegd om de handelingen uit te voeren waar zij voor opgeleid zijn:

- stellen van een diagnose
- opstellen van een behandelplan, waarvan het indiceren van voorbehouden handelingen en medicamenteus behandelen deel uit kunnen maken.
- uitvoeren en beëindigen van de behandeling of opdracht daartoe te geven.
- doorverwijzen van de patiënt en/of consulteren van andere disciplines.

In mei 2009 heeft minister Klink aangekondigd dat hij de verpleegkundig specialisten wel zelfstandige bevoegdheden wil toekennen en bezig is met de voorbereiding van een wijziging van de wet BIG. (VerplegingNU107, febr. 2009, VerplegingNU109, juni2009, www.verpleegkundigspecialismen.nl, www.nvnp.nl)

In een persbericht van 27 november 2009 werd aangegeven dat de ministerraad op voorstel van minister Klink heeft ingestemd met een wijziging van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) om taakherschikking tussen zorgverleners mogelijk te maken. Met deze wetswijziging neemt het kabinet het advies Taakherschikking in de Gezondheidszorg van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over.

Wat nu moet gebeuren is het, op basis van deze nieuwe wetsteksten, een Algemene Maatregel van Bestuur voor de NP/Verpleegkundig specialist maken. In die Algemene Maatregel van Bestuur moet precies worden omschreven welke voorbehouden handelingen de NP/Verpleegkundig specialist zelfstandig mag gaan doen. In die maatregel moet ook worden uitgewerkt wat en hoe geëvalueerd gaat worden in de periode van 5 jaar waarin wordt geëxperimenteerd.

(<http://www.minvws.nl/nieuwsberichten>)

Voorbehouden handelingen door de NP binnen de huisartsenzorg.

Er is dus (nog) niet wettelijk vastgelegd welke (voorbehouden) handelingen door de NP verricht mogen worden.

Er bestaan wel richtlijnen met daarin opgenomen de diagnoses die de NP in de huisartsenzorg zou kunnen stellen. Deze richtlijnen zijn vastgesteld aan de hand van de modules die de NP volgt tijdens de Master-opleiding Advanced Nursing Practice.

Tevens is gekeken naar de meest voorkomende diagnoses binnen de huisartsenzorg.

De vastgestelde lijst (bijlage 10.1.1) met ICPC-codes kan verantwoord door de NP worden gediagnosticeerd op basis van kennis en ervaring.

En kan worden onderverdeeld in de deelgebieden:

- KNO (Keel- neus- en ooraandoeningen)
- Luchtwegklachten vanaf de leeftijd van 1 jaar
- Klachten en trauma van het bewegingsapparaat, uitgezonderd schouder-, nek-, en polsklachten (wel fractuur hand/pols)
- Huidziekten en huidtrauma
- Urineweginfecties
- Geslachtsziekten
- Ouderenzorg

(bron: de nurse practitioner in de huisartsenzorg, KOH 2008)

Taakherschikking.

Dat taken structureel verschuiven van een arts naar een niet-arts, bijvoorbeeld een NP, levert een positieve bijdrage aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg. Dit is gebleken uit een onderzoek dat is uitgevoerd in 2007 door de Inspectie van de Gezondheidszorg. Bij aanvang was er sprake van scepsis, maar gebleken is dat vanuit het perspectief van de patiënt en de kwaliteit van zorg, taakherschikking alleen maar te stimuleren valt. (www.nvnp.nl)

In het buitenland heeft men al jarenlange ervaring met het samenwerken met een NP in de eerstelijnszorg. Onderzoeken gericht op patiënttevredenheid en effectiviteit laten zien dat de patiënt geen voorkeur heeft voor de NP of huisarts, mits de rol van de NP en de bevoegdheden duidelijk zijn bij de patiënt en betrokken zorgverleners. Als meerwaarde van de NP wordt genoemd de holistische visie op de patiënt en de tijd die zij voor een consult kunnen reserveren.

Tevens is uit onderzoek gebleken dat de kwaliteit van zorg, geleverd door een bekwame NP, net zo hoog is als die van de huisarts.

(www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/115846614, pubmed/18647199, pubmed/16722950, pubmed/16378563, pubmed/115846614, pubmed/17214753)

De uitkomsten van onderzoek tot dusver gehouden in Nederland komen overeen met bovenstaande resultaten. (de NP in de huisartsenpraktijk, KOH 2008,)

Niet iedereen is positief, vanuit de hoek van de huisartsen is er scepsis en terughoudendheid ten opzichte van de taakherschikking binnen de huisartsenzorg. Bezwaren als versnippering van de zorg, meer tijd kwijt zijn aan supervisie en overleg, het missen van patiëntencontact door de huisarts, gezinssystemen uit het oog verliezen en daardoor problemen niet meer kunnen signaleren, het verdwijnen van kennis bij de huisarts omdat hij "gewone" kwalen niet meer ziet, het ontbreken van een goede afstemming wie welke patiënten ziet, etc.

Volgens de LHV strookt het niet met de visie van de beroepsgroep, diagnosticeren dient enkel aan de huisarts voorbehouden te worden. (Medisch Contact, 2004, LHV,)

4.1 Ontstaansgeschiedenis huisartsenposten

De huisartsenpost (HAP) heeft in de afgelopen jaren gezorgd voor een nieuwe vorm van avond-, weekend-, en nachtdiensten voor huisartsen.

In 2001 is de eerste HAP geopend en vanaf dat moment is een landelijk dekkend stelsel van huisartsenposten ontstaan (Toekomstvisie huisartsenposten in Nederland, 2004).) Al in het midden van de jaren '90 bleek uit een onderzoek van NIVEL dat de werkdruk van de ANW diensten bij huisartsen zorgde voor overbelasting. Met de uitslag van dit onderzoek werd in Rotterdam voor het eerst gestart met wat we nu een huisartsenpost noemen: een vaste ruimte met vaste doktersassistenten en een dienstauto. De participerende huisartsen hebben op deze manier minder vaak dienst wat voor verlaging van de werkdruk zorgt. In 2000 concludeerde een werkgroep van het ministerie VWS, de zorgverzekeraars en de landelijke vereniging huisartsen dat de organisaties van ANW diensten zorgen voor vermindering van werkdruk en een verbetering van de kwaliteit. In 2001 werd de huisartsendienststructuur (HDS) erkend door een Algemene maatregel van bestuur en vanaf dat moment schoten de HDS'en als paddenstoelen uit de grond. (Toekomstvisie huisartsenposten in Nederland, 2004)). In 2007 waren er al 131 posten, konden 16 miljoen (96%) mensen terecht bij een HAP en waren 7000 huisartsen aangesloten. (Vereniging huisartsenposten Nederland; De huisartsenpost, Armslag voor een goed eerstelijns loket, oktober 2007).

De functie van een huisartsenpost is om in de avond, weekend en nacht toegankelijk en bereikbaar te zijn bij acute zorg. Bovendien dient de post als een poortwachter, zodat in het ziekenhuis geen onnodige zorg gevraagd en geboden wordt.

De visie van de Vereniging huisartsenposten Nederland over de ANW-zorg staat als volgt op de website (www.vhned.nl):

1. De behoefte van de patiënt staat centraal. De kwaliteitskenmerken van de ANW-zorg zijn beschikbaarheid, bereikbaarheid, goede en persoonsgerichte zorg.
2. De beschikbaarheid en bereikbaarheid van huisartsgeneeskunde voor spoedeisende vragen en acute zorg 7 maal 24 uur staat voorop.
3. ANW-zorg is onderdeel van de reguliere huisartsgeneeskunde en huisartsenzorg; de inzet en betrokkenheid van huisartsen is voor de kwaliteit van deze zorg cruciaal.
4. De huisartsenpost ontwikkelt zich tot een vitale schakel in een aangesloten keten voor spoedeisende, acute zorg. Er komt nauwe samenwerking en heldere afbakening met andere voorzieningen in de acute keten.
5. De deskundigheid, de infrastructuur en de faciliteiten van de huisartsenposten is breder inzetbaar dan alleen voor ANW-zorg. Ze zullen een belangrijke rol spelen in de vernieuwing en versterking van de eerstelijnszorg in Nederland.
6. De ontwikkeling van het stelsel van huisartsenposten en de acute zorg als geheel is regionaal maatwerk op basis van duidelijke landelijke kaders voor kwaliteit en financiering.

Door de komst van de huisartsenpost kan de huisarts kwalitatief goede zorg bieden met aanvaardbare arbeidsomstandigheden.

4.2 Ontstaansgeschiedenis Nurse Practitioner

De functie van de NP is ontstaan in de Verenigde Staten.

De aanleiding hiervoor vormde de vraag naar betaalbare zorg voor iedereen. Daarbij was er een ernstig tekort aan artsen in de eerstelijns zorg (Roodbol, P.F. 2005). In 1960 wordt om deze redenen de physician assistant geïntroduceerd. Deze functie is eigenlijk ontstaan tijdens de Vietnam oorlog waarin EHBO'ers op medisch vlak zich snel ontwikkelden (Hamric et al, 1996).

Vanuit de verpleegkundige hoek was er nogal wat verzet tegen dit discipline. De verpleegkundigen zagen liever iemand uit de eigen beroepsgroep in zo'n functie (Hamric et al, 1996). Dit resulteerde erin dat er een tweede discipline bijkwam, de NP. (Roodbol, P.F. 2005).

De verpleegkundige Loretta Ford en de arts Henry Silver ontwikkelen in 1965 de eerste opleiding tot NP.

De eerste NP-ers waren werkzaam in de jeugdzorg. In die tijd waren veel kinderen in achterstandwijken en achterbuurten verstoken van goede gezondheidszorg (Knip, M. 2006, Roodbol, P.F. 2005). Vervolgens begonnen de NP-ers zich ook steeds meer te richten op andere specifieke doelgroepen, zoals vrouwen en ouderen.

Eind jaren 70 deed de NP zijn intrede in het ziekenhuis in de VS. (Roodbol, P.F. 2005).

Sinds de jaren 80 deed de NP zijn intrede in het Verenigd Koninkrijk. Ook hier was een tekort aan artsen en toenemende kosten de aanleiding voor het instellen van dit discipline. (Knip, M. 2006).

Ook in andere landen kwam de NP. Vaak was hier sprake van dezelfde redenen zoals kostenbesparing en een tekort aan artsen. Begin 2004 is er een survey via internet geweest waaruit bleek dat er wereldwijd in 42 landen de functie van NP is ingesteld. De validiteit van het onderzoek was wel beperkt o.a. doordat dit alleen via internet gehouden werd.

In 1997 startte het Academisch Ziekenhuis Groningen en de Hanzehogeschool met de opleiding tot NP. Al snel kwamen er meer opleidingsplaatsen bij (Tijdschrift voor de Nurse Practitioner april 2006)

Eind 2002 waren er 150 NP's werkzaam in verschillende settings. Dit waren zowel afgestudeerde als NP's in opleiding. Door stimulering van de overheid groeide dit aantal snel (Knip, M. , NVNP).

Vanuit de overheid wordt de invoering van de NP gestimuleerd. Werd er in 2003 nog € 17 miljoen voor uitgetrokken, in 2007 was dit al opgelopen tot € 70 miljoen.

Voor de instelling van deze functie lagen een aantal redenen ten grondslag;

- Het vergroten van de loopbaanmogelijkheden van verpleegkundigen
- Het tekort van specialisten
- Het beter benutten van de expertise van verpleegkundigen

In het begin werd er zowel vanuit de medische als ook de verpleegkundige hoek, nogal kritisch gekeken naar de NP. Artsen hebben immers een jarenlange studie terwijl de NP na 2 jaar studie een gedeelte van hun taken kan overnemen. Na verloop van tijd verdwenen deze weerstanden en nu wordt de NP gezien als iemand die hen kan helpen met taken waar ze niet meer aan toe komen. De verpleegkundigen zijn bang dat de aantrekkelijke kanten van hun beroep gaan verdwijnen, maar ze zijn wel blij met de laagdrempeligheid om een NP te raadplegen bij vragen of problemen (Roodbol, P.F. 2005).

In tegenstelling tot de NP in de Verenigde Staten waren hier de meeste NP's werkzaam in de klinische zorg (Knip, M.). Van de eerste lichte van 16 NP's die in Nederland in 2000 afstudeerden was er slechts één werkzaam in de eerstelijnszorg (Hanzeservice, 2000). Doordat er een tekort voor huisartsen aan het ontstaan is neemt het aantal NP's toe dat werkzaam is bij een huisarts (Roodbol, P.F. 2005). In 2004 startte er een project met 12 opgeleide NP's die ingezet werden in een huisartsenpraktijk (Dierick-van Dale, A.T.M.

5 Resultaten van kwantitatief onderzoek

5.1 Inleiding

Van de maanden december 2008, maart, juni en september 2009 zijn de consulten van de vrijdagavond (17.00 – 24.00 uur) en de zaterdag en zondag (8.00 – 24.00 uur) geteld aan de hand van de ICPC-code. Deze code omschrijft de uiteindelijke diagnose.

Zaterdag en zondag zijn verdeeld in een dagdienst (8.00 – 16.00 uur) en avonddienst (16.00 – 24.00 uur).

NB: vrijdagavond begint het spreekuur om 18.00 uur, alleen spoedgevallen tussen 17.00 en 18.00 uur.

In de staafdiagrammen is het aantal werkelijke consulten van het betreffende dagdeel weergegeven en daartegen is afgezet het aantal consulten dat de NP, op basis van de uiteindelijke diagnose, had kunnen doen. De gemiddelden, totalen en de procentuele verhoudingen per dag en weekend zijn onder de tabellen geplaatst.

Tevens is met betrekking tot de werkdruk een conclusie getrokken door het werkelijk aantal consulten te vergelijken met het aantal mogelijke consulten.

In de taartdiagrammen is van iedere maand een procentuele weergave gemaakt per aandoening die door de NP had gezien kunnen worden. (zie bijlage 10.1.2 Lijst verdeling ICPC per aandoening)

Tabel 5.1 *Taakinfilling huisartsen* (Het aantal mogelijke consulten is het aantal consultartsen x het aantal werkzame uren x 6 patiënten.)

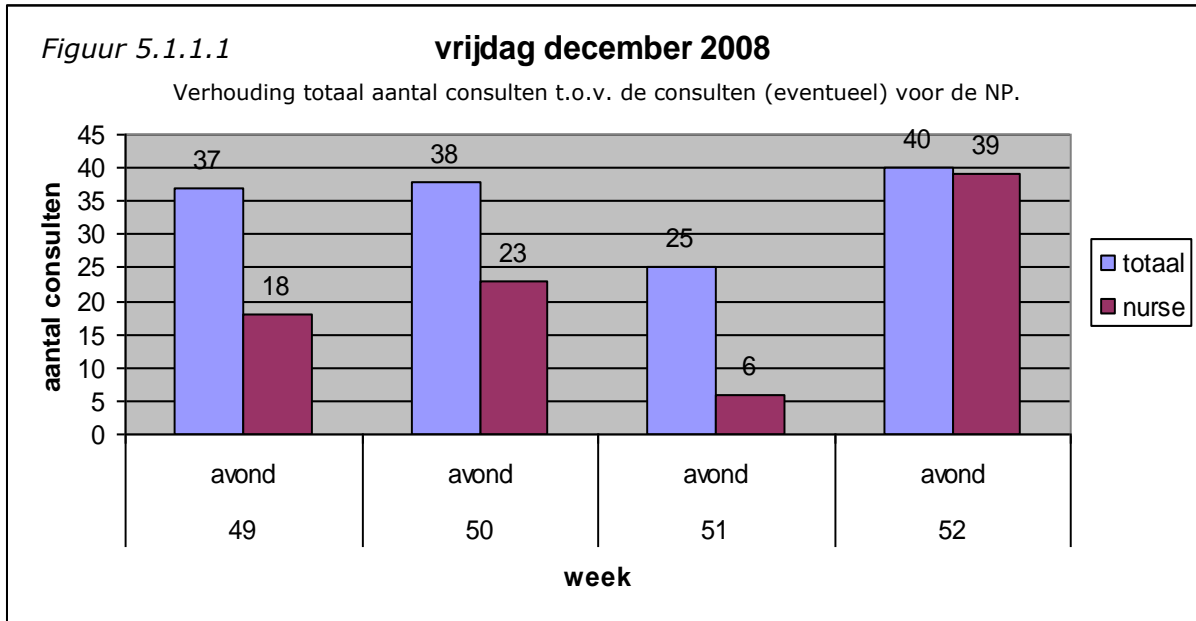
Dagdeel	Vrijdag avond	Zaterdag overdag	Zaterdag avond	Zondag overdag	Zondag avond
Mogelijk aantal consulten	33	78	90	78	57
Verantwoordelijkheden artsen	De consult-arts is verantwoordelijk voor terugbellen, overleg en autorisatie	De consult-arts is <i>niet</i> verantwoordelijk voor terugbellen, overleg en autorisatie, dit zijn de taken van de regie/tel.arts.	1 consultarts (A1) is tevens verantwoordelijk voor terugbellen, overleg en autorisatie.	De consult-arts is <i>niet</i> verantwoordelijk voor terugbellen, overleg en autorisatie, dit zijn de taken van de regie/tel.arts.	1 consult-arts (A1) is verantwoordelijk voor terugbellen, overleg en autorisatie.
Tevens kan vanaf 10:00-18:00 1 consultarts worden ingeschakeld om ook visites te gaan rijden.					

Toelichting 5.1: De verschillen in het aantal mogelijke consulten worden enkel bepaald door het aantal consultartsen dat aanwezig is tijdens deze dienst. Het aantal van 6 patiënten per uur is voor elke dienst gelijk gehouden, ongeacht de (extra) taken van de huisarts. (Zie bijlage 10.1.9 voor de dienstenstructuur.)

NB:

- Voor alle dagdelen geldt dat de visite-arts, bij het ontbreken van visites, meehelpt bij de consulten.
- Voor alle dagdelen geldt dat er een achterwacht beschikbaar is.
- In het geval van voorspelbare drukte, bijv. rondom feestdagen, griepepidemie of ijsperiode, kan een extra arts worden ingeroosterd op zaterdag en zondag.
- Het totaal aantal consulten is een weergave van alle consulten die worden verricht, ook diegene die door de assistentes, met autorisatie van een arts, worden afgehandeld.

5.1.1 December 2008



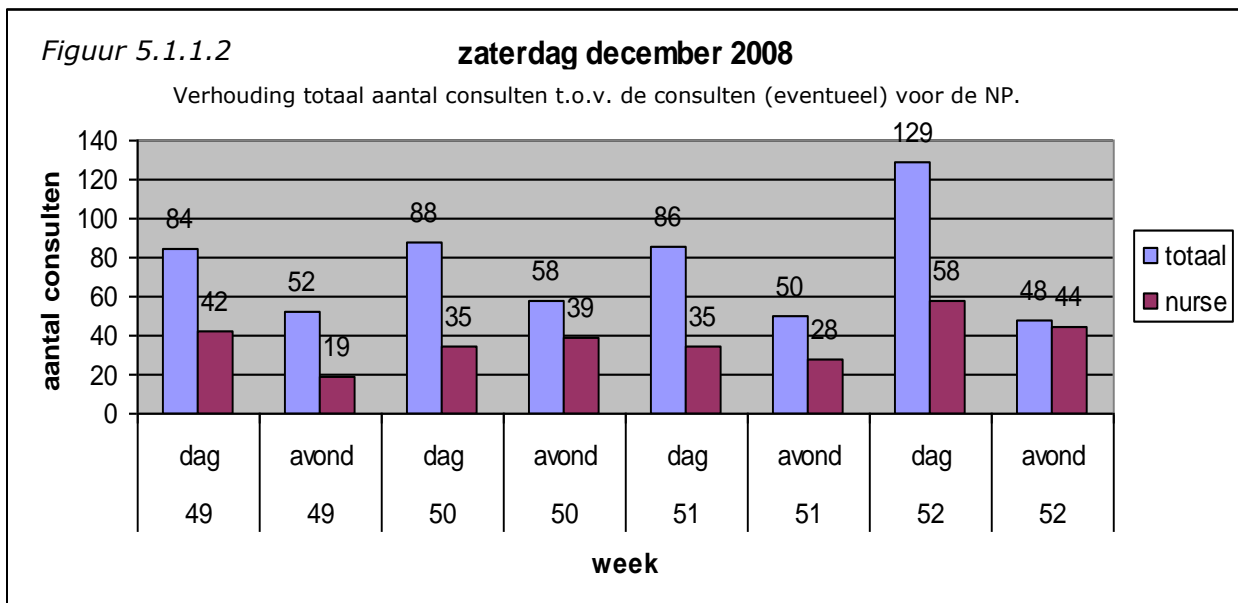
Toelichting 5.1.1.1.

De laatste vrijdag van deze maand is de avond van tweede kerstdag geweest. Opvallend is dat hoegenaamd alle consulten door een NP gezien hadden kunnen worden. De avond zelf is, gezien het totaal aantal consulten, niet drukker dan 2 andere vrijdagavonden uit deze maand. Week 51 is opvallend rustiger geweest, hiervoor is geen verklaring te geven, ook niet voor het zeer lage aantal consulten dat de NP had kunnen zien.

Het totaal aantal consulten bedraagt **140 stuks**, waarvan er **86** door de NP gedaan hadden kunnen worden. Een percentage van **61,5%**

(discussie: deze hoogte wordt vooral veroorzaakt door de uitslag van 2^e Kerstdag)

De werkdruk is (te) hoog, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten per avond (33)



	<u>totaal</u>	<u>NP</u>	<u>%</u>
gemiddelde dag	97	43	44
gemiddelde avond	52	33	63
Totaal zaterdag	595	300	

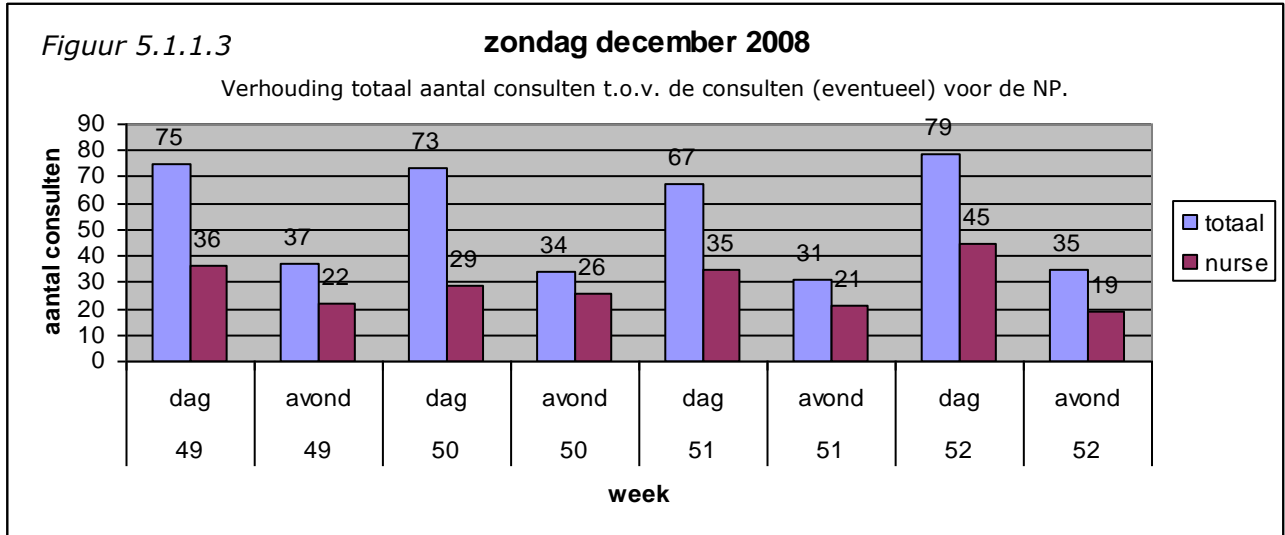
Toelichting 5.1.1.2

In week 52 is er tijdens de dagdienst een groot aantal consulten verricht. Dit heeft te maken met het feit dat dit de zaterdag na de kerstdagen betref. De avond daarentegen is niet drukker dan normaal geweest.

(discussie: het gemiddelde van de dag is vooral hoog door het aantal consulten op 27 december. Zonder deze dag zou het gemiddelde 86 i.p.v 97 bedragen)

De werkdruk overdag is (te) hoog, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (78)

De werkdruk 's avonds (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (90)



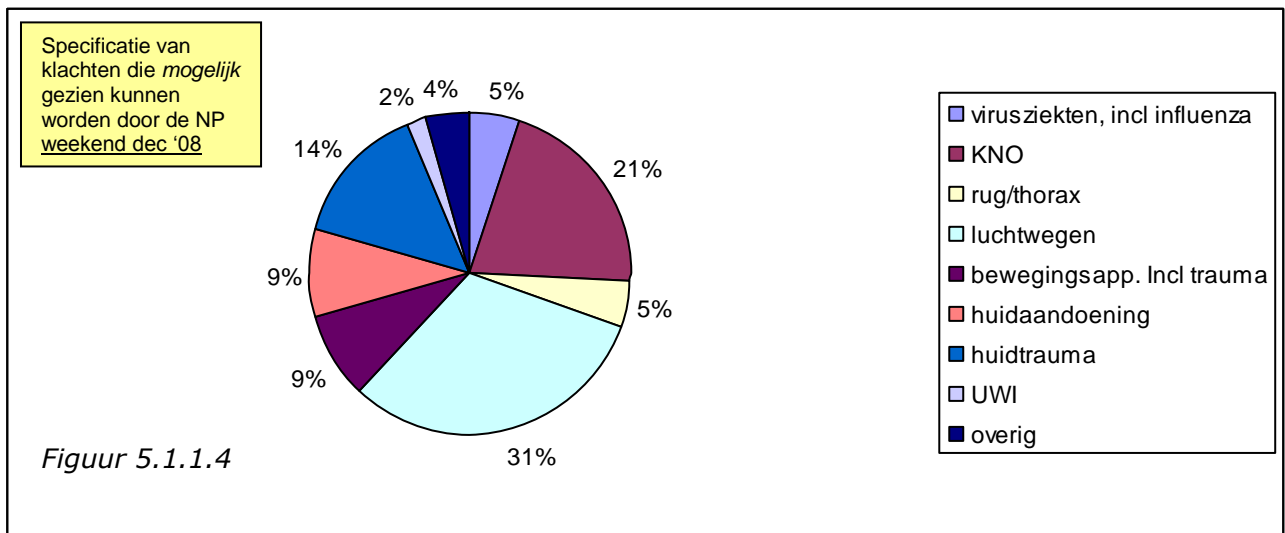
	<u>totaal</u>	<u>NP</u>	<u>%</u>
gemiddelde dag	74	36	49
gemiddelde avond	34	22	65
Totaal zondag	431	233	

Totaal weekend december '08	1026	533
------------------------------------	-------------	------------

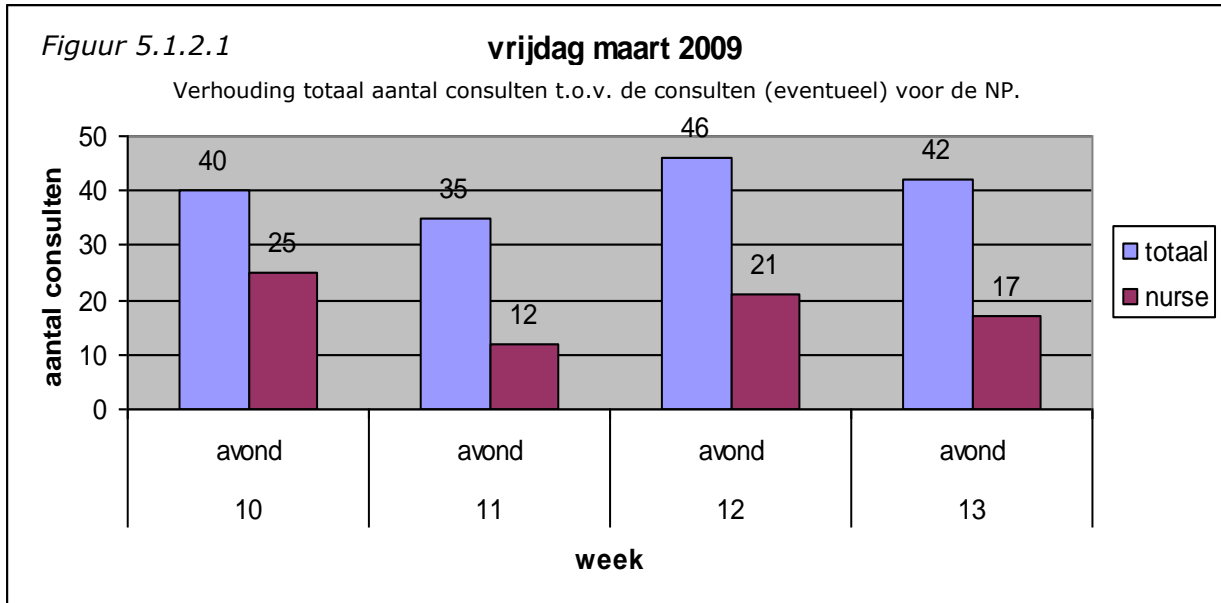
Toelichting 5.1.1.3

De werkdruk overdag (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (78) alhoewel het hier een zeer krappe marge betreft.

De werkdruk 's avonds (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (57)



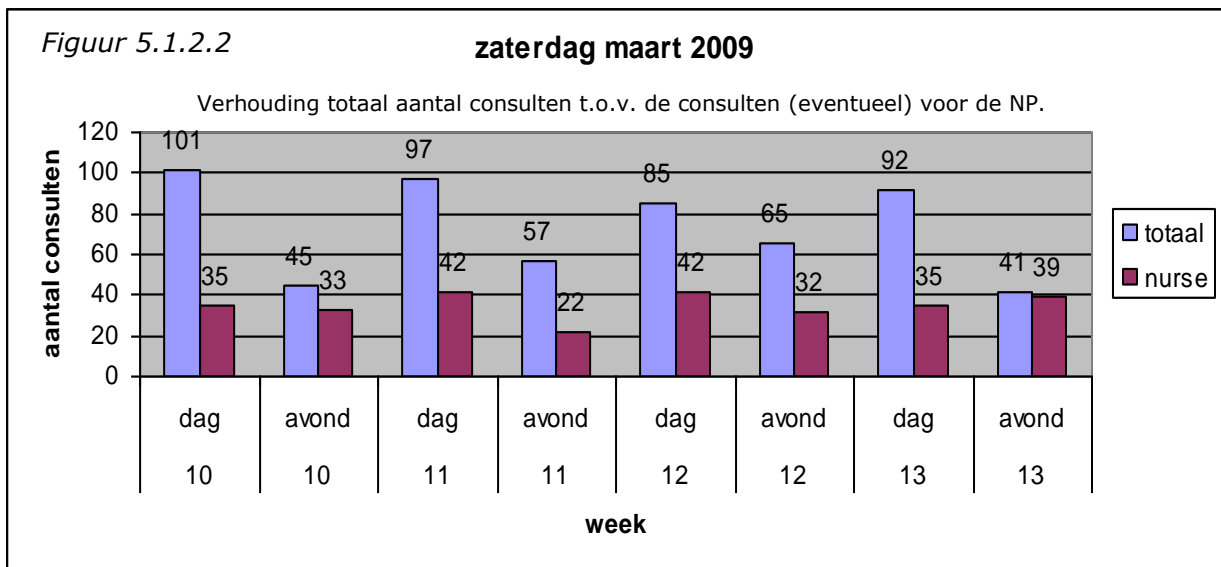
5.1.2 Maart 2009



Toelichting 5.1.2.1

Het totaal aantal consulten bedraagt **163 stuks**, waarvan er **75** door de NP gedaan hadden kunnen worden. Een percentage van **46%**.

De werkdruk is (te) hoog, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten per avond (33)



	<u>totaal</u>	<u>NP</u>	<u>%</u>
gemiddeld dag	94	39	41
gemiddeld avond	52	32	62
subtotaal	583	280	

Toelichting 5.1.2.2

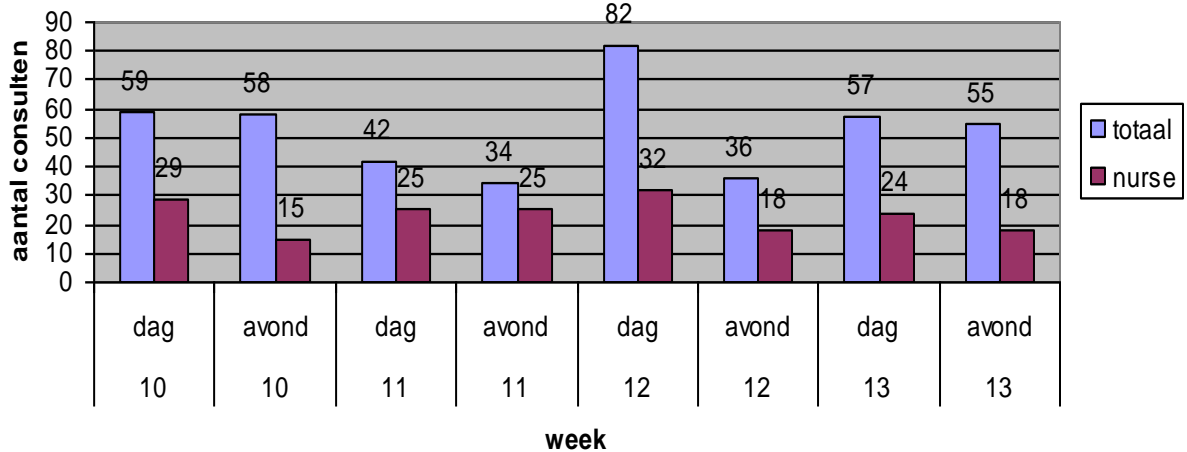
De werkdruk overdag is (te) hoog, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (78)

De werkdruk 's avonds (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (90)

Figuur 5.1.2.3

zondag maart 2009

Verhouding totaal aantal consulten t.o.v. de consulten (eventueel) voor de NP.



	<u>totaal</u>	<u>NP</u>	<u>%</u>
gemiddeld dag	60	28	47
gemiddeld avond	46	19	41
subtotaal	423	186	
Totaal weekend maart '09	1006	466	

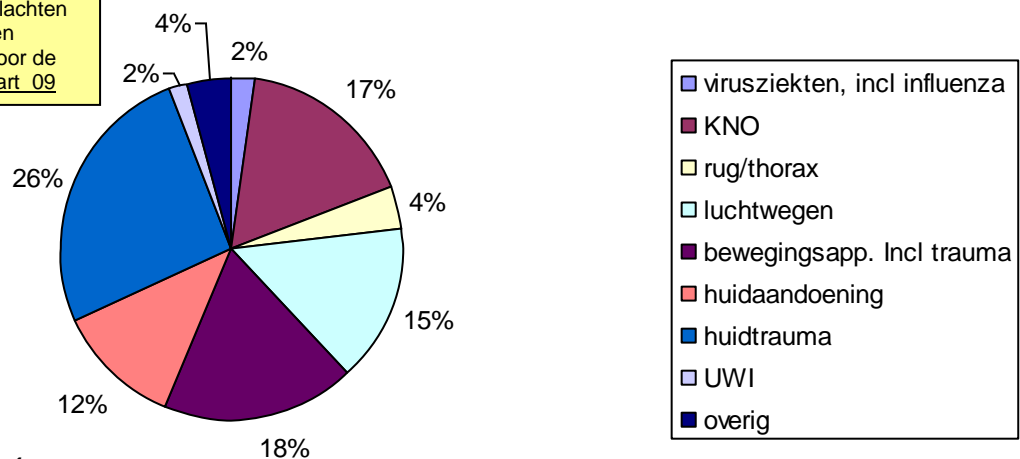
Toelichting 5.1.2.3

Het verschil tussen week 11 en 12 is erg groot wat betreft het totaal aantal consulten. Het aantal wat de NP had kunnen overnemen verschilt echter niet heel sterk.

De werkdruk overdag (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijk consulten (78) met **uitzondering** van week 12.

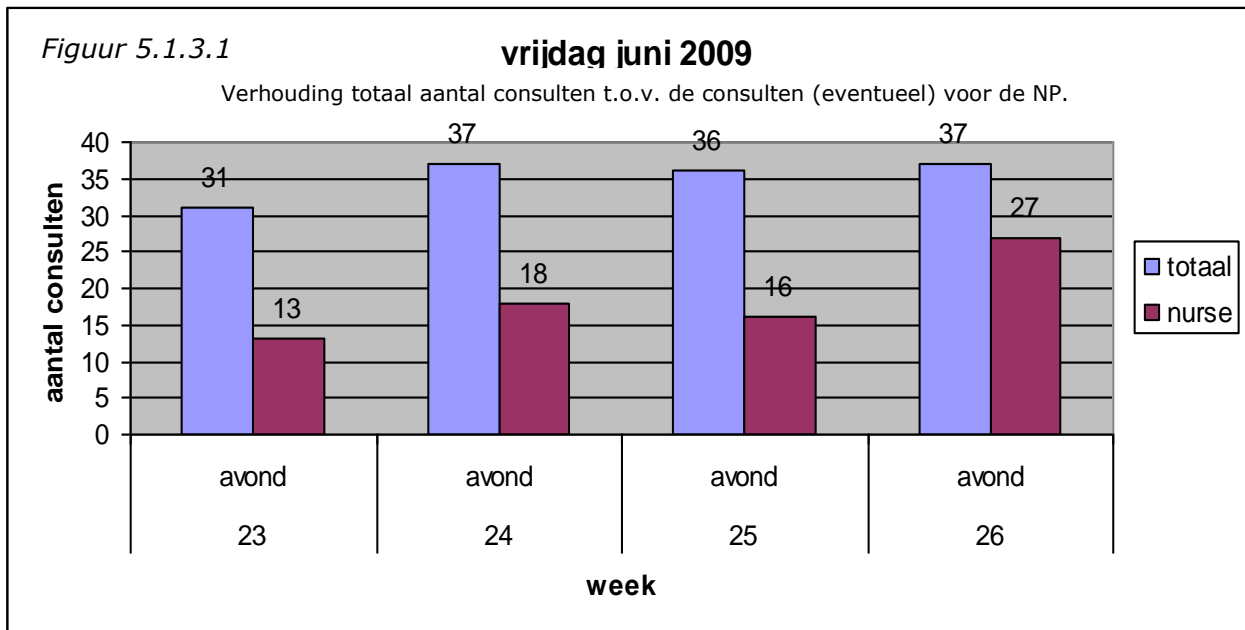
De werkdruk 's avonds (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (57)

Specificatie van klachten die mogelijk gezien kunnen worden door de NP weekend maart '09



Figuur 5.1.2.4

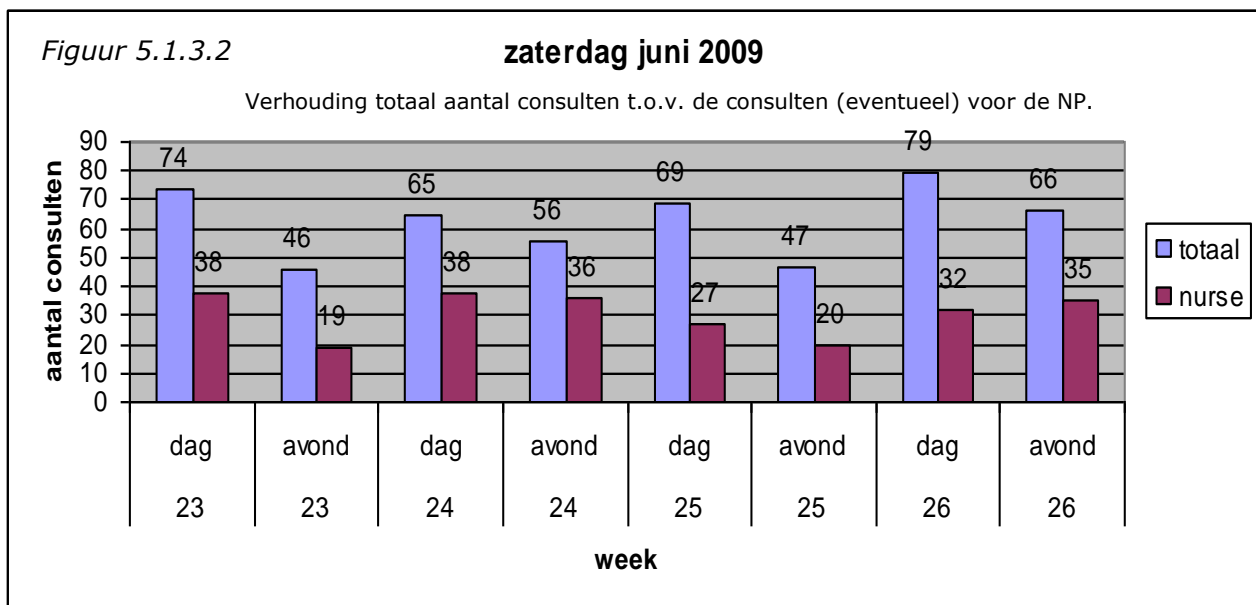
5.1.3 Juni 2009



Toelichting 5.1.3.1

Het totaal aantal consulten bedraagt **141 stuks**, waarvan er **74** door de NP gedaan hadden kunnen worden. Een percentage van **52%**.

De werkdruk is (te) hoog, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten per avond (33)

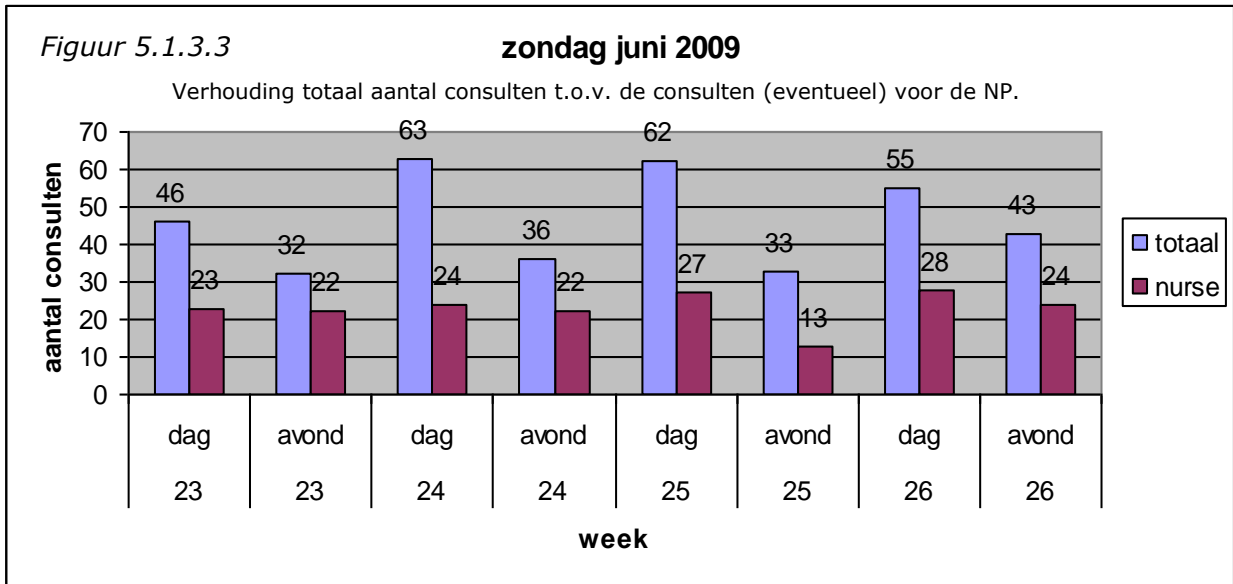


	<u>totaal</u>	<u>NP</u>	<u>%</u>
gemiddeld dag	72	34	47
gemiddeld avond	54	28	51
subtotaal	502	245	

Toelichting 5.1.3.2

De werkdruk overdag (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (78)

De werkdruk 's avonds (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (90)

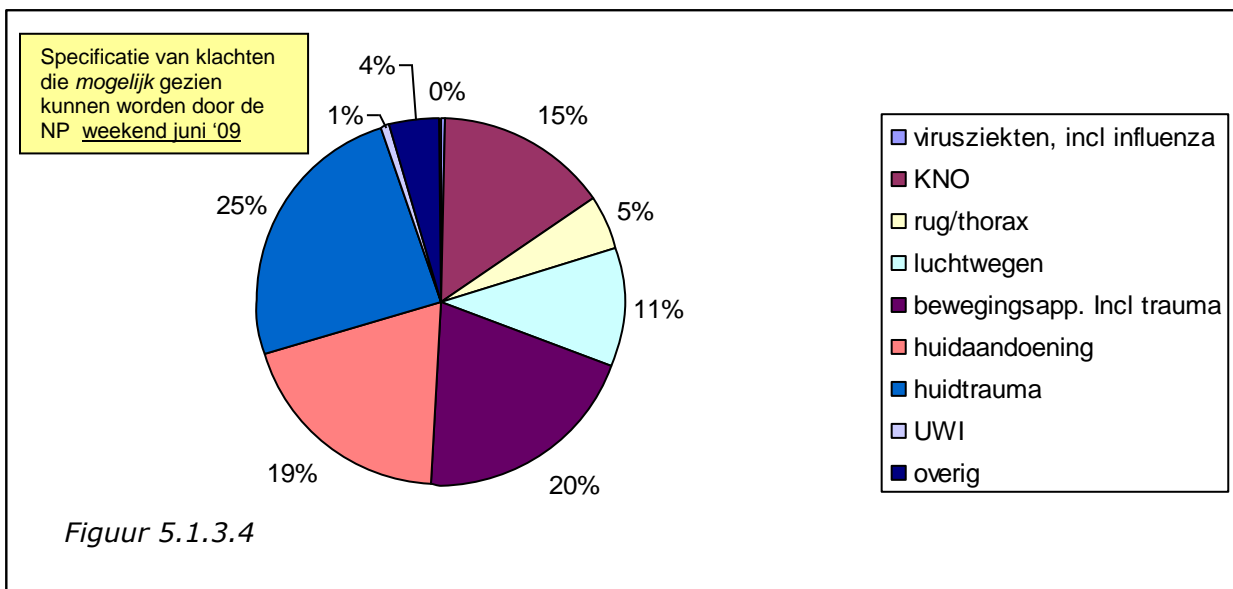


	<u>totaal</u>	<u>NP</u>	<u>%</u>
gemiddeld dag	57	26	46
gemiddeld avond	36	20	56
subtotaal	370	183	
Totaal weekend juni '09	872	428	

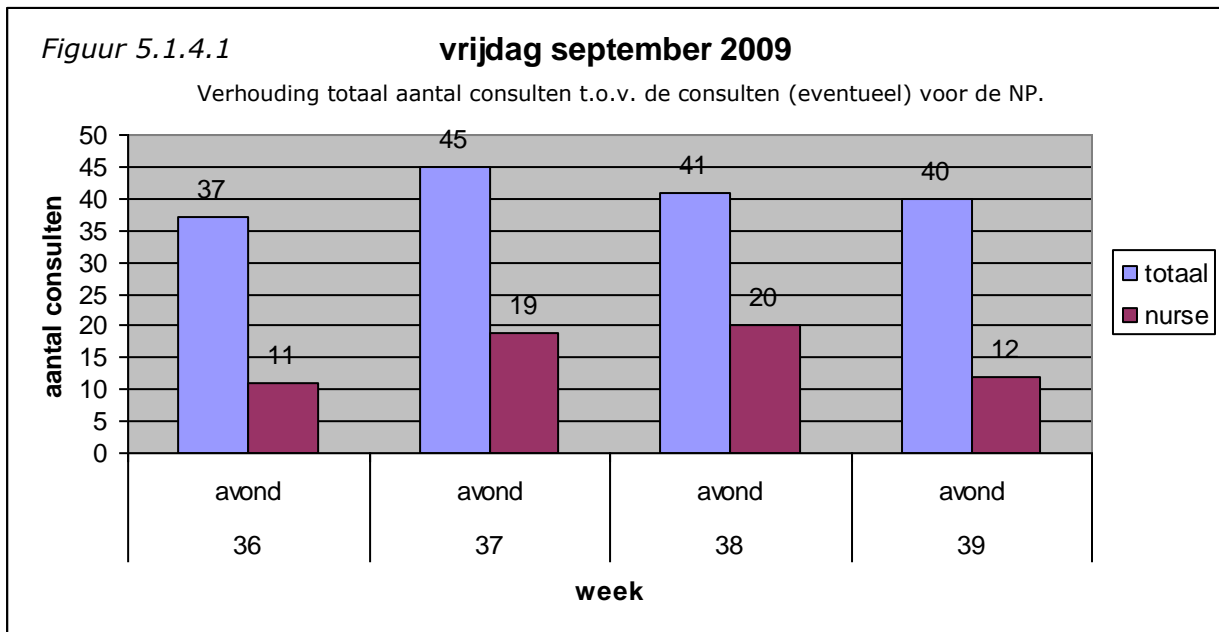
Toelichting 5.1.3.3

De maand juni is zijn totaliteit rustiger geweest dan de maand maart '09. Het aantal dat de NP had kunnen overnemen ligt in deze maand echter percentueel hoger.

De werkdruk overdag (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijk consulten (78)
 De werkdruk 's avonds (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (57)



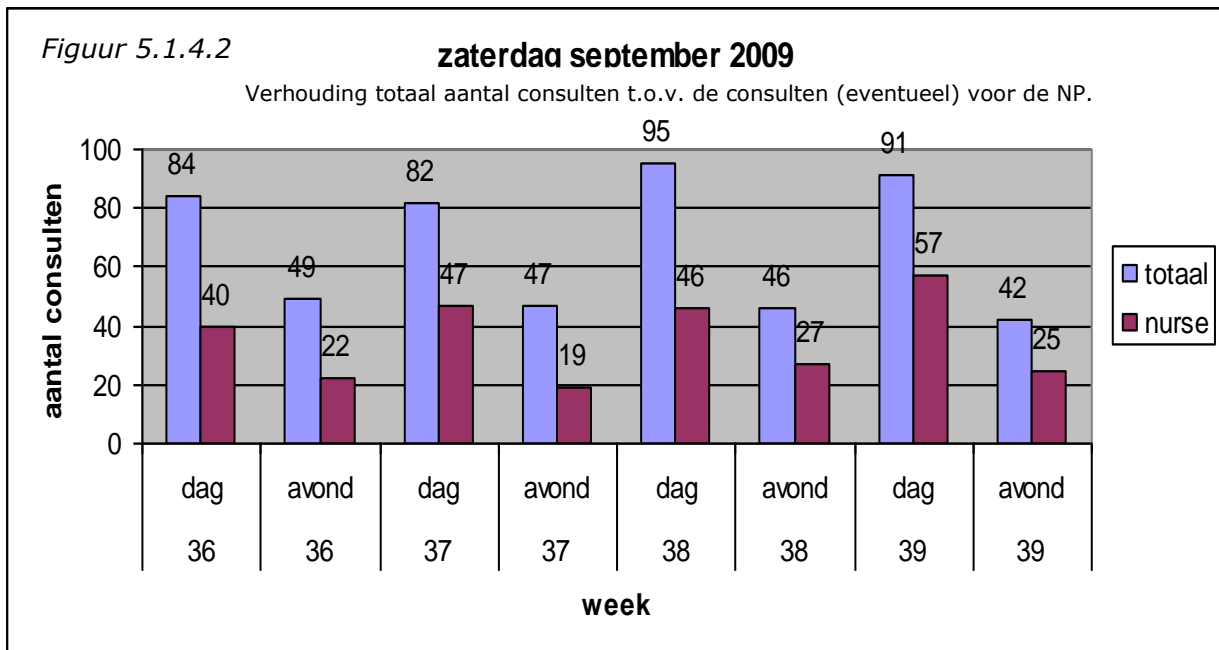
5.1.4 September 2009



Toelichting 5.1.4.1

Het totaal aantal consulten bedraagt **163 stuks**, waarvan er **62** door de NP gedaan hadden kunnen worden. Een percentage van **38 %**.

De werkdruk is (te) hoog, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten per avond (33)



gemiddelde dag	88	48	55
gemiddelde avond	46	23	50
Totaal zaterdag	536	283	

Toelichting 5.1.4.2.

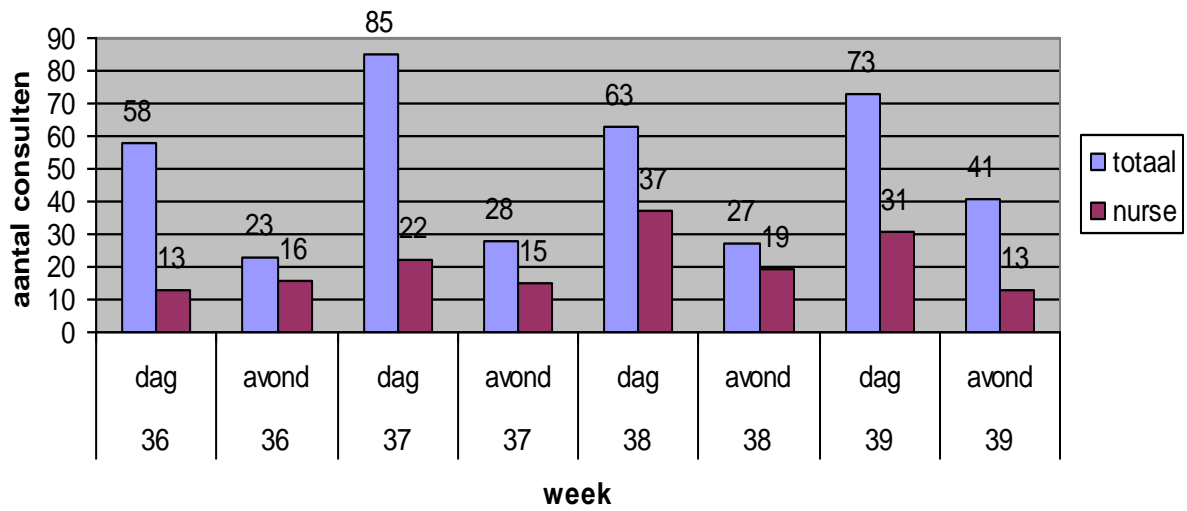
De werkdruk overdag is (te) hoog, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (78)

De werkdruk 's avonds (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (90)

Figuur 5.1.4.3

zondag september 2009

Verhouding totaal aantal consulten t.o.v. de consulten (eventueel) voor de NP.



	<u>totaal</u>	<u>NP</u>	<u>%</u>
gemiddelde dag	70	26	37
gemiddelde avond	30	16	53
Totaal zondag	398	166	
Totaal weekend sept'09	946	449	

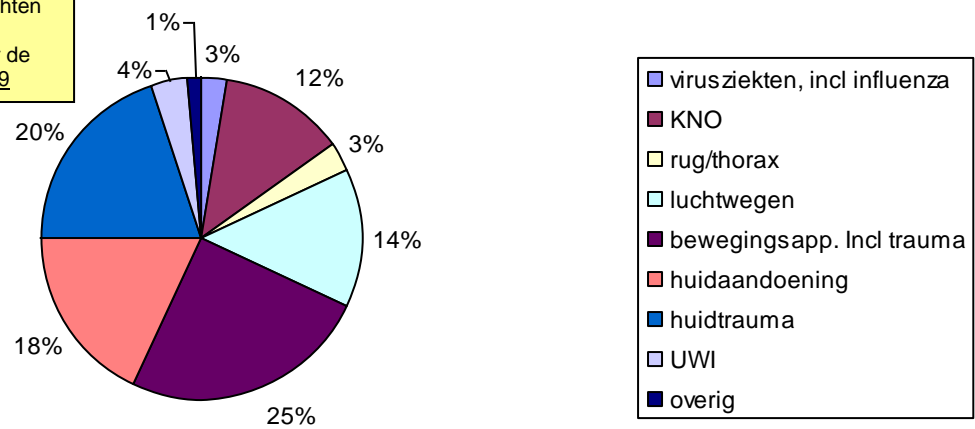
Toelichting 5.1.4.3

De zondag in de maand september heeft in week 37 een uitschieter van 85 consulten per dag. Het aantal consulten dat mogelijk door de NP had kunnen worden overgenomen is echter niet hoger dan normaal.

De werkdruk overdag (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijk consulten (78) met **uitzondering** van week 37.

De werkdruk 's avonds (lijkt) acceptabel, afgezet tegen het aantal mogelijke consulten (57)

Specificatie van klachten die *mogelijk* gezien kunnen worden door de NP weekend sept 09



Figuur 5.1.4.4

6 Resultaten van kwalitatief onderzoek

6.1 Resultaat interviews

Drie interviews zijn afgenomen, één persoonlijk en twee telefonisch. Alle drie de interviews zijn verwerkt als tekst en gevalideerd door de geïnterviewden. De uitgewerkte interviews zijn als bijlage toegevoegd. De onderstaande tekst is een samenvatting van de drie interviews.

De geïnterviewden zijn:

- *Liona Hazekamp*, tweede jaar NP in opleiding HAP Delft, Stichting Huisartsenpost Delft e.o.
- *Leo Klink*, NP bij de HAP Zwolle, onderdeel van Stichting Dienstenstructuur Huisartsen IJssel-Vecht/Flevoland.
- *Renea Gerlach*, NP bij de HAP Groningen, onderdeel van de doktersdienst Groningen.

Opleiding

De NP's die werken op een HAP hebben hun opleiding op de betreffende HAP gevolgd, of in een andere instelling. Hazekamp is bezig met haar opleiding in de HAP Delft, ze zit in haar tweede jaar. Klink heeft de opleiding bij de ambulancedienst gedaan en Gerlach bij een huisartsenpraktijk. Zowel Klink als Gerlach zijn als gediplomeerd NP bij de HAP komen werken en draaien in de HAP alleen spreekuur. Klink: *ben sinds vorig jaar samen met vier collega-NP 's gedetacheerd bij Stichting Dienstenstructuur Huisartsen IJssel-Vecht/Flevoland, op de post in Zwolle. Ieder weekend werkt op de HAP in Zwolle één NP.* Hazekamp is in dienst gekomen van de HAP om naast spreekuur te draaien zich ook bezig te houden met nevenactiviteiten. Hazekamp: *Acute zorg is overigens niet het enige wat ik doe. Naast het medische is het ook de bedoeling dat ik de assistentes ga bijscholen. Ook wil de directeur dat de NP zich gaat bezig houden met kwaliteitszorg. Mijn leermeesters en ik zien het ook als een meerwaarde dat een NP onderzoek kan doen. Daardoor kun je evidence based onderzoeksresultaten implementeren in de praktijk. Wat men hier ook als heel belangrijk acht, is dat ik hier de constante factor ben omdat de HAP mijn werkplek is. Op die manier kan ik zorgen voor continuïteit. Ik ben de brug tussen de HA en de doktersassistenten.*

Domein

Zowel Gerlach als Klink heeft weerstand gevoeld van huisartsen op de HAP. Beide zeggen zich te moeten hebben bewijzen. Klink: *Wij zijn een jaar geleden begonnen en in het begin heeft dat wel voor weerstand gezorgd. De artsen vonden wel dat we in hun domein kwamen werken. Dat verpleegkundigen daar kwamen zitten na een 2 jarige opleiding terwijl de huisarts 10 jaar gestudeerd had, gaf bij sommigen wel een raar gevoel. Nu een jaar later is dat gevoel wel weg. De artsen hebben gemerkt dat ze in acute situaties veel aan ons hebben; wij hebben door ons werk als ambulanceverpleegkundigen veel ervaring met acute zorg en dan werken we heel protocollair en adequaat. Op die manier hebben we een beetje onze plek verworven. De samenwerking is uit nood geboren, maar is nu goed'. Gerlach : *We zijn als NP's toch een vreemde eend in de bijt, je moet jezelf als NP zien waar te maken; je moet laten zien wie je bent en wat je doet'.**

Hazekamp heeft helemaal geen weerstand ervaren, hoewel ze er vooraf wel voor gewaarschuwd was: *Ook ben ik gewaarschuwd dat ik nu in het medisch domein ga werken, wat het domein van de arts is. Sommige artsen zullen dat lastig vinden, en het kan zijn dat artsen geen zin hebben om je te begeleiden omdat ze bijvoorbeeld een drukke dienst hebben. Maar het komt eigenlijk weinig voor dat een HA het niet ziet zitten, en op zo een moment is er vaak een andere HA die wel tijd voor me heeft'.*

Dat ze uiteindelijk geen weerstand heeft ervaren, komt volgens haar omdat alle betrokkenen ver voor haar komst goed op de hoogte waren: *Er is van te voren heel veel aandacht aan besteed, en dat is een groot pluspunt. Toen ik hier kwam wist iedereen al van mijn komst. Ook is er een werkgroep NP ingesteld met daarin ikzelf, mijn collega-NP, mijn medisch leermeester, mijn verpleegkundig leermeester, een assistente en een huisarts. In deze werkgroep wordt alles wat ik doe besproken. We hebben een*

startdocument gemaakt met deze werkgroep, met daarin ook wat we willen bereiken over twee jaar'.

Spitsuren

De NP is er in alle gevallen gekomen om werkdruk van HA te verlagen. Alle NP's werken op de drukke tijden, namelijk in het weekend. Hazekamp werkt nu nog twee rustige avonden per week, omdat ze op die manier toekomt aan haar leerproces. Het is het de bedoeling dat ze straks op drukke tijden gaat werken namelijk de vrijdagavond, zaterdag en zondag. Klink en Gerlach werken alleen in het weekend. Klink: *'De HAP ziet elk jaar een toename van patiënten van 7 %. Vooral in de weekenden is het erg druk op de post. In het weekend zien we veel letsel van het bewegingsapparaat, vaak sportletsel. Door de toenemende drukte zouden de huisartsen meer diensten moeten draaien. Dit wilden ze niet en toen heeft het bestuur besloten om vier NP'ers in dienst te nemen'.*

Op de HAP in Groningen bleek dat de komst van een NP bijdroeg aan het verlagen van de werkdruk voor de HA: *' Een NP die werkzaam was op de SEH van het UMCG begon met een pilot van drie maanden op de HAP met een NP. Ze onderzocht wat de reactie was op de komst van een NP en wat een NP kon toevoegen aan de post. Na drie maanden bleek dat er wel een beetje draagvlak voor was. De wachttijd voor patiënten werd korter en het bleek dat sinds de komst van de NP de achterwacht (huisarts) niet meer in huis hoefde te komen'.*

Krenten uit de pap

Bij zowel Hazekamp als Klink bleek dat het niet zo is dat de NP de krenten uit de pap haalt voor de assistentes. Klink: *' Ook de assistentes waren bang dat wij hun leuke klussen zouden inpikken. Toen wij op de post kwamen werken bleek de weerstand van de assistentes helemaal niet nodig; het was druk genoeg om voor iedereen de leuke klussen te blijven doen'.* Hazekamp: *' Er zijn dingen in mijn werkerrein die overlappen met die van de assistentes. Maar het is niet zo dat ik nu de krenten uit de pap haal. Als er iemand met een wond aan het loket komt dan zullen de assistentes die verbinden en dat vind ik helemaal niet vervelend. Het is hier druk genoeg, zodat iedereen aan zijn trekken komt'.* Voor de HAP in Groningen geldt dit niet, want daar deden de assistentes voor de komst van de NP al geen chirurgisch assisterende taken.

Taakverdeling

Alle NP's hebben hun eigen groep aandoeningen en klachten. De HAP Groningen was de eerste HAP van het land dat met NP's ging werken, en het takenpakket is daar tot stand gekomen in samenwerking met de inspectie voor Gezondheidszorg. In Delft is het takenpakket tot stand gekomen samen met de directeur van de HAP en de medisch leermeester. Hazekamp: *' Er zijn een aantal dingen die zij graag behandeld zien door een NP, omdat dat klachten en kwalen zijn die laagcomplex zijn'.* Klink: *' Wij zien de patiënten met letsel aan het steun- en bewegingsapparaat, dit is vaak sportletsel. Een enkele keer zie ik ook mensen met rib- of wervelletsel. We doen juist deze patiëntengroep omdat het aanbod van deze patiënten in het weekend heel groot is. Het is belangrijk om afspraken te maken over de taakverdeling en verantwoordelijkheden'.* De NP is bevoegd om zelfstandig een patiënt te zien en te behandelen, zonder overleg met een huisarts. De NP mag zelfstandig doorverwijzen en hechten. Klink: *'Ik doe de anamnese, lichamelijk onderzoek en stel een diagnose. Ik mag zelfstandig doorverwijzen, medicijnen voorschrijven volgens protocol en ik mag hechten'.* Een NP is echter nog niet bevoegd zelfstandig medicijnen voor te schrijven. Hazekamp: *'Ik val onder de wet BIG maar er is een artikel, artikel 14, die is speciaal voor NP's wat maakt dat je zelfstandig kan functioneren en je ook valt onder het tuchtrecht. Alleen staat in de wet nog niet dat ik zelfstandig medicijnen mag voorschrijven'.* Gerlach: *'Ik ben als NP niet bevoegd om zelfstandig medicijnen voor te schrijven, dat moet altijd in overleg met de HA. De ene HA vertrouwt op mijn deskundigheid en zet een handtekening op het recept, de andere HA vraagt om een toelichting. In de verslaglegging naar de huisarts wordt altijd vermeld, indien het noodzakelijk is om voor te schrijven, met welke huisarts is overlegd.'*

Protocollen

De NP's werken allen volgens protocollen. Hazekamp maakt haar eigen protocollen, met hulp van spoedpost Waterland en info van de NHG standaard. Hazekamp: *'Ik moet strak volgens protocollen werken en ik heb ook voor die klachten en kwalen een protocollenboek geschreven, met hulp van een spoedpost in Noord-Holland. Verder moet ik mijn informatie halen van de NHG standaard'*. Klink werkt met een protocollenboek dat is gemaakt in het MC Haaglanden, een SEH waar gewerkt wordt met NP's. Voor Gerlach waren er geen bestaande protocollenboeken, HAP Groningen was de eerste HAP die met NP's ging werken. Gerlach: *'We hebben veel gewerkt met bestaande protocollenboeken en formularia volgens de NHG standaarden. Ook hebben we veel gehad aan de traumaboeken van het UMCG. Het protocollenboek van het MC Haaglanden gebruiken we ook, maar we wisten pas van het bestaan van deze boeken toen we al een half jaar bezig waren'*.

Grenzen

Een NP is eindverantwoordelijk voor zijn eigen handelen. Ook voor de NP blijft gelden: bevoegd is bekwaam. Gerlach: *'Als ik een 'niet pluis' gevoel heb, vraag ik een HA mee te kijken'*. Het is belangrijk je eigen grenzen aan te geven, zeggen alle NP's. Klink: *'Wanneer ik niet bekwaam ben zal ik een patiënt altijd doorsturen'*. Hazekamp: *'Het is heel belangrijk om te weten waar mijn grenzen liggen'*. Gerlach: *'Als nurse practitioner is het belangrijk om professioneel te werken, daarbij hoort ook het bewaken en aangeven van de grenzen van je huidig competentie niveau.'*

Patiënten

De patiënten zijn allemaal vooraf op de hoogte gesteld dat ze door een NP worden gezien. In Groningen worden patiënten al aan de telefoon verteld dat ze een plek krijgen bij de NP, in Delft en Zwolle hangt een mededeling in de wachtkamer. Hazekamp: *'Ik heb het één keer meegemaakt dat een psychiatrische patiënt liever alleen een huisarts wilde zien, maar verder vinden de patiënten het prima, als ze maar geholpen worden. Ik vertel altijd wat mijn functie is en dat ik zelfstandig de patiënt nakijk en daarna overleg heb met de huisarts'*.

Consult

Een consult van een ervaren NP op de HAP duurt ongeveer 15 minuten, net zo lang als een consult van de huisarts. Klink: *'De NP ziet in het weekend 20 tot 30 patiënten. Ik besteed ongeveer 10 tot 15 minuten per patiënt. Ik geloof dat een huisarts één patiënt per uur meer ziet'*. Ook in Groningen heeft een NP niet langer nodig: *'Voor een consult plant een assistente 15 minuten in mijn agenda. Sommige patiënten staan met 10 minuten buiten, vooreen ander consult heb ik twintig minuten nodig. De tijd die ik nodig hebt ontloopt niet veel met die van de huisarts. Bij de HA wordt iedere 13 minuten een patiënt gepland'*. Gerlach verwijst naar een beschrijving van de werkdruk in Groningen en Stadskanaal: De huisarts doet wel meer consulten per uur dan de NP-er. Dit laat zich verklaren door het feit dat de dokter alle aangeboden patiënten kan zien (betere vulling van het spreekuur). Daarbij vragen de consulten van de NP-er meer tijd uit de aard van de patiëntencategorieën die zij ziet. (bron: werkdruk per huisarts/ NP'er Stadskanaal/Groningen 2009)

Eigen plek

Alle NP gaven aan dat het belangrijk is een eigen spreek/behandelkamer te hebben. In Delft was voor de komst van de NP al een bouwvergunning aangevraagd en was de kamer er op tijd. Gerlach benadrukt dat het belangrijk is een eigen kamer te hebben *'om serieus genomen te worden'*. Klink merkt op dat het missen van een eigen kamer soms voor lastige situaties zorgt: *'Er zou een behandelkamer bij moeten. Nu houden wij (NP) de behandelkamer vaak bezet, zodat een huisarts op zijn spreekkamer moet behandelen'*.

6.2 Resultaten enquêtes

Er werden 20 enquêtes verspreid onder de assistentes van de huisartsenpost in Delft, 13 hiervan kwamen ingevuld terug, een respons van 65%. 4 van hen zijn verpleegkundige en 9 zijn doktersassistente. Van deze assistentes hebben 12 personen een triagediploma.

Opvallend is dat geen enkele assistente vooraf weerstand had tegen de komst van een NP en dat hun mening hieromtrent ook niet is veranderd na implementatie. 1 assistente geeft aan dat de NP een verrijking is voor de huisartsenpost.

Hoeveel jaar werkervaring HAP Delft * aantal contracturen HAP

Figuur 6.2.1		aantal contracturen HAP			
		8-12 uur	12-16 uur	16 uur of >	Total
hoeveel jaar werkervaring	< 2 jaar	3	0	1	4
HAP Delft	4-6 jaar	0	1	2	3
	> 6 jaar	2	0	4	6
	Total	5	1	7	13

Toelichting 6.2.1.

De enquêtes zijn ingevuld door assistentes met ruime werkervaring, 70% werkt er langer dan 4 jaar en heeft de implementatie van de NP dus meegemaakt, wat inhoudt dat zij hun mening hebben gevormd op basis van persoonlijke ervaringen.

Betrokken bij de discussie n.p? * was betrokkenheid belangrijk

Figuur 6.2.2		was betrokkenheid belangrijk				
		niet belangrijk	soms belangrijk	belangrijk	heel belangrijk	Total
betrokken bij de discussie n.p?	helemaal niet	1	3	2	0	6
	soms	0	2	2	0	4
	redelijk vaak	0	0	1	1	2
	Total	1	5	5	1	12

Toelichting 6.2.2

12 assistentes gaven hun mening over de mate waarin ze betrokken zijn bij de implementatie van de NP en hoe belangrijk ze betrokkenheid vonden.

1 assistente had geen mening, 10 personen gaven aan betrokkenheid (soms) belangrijk te vinden, maar slechts 2 geven aan hier ook daadwerkelijk regelmatig bij betrokken te zijn.

65% zegt door middel van een vergadering op de hoogte te zijn gebracht en 1 persoon door middel van een persoonlijk gesprek.

1 van de assistentes zat in de werkgroep nurse practitioner. Niet bekend is of zij een enquête heeft ingevuld.

triagevaardigheden voldoende?

Figuur 6.2.3		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soms	1	7,7	8,3	8,3
	meestal wel	9	69,2	75,0	83,3
	altijd	2	15,4	16,7	100,0
	Total	12	92,3	100,0	
Missing	System	1	7,7		
Total		13	100,0		

Toelichting 6.2.3

11 assistentes (met allen een triagediploma) gaven aan dat hun triagevaardigheden meestal of altijd voldoende zijn om te kunnen verwijzen naar het spreekuur van de NP of de huisarts.

De assistentes noemden onderstaande factoren als reden waarom de patiënt op het spreekuur van de arts wordt geplaatst.

De patiënt gaat liever naar de h.a.	1 keer
De agenda van de NP is voller dan die van de h.a.	3 keer
De triage is door drukte beperkt.	1 keer
Onduidelijke hulpvraag van de patiënt.	5 keer
De patiënt wil geen antwoord geven op triage vragen.	1 keer
De patiënt spreekt slecht Nederlands.	2 keer
De patiënt is ongeduldig of agressief.	3 keer

Drie assistentes gaven naar aanleiding van vraag 16 (*Zijn er taken overgenomen door de NP die u eerder als doktersassistente had?*) aan dat de NP 1 of meerdere taken heeft overgenomen, genoemd worden vooral: wondverzorging en injecteren.

Naar aanleiding van vraag 18 (*Denkt u dat de werkdruk voor de artsen is verminderd door de komst van de NP?*) geven de assistentes in Delft aan dit nog niet optimaal te kunnen beoordelen, omdat deze NP (in opleiding) nog niet volledig zelfstandig werkt. Wel wordt het aantal consulten dat de NP zelf kan afhandelen steeds groter en is merkbaar dat de werkdruk voor artsen hierdoor al afneemt.

De assistentes hebben er allen vertrouwen in dat, na diplomering, de NP een aanwinst is voor de HAP en er duidelijk sprake zal zijn van werkdrukvermindering voor de huisartsen.

7 Conclusie

Uit het onderzoek is gebleken dat het zowel kwantitatief als kwalitatief, mogelijk is om een NP op de huisartsenpost van Gorinchem in te zetten die taken van de huisarts kan overnemen.

De inzet van de NP in Gorinchem zal op vrijdagavond en zaterdag overdag het meest renderend zijn als het gaat om werkdrukverlaging, omdat op deze momenten het patiëntenaanbod steeds groter is dan de beschikbare (theoretische) capaciteit aan huisartsen. Op zondag overdag was op 6 van de 16 zondagen (overdag) de werkdruk (te) hoog.

Het percentage consulten wat de NP op deze dagdelen kan overnemen is ruim voldoende om de werkdruk daadwerkelijk te verlagen.

Een NP/verpleegkundig specialist met werkervaring in de acute zorg heeft de voorkeur boven een NP uit de huisartsenzorg als het gaat om beoordeling en behandeling van trauma's van huid en bewegingsapparaat. Wat betreft de KNO- en luchtwegklachten, chronische klachten aan het bewegingsapparaat en huidaandoeningen, zou een NP opgeleid in de huisartsenzorg prima ingezet kunnen worden. Nascholing en extra praktijkervaring in zowel de acute als chronische huisartsenzorg, zou er voor moeten zorgen dat beide categorieën NP's/verpleegkundig specialisten voldoen aan de gestelde eisen en dat patiëntveiligheid is gewaarborgd. De keuze zal mede bepaald worden door het aanbod van beschikbare NP's en de afbakening van aandoeningen die door de NP gezien gaan worden.

De NP kan naast patiëntenzorg ook worden ingezet voor onderzoek, scholing en kwaliteitszorg.

Voor de NP kan worden ingezet dienen alle betrokkenen op de HAP goed te zijn geïnformeerd over de taken van de NP. Er zal een afgebakende groep klachten en aandoeningen beschreven moeten worden die de NP zal gaan behandelen. Een afgebakende groep is de meest patiëntveilige manier, omdat de NP op deze manier protocollair kan blijven werken en bekwaam blijft in de vooraf afgesproken patiëntencategorie. De assistentes moeten hierbij volledig worden betrokken, zodat zij weten welke patiënt naar de NP verwezen kan worden en kunnen zorg dragen voor een goede agendaplanning. Tevens kan hierdoor de samenwerking tussen de NP en de assistentes worden bevorderd zodat beide een optimale invulling kunnen geven aan het werken op de huisartsenpost.

Voorts dient nagedacht te worden over het onderkomen van de NP. Een NP zal op de dagen dat deze aanwezig is over een aparte spreek-/behandelkamer moeten beschikken.

8 Discussie

Een van de uitvoerders van dit onderzoek is werkzaam bij de opdrachtgever als doktersassistente. Dit heeft er voor gezorgd dat het onderwerp weerstand een rol heeft gekregen in het onderzoek. Dit zou mogelijk gebaseerd kunnen zijn op angst voor verlies van taken die de assistentes hebben tijdens de omloopdienst. Er is een enquête uitgezet onder de assistentes in Delft waarin onder andere naar weerstand werd gevraagd. Dit gaf geen nieuwe inzichten of uitkomsten van het onderzoek. Bovendien hadden alle NP's in de interviews benadrukt dat er onder de assistentes weinig tot geen weerstand was tegenover de komst van de NP. Dit werd bevestigd door alle assistentes die deelnamen aan de enquête, geen van hen gaf aan weerstand te hebben ervaren voorafgaand of na implementatie van de NP. Wel werd aangegeven het (erg) belangrijk te vinden betrokken te worden bij de inzet van de NP.

In de enquête hebben we ook gevraagd of de triagevaardigheden van de assistentes toereikend zijn om de patiënt bij de juiste hulpverlener te plaatsen. Wanneer er soms of meestal is geantwoord, was de meest voorkomende reden de onduidelijke hulpvraag van de patiënt. Deze informatie hadden we niet op een andere manier kunnen krijgen dan uit de enquêtes.

Ook heeft de enquête duidelijk gemaakt dat de assistentes inzien dat de werkdruk bij de huisartsen wordt verlaagd wanneer er een gediplomeerd NP op de post werkzaam is.

Uit onze interviews is naar voren gekomen dat er onder de huisartsen op de HAP weinig weerstand was tegen te NP, als die er was is dit meer koudwatervrees te noemen en is die snel (binnen een jaar) verdwenen. De literatuur zegt echter, dat er onder de huisartsen wel degelijk weerstand heerst tegen de NP. De LHV heeft in de toekomstvisie van 2012 opgenomen de komst van een NP in de praktijk een onwenselijke ontwikkeling te vinden. De LHV stelt dat diagnosticeren voorbehouden moet blijven aan de huisarts (www.lhv.artsennet.nl). In een aantal huisartsenposten in Nederland is echter door het bestuur gekozen voor een NP. Het kan zijn dat de visie van de LHV niet breed wordt gedragen door alle huisartsen. Het kan ook zijn dat de huisartsen het niet zien zitten om een NP aan te stellen in hun eigen praktijk, maar een NP in de HAP geen probleem vinden omdat ze daar alleen hun diensten doen.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de NP op de HAP zelfstandig de diagnose stelt, behandelplan maakt, behandeling uitvoert, de patiënt doorverwijst en (geprotocolleerd) medicijnen voorschrijft. De wet BIG omtrent de bevoegdheden van de NP is echter nog in ontwikkeling. Sinds 27 november 2009 is een wetsvoorstel van minister Klink door de ministerraad aangenomen om taakherschikking tussen zorgverleners mogelijk te maken. Dit betekent dat de NP, in de wet BIG genoemd als verpleegkundig specialist, sinds die tijd ook wettelijk zelf bevoegd is tot het verrichten van voorbehouden handelingen en niet meer in opdracht van een arts handelt. In de wet is echter nog niet beschreven om welke voorbehouden handelingen het gaat. Er wordt gewacht op een Algemene Maatregel van Bestuur die dit omschrijft. Wanneer een NP wordt aangesteld op de HAP, moet goed afgesproken worden voor welke handelingen deze bevoegd wordt.

Op de huisartsenpost in Groningen is dit met de komst van de NP in 2006, in nauwe samenwerking met de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg), gebeurd om de patiëntveiligheid zo goed als mogelijk te waarborgen.

Uit het kwantitatieve onderzoek komt duidelijk naar voren dat veel aandoeningen die door een NP gezien mogen worden in de huisartsenpraktijk, niet op een HAP voorkomen. Dit zijn dan veelal de chronische klachten waarmee de patiënten niet naar een HAP gaan, maar wel langs de eigen huisarts. Uit het onderzoek blijkt dat KNO klachten, aandoeningen aan de luchtwegen, het bewegingsapparaat incl. trauma, huid en huidtrauma, circa 90% van de mogelijke consulten voor een NP op de HAP uitmaken. Het aantal patiënten dat met een UWI (urine­weginfectie) op de HAP komt is groot, maar alle vrouwen met een ongecompliceerde UWI worden door de assistentes, met autorisatie van een arts, afgehandeld. Mannen met een UWI zijn in het onderzoek wel meegenomen als zijnde voor de NP, maar gezien het percentage van voorkomen en mogelijke complexiteit is het raadzaam deze door de arts te laten beoordelen. Dit geldt tevens voor rug- en thoraxklachten en virusziekten. Het percentage "overig" omvat alle IPCP-codes die tevens door de NP gezien kunnen worden, maar buiten de bovengenoemde aandoeningen valt. Dit percentage is iedere maand zeer laag. Een NP die op een HAP werkzaam is kan daarom beter ingezet worden voor een beperkt aantal, zeer veel voorkomende, aandoeningen. Hierdoor is het voor assistentes duidelijk welke patiënten door de NP behandeld kunnen worden en krijgt de NP ruime ervaring met het behandelen van een aantal aandoeningen, zodat het aantal patiënten wat door een NP per uur gezien kan worden wordt verhoogd.

Wat ook opvalt aan het kwantitatief onderzoek is dat het aantal patiënten die door de NP gezien kunnen worden, naar verhouding in de avond het hoogst ligt. Dit zou verklaard

kunnen worden omdat de avond dienst start om 16.00 uur en de sport- en andere trauma's vaker voorkomen in de middag en vroege avond.

De inzet van een NP op de HAP Gorinchem zou het meest waardevol zijn op de vrijdagavond en zaterdag overdag, omdat dan het huisartsentekort het grootst is. Dit is niet alleen toe te kennen aan de grote stroom patiënten, maar ook aan het aantal huisartsen op de post op die momenten. Op zondag overdag is er incidenteel sprake van een te hoge werkdruk. In het onderzoek kon niet worden meegenomen hoeveel uren de consultarts beschikbaar moest zijn om visites te gaan rijden met de tweede auto. Deze conclusie is gebaseerd op gemiddelden, incidentele andere (te) drukke dagen of dagdelen dan de vrijdagavond of zaterdag of zondag overdag komen ook voor. Dit is in sommige gevallen te verklaren en te voorzien omdat er sprake is van een griep epidemie, ijs/sneeuw ongevallen, etc. Echter is de patiëntenstroom veelal niet voorspelbaar en zal op die momenten ad hoc moeten worden gereageerd door de beschikbare achterwacht in te zetten.

9 Aanbevelingen

- Het aanstellen van een afgestudeerde NP/Verpleegkundig Specialist acute zorg bij somatische aandoeningen of chronische zorg bij somatische aandoeningen, aangevuld met extra praktijkervaring en nascholing in de chronische, respectievelijk acute huisartsenzorg.
- De NP inzetten op vrijdagavond en zaterdag overdag, zondag overdag ter overweging.
- Bindende afspraken maken rondom de verantwoordelijkheid, welke voorbehouden handelingen door de NP zelf mogen worden uitgevoerd en wanneer supervisie van een huisarts noodzakelijk is, zodat de patiëntveiligheid zo goed als mogelijk is gewaarborgd.
- Sterk afbakenen van aandoeningen die door de NP gezien gaan worden, zodat ervaring en productiviteit van de NP wordt verhoogd en adequate agendaplanning door de assistentes is te realiseren.
- Geruime tijd voorafgaand aan de implementatie van de NP, alle huisartsen en assistentes informeren over bevoegdheden en verdeling van het takenpakket en gelegenheid geven tot het stellen van vragen of uiten van weerstand. Eventueel ondersteunt door een werkgroep.
- Een eigen behandel- of spreekkamer voor de NP.

10 Literatuurlijst

Buijse R. (2009) De verpleegkundig specialist en de wet BIG. VerplegingNU, 18e jaargang Nr.109, 10-11

College Specialismen Verpleegkunde (CVS) Besluit verpleegkundig specialisme acute zorg bij somatische aandoeningen CSV van december 2008

http://www.verpleegkundigspecialismen.nl/Portals/45/College/081216_Specifiek%20besluit%20acute%20zorg%20somatisch.pdf

College Specialismen Verpleegkunde (CVS) Algemeen besluit specialismen verpleegkunde

http://www.verpleegkundigspecialismen.nl/Portals/45/College/081216_Algemeen%20besluit%20CSV.pdf

Derckx E.W.C.C. (2008) Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk. Stichting KOH.

<http://www.stichtingkoh.nl/index.php?content=organisatie&menu=organisatie&tekst=project2&id=15>

Hamric, A, Spross J, Harson C (2009), Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. 4e druk. St Louis (USA): Saunders Elsevier

HAP krant, oktober en december 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007) Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg.

http://www.nvnp.nl/Documenten/Taakverschuiving/Staat_van_de_Gezondheidszor1.pdf

Knip, M (2006) Werken met Nurse Practitioners. 1^e druk. Assen: Van Gorcum

Laurant MG, Hermens RP, Braspenning JC, Akkermans RP, Sibbald B, Grol RP (2008) An overview in patients' preferences for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. Journal of clinical nurses. Jaargang 17, nummer 20, 2690-2698. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18647199>

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B (2005) Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database systemic review. .

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846614>

LHV nieuwe ondersteunende beroepen in de huisartsenzorg,

<http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Artikel/Nurse-Practitioner-voor-een-toekomstig-praktijkondersteuner-en-Physician-Assistant.htm>

Redactie Nursing (2009) Huisarts wil duidelijke positie nurse practitioners.

<http://www.nursing.nl/home/nieuw/1115/huisarts-wil-duidelijke-positie-nurse-practitioners>

Redactie verpleegkunde (2005) Praktijkondersteuner en nurse practitioner: oplossing voor het huisartsentekort? www.nursingscience.nl/websitevw/publications

Redsell S, Stokes T, Jackson C, Hastings A, Baker R.(2007) Patients accounts of the differences of nurses and general practitioners roles in primary care. Journal of advances nursing. 57e jaargang, nummer 2, 172-180 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17214753>

Roodbol, P.F (2005) Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen : onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen. Universiteit van Groningen

Schade, S (2009) Wettelijk kader is vaag. Wet- en regelgeving rond verpleegkundig specialist en Nurse Practitioner. Verpleging NU, 18^e jaargang nr. 107, p 8-9

Schoot, T (2006) De verpleegkundige als ontwerper. 1^e druk. Utrecht:Thieme Meulenhoff.

Seale C, Anderson E, Kinnersley P. (2006) Comparisation of GP and nurse practitioners consultation: an observational study. British Journal of general practice. Jaargang 56, nummer 523, 137-138 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16378563>

Seale C, Anderson E, Kinnersley P. (2007) Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. J Adv Nurs. 2007 Jan;57(1):111-2.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16722950>

V&VN-Nurse Practitioners, Beantwoorde kamervragen mbt de registratie van de verpleegkundig specialist, door minister Klink.
<http://www.verpleegkundigspecialisten.nl/Home/tabid/1981/ctl/Details/mid/4699/ArticleID/1444/Src/Org/language/nl-NL/Default.aspx>

V&VN-Nurse Practitioners, Eerste verpleegkundig specialisten.
<http://www.nvnp.nl/Ontwikkelingen/Beroepsontwikkelingen/Eerste%20verpleegkundig%20specialisten.doc/>

V&VN-Nurse Practitioners, NP in de huisartsenzorg.
http://www.nvnp.nl/Ontwikkelingen/Beroepsontwikkelingen/np_in_huisartsenpraktijk.doc

Vereniging Huisartsenposten Nederland (2006) Visie van de VHN op acute zorg en de rol van de huisartsenpost.
http://vhned.nl/app/attach/VIIyGHmK/101502/54d1c28e727367b9ea4cf203bd3c825a/061201_Visie_VHN.pdf Geraadpleegd op 11-10-2009

Vereniging huisartsenposten Nederland (2007) De Huisartsenpost, armslag voor een goed eerstelijns loket.
http://vhned.nl/app/attach/VIIyGHmK/20074139/59ecaaf07890a51d8632e0fb9c8f94dd/08022_1_De_huisartsenpost_armslag_voor_een_goed_eerstelijns_loket.pdf geraadpleegd 5-10-2009

Vereniging huisartsenposten Nederland (2007) Huisartsenposten in cijfers.
<http://www.vhned.nl/site/home/hapincijfers.html>

Verhoeven, N (2007) Wat is onderzoek. 2^e druk. Den Haag:Boom Onderwijs

Vulto M en G. Vianen (2009) Toekomstige behoeften verpleegkundig specialisten bij somatische aandoeningen, een zoektocht in onontgonnen gebied. STG/Health Management

Forum in opdracht van Stuurgroep VBOC project “implementatie verpleegkundig specialist”
<http://www.verpleegkundigspecialismen.nl/LinkClick.aspx?fileticket=qCBt8X%2bgdFg%3d&tabid=1981&mid=6263&language=nl-NL>

Wijck van F (2009) Nurse Practitioners op de HAP. HAPkrant jaargang 3, nummer 8 p 10-11
Zwieten J van. (2004) Huisarts wil duidelijke positie nurse practitioners. Medisch Contact nr 09, 26 febr. 2004

Overige bronnen

Studiegids Master of Advanced Nursing Practice Hogeschool Rotterdam 2009-2010

Informatie brochure Advanced Nursing Practice Hogeschool Leiden 2009-2010

Algemeen Competentieprofiel en Specifieke Deelprofielen Verpleegkundig Specialist VBOC 2008

10.1 Bijlagen

10.1.1 Lijst ICPC codes

A71 Mazelen
A72 Waterpokken
A74 Rode hond
A75 Mononucleosis infectiosa
A76 Andere virusziekten met exantheem
D05 Perianale jeuk
H01 Oorpijn
H02 Gehoorklachten (ex. H84-H86)
H03 Oorsuizen/tinnitus
H04 Afscheiding uit oor
H05 Bloed in/uit oor
H13 Verstopt gevoel oor
H15 Zorgen over aspect oor
H27 Angst voor oorziekte
H28 Handicap/beperking oor
H29 Andere symptomen/klachten oor
H70 Otitis extema
H71 Otitis media acute/myringitis
H72 Otitis media sereuze/glue ear
H73 Tubair catarre/tubastenose
H74 Otitis media chron/andere inf. oor
H75 Neoplasma oor
H76 Corpus alienum oor
H77 Perforatie trommelvlies
H78 Oppervlakkig trauma oor
H81 Cerumen (overmatig)
H84 Presbycusis
H99 Andere ziekten oor/mastoid
K95 Varices benen (ex.ulc.cruur. S97)
K96 Hemorroïden
L02 Rygsymptomen/klachten
L03 Lage rugpijn zond. uitstr. (ex.L86)
L04 Borstkas symptomen/klachten
L13 Heup symptomen/klachten
L14 Been/dijbeen symptomen/klachten
L15 Knie symptomen/klachten
L16 Enkel symptomen/klachten
L17 Voet/teen symptomen /klachten

L18 Spierpijn/ fibrositis
L19 Sympt. meerd./niet gespec. spieren
L20 Sympt.meerd./niet gespec. gewrichten
L72 Fractuur radius/ulna
L73 Fractuur tibia/fibula
L74 Fractuur hand/voet
L75 Fractuur femur
L77 Verstuikingen/distorsies enkel
L78 Verstuikingen/ distorsies knie
L86 Lage rugpijn m. uitstr. (ex. L02, L03)
L89 Coxarthosis
L90 Gonarthrosis
L93 Epicondylitis lateralis
L95 Osteoporosis
L97 Chronisch inwendig trauma knie
N72 Tetanus
P12 Enuresis (ex. U04)
P70 Dementie 9 (incl. seniel/Alzheimer)
R100 Familie anamnese tractus respiratorius
R01 Pijn toegeschreven aan luchtwegen
R02 Dyspnoe/ benauwdheid
R03 Piepende ademhaling
R04 Andere problemen ademhaling
R05 Hoesten
R06 Epistaxis
R07 Niezen/neusverstopping/loopneus
R08 Andere neus symptomen
R09 Sympt./klacht Sinussen (incl. pijn)
R21 Symptomen/klachten keel
R22 Symptomen/klachten tonsillen
R23 Symptomen/klachten stem (ex. N19)
R24 Haemoptoe
R25 Abnormaal sputum/slijm
R26 Angst voor kanker luchtwegen
R27 Angst voor andere ziekte luchtwegen
R28 Handicap / beperking ivm luchtwegen
R29 Andere sympt. / klacht. luchtwegen
R71 Kinkhoest
R72 Streptokok.Angina / Roodvonk bewezen
R73 Furunkel neus
R74 Acute infectie bovenste luchtwegen

R75 Acute / chronische sinusitis
R76 Acute tonsillitis / peritons. abces
R77 Acute laryngitis / tracheitis
R78 Acute bronchitis / bronchiolitis
R80 Influenza bewezen (ex. pneumonie)
R81 Pneumonie
R87 Corpus alieum neus / larynx / broch.
R97 Hooikoorts / allergische rhinitis
R98 Hyperventilatie
S00 Familie anamnese huid en subcutis
S01 Pijn / gevoeligheid huid
S02 Pruritis / jeuk (ex. D05, S24, X16)
S03 Wratten
S04 Lok. Zwelling / papel / knobb. huid / suc
S05 Mult. Zwell. / papels / knob. Huid /subc.
S06 Lokale roodheid / erytheem huid
S07 Gegen. Roodheid / erytheem huid
S08 Andere veranderingen in huidkleur
S09 Lokale inf. vinger / teen / paronychia
S10 Furunkel / karbunkel / cellulitis lok.
S11 Andere lokale infecties huid
S12 Beet / steek insect / plant
S13 Beet van mens / dier
S14 Brandwond / verbranding huid
S15 Corpus alienum huid / subcutis
S16 Buil /kneuz. contusie (huid intact)
S17 Schaafwond / schram / blaar
S18 Scheurwond / Snijwond
S19Andere traumata van de huid
S20 likdoorns / eeltknobbels
S21 Andere sympt. klachten aspect huid
S22 Symptomen / klachten nagels
S23 Haaruitval alopecia
S24 Andere symptomen / klachten haar
S26 Angst voor kanker huid
S27 Angst voor andere huidziekte
S28 Handicap / beperking huid / subcutis
S29 Andere sympt. klachten huid / subcutis
S70 Herpes Zoster
S71 Herpes simplex (ex. F85, X90, Y72)
S72 Scabies / andere aand. d. mijten

S73 Pediculosis / andere huid infestatie
S74 Dermatomycosen
S75 Moniliasis /candidiasis (ex. X72, Y75)
S76 And. Infectie huid / subc. /erysipelas
S77 Maligne neoplasma huid / subcutis
S78 Lipoom
S79 Andere benigne neopl. huid / subcutis
S80 Niet gespec. neop. huid / subcutis
S81 Hemangiomen / lymfangiomen
S82 Naevus / moedervlek
S83 And. aangeb. afw. huid / subcutis
S84 Impetigo / impetiginisatie
S85 Pilonidaal kyste/fistel
S86 Seborroisch eczeem / roos
S87 Constitutioneel eczeem
S88 Contact eczeem / ander eczeem
S89 Luijer eczeem
S90 Pityriasis rosea
S91 Psoriasis (incl artropathie)
S92 Ziekten zweetklieren
S93 Atheroom kyste / epitheel kyste
S94 Unguis. incarnatus / and. nagel aand
S95 Mollusca contagiosa
S96 acne
S97 Ulc. cruris / decubitis / chron. ulc. neg
S98 Urticaria
S99 Andere ziekten huid / subcutis
T92 Jicht
U01 Pijnlijke mictie
U02 Frequentie mictie / aandrang
U04 Urine incontinentie (ex. P12)
U71 Cystitis / urineweginfecties nao
W01 Vraag bestaan zwangerschap
W10 Morning after pill / postcoit.a.c.
W11 Anticonceptie: orale anticonceptie
X14 Vaginale afscheiding (ex. W02)
X70 Lues vrouw (alle lok.) (ex. A90)
X71 Gonorrhoe vrouw (alle lokaties)
X72 Candidiasis urogenitale (bewezen)
X73 Trichomonas urogenitale (bewezen)
X90 Herpes genitalis (vrouw)

X91 Condylomata acuminata (vrouw)
Y25 Angst voor geslachtsziekte
Y70 Lues man(alle lok.) (ex.congen.A90)
Y71 Gonorrhoe man (alle lokalisaties)
Y72 Herpes genitalis (man)
Y73 Prostatitis/ vesiculitis seminalis
Y74 Orchitis/epididymitis
Y75 Balanitis
Y76 Condylomata acuminata (man)
Z15 Verlies/overlijden van partner

10.1.2 Lijst verdeling ICPC per aandoening

<u>Virusziekten incl. influenza</u>	A71 Mazelen
	A72 Waterpokken
	A74 Rode hond
	A75 Mononucleosis infectiosa
	A76 Andere virusziekten met exantheem
	R80 Influenza bewezen (ex. pneumonie)
<u>KNO</u>	H01 Oorpijn
	H03 Oorsuizen/tinnitus
	H04 Afscheiding uit oor
	H05 Bloed in/uit oor
	H13 Verstopt gevoel oor
	H29 Andere symptomen/klachten oor
	H 70 Otitis externa
	H71 Otitis media acute/myringitis
	H72 Otitis media sereuze/glue ear
	H73 Tubair catarre/tubastenose
	H74 Otitis media chron/andere inf. oor
	H 76 Corpus alienum oor
	H77 Perforatie trommelvlies
	H78 Oppervlakkig trauma oor
	H81 Cerumen (overmatig)
	R06 Epistaxis
	R07 Niezen/neusverstopping/loopneus
	R08 Andere neus symptomen
	R09 Sympt./klacht Sinussen (incl. pijn)
	R21 Symptomen/klachten keel
R22 Symptomen/klachten tonsillen	
R23 Symptomen/klachten stem (ex. N19)	
R72 Streptokok.Angina / Roodvonk bewezen	

	R73 Furunkel neus
	R75 Acute / chronische sinusitis
	R76 Acute tonsillitis / peritons. abces
	R87 Corpus alieum neus / larynx / broch.
	R97 Hooikoorts / allergische rhinitis
<u>Rug/Thorax</u>	L02 Rygsymptomen/klachten
	L03 Lage rugpijn zond. uitstr. (ex.L86)
	L04 Borstkas symptomen/klachten
	L86 Lage rugpijn m. uitstr. (ex. L02, L03)
<u>Luchtwegen</u>	R01 Pijn toegeschreven aan luchtwegen
	R02 Dyspnoe/ benauwdheid
	R03 Piepende ademhaling
	R04 Andere problemen ademhaling
	R05 Hoesten
	R29 Andere sympt. / klacht. luchtwegen
	R74 Acute infectie bovenste luchtwegen
	R77 Acute laryngitis / tracheitis
	R78 Acute bronchitis / bronchiolitis
	R81 Pneumonie
<u>Bewegingsapp. Incl trauma.</u>	L13 Heup symptomen/klachten
	L14 Been/dijbeen symptomen/klachten
	L15 Knie symptomen/klachten
	L16 Enkel symptomen/klachten
	L17 Voet/teen symptomen /klachten
	L18 Spierpijn/ fibrositis
	L19 Sympt. meerd./niet gespec. spieren
	L20 Sympt.meerd./niet gespec. gewrichten
	L72 Fractuur radius/ulna
	L73 Fractuur tibia/fibula
	L74 Fractuur hand/voet
	L75 Fractuur femur
	L77 Verstuikingen/distorsies enkel
	L78 Verstuikingen/ distorsies knie
	L97 Chronische inwendig trauma knie
<u>Huidaandoening</u>	S01 Pijn / gevoeligheid huid
	S02 Pruritis / jeuk (ex. D05, S24, X16)
	S03 Wratten
	S06 Lokale roodheid / erytheem huid
	S07 Gegen. Roodheid / erytheem huid
	S09 Lokale inf. vinger / teen / paronychia
	S10 Furunkel / karbunkel / cellulitis lok.
	S11 Andere lokale infecties huid
	S20 likdoorns / eeltknobbels
	S29 Andere sympt. klachten huid / subcutis
	S70 Herpes Zoster
	S71 Herpes simplex (ex. F85, X90, Y72)
	S74 Dermatomycosen

	S75 Moniliasis /candiasis (ex. X72, Y75)
	S76 And. Infectie huid / subc. /erysipelas
	S84 Impetigo / impetiginisatie
	S86 Seborroisch eczeem / roos
	S87 Constitutioneel eczeem
	S88 Contact eczeem / ander eczeem
	S89 Luijer eczeem
	S93 Atheroom kyste / epitheel kyste
	S97 Ulc. cruris / decubitis / chron. ulc. neg
	S98 Urticaria
	S99 Andere ziekten huid / subcutis
<u>Huidtrauma</u>	S12 Beet / steek insekt / plant
	S13 Beet van mens / dier
	S14 Brandwond / verbranding huid
	S15 Corpus alienum huid / subcutis
	S16 Buil /kneuz. contusie (huid intact)
	S17 Schaafwond / schram / blaar
	S18 Scheurwond / Snijwond
	S19Andere traumata van de huid
<u>UWI</u>	U01 Pijnlijke mictie
	U02 Frequentie mictie / aandrang
	U04 Urine incontinentie (ex. P12)
	U71 Cystitis / urineweginfecties nao
<u>Overig</u>	

10.1.3 uitslag enquête onder huisartsen, aangesloten bij de HAP Gorinchem, nov. '08
(vraag 10,11 en 12 zijn verwijderd i.v.m de niet-relevantie voor dit onderzoek)

enquete

% ingevuld

75% aantal

54

1. Wanneer u het werken op de post zou typeren, in welke uitspraak kunt u zich dan het beste vinden?

- | | | | |
|--|----|-----|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ik vind het in het algemeen rustig op de post | 1 | 2% | |
| <input type="checkbox"/> Ik vind het werktempo prettig op de post | 16 | 30% | |
| <input type="checkbox"/> Ik vind het vaak druk op de post | 27 | 50% | alleen consultarts is druk |
| <input type="checkbox"/> Ik vind het altijd druk op de post | 6 | 11% | (druk neemt toe) |
| <input type="checkbox"/> Ik vind het altijd te druk op de post | 1 | 2% | |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ... | 4 | 7% | te druk, wisselend |
- consultavond ma-do is druk+ zat overdag

2. Hoe vindt u de werkdruk als visitearts?

- | | | | | |
|---|----|-----|--------------|-------|
| <input type="checkbox"/> hoog met name (graag dag noemen) | 7 | 13% | zaterdag (4) | nacht |
| <input type="checkbox"/> goed te doen | 37 | 69% | | |
| <input type="checkbox"/> wisselend, want | 10 | 19% | | |
| <input type="checkbox"/> laag, want | 2 | 4% | | |

3. Hoeveel contacten per uur vindt u als consultarts aanvaardbaar?

- | | | | |
|---|----|-----|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 t/m 6 consulten per uur inclusief telefoontjes | 27 | 50% | eigenlijk meer 6-8 incl. telef |
| <input type="checkbox"/> 7 t/m 10 consulten per uur inclusief telefoontjes | 26 | 48% | afh van situatie(hechten) |
| <input type="checkbox"/> meer dan 10 consulten per uur inclusief telefoontjes | 1 | 2% | |

4. Wanneer laat u de achterwacht in huis komen?

- | | | |
|---|----|-----|
| <input type="checkbox"/> nooit | 12 | 22% |
| <input type="checkbox"/> als de wachtkamer te vol loopt en ik merk dat ik het niet meer aan kan | 25 | 46% |
| <input type="checkbox"/> als de visitearts door de week te lang weg blijft | 5 | 9% |
| <input type="checkbox"/> als de doktersassistente aangeeft dat er problemen gaan ontstaan | 20 | 37% |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk ... | 10 | 19% |

(visitearts weg en) wachttijd > 1uur (7)

nooit gebeurd (3)

5. Op de huisartsenpost kunnen assistentes en chauffeurs worden gevraagd om u te ondersteunen bij allerlei handelingen.

Maakt u hier gebruik van?

- | | | |
|---|----|-----------|
| <input type="checkbox"/> Ik vraag een assistente/chauffeur vaak om ondersteuning | 8 | 15% |
| <input type="checkbox"/> Ik vraag een assistente/chauffeur soms om ondersteuning | 41 | 76% ass |
| <input type="checkbox"/> Ik vraag een assistente/chauffeur nooit om ondersteuning | 2 | 4% zelden |
| <input type="checkbox"/> Ik vraag een assistente/chauffeur alleen in het weekend om ondersteuning | 3 | 6% |

Eventueel ruimte voor toelichting.....

alleen de ass (2) chauf bijna altijd, ass minder taak chauf niet duidelijk op de post
afh van telefoondrukke (2) ben hierin soms te terughoudend

6. In welke klussen zou u ondersteund willen worden?

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|----|-----|
| a) wonden lukt dat? | 0 vaak 0 soms 0 zelden 0 nooit | 25 | 46% |
| b) ass bij hechten lukt dat? | 0 vaak 0 soms 0 zelden 0 nooit | 32 | 59% |
| c) opruimen lukt dat? | 0 vaak 0 soms 0 zelden 0 nooit | 40 | 74% |

Anders nl..... 11 20%

vaak soms zelden nooit

- | | | | | |
|----|----|----|----|---|
| a) | 16 | 18 | 10 | 1 |
| b) | 10 | 10 | 10 | 3 |
| c) | 16 | 14 | 9 | 2 |

Anders nl:

tetanus (2), patiënt naar seh (3), oren uitspuiten (2), tet tox (?) en im. Medicatie, bekijken sediment (2) afh bereidwilligheid assistentes
injecties geven (2), voorbereiden van hechtwonden telefoneren, nummer opzoeken (1) het zijn de krenten uit de pap
patiënt bewaken zelden hulp nodig, heb ik in eigen praktijk ook niet verzwikte enkels, vuiltjes in oog, vk, voorzien worden van koffie

Oplossingen:

7. Wat zou voor u het werk op de huisartsenpost aantrekkelijk maken?

- | | | |
|---|----|-----|
| <input type="checkbox"/> Voorzieningen in de keuken zoals | 8 | 15% |
| <input type="checkbox"/> Meer assistentie | 14 | 26% |

<input type="checkbox"/> Hoger uurtarief		27	50%
<input type="checkbox"/> anders, namelijk		27	50%
minder niet acute zaken (3)	financiële bijdrage		teamgeest (1)
meer delegeren	hotelservice (bed & breakfast)		kortere diensten

goede catering (5), frisdrank (4), koek/snoep, uitgebreide koffieaut (3), samen eten met da
meer deskundigheid(2), meer assistentie in de avond (1) ass leren hechten, splinter leren verwijderen, beter planning (2)
landelijk aanpakken geen nachtdiensten, ik heb het naar mijn zin
vermindering werkdruk (9), (nog) betere triage (5) tijd om te eten, comfortabele plek (2) en naar buiten kunnen

8) Welke vorming van ondersteuning verlichten uw werk?

a) Assisteren bij hechten	Gebeurt dat nu al?	0 vaak	0 soms	0 zelden	0 nooit	27	50%
b) Hechten	Gebeurt dat nu al?	0 vaak	0 soms	0 zelden	0 nooit	17	31%
c) Plakken	Gebeurt dat nu al?	0 vaak	0 soms	0 zelden	0 nooit	22	41%
d)Verbinden	Gebeurt dat nu al?	0 vaak	0 soms	0 zelden	0 nooit	32	59%
e) Injecteren	Gebeurt dat nu al?	0 vaak	0 soms	0 zelden	0 nooit	36	67%
Betere triage aan de telefoon						28	52%
Betere triage m.b.t binnenlopers	geen spoed, dan achteraan					17	31%
Anders nl:	niet zelf naar medicatie hoeven zoeken, extra huisarts, triage door nurse praktitioner fin. Drempel patiënt. (2)					9	17%

	vaak	soms	zelden	nooit
a)	2	13	12	4
b)	2	5	5	13
c)	2	6	5	15
d)	5	22	7	3
e)	14	13	6	6

9. We denken na over de inzet van eventuele andere beroepsgroepen om uw werk te ontlasten. Welke beroepen ziet u hierin als mogelijkheid:

<input type="checkbox"/> Meer omloopdoktersassistente (waarop u direct een beroep kunt doen)	20	37%
<input type="checkbox"/> Omloop assistentes die ook kunnen.....(vul zelf maar in)	4	7%
<input type="checkbox"/> Praktijkondersteuners voor de volgende klussen	4	7%
<input type="checkbox"/> Nurse praktitioners voor de volgende klussen	18	33%
<input type="checkbox"/> Physician assistant voor de volgende klussen	11	20%
<input type="checkbox"/> Ik zie hierin geen mogelijkheid omdat	9	17%

hechten (2), assisteren

ggz, wondjes, uwi

hechten (6), wondjes (3), minitraumata(2), angst, kleine kwalen, simpele zaken (2)

hechten, kleine kwalen (2), distorsie, kleine wonden, spreekuur draaien (2)

niet nodig (2) werkdruk blijft (3)

aanbod creëert vraag Nurse praktisioners voor triage binnenlopers (3), onderst tel, recepten ??, ondersteuning triage (2) en hechtwerk, ehbo

meer autoriseren, weinig winst de huisarts moet patiënten zien, zeker die hij niet kent (3) pa voor minder gecompliceerde hulpvragen (1)

regiearts in te huren door hap specifiek beleid GGZ!! basisarts (1) kunnen zelfstandig werken bij eenvoudige consulten

omloopassistentes

praktijkondersteuners

nurse practitioners

physician assistant

geen mogelijkheid

13. Het beroep wat patiënten op de huisartsenpost doen, neemt jaarlijks toe. De roep om een derde arts door de week neemt ook toe. Wat zou u ervan vinden als er een extra avonddienst door de weeks bij zou komen (aantal diensten neemt toe met gemiddeld 5 per huisarts per jaar)?

Een goede oplossing om werkdruk tegen te gaan	17	31%
Een onbespreekbare oplossing	24	44%
Anders	4	7%

Eventuele toelichting:

Ja, indien kortere diensten (2) tegen hoger uurtarief

5 diensten is wel veel achterwacht meer inzetten (9)

ha kunnen extra dienst niet meer opvangen (4), aanbod schept vraag (11), niet nodig (4)

wel bespreekbaar maar geen goede oplossing (3) vaste waarnemers inzetten (3)

goede triage (1), antwoordapparaat overdag weg(1) loskoppelen anw (1)

oproepbare arts (2)

soms ook rustige diensten (2) overleg cpa/seh

spoedzorg mag niet overgaan in continue reguliere zorg

is dat nodig? (1) wel fijn als dienst rustiger zou worden (1)

10.1.4. Cijfers van toename aantal contacten (visites, consulten en telefonische contacten) van 2006, 2007, 2008 en (verwacht) 2009 van de HAP Gorinchem.

Soort consult	jaar		afwijking		afwijking		
	2006	2007	toev 2006	2008	toev 2007	2009 t/m okt.	Prognose eind 2009
Consulten	21.438	22.274	4%	22.061	-1%	18.261	22.094
Telefonisch consult	13.168	14.078	7%	15.733	12%	14.325	16.825
Visites	3.687	3.787	3%	3.821	1%	3.194	3.827
Totaal	38.293	40.139		41.615		35.780	42.747

Bron: 2007 t/m 2009 uit diverse maandrappportages CHP afkomstig van de I-schijf:2.3 financiële zaken 2006 uit omzetrappportage CM, handmatig alle mnd bij elkaar opgeteld.

10.1.5 Benchmarkbulletin 2008

Inleiding

In de zomer van 2009 is alweer de vijfde VHN Benchmarkronde gehouden, waarin de benchmarkgegevens van 2008 zijn verzameld. In totaal hebben 50 huisartsen-dienstenstructuren (HDS-en) meegedaan, 47 door de complete benchmarkvragenlijst te beantwoorden, 3 door het NZa verantwoordingsformulier op te sturen. Ten tijde van de benchmarkronde konden twee leden van de VHN helaas niet meedoen. De benchmarkdataset 2008, die half augustus is verspreid aan de leden van de VHN, is een waardevolle bron voor vergelijkingen. Vragen als: "hoe doet mijn huisartsenpost het ten opzichte van bepaalde andere posten of ten opzichte van het gemiddelde?" of "welke collega huisartsenpost heeft kennis op een bepaald gebied?" kunnen daarmee beantwoord worden.

Dit najaar hebben ook de twee ontbrekende HDS-en uit de dataset het NZa verantwoordingsformulier opgestuurd. In de benchmarkbulletin 2008 worden enkele analyses en landelijke cijfers weergegeven. Het bulletin is gebaseerd op een aantal algemene, productie- en financiële cijfers van alle 52 HDS-en¹ en een aantal andere cijfers van 47 HDS-en.

Algemeen

Bij de huisartsenposten in Nederland zijn 7619 huisartsen aangesloten, die gezamenlijk de ANW huisartsenzorg verlenen aan een kleine 16,3 miljoen Nederlanders. In totaal zijn er 52 HDS-en bij de VHN aangesloten met gezamenlijk 128 huisartsenposten. Er zijn 24 HDS die aangegeven hebben 1 huisartsenpost te omvatten; de grootste HDS bestaat uit 10 posten. Gemiddeld heeft een HDS 2,5 huisartsenpost. 75% van de huisartsenposten zijn geopend tijdens alle ANW uren, de overige posten hebben een beperktere openingsduur. Het aantal huisartsen dat bij een HDS is aangesloten kent een grote variëteit. Bij een HDS zijn gemiddeld 147 huisartsen aangesloten met een minimum van 11 tot een maximum van 815. Het aantal parttime werkende huisartsen is niet bekend. Gemiddeld heeft een (parttime of fulltime werkende) aangesloten huisarts 2137 patiënten. Er wordt gemiddeld 206 uur per normpraktijk² dienst gedaan op de post (met een minimum van 119 en een maximum van 319)

Productie

Door de huisartsenposten zijn in 2008 ruim 3,9 miljoen declarabele contacten afgehandeld. Het aantal telefonische consulten en het aantal consulten zijn toegenomen. Het aantal visites is afgenomen (zie Tabel 1).

¹ In dit Benchmarkbulletin 2008 zijn alle huisartsenposten die lid zijn van de VHN opgenomen. Bij de HDS-en in de dataset en in dit bulletin zitten drie benchmarkvragenlijsten van de Steden Driehoek.

² Dit is het gemiddelde van 50 van de 52 HDS-en. Een normpraktijk telt 2350 patiënten.

	2007 ³	2008	Mutatie ⁴
Telefonische consulten	1.534.000	1.574.000	+ 2,2%
Consulten	1.887.000	1.942.000	+ 2,5%
Visites	424.000	422.000	- 0,8%
Totaal verrichtingen	3.845.000	3.939.000	+ 2,0%
Totaal consulteenheden ⁵	3.290.000	3.363.000	+ 1,8%

Tabel 1: Aantal verrichtingen 2007 & 2008 met de gecorrigeerde mutatie.

Het totaal aantal verrichtingen per 100.000 inwoners stijgt nog steeds jaarlijks, hoewel de productiestijging wel afneemt (zie Tabel 2).

	2005	2006	2007	2008
Telefonische consulten	7.629	8.562	9.460	9.668
Consulten	10.099	11.168	11.637	11.924
Visites	2.516	2.559	2.614	2.594
Totaal	20.244	22.289	23.710	24.186
% verschil t.o.v. voorgaande jaar		10,1%	6,4%	2,0%

Tabel 2: Aantal verrichtingen per 100.000 inwoners 2005 t/m 2008

Bijna de helft van de contacten zijn consulten, 40 % zijn telefonische consulten (inclusief herhalingsrecepten) en een klein deel visites. Landelijk is er in de loop van de jaren een kleine verschuiving zichtbaar: meer telefonische contacten en minder visites (zie Tabel 3).

	2005	2006	2007	2008
Telefonisch consult	37,7 %	38,4 %	39,9 %	40,0%
Consult	49,9 %	50,1 %	49,1 %	49,3%
Visite	12,4 %	11,5 %	11,0 %	10,7%

Tabel 3: Verhouding type contacten 2005 t/m 2008

Hierbij dient aangetekend te worden dat per huisartsenpost de verhouding tussen de type contacten sterk verschilt. Zo varieert het aandeel visites bijvoorbeeld tussen de 6 en 20%.

De zorgconsumptie per inwoner blijft een stijgende lijn vertonen, zowel wanneer naar de ongewogen als de gewogen zorgconsumptie wordt gekeken (zie Tabel 4)

	2005	2006	2007	2008
Elke verrichting zelfde gewing	0,202	0,223	0,237	0,242
Consulteenheden	0,177	0,193	0,203	0,206

Tabel 4: Zorgconsumptie 2005 t/m 2008

- 5 In 2007 is voor een aantal huisartsenposten een aanname gemaakt over het aantal verrichtingen
- 6 Bij de mutatie is gecorrigeerd voor het aantal inwoners in het werkgebied van bij de VHN aangesloten huisartsenposten.
- 7 Berekening aantal consulteenheden = 0.5 * telefonische consulten + 1 * aantal consulten + 1,5 * aantal visites.

10.1.6 Resultaten HAP Groningen vermindering werkdruk

Werkdruk per huisarts/ NP-er op de Post Groningen

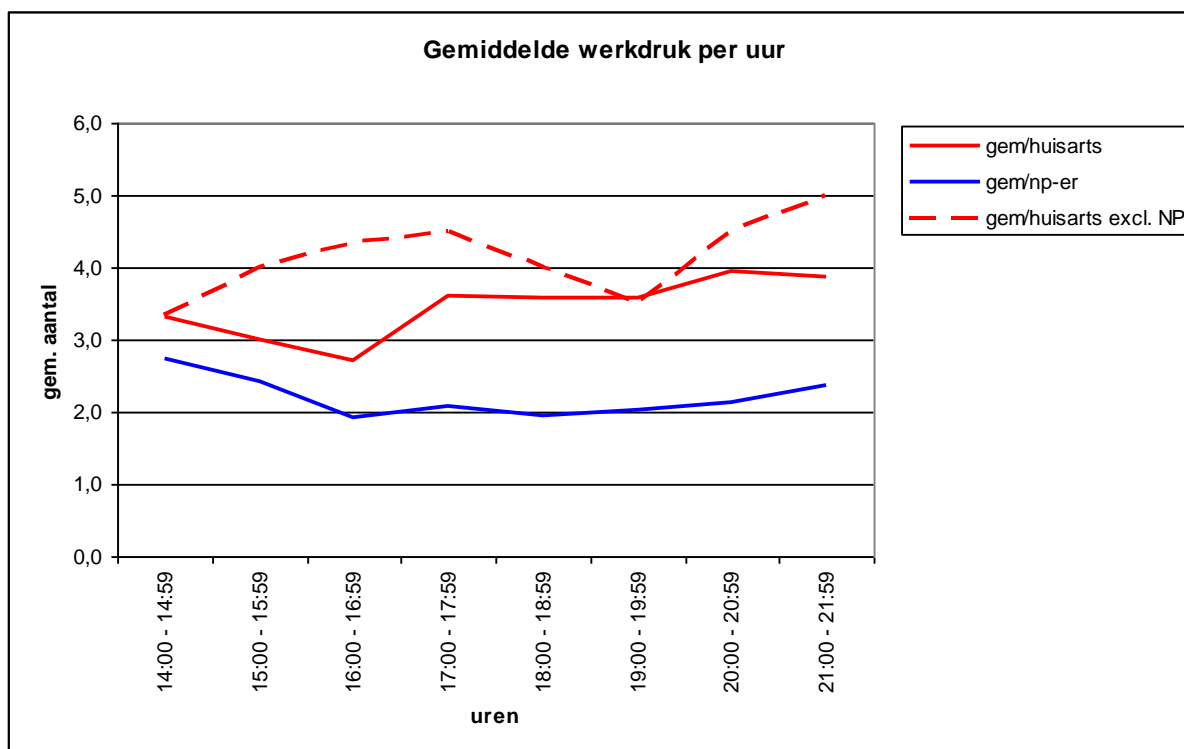
Periode: januari t/m augustus 2009.

Op post Groningen werken er op:

- zaterdag: van 14:00 tot 17:00 3 huisartsen als consultarts; van 17:00 tot 21:00u 2 huisartsen als consultarts
- zondag: van 10:00 tot 17:00 3 huisartsen als consultarts; van 17:00 tot 18:00 2 huisartsen als consultarts

Zaterdagen 14:00 tot 22:00 uur

uur begin consult	gem/huisarts	gem/np-er	gem/huisarts excl. NP*
14:00 - 14:59	3,3	2,7	3,3
15:00 - 15:59	3,0	2,4	4,0
16:00 - 16:59	2,7	1,9	4,3
17:00 - 17:59	3,6	2,1	4,5
18:00 - 18:59	3,6	1,9	4,0
19:00 - 19:59	3,6	2,0	3,5
20:00 - 20:59	3,9	2,1	4,5
21:00 - 21:59	3,9	2,4	5,0



Werkdruk per huisarts/ NP-er Post Stadskanaal

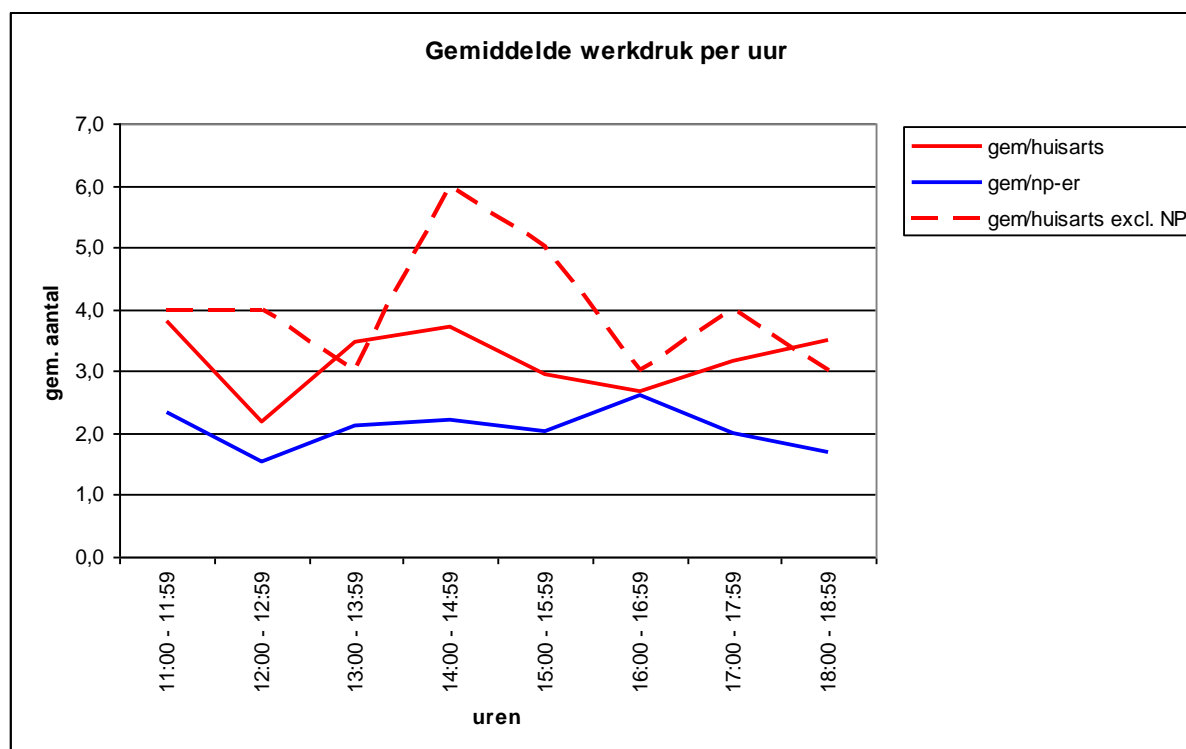
Periode: januari t/m augustus 2009.

Op post Stadskanaal werkt er tijdens de diensturen van de NP-er 1 huisarts als consultarts

Zaterdagen 11:00 tot 19:00 uur

uur begin consult	gem/huisarts	gem/np-er	gem/huisarts excl. NP*
11:00 - 11:59	3,8	2,3	4,0
12:00 - 12:59	2,2	1,5	4,0
13:00 - 13:59	3,5	2,1	3,0
14:00 - 14:59	3,7	2,2	6,0
15:00 - 15:59	2,9	2,0	5,0
16:00 - 16:59	2,7	2,6	3,0
17:00 - 17:59	3,2	2,0	4,0
18:00 - 18:59	3,5	1,7	3,0

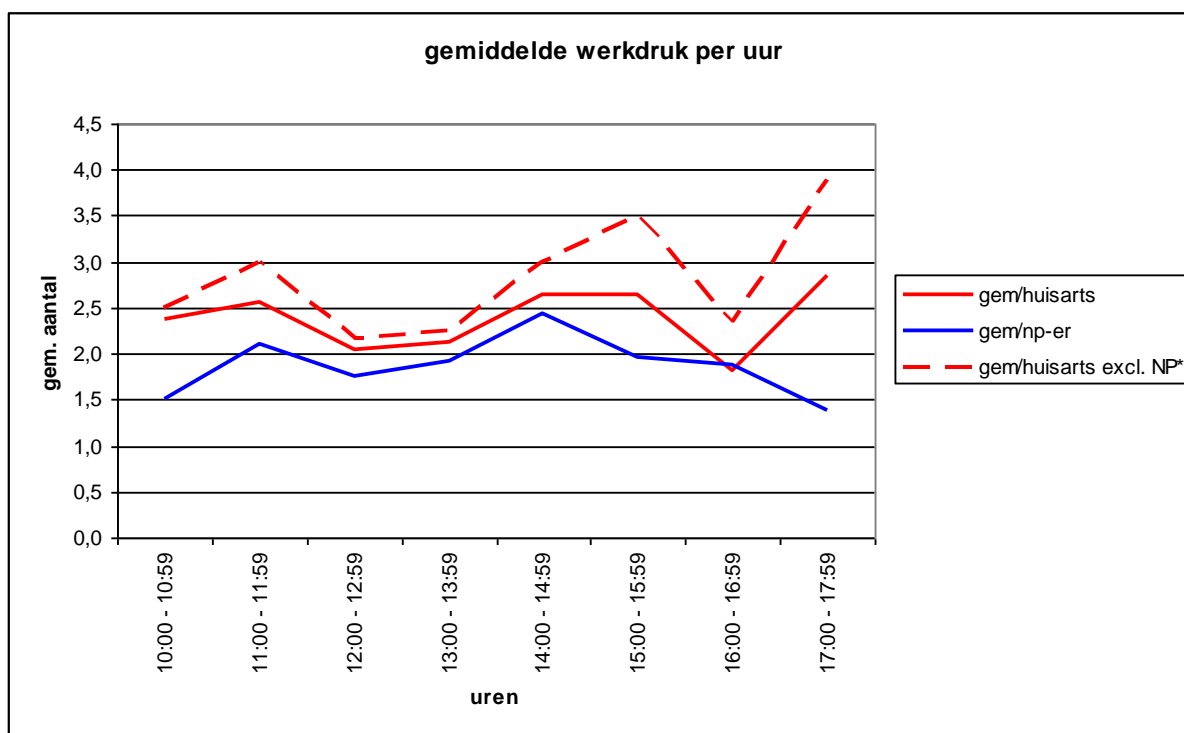
* op basis van data waarop geen NP-er dienst had (in dit geval 1 dag: zaterdag 29 augustus)



**zondagen 10:00 tot 18:00
uur**

uur begin consult	gem/huisarts	gem/np-er	gem/huisarts excl. NP*
10:00 - 10:59	2,4	1,5	2,5
11:00 - 11:59	2,6	2,1	3,0
12:00 - 12:59	2,0	1,8	2,2
13:00 - 13:59	2,1	1,9	2,3
14:00 - 14:59	2,6	2,4	3,0
15:00 - 15:59	2,6	2,0	3,5
16:00 - 16:59	1,8	1,9	2,3
17:00 - 17:59	2,9	1,4	3,9

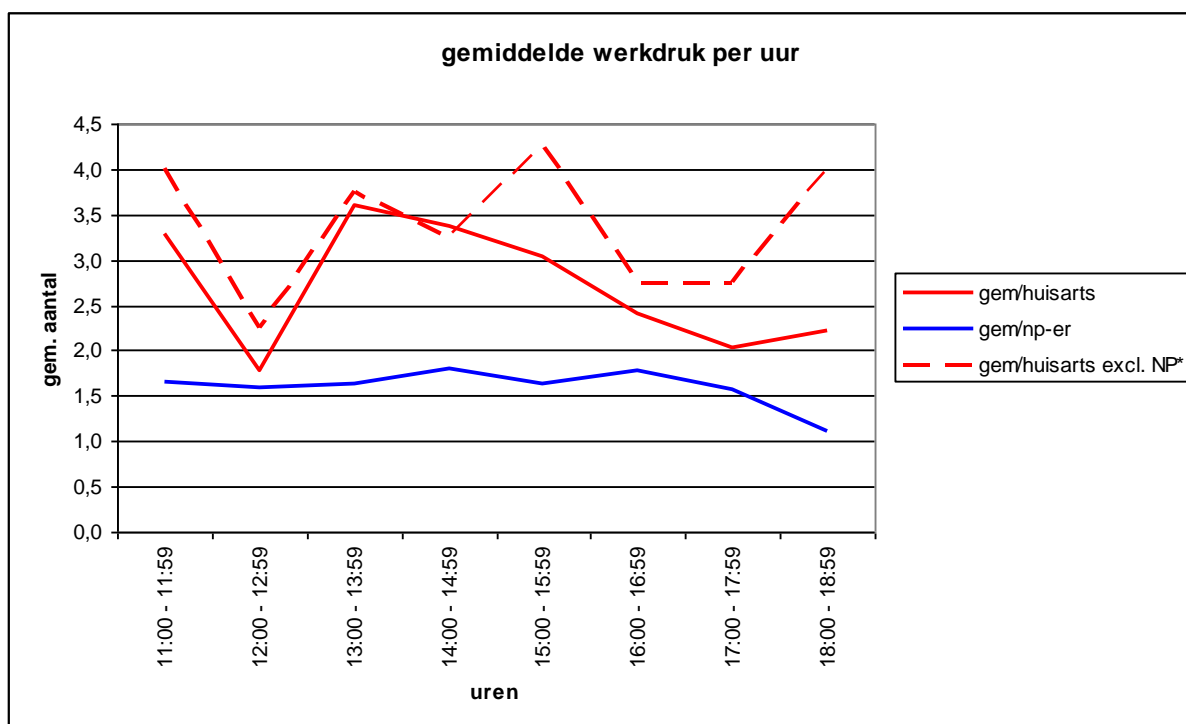
* op basis van data waarop geen NP-er dienst had



Toelichting: Uit de gegevens blijkt dat de verschillen tussen de werkdruk van de dokter en de NP-er wat kleiner zijn dan op zaterdag. Ook hier zien we een significante afname van de werkdruk van de huisarts.

**zondagen 11:00 tot 19:00
uur Stadskanaal**

uur begin consult	gem/huisarts	gem/np-er	gem/huisarts excl. NP*
11:00 - 11:59	3,3	1,7	4,0
12:00 - 12:59	1,8	1,6	2,3
13:00 - 13:59	3,6	1,6	3,8
14:00 - 14:59	3,4	1,8	3,3
15:00 - 15:59	3,0	1,6	4,3
16:00 - 16:59	2,4	1,8	2,8
17:00 - 17:59	2,0	1,6	2,8
18:00 - 18:59	2,2	1,1	4,0



10.1.7 Interview met n.p's

Interview 1: Bregje Schermerhorn in gesprek met Liona Hasekamp, NP in opleiding bij HAP Delft

Kunt u iets vertellen over uw achtergrond?

Ik ben begonnen met de opleiding tot A Verpleegkundige in Rotterdam 1989-1993, na de opleiding heb ik gewerkt als verpleegkundige in het Havenziekenhuis.

Van 1995 tot 1998 heb ik de MGZ opleiding gedaan, vervolgens 10 jaar in de thuiszorg gewerkt. Na tien jaar thuiszorg was de koek op en ging ik op zoek naar iets nieuws. Vakinhoudelijk wilde ik graag meer, maar ik wilde geen leidinggevende functie. Ik kwam via een vriendin in aanraking met de opleiding voor NP en ik was meteen enthousiast. Ik moest wel op zoek naar een opleidingsplek en via de Hogeschool Rotterdam kwam ik terecht bij de HAP in Delft.

Ik zit nu in het tweede jaar van mijn opleiding, volgend jaar juli hoop ik klaar te zijn. Er is erg veel behoefte aan te onderzoeken hoe ik als NP kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Dat doe ik oa door te onderzoeken welke kwalen en klachten ik als NP zelfstandig kan diagnosticeren en behandelen.

Ik wordt op de HAP begeleid door een medisch leermeester en een verpleegkundig leermeester. In het begin van de opleiding liep ik vooral mee met HA'en en nu worden ook patiënten in mijn eigen spreekuur gepland.

Ik heb er in het begin moeite mee gehad dat de medisch leermeester niet continu aanwezig was op de post. Ik liet verschillende huisartsen mij beoordelen en daardoor kreeg ik ook verschillend feedback terug wat voor verwarring zorgde. Dat hebben we opgelost door als ik punten van school moet aftekenen, ik naar de praktijk van mijn leermeester ga om daar te werken en daar beoordeeld te worden.

Het blijft een ingewikkeld leerproces met 75 leermeesters om me heen.

De leermeesters hebben af en toe een informatiebijeenkomst op de hogeschool over hun leerlingen.

Kunt u iets vertellen over het ontstaan van de HAP in Delft?

De HAP in Delft bestaat dit jaar 10 jaar. Ik ben hier vorig jaar komen werken en voor die tijd hebben ze nooit met een NP gewerkt.

De werkuren van de HAP zijn door de week van 17.00 tot 8.00 de volgende dag. In het weekend zijn we 24 uur per dag open.

Kunt u iets vertellen over de organisatie van de HAP?

De werkuren van de HAP zijn door de week van 17.00 tot 8.00 de volgende dag. In het weekend zijn we 24 uur per dag open.

Er is hier altijd een huisarts en een doktersassistente. Daarnaast is er geen sprake van een multidisciplinair team maar er wordt wel samengewerkt met bijvoorbeeld de GGZ en met verpleeghuizen als er in het weekend acuut iemand opgenomen moet worden.

Er zijn in de avonduren altijd twee doktersassistentes op de post die de triage doen. In het weekend zijn er vier assistentes waarvan er één omloop is. Zij assisteert de HA of mij en heeft ook zelfstandig haar taken. 's Nachts is er één assistente en één huisarts, die ook de visites doet.

Er zijn 75 HA'en aangesloten bij de HAP Delft. Van die 75 hebben er twee per avond dienst, waarvan er altijd één op de post is en één de visites doet.

Er zijn drie HA'en in het weekend overdag aanwezig en twee in het weekend 's avonds.

In de nacht is er altijd één huisarts op de post.

Ik ben als NP nu twee avonden per week aanwezig en bijna elk weekend. Nu werk ik nog op avonden die niet zo druk zijn, omdat ik op die manier toe kom aan mijn leerproces. Op avonden die niet druk zijn hebben de HA meer tijd voor mij en heb ik de mogelijkheid om me terug te trekken om te leren.

Als ik straks klaar ben is het de bedoeling dat ik juist op die drukke tijdstippen ga werken, om de HA te ontlasten. Dus vrijdagavond, zaterdag, zondag.

Kunt u iets vertellen over de reden waarom de HAP destijds een NP in dienst nam?

Er is een HA die verbonden is aan de HAP Delft die ook les geeft aan de Hogeschool Rotterdam. Hij kwam met het idee om een NP in de HAP in dienst te nemen. Ik weet niet precies wat de reden van hem was, maar volgens mij is hij geïnspireerd geweest door de zogenoemde 'walk in clinics' in Londen of Amerika.

De grootste reden zal werkdruk geweest zijn.

Elke huisartsenpost zal zijn eigen invulling geven aan het verlagen van de werkdruk, maar hier is de keuze onder andere voor een verpleegkundig specialist geweest omdat die ook andere kwaliteiten bevat, zoals scholing.

Uit onderzoek is gebleken dat de werkdruk onder andere wordt verhoogd door een groeiend aantal zelfverwijzers. Dit zijn patiënten met relatief laag complexe klachten, geschikt voor de NP.

Is er nu al te zeggen dat de werkdruk voor de HA'en verlaagt door de komst van de NP?

Er moet nu vooral nog tijd worden geïnvesteerd, voordat er van de NP kan worden geprofiteerd.

Ik denk dat als ik straks klaar ben dat de HA er van kunnen profiteren. Nu ook wel, want ik doe zelfstandig de anamnese en doe lichamelijk onderzoek maar ik moet vaak nog wel vragen of ze nog even naar een oor willen kijken of een recept willen schrijven.

Als ik straks klaar ben verwacht ik dat ik meer gegroeid ben en dat ik ze er steeds minder bij hoef te halen. Voordat ik echt helemaal zelfstandig zal werken, gaat nog wel wat tijd in zitten, denk ik.

Kunt u iets vertellen over de implementatie van de NP bij de HAP?

De initiatiefnemer van dit idee heeft volgens mij eindeloos zitten brainstormen met de directeur hoe ze het idee moesten gaan vormgeven. Volgens mij hebben ze een soort campagne in werking gezet. Ze hebben alle huisartsen geïnformeerd dat er een NP zou komen werken, met nieuwsbrieven, mailtjes en dat soort dingen. De assistentes zijn op dezelfde manier geïnformeerd, en zij hebben eens per twee maanden een werkoverleg waarin het ook is besproken. Er is van te voren héél veel aandacht aan besteed, en dat is een groot pluspunt. Toen ik hier kwam wist iedereen al van mijn komst.

Ook hebben ze zich van te voren gerealiseerd dat drie spreekkamers niet genoeg zou zijn en ze hebben meteen een bouwvergunning aangevraagd om voor mij een extra kamer te maken.

Ik ben hier eerst als assistente ingewerkt. Ik heb twee maanden aan de telefoon gezeten om te kijken hoe het allemaal werkt want ik kende dat helemaal niet.

Kortom, ze hebben goed nagedacht over wat er allemaal bij kwam kijken, want ik ben natuurlijk een heel nieuwe functie.

Ook is er een werkgroep NP ingesteld met daarin ikzelf, mijn collega-NP, mijn medisch leermeester, mijn verpleegkundig leermeester, een assistente en een HA. In deze werkgroep wordt alles wat ik doe besproken. We hebben een startdocument gemaakt met deze werkgroep, met daarin ook wat we willen bereiken over twee jaar.

Hoe is de NP hier ontvangen, positief, negatief?

Doordat iedereen zo goed op de hoogte was, heb ik geen weerstand ervaren, van zowel de HA als van de assistentes niet.

Hoe is de samenwerking met de HA en de assistentes?

Ik ben door de directeur van de HAP en door mijn leermeester vooraf gewaarschuwd dat het niet altijd leuk zal zijn. Er zijn dingen in mijn werkterrein die overlappen met die van de assistentes. Maar het is niet zo dat ik nu de krenten uit de pap haal. Als er iemand

met een wond aan het loket komt dan zullen de assistentes die verbinden en dat vind ik helemaal niet vervelend. Het is hier druk genoeg, zodat iedereen aan zijn trekken komt. Ook ben ik gewaarschuwd dat ik nu in het medisch domein ga werken, wat het domein van de arts is. Sommige artsen zullen dat lastig vinden, en het kan zijn dat artsen geen zin hebben om je te begeleiden omdat ze bijvoorbeeld een drukke dienst hebben. Maar het komt eigenlijk weinig voor dat een HA het niet ziet zitten, en op zo een moment is er vaak een andere HA die wel tijd voor me heeft.

Hoe reageren de patiënten op de komst van een NP?

Als één van de NP's aan het werk is hangt er een poster in de wachtkamer waar op staat dat wij werken en dat als ze ons niet willen zien, ze dat moeten aangeven bij de assistente.

Ik heb het één keer meegemaakt dat een psychiatrische patiënt liever alleen de huisarts wilde zien, maar verder vinden de patiënten het prima, als ze maar geholpen worden.

Ik vertel altijd wat mijn functie is en dat ik zelfstandig de patiënt nakijk en daarna overleg heb met de huisarts.

Hoe veel tijd mag je besteden aan een consult?

Ik merk dat ik wel lang de tijd nodig heb, ook omdat ik vaak moet wachten om met de HA te overleggen. Ik denk dat ik 20 tot 30 minuten aan een patiënt besteed.

De assistenten plannen elk half uur iemand in voor mij.

Kun je iets vertellen over de inhoud van je werk?

De inhoud van mijn werk komt tot stand samen met Jaap van Brienen (medisch leermeester) en Patty Hasz(directeur HAP en verpleegkundig leermeester). Er zijn een aantal dingen waarvan zij graag zien dat die behandeld worden door een NP, omdat dat klachten en kwalen zijn die laag complex zijn.

Ik moet strak volgens protocollen werken en ik heb ook voor die klachten en kwalen een protocollenboek geschreven, met hulp van een spoedpost in Noord-Holland. Verder moet ik mijn informatie halen van de NHG standaard.

Dat zijn dan bijvoorbeeld (bijna alle) klachten van het bewegingsapparaat, wonden (hechten en verzorgen), KNO-klachten (keelpijn, verkoudheid, corpus alienum), oogklachten (roodheid, corpus alienum). Er is volgens mij nog meer.

Wat niet is vooral mensen met hartklachten, buikpijn, kinderen met koorts, klachten aan interne organen.

Het is heel belangrijk om te weten waar mijn grenzen liggen.

Op welke manier is overleg en terugkoppeling met de HA geregeld?

Omdat ik nu nog in opleiding ben, overleg ik altijd met een HA. De HA hoeft de patiënt dan niet altijd te zien.

De HA is nu ook nog eindverantwoordelijk voor alle patiënten. Als ik straks klaar ben vallen mijn protocollen onder mijn verantwoording.

Ik val onder de wet BIG maar er is een artikel, artikel 14, die is speciaal voor NP's wat maakt dat je zelfstandig kan functioneren en je ook valt onder het tuchtrecht.

Alleen staat in de wet nog niet dat ik zelfstandig medicijnen mag voorschrijven.

Vind je het lastig om de verantwoordelijkheid te dragen?

Ik vind het spannend dat ik verantwoordelijk ben, maar ik ervaar het niet als een stress op het moment dat ik werk. Soms als ik naar huis ga ben ik nog wel eens onzeker of ik iets goed gedaan heb maar het valt over het algemeen wel mee want ik weet gewoon wel dat ik altijd op een huisarts kan terugvallen, dat geeft mij heel veel rust.

Denk je dat dit navolging verdient in het hele land?

Jazeker, ik denk dat datgene waar ik voor wordt opgeleid een haalbare functie is. Ik merk dat ik groei in mijn werk en dat ik daar ook de kans voor krijg, juist omdat ik protocollair werk. Ik raak daardoor heel vertrouwd, omdat ik bepaalde aandoeningen heel vaak zie.

Acute zorg is overigens niet het enige wat ik doe. Naast het medische s het ook de bedoeling dat ik de assistentes ga bijscholen. Ook wil de directeur dat de NP zich gaat bezig houden met kwaliteitszorg en onderzoek, zodat we evidence based onderzoeksresultaten kunnen implementeren in de praktijk.

Wat men hier ook als heel belangrijk acht, is dat ik hier de constante factor ben omdat de HAP mijn werkplek is. Op die manier kan ik zorgen voor continuïteit.

Ik ben de brug tussen de HA en de doktersassistenten.

Het is wel belangrijk om de NP die in de Hap gaat werken, ook opgeleid wordt op de HAP. Ik heb ergens anders gezien dat een NP overdag op een reguliere praktijk werkt en ze heeft niets met de Hap waar ze om het weekend werkt, en dat heb ik wel. Omdat dit mijn werkplek is, weet ik wat er hier speelt. Het is ook fijn geweest dat ik hier vanaf het begin betrokken ben geweest.

Ik denk dat het ook een goed idee is om een tijdje als triage-assistent te weken, om ook een soort draagvlak te creëren. Dat heb je niet als je maar af en toe werkt.

Interview 2: Bregje Schermerhorn in gesprek met Leo Klink, Nurse Practitioner op de HAP in Zwolle.

Kunt u iets vertellen over uw achtergrond?

Ik heb een hele brede achtergrond. Ik ben begonnen met de A-opleiding. Daarna heb ik anesthesie gedaan B-opleiding, IC/ CCU en ambulanceverpleegkundige . Daarnaast heb ik nog een opleiding management voor het middenkader gedaan en heb ik een deelopleiding Personeel &Organisatie gedaan.

In 2004 ben ik met de opleiding tot NP begonnen aan de Hogeschool van Groningen. Ik deed mijn opleiding bij de ambulancedienst van Zwolle en heb meerdere stages gelopen, onder andere bij de huisartsenpraktijk, bij defensie, in het ziekenhuis op de spoedeisende hulp en op de kinderafdeling. Mijn medisch leermeester was een arts van de ambulancedienst.

Ik ben sinds vorig jaar samen met vier collega-NP's gedetacheerd bij Stichting Dienstenstructuur Huisartsen IJssel-Vecht/Flevoland, op de post in Zwolle. Ieder weekend draait op de HAP in Zwolle één NP spreekuur.

Kunt u iets vertellen over de organisatie van de HAP?

De HAP in Zwolle is onderdeel van de Stichting Dienstenstructuur Huisartsen IJssel-Vecht/Flevoland. Deze stichting is in 2001 opgericht en heeft met 230 huisartsen een contract voor het leveren van spoedzorg. Bij de HAP in Zwolle zijn 69 huisartsen aangesloten.

Kunt u iets vertellen over de reden waarom de HAP destijds een NP in dienst nam?

De HAP ziet elk jaar een toename van patiënten van 7 %. Vooral in de weekenden is het erg druk op de post. In het weekend zien we veel letsel van het bewegingsapparaat, vaak sportletsel. Door de toenemende drukte zouden de huisartsen meer diensten moeten draaien. Dit wilde ze niet en toen heeft het bestuur besloten om vier NP'ers in dienst te nemen.

Kunt u iets vertellen over de implementatie van de NP op de HAP?

Het bestuur heeft in de tijd besloten dat er NP's op de HAP kwamen werken. Wij zijn een jaar geleden begonnen en in het begin heeft dat wel voor weerstand gezorgd. De artsen vonden wel dat we in hun domein kwamen werken. Dat verpleegkundigen daar kwamen zitten na een 2 jarige opleiding terwijl de huisarts 10 jaar gestudeerd had, gaf bij sommigen wel een raar gevoel . Nu een jaar later is dat gevoel wel weg.

De artsen hebben gemerkt dat ze in acute situaties veel aan ons hebben; wij hebben door ons werk als ambulanceverpleegkundigen veel ervaring met acute zorg en dan weken we heel protocollair en adequaat. Op die manier hebben we een beetje onze plek verworven. De samenwerking is uit nood geboren, maar is nu goed.

Hoe is de NP hier ontvangen; positief of negatief? Stonden verschillende disciplines open of was men wantrouwend?

Zowel de huisartsen als de assistentes waren wantrouwend. Ook de assistentes waren bang dat wij hun leuke klussen zouden inpikken. Toen wij op de post kwamen werken bleek de weerstand van de assistentes helemaal niet nodig; het was druk genoeg om voor iedereen de leuke klussen te blijven doen.

Hoe is de samenwerking met de huisartsen?

De samenwerking is nu goed. Overleg met de dienstdoende huisarts is altijd mogelijk. De samenwerking is pas geleden geëvalueerd. Er is onder de huisartsen een tevredenheidsonderzoek geweest en de HA gaven ons gemiddeld een rapportcijfer 7,5.

En met de assistentes?

De samenwerking met de assistentes is ook goed. Zij waren wel bang dat wij de krenten uit de pap zouden vissen. Maar we hebben het zo druk dat er voor de assistentes ook genoeg leuke dingen over blijven. Assistentes vinden het bijvoorbeeld leuk om te hechten. Als het druk is geef ik de patiënt lokale verdoving en hecht de assistente zodat ik gauw naar de volgende patiënt kan.

De triage werkt heel goed. De assistentes hebben een lijst met daarop letsels die door de NP behandeld worden.

Waaruit bestaat de inhoud van uw werk?

Wij zien de patiënten met letsel aan het steun- en bewegingsapparaat, dit is vaak sportletsel. Een enkele keer zie ik ook mensen met rib- of wervelletsel. We doen juist deze patiëntengroep omdat het aanbod van deze patiënten in het weekend heel groot is. Ik doe de anamnese, lichamelijk onderzoek en stel een diagnose. Ik mag zelfstandig doorverwijzen, medicijnen voorschrijven volgens protocol en ik mag hechten. Het hechten doe ik alleen als het verantwoord is; ik doe alleen de huid en de onderhuid en hecht niet als het esthetisch niet mooi wordt, dan verwijs ik door.

We werken volgens een protocollenboek dat is gemaakt op de SEH van het MC Haaglanden.

Wanneer ik niet bekwaam ben zal ik een patiënt altijd doorsturen.

Ik weet dat de NP's op de HAP in Emmen alle patiënten zien en dat er voor hen geen afgebakende patiëntengroep is.

Hoe ervaren patiënten de hulpverlening door een verpleegkundige?

De patiënten vinden het prima. Er hangt bij ons een bordje in de wachtkamer waarop staat dat er ook NP's in de post werken. Ik vertel niet altijd dat ik een NP ben. Veel mensen snappen er helemaal niets van en dan ben ik langer bezig mijn functie uit te leggen dan ze te behandelen.

Hoe veel tijd mag u aan een consult besteden?

De NP ziet in het weekend 20 tot 30 patiënten. Ik besteed ongeveer 10 tot 15 minuten per patiënt. Ik geloof dat een huisarts één patiënt per uur meer ziet.

Op welke manier is terugkoppeling met de huisarts geregeld?

Als ik het nodig vind kan ik altijd met de huisarts overleggen, in praktijk komt het niet vaak voor.

Bent u enthousiast over uw werk bij de HAP?

Ik vind het ontzettend leuk dat ik zo een afwisselende baan heb. Ik werk in principe als NP bij de ambulancedienst; we zijn daar nu opgeleid om de ritten te doen waarbij de patiënt mogelijk thuis blijft. Onze mening was 4 jaar geleden, dat we te weinig ervaring en routine hadden om de patiënt verantwoord thuis te laten, daarom zijn we ook met de NP opleiding gestart. Dat soort ritten doe ik nu als NP en ik werk in het weekend op de HAP.

Bent u tevreden over de ontwikkelingen van de afgelopen jaren?

Ontwikkelingen... Het afgelopen jaar is gebleken dat wij ons werk goed doen en dat de huisartsen tevreden over ons zijn.

Wat zou er anders moeten?

Er zou een behandelkamer bij moeten, omdat wij nu de behandelkamer vaak bezet houden en de huisarts dan op de spreekkamer moet behandelen.

Denkt u dat dit initiatief navolging verdient in het hele land?

Niet alleen in Zwolle neemt het aantal patiënten toe. Ik denk dat het aannemen van een NP in de HAP zeker bijdraagt aan het ontlasten van de werkdruk bij huisartsen.

Wat is in de aanloop-/ introductiefase van de NP bij de HAP belangrijk?

Het is belangrijk om afspraken te maken over de taakverdeling en verantwoordelijkheden. Daarnaast heb je samen veel te winnen en niets te verliezen, ook al zien sommige huisartsen dat anders.

Ik ben eerder betrokken geweest bij implementatie van NP's in Olst. Daar was de samenwerking helemaal niet goed en dat is uiteindelijk mis gegaan.

In Olst was de aanrijtijd van ambulances te lang en daarom heeft de provincie geld gegeven voor NP's en een auto die overdag patiënten konden zien en 's avonds acute zorg op zich konden nemen.

Er waren te weinig patiënten in Olst en er was geen goede rolverdeling. De huisartsen aldaar zagen de NP's helemaal niet zitten en wilden hun taken niet uitbesteden. De NP's moesten zelf hun werk gaan zoeken en het project is uiteindelijk gestrand.

Thema: Continuïteit van huisartsenzorg/Bezetting**Taakdifferentiatie**

Dit project is in 2007 van start gegaan en loopt door tot in 2009; het thema continuïteit blijft actueel in de huidige bedrijfsvoering. Het project behelsde aanvankelijk het onderzoeken van oplossingen voor de toenemende werkdruk die de huisartsen hebben aangegeven. De toenemende werkdruk is vooral gekoppeld aan het verhoogde consumptiegedrag; het patiëntaanbod is in de loop van de tijd gegroeid.

Meer inzet van huisartsen is geen optie. De werkdrukvermindering lijkt gevonden in het inzetten van taakdifferentiatie; het delegeren van eenvoudige werkzaamheden naar andere bevoegden. Er is een pilot op de Huisartsenpost Lelystad en Zwolle gestart waarbij een Nurse Practitioner (NP) wordt

ingezet op piektijden. Deze NPers zijn ervaren ambulanceverpleegkundigen die een aanvullende NP opleiding hebben gevolgd. Doel van deze pilot is meer inzicht te verkrijgen in mogelijkheden tot taakdifferentiatie op de huisartsenpost met als doel werkdrukvermindering zonder de ontwikkeling van

het vak van doktersassistent aan te tasten. Na deze pilot zal gekeken worden hoe de inzet op andere

posten kan worden aangeboden

(Bron: Jaarverslag 2008 Stichting Dienstenstructuur Huisartsen IJssel-Vecht/Flevoland)

Interview 3: Bregje Schermerhorn in gesprek met Renea Gerlach, NP in de HAP Groningen.

Kunt iets vertellen over uw achtergrond?

Ik ben in 1986 begonnen met de HBOV opleiding, en ik heb tot 2002 gewerkt als verpleegkundige in een ziekenhuis. Ik heb in het ziekenhuis veel kinder- en IC-ervaring opgedaan.

Na al die jaren wilde ik wat anders en ik wilde graag regelmatige werktijden en ik ben begonnen in de wijk. Ik had daar vooral een coördinerende functie. De organisatie is in 2005 begonnen met het opzetten van een fenomeen uit Engeland, namelijk een kruispost met NP's. Ik ben daar begonnen met mijn opleiding voor NP en heb stage gelopen bij een huisarts. Het plan van de organisatie om een wijkpost te beginnen was te prematuur. De tijdsgeest was nog niet zover. Intussen had ik een stageplek als NP bij een huisartsenpraktijk. Ik ben twee jaar geleden bij de HAP Groningen gekomen door een collega, nadat zij in het kader van haar studie een pilot deed voor NP's op de HAP, als wijze van een voorstudie wat de NP kan betekenen op de HAP en als voorbereiding naar een manier van werken welke de patiëntenstroom van zelfverwijzers op de SEH zou kunnen verminderen, cq reguleren.

Een NP die werkzaam was op de SEH van het UMCG begon met een pilot van drie maanden op de HAP met een NP. Ze onderzocht wat de reactie was op de komst van een NP en wat een NP kon toevoegen aan de post. Na drie maanden bleek dat er wel een beetje draagvlak voor was. De wachttijd voor patiënten werd korter en het bleek dat sinds de komst van de NP de achterwacht (huisarts) niet meer in huis hoefde te komen. Er werd besloten dat er op de vrijdagavond, zaterdag en zondag een NP op de post kwam werken. Onze positieve ervaringen met NP's op de HAP in Groningen zijn ook gehoord in Zwolle. Dit heeft geleid tot een uitnodiging voor een presentatie aan een afvaardiging van de "Zwolse" huisartsen. Uiteindelijk werken er daar nu ook 3 nurse practitioners.

De pilot begon met mensen die wisten wat ze doen, dat is natuurlijk heel erg belangrijk. De pilot was een samenwerking tussen het UMCG en de HAP, het was voor beide partijen een win-win situatie. Een SEH is namelijk ontzettend duur; een consult op de HAP kost een X bedrag per consult, in het ziekenhuis is dat het 8-voudige. Minister Klink wil dat we gaan bezuinigen op de kosten van de SEH, onder andere door te investeren in de HAP. Bovendien moet de spoedeisende zorg beter gestroomlijnd worden, er moet voor patiënten één loket zijn waar ze terecht kunnen. Patiënten moeten altijd contact zoeken richting de eerste lijn. Een patiënt kan zelf geen keuze maken waar hij heen moet dus we moeten zorgen voor een betere stroomlijning.

Hoe is de NP ontvangen in de HAP?

Met gezonde argwaan. Deze is al snel veranderd door de right woman on the right place: Strak afgebakend terrein van patiënten categorieën, grote mate van zelfstandigheid en weinig begeleiding nodig. We zijn als NP's toch een vreemde eend in de bijt. Punten van weerstand zijn dat huisartsen minder daadwerkelijke spoedzorg zien, vaak ook leuke dankbare pathologie. Wat betekent onze komst voor de huisarts in opleiding, hoe kunnen zij voldoende hun spoedeisende competenties behalen, behouden en uitkristalliseren? Je moet jezelf als NP toch zien waar te maken; je moet laten zien wie je bent en wat je doet.

Het is voor de huisartsen wél een nieuw elan van hun vak. De huisartsen zorg is in de laatste jaren veranderd. De huisarts is een generalist, maar vraagt de huidige maatschappij en misschien ook wel de huidige verwachting van de huisarts niet een andere invulling van de eerstelijnszorg? Er zijn centra in oprichting met anderhalvelijnszorg. De zorgvraag verandert en daarin kunnen NP helpen, ondersteunen.

Waaruit bestaat de inhoud van uw werk?

We hebben een vast omliggende groep aandoeningen. We zijn begonnen met trauma's van het steun- en bewegingsapparaat, wonden, katten-, honden- en mensenbeten, bevriezingen graad 1, corpus alienum in het KNO gebied en brandwonden.

Deze groep is tot stand gekomen in samenwerking met de inspectie voor gezondheidszorg. Wij waren de eerste post die met NP's ging werken en we hebben voor deze aandoeningen gekozen omdat deze vrij ongevaarlijk zijn als je een keer iets mist. Dat wil zeggen dat een mogelijk gemiste diagnose geen of onafwendbare gevolgen heeft voor de patiënt, ook houdt het in dat de diagnose uitstelbaar is. Het klinkt misschien raar, maar het maakt voor de prognose van de behandeling niet uit of de breuk bij eerste contact met de zorgprofessional wordt gemist. Tenzij er een bloeding is, huid bedreigd wordt.

Sinds oktober 2009 zijn er meer klachten en aandoeningen bijgekomen, vooral om de druk in de post Stadkanaal te verlichten. In Stadkanaal is maar één huisarts op de post, dus de NP's daar hebben een groot pakket. KNO klachten, klachten van het bewegingsapparaat, neusbloedingen, ontsteking van lymfeklieren en bijspeekselklieren en huidklachten zijn er bij gekomen.

Werken jullie met protocollenboeken?

We hebben veel gewerkt met bestaande protocollenboeken en formularia volgens de NHG standaarden. Ook hebben we veel gehad aan de traumaboeken van het UMCG. Het protocollenboek van het MC Haaglanden gebruiken we ook, maar we wisten pas van het bestaan van deze boeken toen we al een half jaar bezig waren.

Bovendien blijft altijd gelden: bekwaam is bevoegd. Je moet heel duidelijk je grenzen bewaken. Je moet altijd je kennis toetsen en aan je ervaring bouwen door elke patiëntengroep frequent te blijven zien in alle facetten en leeftijdscategorieën, zo compleet mogelijk van het eerste contact, anamnese tot eventueel verwijzing.

Hoe is de samenwerking met huisartsen?

De samenwerking en de bereidheid en de interactie is goed. Ik kan altijd met de huisarts overleggen als ik een 'niet pluis gevoel' heb. Er zijn altijd twee of drie huisartsen aanwezig op de post die ik kan vragen mee te denken of scholing of advies te geven. Dit vertel ik dan ook aan de patiënt. Ik moet dan wel even wachten tot de huisarts klaar is met zijn consult, ik kan niet zomaar binnenstormen.

Als een casus voor mijn gevoel te groot is vraag ik de huisarts mee te doen. Laatst had ik een trauma van een kind van vier jaar met een groot, wazig verhaal. Ik had er geen goed gevoel bij en heb hulp van de huisarts gevraagd. Na verwijzing bleek het kind toch een commotio cerebri te hebben.

Dit soort momenten draagt ook bij aan het verlagen van de weerstand van huisartsen.

Als nurse practitioner is het belangrijk om professioneel te werken, daarbij hoort ook het bewaken en aangeven van de grenzen van je huidige competentie niveau. Er blijven voor mij altijd nieuwe leermomenten.

Hoe zit het met de weerstand van de assistentes?

Bij de assistentes was helemaal geen enkele vorm van weerstand, die waren alleen maar heel blij dat we kwamen. De assistentes doen bij de HAP Groningen alleen de triage, ze doen geen chirurgisch assisterende taken. Er was dus geen sprake dat wij taken van hen zouden overnemen.

De triage werkt heel goed, de juiste patiënten komen bij ons terecht. Maar wanneer het niet goed gaat en er komt bij mij een casus die niet voor mij blijkt kan die altijd nog door de huisarts worden gezien en andersom ook.

Hoe ervaren de patiënten de hulpverlening door een verpleegkundige?

De patiënten weten vooraf dat ze door een verpleegkundige worden gezien, dat wordt ze aan de telefoon door de assistente verteld. Vanuit mijn perspectief weet ik niet hoe veel patiënten weigeren of er moeite mee hebben, het wordt voor zover ik weet gezegd tijdens het inplannen van de afspraak. Vanuit de zijde van de patiënt merk ik geen weerstand, dat ze gezien worden door een verpleegkundige. Een enkele keer merkt ik enige weerstand.

Hoe veel tijd mag u aan een consult besteden?

Voor een consult plant een assistente 15 minuten in mijn agenda. Sommige patiënten staan met 10 minuten buiten, vooreen ander consult heb ik twintig minuten nodig. De tijd die ik nodig hebt ontloopt niet veel met die van de huisarts. Bij de HA wordt iedere 13 minuten een patiënt gepland.

Op welke manier is terugkoppeling met de huisarts geregeld?

Ik draai zelfstandig mijn spreekuur, maar kan de HA altijd vragen mee te denken of mee te doen. Dat deed ik in het begin natuurlijk vaker dan nu. Ik ben als NP niet bevoegd om zelfstandig medicijnen voor te schrijven, dat moet altijd in overleg met de HA. De ene HA vertrouwt op mijn deskundigheid en zet een handtekening op het recept, de andere HA vraagt om een toelichting. In de verslaglegging naar de huisarts wordt altijd vermeld, indien het noodzakelijk is om voor te schrijven, met welke huisarts is overlegd.

Wat is in de aanloop/ introductiefase van de NP bij de HAP belangrijk?

Het werken met een NP moet aan een aantal voorwaarden voldoen. Allereerst moet er een duidelijke werkruimte zijn voor de NP. Alleen op die manier kun je serieus genomen worden. Daarnaast moet je een duidelijke patiëntencategorie afspreken, zodat je als NP ook je eigen patiënten hebt. De NP moet duidelijk bijdragen aan het verlagen van de werkdruk, en de NP moet een eigen agenda hebben. Verder zul je altijd last hebben van weerstand, of ik zou het liever koudwatervrees noemen.

10.1.8 Enquête doktersassistenten Delft

Enquête m.b.t de inzet van een nurse practitioner (verder te noemen n.p.) op de Huisartsenpost te Delft.

1) Wat is uw leeftijd:

- 18-25 jaar
- 25-35 jaar
- 35-55 jaar
- 55 jaar of ouder

2) Bent u doktersassistente?

- Ja**
- Nee**

Zo ja, hoelang?

- < dan 5 jaar
- 5 – 10 jaar
- 10-20 jaar
- > dan 20 jaar

3) Bent u verpleegkundige?

- Ja**
- Nee**

Zo ja, hoelang?

- < dan 5 jaar
- 5 – 10 jaar
- 10-20 jaar
- > dan 20 jaar

4) Bent u in het bezit van een triage diploma?

- Ja
- Nee

5) Hoelang bent u al werkzaam op de huisartsenpost in Delft?

- < 2 jaar
- 2-4 jaar
- 4-6 jaar
- > 6 jaar

6) Hoeveel uur werkt u per week op de huisartsenpost in Delft?

- 8 uur of <
- 8-12 uur
- 12-16 uur
- 16 uur of >

7) Bent u betrokken geweest bij de discussie m.b.t de aanstelling van de n.p. op de huisartsenpost?

- Helemaal niet
- Soms
- Redelijk vaak
- Altijd

8) Vond u het belangrijk om betrokken te zijn bij de discussie m.b.t. de aanstelling van de n.p. bij de HAP?

- Niet belangrijk
- Soms belangrijk
- Belangrijk
- Heel belangrijk

9) Op welke manier was u betrokken bij de discussie m.b.t. de aanstelling van de n.p bij de HAP?

- een persoonlijk gesprek
- een nieuwsbrief
- een informatiebijeenkomst
- een vergadering
- anders, nl.....

10) Had u vooraf weerstand tegen de aanstelling van de n.p.?

- Geen mening
- Ja
- Nee

11) Als u weerstand had, kunt u dan beschrijven waar deze uit bestond?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12) Is uw mening veranderd nadat de n.p. bij de HAP is aangesteld?

- Niet veranderd
- Gedeeltelijk veranderd
- Helemaal veranderd

13) Als uw mening gedeeltelijk of helemaal veranderd is, kunt u toelichten waar deze verandering uit bestaat?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14) Vindt u dat uw (triage)vaardigheden toereikend zijn voor het verwijzen naar de n.p.?

- helemaal niet
- soms
- meestal wel
- altijd

15) Zijn er momenten waarop u moeilijk een goede keus kunt maken? Zo ja, welke momenten zijn dit? (meerdere antwoorden mogelijk):

- de patiënt spreekt (sterk) de voorkeur uit voor een consult bij de h.a.
- de hulpvraag/ het gezondheidsprobleem wordt niet duidelijk bij de triage
- de triage is door drukte minder uitgebreid
- de patiënt spreekt slecht Nederlands.
- de patiënt wil geen antwoord geven op de triage vragen.
- de patiënt is ongeduldig of agressief.
- de agenda van de huisarts is leger dan de agenda van de n.p.
- anders nl.....

16) Zijn er taken overgenomen door de n.p, die u eerder als doktersassistente had?

- geen enkele (ga door naar vraag 18)
- 1-2 taken
- 2 of meer taken

Bijlage 10.1.9 Taakomschrijving diensten huisartsen per 1 september 2009

Soort dienst		Omschrijving
Achterwacht weekend / AW2	08.00 - 8.00 uur	op te roepen bij extreme drukte of andere calamiteiten
Achterwacht door de week / AW1	17.00 - 8.00 uur	op te roepen bij extreme drukte of andere calamiteiten
Voorwacht Dag 1 / D1	07.45 - 16.15 uur	telefoonarts, overleg doktersassistentes, bepalen noodzakelijkheid van inzet auto 2, autoriseren (consulten)
Voorwacht Dag 2 / D2	07.45 - 16.00 uur	visites auto 1, gehele waarneemgebied, consulten m.u.v. hechten
Voorwacht Dag 3 / D3	07.45 - 16.00 uur	consulten
Voorwacht Dag 4 zaterdag / D4	10.00 - 16.00 uur	consulten, alleen indien noodzakelijk van 10.00 tot 16.00 uur visites auto 2 inzet auto 2 in samenspraak met arts 1 D1
Voorwacht Dag 4 zondag/D4Z	10.00 - 18.00 uur	consulten, alleen indien noodzakelijk van 10.00 tot 16.00 uur visites auto 2 inzet auto 2 in samenspraak met arts 1 D1 na 16.00 uur in samenspraak met A1
Voorwacht Dag 5 uur,	16.00 - 22.00 uur	zaterdag en feestdagen die een weekend verlengen, Hemelvaart, consulten en tot 18.00 indien noodzakelijk, visites auto 2
Voorwacht Dag 6 feestdag	13.00 - 20.00 uur	extra consultdienst op feestdag die weekend verlengd of weekend die aansluiten op
Voorwacht Avond 1 / A1W	16.00 - 23.30 uur	zaterdag, zondag en feestdagen: consulten, autoriseren, overleg dokters assistentes
Voorwacht Avond 2 / A2W	16.00 - 24.00 uur	zaterdag, zondag en feestdagen: consulten en visites auto 1, gehele waarneemgebied
Voorwacht Avond 1 / A1	16.45 - 23.30 uur	maandag, dinsdag, woensdag, donderdag en vrijdag: consulten
Voorwacht Avond 2 / A2	18.00 - 24.00 uur	maandag, dinsdag, woensdag, donderdag en vrijdag: consulten + visites rijden
Voorwacht Nacht / N	23.30 - 08.00 uur	