

Veelbelovend resultaat project NP in de huisartsenpraktijk

De 'nurse' de maat genomen

Eind vorig jaar werden de onderzoeksresultaten van het project Nurse Practitioner in de Huisartsenpraktijk (NPH) aangeboden aan de minister van VWS. In dit meerjarige project werden nurse practitioners specifiek opgeleid en ingezet in huisartsenpraktijken in Brabant en Limburg. Bedoeling was om te onderzoeken in hoeverre een specifiek opgeleide nurse practitioner een bijdrage kan leveren aan een toekomstbestendige huisartsenzorg.

De eerste lijn wordt geconfronteerd met een sterk groeiende en veranderende zorgvraag, artsenschaarste en problemen met de toegankelijkheid en beheersbaarheid van de zorg. In 2001 werd de regeling 'Praktijkondersteuning Huisartsenzorg (POH)' ingevoerd. De praktijkondersteuner, een functionaris op hbo-niveau, biedt zorg conform protocol aan bepaalde patiëntencategorieën, met name chronisch zieken. De inzet van praktijkondersteuning verbetert vooral de kwaliteit van zorg.

Om een antwoord te geven op de ontwikkelingen in de eerste lijn zijn verdergaande taakherschikking en substitutie noodzakelijk. Vooral op het gebied van vaak voorkomende klachten lijkt winst te behalen. Verdergaande taakherschikking en substitutie vraagt echter om verdergaande scholing. In het buitenland vervullen hoogopgeleide Nurse Practitioners (NP) en Physician Assistants (PA) een significante rol. Zo blijkt in Engeland, dat een NP 20 tot 30 procent van de patiëntenzorg van de huisarts kan overnemen. Vooral de vaak voorkomende klachten ofwel 'minor ailments' kan de NP zelfstandig afhandelen. Daarnaast behoren preventie, educatie en zorgcoördinatie tot het domein van de NP, evenals aspecten van praktijkorganisatie en -management. In Nederland was nog geen onderzoek gedaan met de NP in de huisartsenpraktijk. Alle reden om in 2003 het project NPH te starten.¹

Het onderzoek

De onderzoeksvraag

Het onderzoek NPH geeft antwoord op de vraag 'In hoeverre levert de inzet van een

Nurse Practitioner (NP) in de huisartsenpraktijk een bijdrage aan een toekomstbestendige (beschikbare en beheersbare) huisartsenzorg:

- a Onder welke voorwaarden kan de NP in de huisartsenzorg worden ingezet?
- b Wat is de kwaliteit van zorg geleverd door de NP?
- c Met welke kosten gaat de inzet van een NP in de huisartsenzorg gepaard?'

Het onderzoekskader

In Figuur 1 is weergegeven hoe de verschillende beroepsbeoefenaren in de huisartsenpraktijk te positioneren zijn. In het onderzoek is de inzet van de NP vanuit dit model onderzocht.

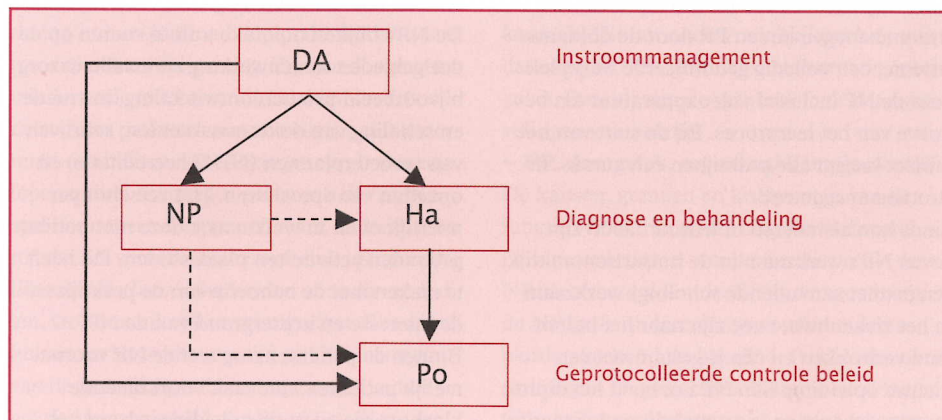
De doktersassistente behartigt het *instroommanagement*. Zij verheldert binnenkomende zorgvragen en bepaalt, mede in overleg met de patiënt, bij wie deze het beste terecht kan. De doktersassistente biedt ook zorg in de vorm van zelfzorgadviezen of bepaalde medisch-

technische handelingen.

De huisarts en de NP kunnen klachten *diagnosticeren en behandelen*. De huisarts is toegankelijk voor alle in de huisartsenpraktijk voorkomende klachten. De NP is toegankelijk voor een welomschreven pakket klachten, de zogenoemde 'minor ailments'. Waar nodig voegt de NP daaraan verpleegkundige interventies toe, die gericht zijn op advies aan de patiënt hoe in zijn dagelijks leven om te gaan met de gevolgen van diagnose en/of behandeling van een klacht en/of hoe klachten te voorkomen of zelf op te lossen.

De praktijkondersteuner biedt zorg nadat diagnose en behandeling door de huisarts (en in voorkomende gevallen door de NP) zijn vastgesteld. Haar hoofdtaak is *geprotocolleerde controle van het afgesproken beleid*. De praktijkondersteuner richt zich op de gevolgen van de diagnose en/of behandeling van een klacht voor het dagelijks leven van de patiënt. De praktijkondersteuner wordt specifiek ingezet in de zorg voor mensen met chronische aandoeningen zoals diabetes, astma/COPD of hartfalen.

De precieze inhoud, plaats en meerwaarde van de diverse functies in de huisartsenpraktijk is onderwerp van discussie. De visie op huisartsenzorg en praktijkorganisatie in relatie tot voor de zorgvraag benodigde deskundigheid en financiën zijn hierin bepalend.



figuur 1. Model E. Derckx & T. Toemen (2005). Positionering beroepsbeoefenaren in de huisartsenpraktijk

De interventie

In twaalf huisartsengroepen in Brabant en Limburg zijn evenzoveel verpleegkundigen specifiek opgeleid tot Nurse Practitioner Huisartsenzorg. Zowel groepspraktijken, solisten, duo-praktijken, als gezondheidscentra deden mee aan het project. De achtergrond van de twaalf NP's is divers: praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige, ziekenhuisverpleegkundige en praktijkverpleegkundige bij de Medische Opvang Asielzoekers (MOA). Hun leeftijd varieert van 24 tot 49 jaar.

De NP's volgden de opleiding Master Advanced Nursing Practice, differentiatie 'Huisartsenzorg' (MANP-H). Deze differentiatie, ontwikkeld door de Huisartsopleiding Maastricht, Stichting KOH en Fontys Hogeschool Eindhoven, is uniek voor Nederland. De patiëntenpopulatie die bij de huisarts komt verschilt wezenlijk van die welke in de tweede lijn gezien wordt: generiek in plaats van specialistisch, veelal met onbekende of niet uitgekristalliseerde vragen, klachten en/of ziektebeelden, en het beleid is vaak weinig protocollair. Door deze kenmerken is algemene literatuur over ziekten niet altijd van toepassing en is gedegen kennis van epidemiologie uiterst relevant. Wat betreft patiëntenzorg staan diagnostiek en behandeling van in de huisartsenpraktijk vaak voorkomende klachten centraal. Die klachten zijn: KNO en hoesten, bewegingsapparaat: onderste extremiteiten, huidaandoeningen, SOA/anticonceptie/incontinentie/urinegeweefinfecties/overgangsklachten, (vaak voorkomende klachten in de) ouderenzorg. Naast het specifieke curriculum voor de NP's is ook, ter begeleiding van de huisartsopleiders, een curriculum voor opleiders ontwikkeld, vertaald in terugkomdagen. Als randvoorwaarden in de praktijken golden: aanwezigheid van een huisartsopleider, instroommanagement en PR door de doktersassistente, een volledig geoutilleerde werkplek voor de NP inclusief videoapparatuur ten behoeve van het leerproces. Bij de start van het project kregen alle praktijken een cursus 'Instroommanagement'. Sinds hun afstuderen in februari 2006 zijn zeven NP's werkzaam in de huisartsenpraktijk, één is (met aanvullende scholing) werkzaam in het ziekenhuis, twee zijn naar het buitenland vertrokken en één is gestart met een nieuwe opleiding. Eén NP i.o. heeft het diploma niet gehaald en is nu praktijkondersteuner.

Methoden van onderzoek

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een proces- en een effectevaluatie uitgevoerd. De procesevaluatie naar de haalbaarheid en de randvoorwaarden van de inzet van NP's in de huisartsenpraktijk is een observationeel, beschrijvend onderzoek.

De effectevaluatie om de kosteneffectiviteit van de NP in kaart te brengen bestaat uit een randomised controlled trial (RCT) plus een beschrijvend onderzoeksdeel.*

Resultaten

Proces

Belangrijke randvoorwaarden bij het inzetten van een NP zijn opleider, werkplek en instroommanagement. Met het instroommanagement wordt 95 procent van de patiënten van de NP's adequaat toegewezen. PR over de functie van de NP is een algemeen punt van aandacht bij de inzet van deze nieuwe functionaris.

De competenties die de NP's verwerven tijdens de opleiding liggen op het vlak van patiëntenzorg, samenwerking en kwaliteitszorg. In het onderzoek zijn met name de competenties op het gebied van patiëntenzorg onderzocht. De NP blijkt in staat om, na daarvoor te zijn opgeleid, de vaak voorkomende klachten op een adequate wijze te behandelen. Tijdens het leertraject gaven de opleiders aan dat NP's het anamnestic en diagnostisch deel van het consult nog 'te breed' behandelen. Dit is te verklaren vanuit het leerproces en de beperkte werkervaring. In 2008 zeggen de huisartsen zeer tevreden te zijn over de wijze waarop de NP haar consultvoering doet. Deze is verantwoord en zorgvuldig en er is volgens de huisartsen geen verschil meer waar te nemen in de wijze waarop een huisarts en een NP een consult voeren.

De NP's blijken ook taken uit te voeren op de deelgebieden samenwerking en kwaliteitszorg, bijvoorbeeld protocolontwikkeling, instructie en scholing van doktersassistenten, schrijven van verbeterplannen (NHG-accreditatie) en opzetten van spreekuren. Het verschilt per praktijk of en in welke mate deze niet-patiëntgebonden activiteiten plaatsvinden. Dit heeft te maken met de behoefte van de praktijk en de interesse en achtergrond van de NP. Binnen de patiëntenzorg ziet de NP voornamelijk patiënten met vaak voorkomende klachten die zij in de opleiding geleerd heb-

ben te behandelen. Qua tijdsbesteding is er tussen 2004 en 2007 een toename aan consulten en visites te constateren en een afname in scholing en supervisie. Dit komt doordat de NP's in het begin van deze periode in opleiding waren. De verhouding patiëntgebonden activiteiten/niet-patiëntgebonden activiteiten ligt tussen 70:30 en 80:20. Eind 2007 blijkt de NP 91 procent van de consulten zelfstandig te kunnen afhandelen. Eventueel advies van de huisarts vindt meestal telefonisch plaats, een enkele keer ter plekke. De NP ziet eind 2007 gemiddeld 20 patiënten per dag.

De financiering van de NP blijkt een bijzonder vraagstuk. Stakeholders (zorgverzekeraars, overheid, huisartsen) hebben verschillende ideeën over de wijze waarop de NP gefinancierd moet worden. Tot op heden is er geen aparte financiering voor de NP geregeld. Het uitgangspunt is dat de NP zichzelf terugverdient. Aan de hand van een rekenmodel is geconcludeerd dat een kostendekkende inzet van de NP vraagt dat 80 procent van de vrijgekomen tijd van de huisarts wordt ingezet voor praktijkgroei, maar dit wordt zelden gerealiseerd. Huisartsen zijn sceptisch over de haalbaarheid van praktijkgroei. Het rekenmodel is indicatief en één van de aannames is dat praktijkgroei mogelijk is. Praktijkgroei is echter een dynamisch gegeven en niet gelijk voor elke praktijk. Het wordt beïnvloed door tal van factoren, zoals demografische kenmerken van de betreffende regio, omvang en type van de zorgvraag, kenmerken van de praktijk, omgevingsfactoren en ondernemerschap van huisartsen. Dit maakt dat de financiering een knelpunt is voor de inzet van een NP. Inzet van ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk wordt aldus gestuurd door de huidige financieringsstructuur en niet door de zorgvraag en de daaraan gerelateerde benodigde deskundigheid. Totdat wijzigingen in de financieringsstructuur worden doorgevoerd, hangt een meer structurele inzet van de NP vooral af van het ondernemerschap van huisartsen.

Effecten

Aan de RCT in 2006 hebben 1501 patiënten met vaak voorkomende klachten meegedaan. Uiteindelijk hebben 759 patiënten zorg ontvangen van een NP en 650 patiënten hebben zorg ontvangen van een huisarts. Beide groepen zijn vergelijkbaar wat betreft geslacht en gezondheidstoestand.



Foto: Hans Oostrum

NPH Wilma Wijts bij haar werk in de huisartsenpraktijk Het Roozendaal in Roermond.

Het patiëntenoordeel over de kwaliteit van de ontvangen zorg is in beide groepen even hoog. Patiënten uit beide groepen ervaren na het consult in vergelijkbare mate een vermindering van klachten en een verbetering van kwaliteit van leven.

Wat betreft de meer objectief gemeten kwaliteit van zorg is het handelen van NP's en huisartsen, vertaald in de mate van opvolgen van NHG-standaarden, vergelijkbaar. Ook blijken er geen verschillen te zijn in aantallen voorgeschreven (herhalings)recepten, laboratoriumaanvragen en verwijzingen.

Verschillen zijn dat in de interventiegroep (behandeling door NP) meer patiënten het advies krijgen om een nieuwe afspraak te maken dan in de referentiegroep (behandeling door huisarts). Een feitelijk vervolgsconsult vindt bij de NP ietsje vaker plaats dan bij de huisarts. De consulten bij de NP duren 30 procent langer dan de consulten bij de huisarts.

Hoewel de consulten van de NP langer duren en er sprake is van meer vervolgsconsulten, zijn binnen de NPH-praktijken de consulten van de NP goedkoper dan de consulten van de huisartsen. Vergeleken met een huisarts in loondienst (HidHA) is de NP € 7,29 goedkoper. Bij een vergelijking tussen de NPH-praktijken en referentiepraktijken buiten het NPH-project blijkt het consult van de NP € 2,95 goedkoper dan dat van een HidHA.

De productiviteit van een fulltime NP, vertaald in het aantal consulten en visites, stijgt in de periode 2005-2007 op maandbasis van 115 naar 285, het aantal visites stijgt van 1 naar 26. Dit heeft te maken met de opleidingsperiode en de periode daarna, waarin de NP steeds meer werd ingezet om zichzelf te kunnen terugver-

dienen. Een NP ziet in 2007 gemiddeld 20 patiënten per dag. Wellicht is er nog enige groei mogelijk in productiviteit, maar gegeven de huidige financieringsstructuur kan de NP zichzelf niet terugverdienen door productie.

De arbeidstevredenheid in de periode 2005-2007 blijkt bij zowel NP's als huisartsen een voldoende te scoren. Verbeterpunten die de NP's noemen zijn: goede PR over hun functie, de hoogte van hun inkomen, de tijdsbesteding aan werk en privé-leven, de combinatie van werken en leren en de faciliteiten waarover zij kunnen beschikken in de praktijk. De NP's geven aan dat de pionierfase nog lang niet is afgerond. Men blijft kwetsbaar en met een kleine groep en dat vraagt extra aandacht voor PR en communicatie.

Verbeterpunten die huisartsen noemen zijn: samenwerking met andere medewerkers in de praktijk, de hoeveelheid supervisie die ze geven, de tijdsbesteding aan werk en privé-leven en de hoeveelheid financiële middelen die nodig zijn voor praktijkvoering. Huisartsen zijn tevreden over de inzet van NP's, maar constateren als gevolg hiervan wel een verandering in hun caseload. Op praktijkniveau is er meer spreekuurtijd per dag. Zij zien doorgaans minder vaak voorkomende klachten en behandelen meer patiënten met chronische ziekten en multi-morbiditeit. De ervaringen van huisartsen lopen uiteen. Sommigen geven aan dat zij het spreekuur meer ontspannen doen, anderen ervaren dat het spreekuur uitloopt vanwege meer patiënten met chronische ziekten of multi-morbiditeit. Ook verandert hun takenpakket. Een aantal huisartsen besteedt meer tijd aan het managen van de praktijk, kwaliteitsprojecten of andere activiteiten zoals het actualiseren van dossiers.

Conclusies en kanttekeningen

De NP, opgeleid en ingezet conform de randvoorwaarden in het project NPH, kan op verantwoorde wijze zelfstandig patiënten met een welomschreven pakket aan vaak voorkomende klachten diagnosticeren en behandelen.

Zowel de huisarts als de HidHA zijn voor een vergelijkbaar consult duurder dan de NP. Bij het huidige financieringssysteem is het voor de NP echter moeilijk tot onmogelijk om zichzelf terug te verdienen.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de NP daadwerkelijk een bijdrage kan leveren aan een goede, toegankelijke en beheersbare huisartsenzorg.

Vanwege het longitudinale karakter en de zorgvuldigheid waarmee het onderzoek is uitgevoerd, is het onderzoek NPH uniek te noemen, zowel voor Nederland als in internationaal opzicht. Twee kanttekeningen zijn echter op hun plaats.

De inzet van de NP heeft in een experimentele setting plaatsgevonden. Er was gerichte begeleiding van de praktijken en NP's, er is een specifieke opleiding MANP-Huisartsenzorg aangeboden, het werkgeverschap werd gefaciliteerd en de inzet van NP's is financieel extra ondersteund. Dat maakt dat de gevonden resultaten niet zonder meer zijn te generaliseren. Het verschil in kosten per consult tussen de NP en de huisarts/HidHA is geen directe besparing, maar een afbuiging van de kostencurve. Het is onduidelijk hoeveel kosten de veranderende caseload van de huisarts en de extra tijd voor supervisie en overleg met zich meebrengen. Tevens zal de toenemende en veranderende zorgvraag investeringen in de eerste lijn blijven vergen.

Aanbevelingen

De inzet van de NP Huisartsenzorg blijkt kansrijk. Uit het onderzoek blijkt echter ook dat een goed (be)geleide implementatie cruciaal is. Daarbij zijn de volgende beleidsaanbevelingen van belang.

• PR, draagvlak, organisatie, implementatie

De kansen, grenzen en knelpunten van de functie NP zijn nog niet uitgekristalliseerd. Ook perspectieven van de functie, zoals de NP als straatdokter, de NP in de spoedzorg, de NP in de ouderenzorg, zouden moeten worden verkend en begeleid. Publicaties over ervaringen en projectresultaten in vakbladen, tijdschriften en kranten zijn uiterst relevant.



Foto: Hans Oostrum Fotografie

‘Vier huisartsen en een NP in plaats van vijf huisartsen’

‘De nurse practitioner is nog altijd een soort mythe: overal aan het werk, maar de meesten van ons hebben er geen duidelijk beeld bij.’ Aan het woord is Emmy Derckx, directeur van de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg te Eindhoven en leider van het project Nurse Practitioner in de Huisartsenpraktijk, dat eind vorig jaar werd afgesloten.

In het project werd nagegaan in hoeverre de inzet van een nurse practitioner (NP) in de huisartsenpraktijk een bijdrage levert aan een toekomstbestendige, dat wil zeggen beschikbare en beheersbare, huisartsenzorg.

Veranderde zorgvraag

Een van de redenen om het project te starten was het artsentekort waar men in de beginjaren van deze eeuw voor vreesde. Emmy Derckx: ‘Daar is op dit moment minder sprake van, maar wel is het zo dat de zorgvraag nog steeds enorm groeit en verandert en dat het nodig is het aanbod daarop af te stemmen -dat was een andere reden om het project uit te voeren. Het gaat om de beheersbaarheid en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg, om zorgontwikkeling en de bijbehorende hulpverlening. De zorgvraag is veranderd: je hebt meer mondige patiënten, meer (chronische) patiënten die begeleiding nodig hebben, meer ouderen. De deskundigheid in de huisartspraktijk dient hierop afgestemd te worden.’

‘Omdat het om een project ging konden we systematisch werken en op basis van een screening van de huisartsenpraktijk nagaan wat er opgelost moest worden. Als je een NP inzet moet je wel eerst weten welk probleem je daarmee op wilt lossen. Hier ging het om diagnose en behandeling van vaak voorkomende klachten en ouderenzorg, die de NP met een gerichte opleiding voor haar rekening zou kunnen nemen. Bovendien kunnen NP's iets toevoegen op het gebied waarop ze expert zijn: de care. We hebben dat pakket

omschreven, de NP's getraind en onderzocht of het kon. De uitkomst was positief.’

Hoe verder

Emmy Derckx: ‘Momenteel zijn er 70 NP's werkzaam in de huisartsenzorg, in opleiding en afgestudeerd. Er zijn diverse huisartsen die het een goede ontwikkeling vinden. Het standpunt van de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsengenootschap is dat er geen behoefte is aan iemand naast de huisarts. De zorg zou te versnipperd raken en de dokter zou de regie kwijtraken. Twee jaar geleden hebben deze organisaties toegezegd dat ze op het moment dat de onderzoeksresultaten bekend zijn, willen kijken of er aanleiding is hun standpunt te wijzigen. Er ligt nu een uitnodiging voor een gesprek.’

‘Een knelpunt dat heel duidelijk uit het project naar voren is gekomen, is de financiering van het werk van de NP. Daar is nog geen adequate systematiek voor. In de toekomst zou er een functionele bekostiging moeten komen: een vaste prijs voor een dienst. De prijs van een consult vertegenwoordigt op dit moment niet de reële kosten ervan omdat er een aantal andere elementen meespeelt. Op de korte termijn zou het openstellen van de POH-module voor NP's soelaas bieden en daar wordt dan ook bij VWS en de Nza voor gepleit. We verwachten binnenkort een positief antwoord.’ Gezien de positieve resultaten van het project is het de moeite waard deze ontwikkeling op gang te houden en te zorgen voor continuering van de opleiding MANP-huisartsenzorg. Dat zou ertoe kunnen leiden dat straks huisartsenprak-

tijk bestaat uit vier huisartsen en een NP in plaats van vijf huisartsen.’

‘Alle hogescholen bieden de opleiding MANP (Master Advanced Nursing Practice), maar alleen Fontys heeft de differentiatie huisartsenzorg. Huisartsenzorg verschilt van de tweedelijnszorg vooral omdat de klachten en vragen waarmee mensen komen, niet uitgekristalliseerd zijn en niet voorgeselecteerd. De beroepsbeoefenaar moet een zeer gedegen kennis hebben van epidemiologie en een goed ontwikkeld pluis/niet pluisgevoel. Het is daarom belangrijk de opleiding te handhaven en op meerdere plaatsen aan te bieden. De hogescholen in Groningen, Nijmegen en Heerlen hebben het curriculum gekregen en kunnen het gebruiken in hun MANP.’

Op 18 februari jl. werden de resultaten gepresenteerd van het onderzoek ‘De Nurse Practitioner als Street Nurse: een onderzoek naar de haalbaarheid en kosten van het Eindhovense straatdokterproject’. Hieruit blijkt dat het inzetten van NP's ('street nurses') naast huisartsen bij de zorgverlening aan dak- en thuislozen verantwoord is en een meerwaarde voor een straatdokterproject heeft, niet alleen door de kostenvermindering, maar ook door de combinatie van medische en verpleegkundige capaciteiten die een NP bezit. Voor meer informatie: Arienne Elissen, Maastricht (043) 388 17 29, a.elissen@beoz.unimaas.nl.

Huisartsenpraktijken moeten actief en goed worden begeleid in hun keuze voor een passende vorm van praktijkondersteuning. De zorgvraag en toekomstvisie moeten leidend zijn voor de samenstelling van het team beroepsbeoefenaren in de praktijk: vanuit zorg op maat naar praktijk op maat.

• Opleiding en nascholing

Zowel wat betreft de inhoud als de randvoorwaarden zijn er aanbevelingen voor de opleiding MANP. De reguliere opleiding MANP is te algemeen voor de huisartsenzorg. De opleiding MANP-Huisartsenzorg, zoals ontwikkeld in het project NPH, dient verder uitgedragen en ontwikkeld te worden. Nauwe samenwerking tussen de hogescholen en huisartseninstituten wordt aanbevolen.

De instroom van nieuwe studenten NPH is marginaal. Actieve PR, werving en selectie zijn cruciaal. De huidige toelatingseisen tot de opleiding MANP blijken een drempel te zijn voor nieuwe studenten in de huisartsenzorg. Hogescholen en HBO-raad zouden in samenspraak met het veld hiervoor de benodigde aanpassingen moeten doorvoeren, bijvoorbeeld door een zij-instroom naar de HBO-V te ontwikkelen voor praktijkondersteuners. Ook verdient de opzet van nascholing voor NP's aandacht. Ten behoeve van de kwaliteit en ontwikkeling van de functie NP-Huisartsenzorg is specifieke nascholing zeer wenselijk. Inzet van een NP heeft ook consequenties voor de inhoud van de huisartsopleiding. Hier zou de focus meer moeten komen te liggen op zorg voor chronisch zieken en multi-morbiditeit.

• Wetgeving

De wettelijke kaders waarbinnen de NP haar functie kan uitoefenen zijn binnen VWS in ontwikkeling. Het verdient aanbeveling om deze op korte termijn helder te hebben, rekening houdend met de specifieke setting van de huisartsenzorg. De NP in de huisartsenzorg diagnosticeert en behandelt zelfstandig (inclusief medicatiebeleid) en het zal snel duidelijk moeten worden binnen welke juridische kaders dat kan.

• Financiering

De structurele financiering van de NP, tijdens de opleiding en na diplomering, is een knelpunt. Een functionele bekostigingsstructuur zou uitkomst bieden. Die is echter nog in ontwikkeling. Als tussenoplossing is het aan te bevelen de POH-module ook open te stellen voor de inzet van een NP.²

Samenvatting

- * In het project 'Nurse Practitioner in de Huisartsenpraktijk' is onderzocht in hoeverre een NP een bijdrage kan leveren aan de toegankelijkheid en beheersbaarheid van huisartsenzorg en onder welke voorwaarden, met welke kwaliteit en tegen welke kosten dat kan.
- * Relevante voorwaarden voor de inzet van een NP zijn: een huisartsopleider, een goed geoutilleerde werkplek en instroommanagement door de doktersassistente.
- * De NP diagnosticeert en behandelt patiënten met een welomschreven pakket van vaak voorkomende aandoeningen.
- * De kwaliteit van zorg voor deze patiënten door de NP is goed en kwalitatief vergelijkbaar met de zorg die de huisarts deze patiënten biedt; patiënten zijn over de NP net zo tevreden als over de huisarts.
- * De NP ziet gemiddeld 20 patiënten per dag, van wie ze 91 procent zelfstandig afhandelt met een gemiddelde consulttijd van 12 minuten (tegenover 9 minuten door de huisarts).
- * De NP is per consult voor vaak voorkomende klachten goedkoper dan een huisarts of een HidHA.
- * De NP voert eveneens niet-patiëntgebonden taken uit op het gebied van kwaliteitszorg en praktijkorganisatie; de mate waarin dit gebeurt, varieert per praktijk.
- * De caseload van de huisarts verandert qua complexiteit, doordat de NP de vaak voorkomende klachten (minder complex) voor haar rekening neemt.
- * De inzet van een NP vraagt een nog nader te onderzoeken hoeveelheid extra tijd van de huisarts voor supervisie, overleg en/of een extra consult.
- * Het uitgangspunt dat de NP zichzelf volledig moet kunnen terugverdienen, is bij de huidige financieringssystematiek moeilijk haalbaar. Financiering uit productie alleen is niet toereikend, capaciteitsgroei is niet altijd mogelijk en voor de opvolging van een vertrekkende collega is er nog teveel koudwatervrees en onduidelijkheid en te weinig continuïteit in de functie NP. ■

Nawoord

De onderzoeksresultaten van het project Nurse Practitioner in de Huisartsenpraktijk (NPH) zijn op 2 december 2008 gepresenteerd tijdens de slotconferentie Taakherschikking in de Huisartsenpraktijk: van zorg op

maat naar de praktijk op maat! Het onderzoeksrapport is op te vragen bij de eerste auteur van dit artikel.

Noten

- 1 Het project "Nurse Practitioner in de Huisartsenpraktijk" (NPH) is een initiatief van de Districts Huisartsen Verenigingen Midden Brabant en Zuidoost Brabant. Opdrachtnemer is de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg Eindhoven (KOH). Het onderzoek is uitgevoerd door het Maastricht UMC+, Meetpunt Kwaliteit en Stichting KOH. Het is gefinancierd door het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars CZ Actief in Gezondheid en UVIT, de Provincie Noord Brabant en Stichting Robuust.
- 2 De POH-module wordt door zorgverzekeraars gehanteerd voor de financiering van de praktijkondersteuner.

* Zie www.tvzdirect.nl/TvZ

- Dit artikel is gebaseerd op: A.T.M. Dierick-van Daele, J.F.M. Metsemakers, E.W.C.C. Derckx, C. Spreeuwenberg, H.J.M. Vrijhoef. *De nurse practitioner in de huisartsenpraktijk – onderzoeksrapport*. Maastricht UMC+: november 2008.
- Drs. Emmy Derckx is projectleider Nurse Practitioner in de Huisartsenpraktijk en directeur Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg Eindhoven. Drs. Angelique Dierick-van Daele is onderzoeker bij Maastricht UMC+: Huisartsgeneeskunde/Zorgwetenschappen/Transmurale Zorg. Dr. Bert Vrijhoef is Universitair Hoofddocent en Hoofd Onderzoek bij Maastricht UMC+: Zorgwetenschappen/Transmurale Zorg.
- Correspondentieadres: Drs. E. Derckx
Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (Stichting KOH)
Postbus 2155, 5600 CD Eindhoven
(040) 238 07 20/(06) 208 305 50
e.derckx@stichtingkoh.nl