

**Onderzoek**

## **Vacature voor huisarts vervuld door verpleegkundig specialist**

**Rapport**

*In opdracht van:*



*Uitgevoerd door:*



## Colofon

*Onderzoek*

### **Vacature voor huisarts vervuld door verpleegkundig specialist**

*Rapport*

#### In opdracht van

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

#### Uitgevoerd door

Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH)  
Meetpunt Kwaliteit

#### Auteurs

*Stichting KOH*

Mevrouw drs. M.R. van der Burgt

Mevrouw drs. E.W.C.C. Derckx

#### *Meetpunt Kwaliteit*

Mevrouw J. van Roij BSc (Hons)

Mevrouw dr. M.A. Meulepas

#### Contact

Stichting KOH | Landelijk Kenniscentrum Taakherschikking Eerste Lijn

Postbus 2155

5600 CD Eindhoven

info@stichtingkoh.nl

#### Copyright

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke bronvermelding. Dit rapport als volgt vermelden: Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Rapport. Vacature voor huisarts vervuld door verpleegkundig specialist*. Eindhoven: Stichting KOH.

Eindhoven, februari 2015

# Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Kernboodschappen	7
1 Inleiding	9
2 De VS in de huisartsenpraktijk	11
3 Opzet onderzoek	17
4 Praktijk	19
4.1 Beschrijving van de praktijk	19
4.2 Aanleiding inzet VS	20
4.3 Effect van de VS op de (in)direct patiëntgebonden taken	20
4.4 Effect van de VS op de praktijkorganisatie	24
4.5 Effect van de VS op het functioneren van het team	26
4.6 Effect van de VS op de financiële bedrijfsvoering	26
4.7 Ervaringen praktijkmedewerkers	27
5 Beschouwing en methodologische kanttekeningen	29
Geraadpleegde bronnen	33
Bijlagen	37



## Voorwoord

De gezondheidszorg kampt met een groeiende en veranderende zorgvraag, stijgende kosten en toenemende arbeidsmarktproblemen. Toegang tot zorg en het beheersen van kosten met behoud van kwaliteit is de uitdaging. Taakherschikking biedt perspectieven, de verpleegkundig specialist (VS) kan daar een belangrijke rol in spelen.

Stichting KOH en Meetpunt Kwaliteit hebben op verzoek van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) een drietal praktijkvragen verkend om de inzet van de VS in de eerste lijn verder vorm te geven. Het onderwerp van voorliggend rapport is het invullen van een vacature voor een huisarts door een VS. In veel huisartsenpraktijken wordt een VS toegevoegd aan het bestaande team van huisartsen. Veel minder is bekend over de consequenties voor de praktijkorganisatie als de plaats van een vertrekkende huisarts wordt ingenomen door een VS. Wij hebben in een dieptestudie onderzoek gedaan in één gezondheidscentrum, waar een vacature voor een huisarts is ingevuld door een VS. Het doel was om inzicht te krijgen in de effecten op de praktijkorganisatie, de taakverdeling en het functioneren van het hele team.

Wij danken de opdrachtgever voor het in ons gestelde vertrouwen. Dit onderzoek was natuurlijk niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de huisartsen, VS en andere medewerkers uit het gezondheidscentrum. Dit geldt ook voor de overkoepelende organisatie waar dit centrum deel van uit maakt. Wij bedanken hen allen van harte voor hun gastvrijheid en bereidheid om ons 'een kijkje in de keuken' te geven.

**Stichting KOH | Landelijk Kenniscentrum Taakherschikking in de Eerste Lijn**

Regi van der Burgt, projectleider

Emmy Derckx, projectleider en Raad van Bestuur

**Meetpunt Kwaliteit**

Janneke van Roij, junior onderzoeker

Marianne Meulepas, senior onderzoeker en manager



## Kernboodschappen

Een VS lijkt niet één-op-één alle taken die horen bij de functie van een huisarts over te kunnen nemen.

Patiënten kunnen niet worden ingeschreven op naam bij een VS.

Een vacature voor een huisarts kan ingevuld worden door een VS, mits vooraf goed wordt nagedacht welke taken de VS gaat overnemen en welke taken voor de huisarts(en) overblijven.

Invullen van een vacature van een huisarts met een VS betekent herschikken van taken.

Taakherschikking behoeft een zorgvuldig voorbereidingstraject (visie, plan van aanpak, financiën).

Vóór dat de VS wordt ingezet, dient nagedacht te worden over: klachten voor VS, beschikbaarheid huisarts, inschrijving patiënten op naam bij andere huisartsen, diensten op de post, positionering VS in team, triage et cetera.

De VS kan zowel (in)direct patiëntgebonden taken als niet-patiëntgebonden taken van een huisarts overnemen.

De wijze waarop de VS wordt ingezet, is in sterke mate afhankelijk van de keuzes die gemaakt worden.

De VS in dit gezondheidscentrum besteedt haar tijd voornamelijk aan (in)directe patiëntenzorg en ziet een omschreven pakket aan klachten en/of patiëntengroepen. Ze besteedt een beperkt deel van haar tijd aan niet-patiëntgebonden taken.

Triage is belangrijk om de patiënt met de juiste zorgvraag bij de VS of huisarts te plannen.

De VS is deskundig en levert dezelfde kwaliteit van zorg als de huisarts voor die klachten die zij kan behandelen.

Takenpakket van deze VS heeft zich in de loop der tijd uitgebreid (groeimodel).

Doordat de VS de vaak voorkomende klachten (ook bij ouderen) behandelt, kunnen huisartsen zich meer richten op complexere zorgvragen die de deskundigheid van een huisarts vragen. Dit kan tegelijkertijd ook ervaren worden als een verzwaring van het takenpakket.

Door de inzet van de VS verschuiven rol en taken van de huisarts.

Een huisarts is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg in zijn praktijk dus ook voor het besluit welke taken worden overgedragen aan de VS. Huisartsen kunnen hierdoor een grotere verantwoordelijkheid voelen.

VS kan, geheel of gedeeltelijk, bekostigd worden uit de huisartsenformatie. Salariskosten van een VS zijn lager dan die van een huisarts; dit kan een kostenbesparing opleveren.



# 1 Inleiding

De zorgvraag die op de huisartsenpraktijk afkomt verandert de komende jaren. We leven steeds langer, langer in gezondheid en langer met beperkingen. Door wijzigingen in de financiering en de organisatie van de zorg blijven we zelfstandig wonen, totdat we gezondheidsproblemen niet meer zelf kunnen oplossen. Professionele zorg en ondersteuning dient dan zo laag mogelijk in de zorgketen te worden georganiseerd, lokaal en in de eerste lijn, in een samenhangend pakket aan zorg, ondersteuning en welzijn. De huisartsenzorg neemt, mede gezien de inschrijving op naam, binnen de eerste lijn een centrale positie in. De huisarts is het eerste aanspreekpunt en fungeert als poortwachter. Veel klachten kunnen binnen de huisartsenpraktijk worden gediagnosticeerd, behandeld en begeleid (Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 - 2017, 2013). Maar liefst 96% van alle contacten in de huisartsenpraktijk wordt door praktijkmedewerkers afgehandeld en 4% wordt verwezen naar de tweede lijn (NIVEL/RIVM, 2004). Een generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg kenmerken de huisartsenzorg (NHG/LHV, 2011).

Zowel voor de overheid als voor de maatschappij is het toegankelijk en beheersbaar houden van de eerstelijnszorg, met behoud van kwaliteit, een grote uitdaging. Taakherschikking kan een oplossing bieden. Door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2002; RVZ, 2008) is taakherschikking gedefinieerd als: "het structureel herverdelen van taken tussen beroepsgroepen inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden". In het rapport uit 2002 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' bepleitte de RVZ al te onderzoeken wat de inzet van nieuwe professionals (zorgmasters) als de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) kunnen betekenen. Mensen nemen voor een breed scala aan klachten en vragen contact op met de huisarts: van pijn in de rug, vergeetachtigheid, slecht slapen, niet goed kunnen horen, wratten, pijn in de nek tot druk op de borst. Niet alle zorgvragen, waarvoor patiënten contact opnemen met de huisartsenpraktijk, zijn zo complex dat de huisarts die moet behandelen. Ook hulpverleners met een ander deskundigheidsniveau, zoals de MBO opgeleide doktersassistente kunnen een belangrijke rol spelen. Het devies is dat de patiënt met een zorgvraag bij de juiste hulpverlener komt. Een team van zorgverleners met verschillende deskundigheden kan in een wijk of dorp een gedifferentieerd huisartsgeneeskundig zorgaanbod realiseren. Hierdoor ontstaat een efficiënte praktijkorganisatie en een sterke eerstelijns zorg (Derckx in Keeman et al. (red.), 2009).

Sinds enkele jaren heeft de VS succesvol haar intrede gedaan in de huisartsenpraktijk. Uit onderzoek blijkt dat de VS in staat is een bijdrage te leveren aan een goede, toegankelijke en beheersbare huisartsenzorg (Maassen, 2001; Dierick-van Daele, Metsemakers, Derckx, Spreuwenberg & Vrijhoef, 2008; Elissen et al, 2009; Wijers, 2013). Het ministerie van VWS heeft taakherschikking als speerpunt op de beleidsagenda staan en erkent de perspectieven van de nieuwe zorgmasters in de eerste lijn (VWS, 2012; VWS, 2012; VWS, 2013). In het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn (2013) hebben partijen met elkaar afgesproken het thema taakherschikking de komende jaren verder uit te werken.

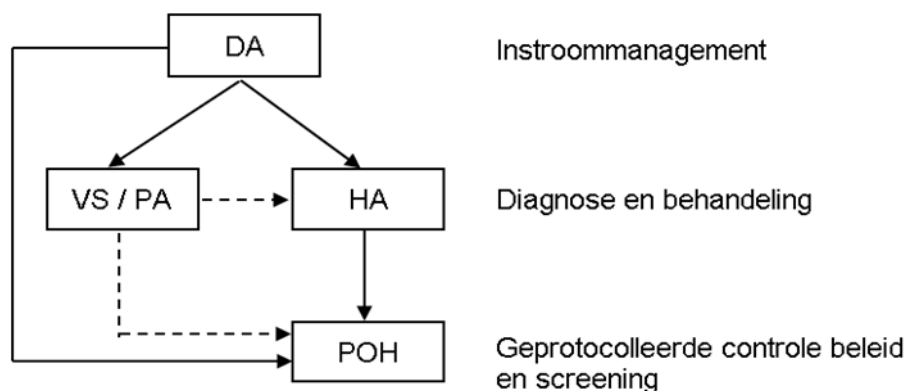
In veel huisartsenpraktijken wordt de VS toegevoegd aan het bestaande team van huisartsen. Veel minder is bekend over de consequenties voor de praktijkorganisatie als de plaats van een vertrekkende huisarts wordt ingenomen door een VS. Stichting KOH en Meetpunt Kwaliteit hebben een dieptestudie uitgevoerd in een gezondheidscentrum waar in het verleden een vacature voor een huisarts is gevuld door een VS. Met dit onderzoek hopen we inzicht te krijgen in het effect hiervan op de praktijkorganisatie, taakverdeling en het functioneren van het team.

Voor de lezer die direct het eindresultaat wil kennen, hebben we de kernboodschappen op pagina 7 op een rij gezet. In hoofdstuk 2 beschrijven we de functies van huisarts en VS en de financiering van de VS in de huisartsenpraktijk. Hoofdstuk 3 geeft achtergrondinformatie over de opzet van het onderzoek en hoofdstuk 4 beschrijft de praktijk. In hoofdstuk 5 geven we een beschouwing op de onderzoeksresultaten en plaatsen we methodologische kanttekeningen bij dit onderzoek.

## 2 De VS in de huisartsenpraktijk

### Het team

De huisartsgeneeskundige zorg wordt tegenwoordig geleverd door een team van zorgverleners dat kan bestaan uit: de huisarts(en), doktersassistent(en), praktijkondersteuner somatiek (POH-S), praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ), de VS en/of PA. De huisarts stuurt het team (inhoudelijk) aan. Maar hoe verhouden die beroepsbeoefenaren in de huisartsenpraktijk zich nu tot elkaar? In onderstaand figuur is dit schematisch weergegeven.



Model E. Derckx & T. Toemen (2005): Positionering beroepsbeoefenaren in de huisartsenzorg

Figuur 1. Positionering beroepsbeoefenaren in de huisartsenzorg<sup>1</sup>

De doktersassistente is meestal het eerste aanspreekpunt voor de patiënt in de huisartsenpraktijk; zij beantwoordt de telefoon of staat de patiënt te woord aan de balie. Zij speelt een cruciale rol in de praktijk, omdat zij de toeleiding van de patiëntenstroom reguleert (instroommanagement). Als een patiënt contact opneemt met de praktijk verheldert zij de zorgvraag en bepaalt bij welke zorgverlener hij of zij het beste terecht kan. Afhankelijk van de zorgvraag kan de assistente ook zelf voorlichting en zelfzorgadviezen geven, bijvoorbeeld een advies om paracetamol te gebruiken als iemand enkele dagen last heeft van lage rugpijn. Verder verricht zij kleine laboratoriumonderzoeken en medisch-technische taken, zoals het maken van uitstrijkjes, het controleren van urine, het meten van bloedsuikers, het aanstippen van wratten en het uitspuiten van oren (NVDA, 2013).

In 1999 deed de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) haar intrede in de huisartsenpraktijk. Een POH-S is een functionaris op HBO-niveau met een achtergrond als verpleegkundige of doktersassistente aangevuld met een specifieke opleiding. De POH-S levert geprotocolleerde<sup>2</sup> zorg aan patiënten met een chronische aandoening zoals diabetes mellitus, astma, COPD of hart- en vaatziekten. De huisarts stelt de diagnose en spreekt met de patiënt het beleid af. Door periodieke controles voert de POH-S dit beleid uit. Iedere drie of vier maanden spreekt zij in een eigen spreekuur met de patiënt over zijn ziekte en de gevolgen daarvan. Zo kan een patiënt gemotiveerd worden om meer te bewegen, te stoppen met roken of voorlichting krijgen over zijn aandoening. Als er

<sup>1</sup> DA staat voor doktersassistent en HA is de afkorting voor huisarts.

<sup>2</sup> Vooral de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de zorgstandaarden van Zorginstituut Nederland zijn leidend voor de protocollen waarmee de POH werkt.

veranderingen in de gezondheidssituatie optreden of medicijnen moeten worden aangepast dan overlegt de POH-S dit met de huisarts (Derckx in Keeman et al. (red.), 2009). De laatste jaren zien we dat de POH-S ook steeds vaker een rol krijgt bij de zorg voor (kwetsbare) ouderen. In de huisartsenpraktijk bieden praktijkondersteuners aanvullende zorg, zij nemen geen zorg van huisartsen over. De werkdruk van huisartsen vermindert niet door de inzet van de POH maar er is vooral sprake van een verbetering van de kwaliteit van zorg (NIVEL, 2004; Laurant, Hermens, Braspenning & Grol, 2008). Het gaat hierbij dus niet om substitutie maar om aanvullende zorg, omdat het hier taken betreft die voorheen niet of maar deels werden uitgevoerd (Heiligers et al., 2012). Met de komst van de basis GGZ wordt een toename verwacht van psychische, psychosociale en psychiatrische klachten of ziektebeelden. De huisarts vervult hierin de rol van behandelaar. Sinds 2008 is een nieuwe POH toegevoegd aan het team in de huisartsenpraktijk: de POH GGZ. Deze zorgverlener is HBO opgeleid, maar kent een diverse achtergrond zoals maatschappelijk werker, eerstelijnspsycholoog of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De POH GGZ heeft meestal een aanvullende opleiding gevolgd. De werkzaamheden zijn gericht op vraagverheldering bij psychische, psychosociale of psychiatrische klachten, zoals vermoeidheid, spanningshoofdpijn, depressie of relatieproblemen. Screenen van klachten, geven van kortdurende begeleiding of advies, doorverwijzen en casemanagement zijn andere onderdelen uit het takenpakket (Bakker et al., 2013; LHV et al., 2014).

De POH-S en POH GGZ bieden zorg *na* dat de patiënt een consult heeft gehad bij de huisarts. De huisarts stelt de diagnose of verzoekt om vraagverheldering als het gaat om psychische of psychosociale klachten. Dit is meteen het grote onderscheid met de VS en PA. Zij stellen net als een huisarts diagnoses, behandelen klachten en verwijzen als het nodig is naar de POH-S of POH GGZ. Patiënten worden door de doktersassistente rechtstreeks op het spreekuur van de VS of PA gepland.

Door de routinematige handelingen en controles uit handen te geven aan andere zorgverleners kan de huisarts zich concentreren op complexere zorgproblematiek, waarvoor zijn medische expertise vereist is. Het overdragen van taken vraagt van de huisarts wel meer tijd voor overleg, aansturing, administratie en coördinatie (Gercama et al., 2007; Capaciteitsorgaan, 2013; Van Wijk, 2014).

### **Taken huisarts**

De taken van een huisarts zijn te grofweg te verdelen in (in)direct patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken. Voor wat betreft de taken die te maken hebben met de patiëntenzorg is de huisarts verantwoordelijk voor het leveren van het totale huisartsgeneeskundige aanbod (24 uur per dag, zeven dagen in de week) aan patiënten die in haar praktijk zijn ingeschreven. De huisarts behandelt alle klachten, problemen en vragen over gezondheid en ziekte die patiënten presenteren. Deze zorg betreft inventarisatie, diagnostiek, advies, behandeling, begeleiding, preventie en verwijzing. De kern van het medisch handelen bestaat uit het differentiëren van de klacht naar aard en ernst en het beoordelen van de noodzaak van interventie. Vanuit een werkhypothese wordt een behandelplan gegenereerd en het effect hiervan bewaakt (Project Vernieuwing Huisartsenopleiding, 2005). De huisarts behandelt patiënten van alle leeftijden met zowel lichamelijk, psychische en/of sociale zorgvragen. De huisarts heeft spreekuren en bezoekt patiënten thuis (visites) indien nodig. Verder onderhoudt zij contacten met collega's, andere disciplines en instanties over haar patiënten. Daarnaast voert een huisarts ook administratieve handelingen uit die voortvloeien uit patiëntencontacten,

zoals het bijhouden van het patiëntendossier in het HIS of het verwerken van post (binnengekomen labuitslagen van bloedonderzoek en röntgenfoto's).

De niet-patiëntgebonden taken van een huisarts zijn divers en de invulling daarvan is afhankelijk van de setting waarin zij werkt (praktijkvorm, soort dienstverband, apotheekhoudend, locatie, aanwezige voorzieningen). Voortbordurend op functiekenmerken van de huisarts (Boonstra et al., 2001) kan gedacht worden aan taken op het gebied van:

- Personeel (aansturing doktersassistenten en praktijkondersteuners)
- Financiën (beheer financiën, declaraties, contracten zorgverzekeraar)
- Inkoop (bestellen materialen, beoordelen offertes, contacten leveranciers)
- Praktijkorganisatie (automatisering, beheer gebouw)
- Relatiebeheer (PR, onderhouden contacten met instanties)
- Kennisontwikkeling (lezen van vakliteratuur, farmacotherapeutisch overleg)
- Deskundigheidsbevordering (geven van scholing, bijwonen congressen)
- Opleiding (huisartsen in opleiding, stages doktersassistenten)
- Kwaliteitsbeleid (NHG-praktijkaccreditering<sup>3</sup>, opstellen protocollen, uitvoeren DBC's)
- Bestuurlijke activiteiten (deelname in commissies, werkgroepen of besturen)

De huisarts hoeft deze taken niet alleen te doen. Door taken over te dragen aan anderen ontstaat een team van professionals dat samen huisartsgeneeskundige zorg biedt. Voor de directe patiëntenzorg zijn eerder in dit hoofdstuk de functies beschreven van doktersassistente, POH-S, POH GGZ en VS. Maar ook de niet-patiëntgebonden werkzaamheden kan een huisarts laten doen door anderen. Met name taken op het gebied van operationeel management en facilitaire ondersteuning zijn deels of geheel te delegeren. Dat kan aan een administratief medewerker, systeembeheerder en/of praktijkmanager (in een gezondheidscentrum, huisartsen- of zorggroep). Taken kunnen ook extern aan een facilitaire organisatie worden uitbesteed (NHG/LHV, 2011). Een algemeen uitgangspunt is dat de huisarts er voor moet zorgen dat er vanuit zijn praktijk verantwoorde zorg geboden wordt. Volgens de wet is dat zorg van een goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. In dat kader is de huisarts verantwoordelijk voor de praktijkorganisatie en inzet van personeel en materieel. Als zij samenwerkt met anderen moet zij ook zorgen voor een heldere verantwoordelijkheidsverdeling. De huisarts is op grond van deze – ruim geformuleerde normen – verantwoordelijk voor de wijze waarop zij de praktijk inricht (Van Meersbergen & Broekhuizen, 2013).

### **Taken VS**

Een VS is een verpleegkundige met een aanvullende, door de NVAO geaccrediteerde, masteropleiding en ervaring op niveau 5. De VS combineert routinematige medische zorg met (hoog complexe) verpleegkundige zorg. De masteropleiding kent een tweesporenbeleid, te weten verpleegkundige verdieping en medische verbreding. In de huisartsenpraktijk diagnosticeert en behandelt ze patiënten. Meestal gaat het om een specifiek omschreven groep van klachten die vaak voorkomen, zoals klachten aan keel, neus, oor bewegingsapparaat of huid. Waar nodig voegt de VS daar haar verpleegkundige expertise aan toe. Dit laatste blijkt vooral van meerwaarde in de zorg voor ouderen, waardoor medische en verpleegkundige zorg worden geïntegreerd (Kommer, K., 2010). De VS werkt zelfstandig, kent de grenzen van haar deskundigheid

---

<sup>3</sup> Een methode voor systematisch verbeteren in de huisartsenpraktijk

en overlegt waar nodig met de huisarts. Ze heeft een eigen spreekkamer, met toegang tot het HIS, waar zij patiënten ontvangt en na afloop van het consult registreert in het patiëntendossier. De VS neemt deel aan patiëntenbesprekingen en andere overleggen in de praktijk.

Naast het verlenen van (in)directe patiëntenzorg voert de VS ook niet-patiëntgebonden taken uit, bijvoorbeeld het opzetten van ketenzorgprojecten, projecten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en managementtaken (Derckx in Keeman et al. (red.), 2009; Lambregts & Grontendorst, 2013; Laurant & Wijers, 2014).

### **Financiering functie VS**

De meeste Nederlanders (patiënten) zijn ingeschreven bij een huisarts. Dit is de zogenaamde inschrijving op naam; iedere patiënt is aan een vaste huisarts gekoppeld. De inschrijving biedt beschikbaarheid van het integrale pakket aan huisartsgeneeskundige zorg voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden (NZa, 2014). Huisartsen krijgen van de zorgverzekeraar voor elke patiënt, die in hun praktijk is ingeschreven een vergoeding (inschrijftarief). Dit tarief is een vergoeding voor de kosten van beschikbaarheid en zorgverlening (NZa, 2014). De achtergrond hiervan is dat beschikbaarheid, ongeacht het gebruik ervan, geld kost. Door een vaste vergoeding te betalen is de basishuisartsgeneeskundige zorg gewaarborgd (LHV, 2015). Een huisarts ontvangt een inschrijftarief per patiënt per kwartaal. Het inschrijftarief is gedifferentieerd naar leeftijd van de patiënt (<65 jaar, 65-75 jaar en >75 jaar).

Jaarlijks stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de tarieven voor de huisartsenzorg vast. De meeste tarieven staan vast, zoals het inschrijftarief of het tarief voor consulten en visites. Een aantal tarieven stellen huisartsen samen met de zorgverzekeraars vast, zoals van M&I-verrichtingen en ketenzorg. Een voorbeeld van een andere orde is het tarief voor waarneming, deze bepalen huisartsen onderling.

De VS is meestal in dienst van één of meer huisartsen, een gezondheidscentrum, zorggroep of huisartsenpost. Alleen voor de huisartsenpost is de functie ingeschaald in de CAO Huisartsenzorg (LHV/Ineen, 2013). Deze inschaling geldt niet voor de huisartsenpraktijk tijdens kantooruren. De CAO gezondheidscentra kent de functie niet. Salarisinschaling kan dus variëren en is afhankelijk van de CAO die wordt gebruikt en de onderhandeling tussen werkgever (huisarts) en werknemer (VS).

Er is geen apart tarief of financiële regeling voor de VS, zoals die wel geldt voor de POH. Uitgangspunt is dat de VS zichzelf moet 'terug verdienen'. De VS voert, net als een huisarts, taken uit op drie gebieden:

- Direct patiëntgebonden taken door consulten, visites en M&I<sup>4</sup>-verrichtingen.
- Indirect patiëntgebonden taken, zoals overleg met andere zorgverleners, casemanagement, registratie en dossiervoering.
- Niet-patiëntgebonden taken zoals het ontwikkelen van protocollen, scholing van doktersassistenten of managementtaken.

---

<sup>4</sup> De module Modernisering en Innovatie (M&I) is bedoeld om substitutie te bewerkstelligen van tweede naar eerste lijn. In de module zijn verrichtingen opgenomen die in de eerste lijn doorgaans goed en veel goedkoper kunnen worden uitgevoerd.

Om te bepalen of de VS zich kan 'terug verdienen' wordt doorgaans alleen gerekend met de vergoedingen uit de direct patiëntgebonden taken. Maar de VS kan ook werkzaamheden uitvoeren voor de kwaliteitsverbetering of organisatie in de praktijk. Deze uren moeten op een andere manier worden gefinancierd. De verdeling tussen declarabele (direct patiëntgebonden) en niet-declarabele taken (indirect en niet-patiëntgebonden) verschilt per huisartsenpraktijk. Dit hangt af van de visie op zorg binnen een huisartsenpraktijk, de context waar binnen de zorg wordt geleverd en de rol die daarin wordt gezien voor de VS.

Iedere huisartsenpraktijk, gezondheidscentrum of andere werkgever (huisartsenpost of zorggroep) maakt een berekening om zien hoe de kosten voor de VS in de eigen situatie kunnen worden gedekt (Derckx, Van de Rijt & Gauthier, 2008).

Aan de kostenkant moet rekening gehouden worden met:

- Loonkosten plus werkgeverslasten bestaande uit het salaris van de VS (volgens inschaling in de CAO en naar rato dienstverband) vermeerderd met de werkgeverslasten (sociale premies, vakantiegeld en eindejaarsuitkering). Voor de werkgeverslasten wordt uitgegaan van 40% van het salaris (factor 0,4).
- Praktijkkosten als een volledig ingerichte spreekkamer met toegang tot het HIS, instrumentarium en verbruiksmateriaal. Ook de gangbare huisvestingskosten als gas, water en licht worden gerekend tot de praktijkkosten. Verder hoort hier het gebruik van een mobiele telefoon, laptop of geoutilleerde dokterstas bij.
- Overheadkosten waaronder reiskosten die gemaakt worden voor visites of nascholingen, verzekeringen die moeten afgesloten, aansturingkosten of salarisadministratie.

Voor de inkomsten kan gedacht worden aan:

- Inkomsten uit verrichtingen die door de VS gedaan worden. Verzekeraars en NZa hebben hiervoor tarieven vastgesteld die ook kunnen worden gedeclareerd als de VS het consult of de visite uitvoert.
- Inkomsten uit M&I-verrichtingen, zoals kleine chirurgie of het uitvoeren van een longfunctiemeting. Hiervoor zijn tarieven vastgesteld die ook gedeclareerd kunnen worden als de VS de verrichting uitvoert. De opbrengsten uit consulten, visites en M&I-verrichtingen worden ook wel 'productie' genoemd en zijn rechtstreeks toe te rekenen aan de VS.
- Projectmatige activiteiten of specifieke modules, die zorgverzekeraars inkopen om de kwaliteit of het aanbod van zorg te vergroten. Projecten die hiertoe behoren zijn bijvoorbeeld het verminderen van geneesmiddelengebruik bij een bepaalde doelgroep of het in kaart brengen van een bepaalde doelgroep om bijvoorbeeld de therapietrouw te verhogen. De VS kan binnen dergelijke projecten een belangrijke rol spelen.
- Activiteiten die de VS doet in de programmatische zorg, bijvoorbeeld in de ouderenzorg die via de DBC-constructie<sup>5</sup> wordt gefinancierd.
- Toerekenen van een gedeelte van het inschrijftarief aan de VS. Patiënten kunnen alleen worden ingeschreven op naam van een huisarts die voor iedere ingeschreven patiënt een vast bedrag ontvangt. In dit inschrijftarief zijn ook praktijkkosten versleuteld. Het is mogelijk om een gedeelte van het tarief te betrekken in de bekostiging van de VS.

---

<sup>5</sup> Het betreft functionele bekostiging tegen een vooraf vastgesteld tarief dat is onderhandeld met de zorgverzekeraar. De huisartspraktijk kan onderaannemer zijn van een grotere organisatie of zelf (bijvoorbeeld als gezondheidscentrum) hoofdcontractant zijn.

- Inschrijven van extra patiënten, waardoor meer inkomsten worden gegenereerd. Door de inzet van de VS worden extra patiënten ingeschreven in de praktijk. Door deze capaciteitsvergroting kan een gedeelte van de extra inkomsten gebruikt worden voor de financiering van de VS.
- Een VS inzetten in plaats van een (duurdere) waarnemer of huisarts in dienst van een huisarts (hidha).
- Formatie huisarts verminderen ten gunste van een VS. Als een vacature voor een huisarts ontstaat van bijvoorbeeld 0,8 fte dan kan er voor gekozen worden om een nieuwe arts aan te trekken voor 0,5 fte en de resterende formatie te gebruiken voor de bekostiging van een VS.

In tabel 1 zijn de variabelen voor het financieren van de VS op een rij gezet. Door iedere huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum moeten deze punten nader gespecificeerd en ingevuld worden op basis van praktijk specifieke factoren.

<b>Kosten</b>
Salariskosten plus werkgeverslasten
Praktijkkosten
Overhead
<b>Inkomsten</b>
Verrichtingen (consulten, visites)
M&I-verrichtingen
Projectmatige activiteiten: M&I-modules
Programmatische zorg (DBC's)
Inschrijftarief voor inschrijven (extra) patiënten
Verminderen kosten waarneming
Formatie huisarts verminderen ten gunste van VS

Tabel 1. Variabelen voor het financieren van een VS

In de onderzoekspraktijk is de functie van de VS bekostigd met formatie die gereserveerd was voor de huisarts waarvoor de functie vacant was.



### 3 Opzet onderzoek

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van interviews, schriftelijke vragenlijsten, praktijkdocumenten en data-extracties uit het HIS. Om zeker te zijn dat alle benodigde gegevens uit het HIS beschikbaar zouden zijn, zijn proefextracties uitgevoerd en is getoetst in hoeverre de praktijkmedewerkers volgens de officiële richtlijn (Boesten et al., 2013) registreren. Waar nodig zijn aanvullende registratie instructies gegeven.

Tijdens een bezoek aan de praktijk is er een eerste schets van de praktijkorganisatie verkregen. Vervolgens heeft een eerste interviewronde met de VS, huisarts en discipline coördinator inzicht gegeven in de verwachtingen en uitgangssituatie voor de komst van de VS. Verder zijn praktijkdocumenten opgevraagd om te verhelderen welke werkafspraken schriftelijk zijn vastgelegd.

Om verwijs- en voorschrijfgedrag in kaart te brengen zijn gegevens van de VS en de huisartsen in het eerste half jaar van 2014 verkregen door een data-extractie uit het HIS (aantal contacten, medicatievoorschriften, verwijzingen, M&I-verrichtingen en aanvullende diagnostiek). Bij de analyse is een selectie gemaakt op de diagnoses, die de VS heeft behandeld in de meetperiode. Dat patiënten met complexere klachten, die de huisartsen zien en de VS niet, mogelijk vaker verwezen worden of een recept kregen, is hiermee ondervangen. Daarnaast is een selectie gemaakt op 'nieuwe klachten', gedefinieerd als diagnoses die bij een patiënt niet in 2013 zijn geregistreerd en zich voor het eerst (weer) voordoen in 2014. Tot slot zijn alleen de patiënten die met één klacht het spreekuur bezochten, meegenomen in de analyse. Zo is vrijwel zeker dat een eventuele verwijzing of een uitgeschreven recept bij die betreffende klacht hoort. We gaan ervan uit dat patiënten aan VS of huisarts worden toegewezen op basis van de klacht waarmee ze zich melden en niet op basis van achtergrondkenmerken (zoals geslacht, leeftijd, SES en comorbiditeit). We hebben daarom geen case mix correcties toegepast bij de analyses.

Om inzicht te krijgen in het effect van de VS op de financiële bedrijfsvoering van het gezondheidscentrum hebben we informatie opgevraagd over omzet, verrichtingen en de salariskosten van de VS in de eerste helft van 2014. Informatie is verzameld over het aantal fte van de praktijkmedewerkers en het aantal ingeschreven patiënten per praktijk.

Een vragenlijst onder alle medewerkers (n=20) is uitgezet om te onderzoeken of er veranderingen hebben plaatsgevonden in de praktijkorganisatie op drie kernthema's: personele zaken (zeven items), kwaliteitsbeleid (tien items) en werkprocessen of organisatorische zaken (elf items). Deze vragenlijsten (bijlage 1) zijn gebaseerd op het visitatie instrument accreditering en het visitatie instrument praktijkvoering (Braspenning et al., 2007).

Per discipline heeft er een tweede (groeps)interviewronde plaatsgevonden. Daarin hebben we de resultaten van de analyses van de HIS data getoetst. Daarnaast hebben deze interviews geholpen bij het inkaderen van de resultaten en het vergaren van informatie over randvoorwaarden en ervaringen.

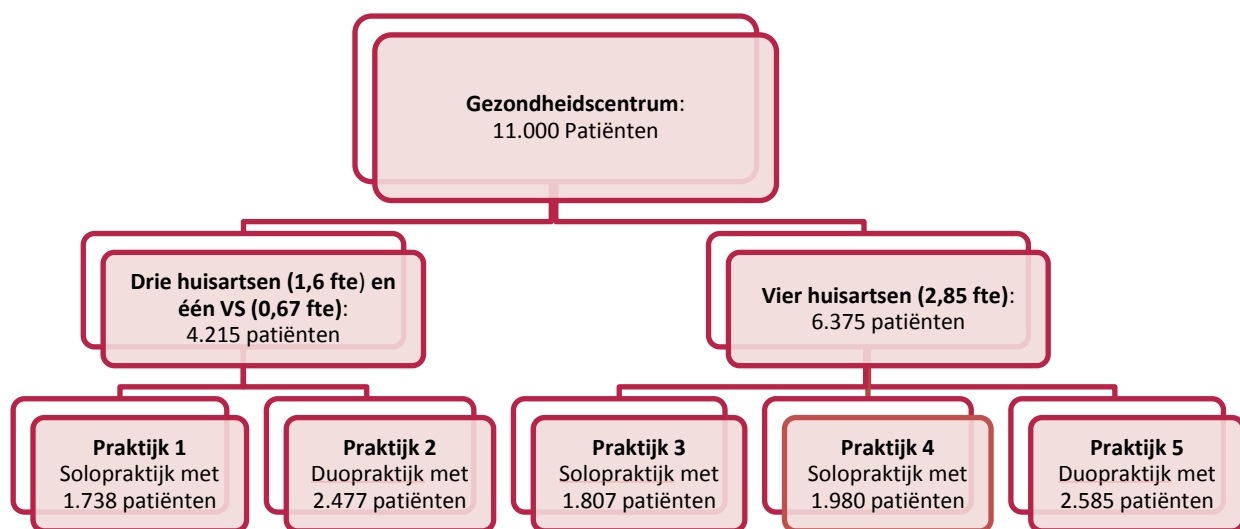
Alle data-analyse is uitgevoerd met beschrijvende statistiek binnen IBM SPSS Statistics 19.0. In bijlage 2 is een planning van het onderzoek opgenomen.

## 4 Praktijk

### 4.1 Beschrijving van de praktijk

In het gezondheidscentrum zijn verschillende disciplines gevestigd, zoals een apotheek, consultatiebureau, diëtetiek, fysiotherapie, thuiszorg, psychologische- en huisartsenzorg. Het gezondheidscentrum ligt in een stad met ongeveer 221.402 inwoners in het zuiden van Nederland (CBS, 2014). De gemêleerde wijk, waar de praktijk zich bevindt, telt begin januari 2014 ongeveer 13.731 inwoners. Negenenvijftig procent van de inwoners in de wijk is jonger dan 45 jaar, 23% is tussen de 44 en 64 jaar en 17% is ouder dan 65 jaar. Eenenzeventig procent van de inwoners verricht betaalde arbeid, 42% heeft een laag en 17% een hoog inkomen (CBS, 2010).

Alle medewerkers, inclusief de huisartsen, zijn in dienst van een overkoepelende organisatie waar het gezondheidscentrum deel van uitmaakt. In het gezondheidscentrum werken zeven huisartsen, verdeeld over vijf huisartsenpraktijken. Drie huisartsen hebben een eigen praktijk en twee huisartsenpraktijken worden gevormd door duo's. Patiënten zijn op naam ingeschreven bij één van de huisartsen. In figuur 2 wordt de indeling van het gezondheidscentrum weergegeven. In totaal zijn er eind 2013 ongeveer 11.000 patiënten ingeschreven.



Figuur 2. Indeling huisartsenpraktijken binnen het gezondheidscentrum eind 2013

Medio 2014 werken naast de huisartsen en VS, acht doktersassistenten (5,22 fte) en zes praktijkondersteuners (2,3 fte) in het gezondheidscentrum. De VS is in juni 2012 voor 0,67 fte in dienst gekomen. Ze is in februari 2003 gestart met haar opleiding. Na haar afstuderen heeft zij ervaring opgedaan als VS in de huisartsenpraktijk, waarbij ze ook huisartsgeneeskundige zorg leverde in de verslavingszorg en op een psychiatrische afdeling. Vervolgens heeft zij een jaar in een verpleeghuis gewerkt, voordat ze in dienst is gekomen bij het gezondheidscentrum. Dit onderzoek is gestart toen de VS hier ongeveer anderhalf jaar werkte.

## 4.2 Aanleiding inzet VS

Praktijk één, zie figuur 1, was voorheen een duopraktijk. In december 2010 is in deze praktijk een nieuwe huisarts in dienst getreden voor 0,8 fte. De andere duo-huisarts is vanaf dat moment 0,15 fte minder gaan werken. In mei 2011 is de 'nieuwe' huisarts weer vertrokken. Een wervingsprocedure werd gestart (vacature voor 0,6 tot 0,8 fte) en ondertussen is een waarnemer (voor 0,6 fte) ingezet. De werving leverde na ruim een half jaar geen kandidaten op. Begin 2012 zijn de huisartsen uit het gezondheidscentrum andere oplossingsrichtingen gaan overwegen. Eén daarvan was het inzetten van een VS. Dit heeft geresulteerd in een aanstelling van een VS voor 0,67 fte vanaf juni 2012 voor praktijk één en twee. Vanaf dat moment is praktijk één een solopraktijk geworden met één huisarts, waarbij patiënten zijn ingeschreven op naam. Een VS kan niet alle klachten behandelen, dat betekent dat er altijd een huisarts beschikbaar dient te zijn. Bovendien moet er gelegenheid zijn voor de VS om een huisarts te consulteren. Om meer continuïteit te kunnen bieden is de huisarts uit praktijk één haar uren gaan verdelen over vier werkdagen. Op de momenten dat de huisarts uit praktijk één afwezig is nemen de huisartsen uit praktijk twee waar. Met deze constructie is er iedere dag een huisarts aanwezig voor de (acute) klachten die de VS niet kan zien, waardoor de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt.

### Verwachtingen en motieven

Een collega huisarts die betrokken was bij de opleiding tot VS en enthousiast was over de functie, opperde het idee bij haar collega's om een VS aan te nemen. Ondanks dat er een vacature voor een huisarts vacant was dachten de huisartsen dat een VS voldoende toegerust zou zijn om zelfstandig vaak voorkomende klachten te behandelen. Nog twee andere redenen hebben meegespeeld bij de keuze voor een VS. Ten eerste ontstond er nu een mogelijkheid om de huisartsenvoorziening anders in te richten. Door de inzet van een VS voor de vaak voorkomende klachten en de ouderenzorg zouden huisartsen zich meer kunnen toeleggen op zorgvragen waar de deskundigheid van een huisarts voor nodig is. Ten tweede speelde ook een kostenaspect; de salariskosten voor een VS zijn lager dan die van een huisarts.

## 4.3 Effect van de VS op de (in)direct patiëntgebonden taken

De VS vult een vacature in voor een huisarts. Een huisarts heeft drie soorten taken: direct, indirect en niet-patiëntgebonden taken. In deze paragraaf beschrijven we hoe in dit gezondheidscentrum de VS is ingezet voor de directe en indirecte patiëntgebonden taken. De niet-patiëntgebonden taken worden in de paragraaf over het effect van de inzet van de VS op de praktijkorganisatie beschreven.

### Direct patiëntgebonden taken

De VS besteedt het grootste deel van haar dienstverband aan patiëntgebonden taken (consulten, visites, telefonisch spreekuur, telefoontjes naar specialisten, overleg met thuiszorg et cetera). Er is in grote lijnen schriftelijk vastgelegd welke klachten de VS mag behandelen (tabel 2). De tabel vermeldt ook hoe de assistenten de VS introduceren bij patiënten. De assistenten triëren de klacht van de patiënt aan de telefoon en plannen hem hierna in op het spreekuur van huisarts of VS. De assistenten waren voorheen gekoppeld aan specifieke huisartsen, sinds juni 2014 werken alle assistenten voor alle huisartsen. De triage verloopt via de triagewijzer, dit betekent dat er een duidelijk

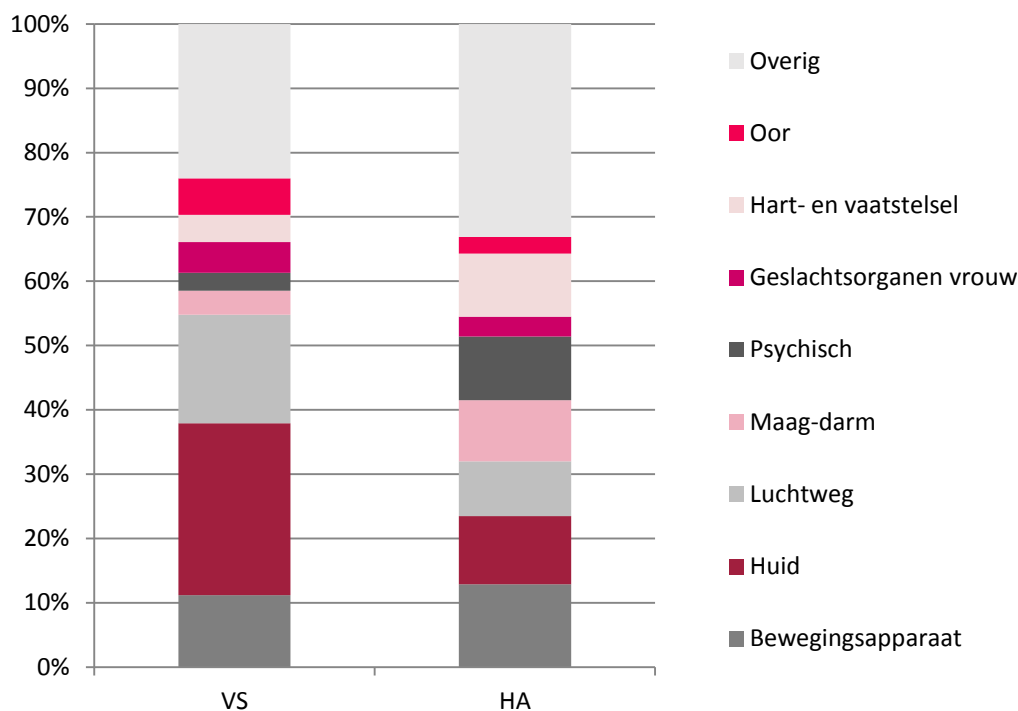
protocol wordt gevolgd waarin klachten worden uitgevraagd. Alle klachten die door de VS gezien kunnen worden, worden bij de VS ingepland. Alle klachten die de VS niet mag zien en spoedgevallen worden bij de eigen huisarts ingepland. Wanneer de agenda van de VS vol zit, worden patiënten ook bij de eigen huisarts geplaatst. De VS heeft vijf consultplaatsen per uur. Eventuele visites worden gepland tussen twaalf en twee uur in de middag inclusief een telefonisch spreekuur. De agenda-indeling van de VS komt in grote lijnen overeen met die van de huisartsen.

Klachten die de VS ziet	Klachten die de VS <u>niet</u> ziet
<ul style="list-style-type: none"> <li>• KNO klachten</li> <li>• Hoesten</li> <li>• Klachten bewegingsapparaat</li> <li>• Huidklachten</li> <li>• Vaginale klachten/vragen/anticonceptie/SOA/overgang/verwijderen spiraal</li> <li>• UWI, incontinentie, bedplassen</li> <li>• Knobbeltje in de borst</li> <li>• Kinderen met koorts/kinderziekten</li> <li>• Het rode oog</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen onder 1 jaar</li> <li>• Nek en schouderklachten</li> <li>• Buikklachten, obstipatie, diarree</li> <li>• Plaatsen spiraaltjes</li> <li>• Acute klachten (pijn op de borst, cva)</li> <li>• Chronische ziekten; CVRM, DM, geen POH taken</li> <li>• Stemningsproblemen/psychische problemen</li> <li>• Neurologie, duizeligheid, hoofdpijn</li> <li>• Mannen met uwi's, prostaatklachten (geen RT)</li> </ul>
<p>Introductie VS: ".....ik kan u een afspraak geven bij mw [achternaam], zij is verpleegkundig specialist, werkt samen met de huisarts en is opgeleid om deze klacht te behandelen..."</p>	

Tabel 2. Overzicht van de klachten die de VS mag zien

Bron: uit document van praktijk, zonder datum

De top drie aan gepresenteerde klachten in de twee praktijken behoort tot de categorieën van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, huid en luchtwegen. Dit zijn ook de categorieën die zowel de VS als de huisartsen vaak zien. In figuur 3 staan de acht meest geziene categorieën door de VS en voor de drie huisartsen die met de VS samenwerken. Uit het overzicht blijkt dat de top drie klachten van VS en de huisartsen bijna hetzelfde is, maar dat de huisarts een grotere variëteit aan aandoeningen ziet. Daardoor beslaat de top drie bij de VS ongeveer 55% en bij de huisarts ongeveer 30%.



*Figuur 3. Verdeling meest voorkomende categorieën aandoeningen bij de VS en de drie huisartsen (HA) die met de VS samenwerken*

Elke categorie zoals hier genoemd is weer verder onder te verdelen. Onder de categorie luchtwegklachten vallen bijvoorbeeld verkoudheid, voorhoofdsholteontsteking, acute hoest of longontsteking. In totaal zijn er zeventien categorieën (waaronder huidklachten, luchtwegklachten of klachten aan bewegingsapparaat) met in totaal meer dan negenhonderd subcategorieën<sup>6</sup>.

Tabel 3 geeft de meest voorkomende subcategorieën in de meetperiode per discipline weer. De VS ziet conform verwachtingen de vaak voorkomende klachten. Dit betekent dat de VS een selectie van de klachten die de huisartsen zien behandelt. Huisartsen zien daarentegen nog steeds een aantal klachten op hun spreekuur die eigenlijk ook door de VS gezien hadden kunnen worden. Dit is onvermijdelijk omdat een patiënt de voorkeur kan hebben om naar de eigen huisarts te gaan. Op dagen dat de VS niet werkt (ook tijdens vakanties) zien de huisartsen deze klachten zelf. Verder kan de agenda van de VS vol zitten of de voorgeschiedenis van de patiënt (een vaak voorkomende klacht bij een patiënt met co-morbiditeit) kan een reden zijn voor een afspraak bij de huisarts in plaats van bij de VS. Huisartsen behandelen, doordat de VS de vaak voorkomende klachten ziet, meer complexe zorgvragen of klachten die meer tijd kosten zoals depressie, moeheid of zwakte en algehele achteruitgang. Dit komt overeen met hun verwachtingen.

<sup>6</sup> International Classification of Primary Care (ICPC) is een classificatie methode die wordt gebruikt in de huisartsenzorg. De ICPC-indeling bestaat uit zeventien hoofdcategorieën met elk ongeveer vijftig specifieke diagnoses.

<b>Huisartsen (n=3)</b>		<b>VS (n=1)</b>
1.	Algehele achteruitgang (3,7%) <sup>7</sup>	Dermatomycose (4,2%)
2.	Depressie (3,1%)	Urineweginfectie (3,8%)
3.	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging (2,6%)	Constitutioneel eczeem (3,7%)
4.	Diabetes (2,5%)	Acute infectie bovenste luchtwegen (3,3%)
5.	Urineweginfectie (2,5%)	Hooikoorts (2,9%)
6.	Moeheid/zwakte (1,4%)	Middenoorontsteking (2,3%)
7.	Hypertensie met orgaanbeschadiging (1,1%)	Contact/ander eczeem (1,7%)
8.	Andere gelokaliseerde buikpijn (1,1%)	Astma (1,6%)
9.	Acute infectie bovenste luchtwegen (1,1%)	Pneumonie (1,6%)
10.	Andere ziekte bewegingsapparaat (1,1%)	Hoesten (1,5%)

Tabel 3. Diagnosen die het meest gezien zijn door de VS en huisartsen die met de VS samenwerken. Percentages geven aan hoe vaak de diagnose is voorgekomen ten opzichte van het totaal aantal diagnosen die de huisartsen of de VS gezien hebben.

De VS behandelt inmiddels ook andere klachten dan ze heeft geleerd in haar opleiding. In de afgelopen jaren heeft zij diverse nascholingen gevolgd en zich verder ontwikkeld. Het gaat om bijvoorbeeld om klachten aan hand, elleboog of oog. En specifiek bij ouderen om somberheid, duizeligheid en vermoeidheid.

Aan het einde van de meetperiode heeft de VS ook het spreekuur van een huisarts overgenomen in een verzorgingstehuis met ongeveer tweehonderd patiënten. Ze behandelt daar ouderen met vaak voorkomende klachten. De VS houdt hier een keer per week een spreekuur van 10.00 tot 13.00 uur.

De VS doet weinig M&I-verrichtingen. Sommige huisartsen willen deze verrichtingen graag zelf doen om vaardig te blijven. In tabel 4 wordt weergegeven hoe vaak een M&I-verrichting wordt uitgevoerd.

<b>Huisartsen (n=3)</b>	<b>VS (n=1)</b>
Verrichtingen: n=209	Verrichtingen: n=6
Chirurgie (28,2%)	Chirurgie (66,7%)
Therapeutische injectie (24,9%)	Vervanging specialistenbezoek (16,7%)
Vervanging specialistenbezoek (20,6%)	Intensieve zorg visite dag <sup>8</sup> (16,7%)
ECG-diagnostiek (12,4%)	-

Tabel 4. Meest uitgevoerde M&I-verrichting door de VS en de drie huisartsen voor wie ze werkt. Percentages geven aan hoe vaak de verrichting is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal verrichtingen die de huisartsen of de VS uitgevoerd hebben.

De ingangsklachten voor een consult bij de VS en de voorbehouden handelingen zijn schriftelijk vastgelegd. De afspraken voor het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen (waaronder het voorschrijven van medicatie) door de VS zijn gebaseerd op

<sup>7</sup> Met deze ICPC code worden de kwetsbare ouderen aangeduid. De contacten in de DBC worden aan deze code gekoppeld.

<sup>8</sup> Een dubbele visite (>20 minuten) afleggen aan patiënten die intensieve zorg nodig hebben, bijvoorbeeld terminale patiënten of patiënten die hiervoor geïndiceerd zijn.

de Handreiking implementatie taakherschikking (KNMG, V&VN en NAPA, 2012). Bij het voorschrijven van recepten laat de VS zich leiden door de NHG-standaarden<sup>9</sup>.

De drie huisartsen van praktijk één en twee doen meer dubbele consulten sinds de inzet van de VS. Vergeleken met de periode voor de inzet van de VS (eerste half jaar 2012) doen de huisartsen relatief gezien 6,1% meer dubbele consulten, 1,5% minder visites en 2,3% minder dubbele visites.

### **Indirect patiëntgebonden taken**

Uit een consult of visite kunnen indirect patiëntgebonden taken voortvloeien zoals telefonisch contact met een specialist, overleg met de thuiszorg en dergelijke. Dit type taken voert de VS uit net als een huisarts. Er zijn ook taken die de VS minder of incidenteel uitvoert. Als de VS bijvoorbeeld een labaanvraag doet, dan komt de uitslag op naam van de huisarts binnen. De huisarts voor wiens patiënt de VS een labonderzoek heeft aangevraagd, beoordeelt en verwerkt de uitslag. Soms wordt de uitslag ook doorgegeven aan de VS, zodat zij het medische beleid kan vervolgen. Voor één huisarts uit praktijk twee blijkt de VS wel dagelijks labuitslagen te verwerken. Ook de aanvragen van herhaalrecepten komen bij de huisarts binnen. Dit zorgt ervoor dat de VS minder makkelijk deze taak kan overnemen waardoor de 'last' bij de huisarts blijft liggen. De VS is net als de huisartsen aanwezig bij casusbesprekingen. Zo neemt ze, in plaats van een huisarts, deel aan het multidisciplinair overleg bij een groep oudere patiënten met een dementieel syndroom die verblijven op de gesloten afdeling van een verzorgingshuis.

### **Kwaliteit van zorg**

Substitutie van medische zorgtaken van huisarts naar VS kan alleen bij gelijkblijvende kwaliteit. Daarom is het effect van de inzet van de VS op de kwaliteit van zorg onderzocht. Er is gekeken in welke mate de VS en huisartsen patiënten verwijzen naar specialisten en paramedische diensten en hoe vaak zij een recept voorschrijven. Voor de vergelijkbaarheid zijn categorieën diagnoses uitgesloten die de VS niet ziet (wellicht ernstiger of complexer en daardoor vaker leidend tot verwijzing of recept). Uit de vergelijking lijkt de VS minder vaak te verwijzen (6,4% respectievelijk 9,8%). Daarnaast zien we dat de VS binnen de marges van de variatie tussen de huisartsen een recept voorschrijft. De VS heeft in 54% van de nieuwe klachten een recept voorgeschreven en de huisartsen gemiddeld 50,1%. De klachten waarvoor een recept wordt voorgeschreven komen in grote mate overeen. Zo wordt er het meest voorgeschreven voor eczeem, dermatomyose, hooikoorts en urineweginfecties.

## **4.4 Effect van de VS op de praktijkorganisatie**

Er is gekeken in welke mate de VS een effect heeft gehad op de praktijkorganisatie, zoals personele zaken, werkprocessen of niet-patiëntgebonden taken. Op het gebied van personele zaken zijn geen veranderingen geconstateerd. Op andere gebieden zijn wel veranderingen geweest, deze worden hieronder besproken.

---

<sup>9</sup> Deze richtlijnen zijn bedoeld om het medische beleid in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen.



## **Werkprocessen**

De triage is veranderd met de komst van de VS. Bij de triage wordt gewoonlijk de klacht van de patiënt uitgevraagd, zodat de complexiteit en urgentie kan worden bepaald. Gekeken wordt welke huisarts beschikbaar is, waarbij de eigen huisarts de voorkeur heeft. Sinds de komst van de VS moet door de assistenten bepaald worden of de betreffende klacht door de VS gezien kan worden. Daarbij moeten ze er rekening mee houden dat de VS niet fulltime werkt, dus niet alle dagen beschikbaar is. Assistenten hebben aangegeven dat het voor veel patiënten onduidelijk is wat een VS doet, omdat het een relatief nieuwe functionaris binnen het zorgcircuit is. Ze geven aan dat de reactie van patiënten in de meeste gevallen positief is, maar dat patiënten moesten wennen. Er zijn geen afspraken gemaakt over de verdeling van het aantal patiënten dat de VS ziet uit iedere praktijk. Uit de resultaten blijkt dat de VS in verhouding ongeveer evenveel patiënten behandelt uit praktijk één als uit praktijk twee. Daarnaast ziet de VS ook nog geregeld patiënten van één huisarts uit praktijk vijf. Ongeveer twintig procent van de patiënten die door de VS gezien zijn in de meetperiode staan ingeschreven bij deze huisarts, die in principe niet samen werkt met de VS. Deze huisarts is disciplinecoördinator en heeft veel neventaken, dat kan een verklaring zijn waarom de VS zoveel patiënten uit deze praktijk ziet.

Eén van de taken van de huisarts wiens vacature de VS heeft opgevuld is het doen van diensten op de huisartsenpost. De VS doet deze diensten niet. Dit betekent dat de 'vrijgevallen' diensten verdeeld worden onder de huisartsen van praktijk één en twee.

De VS kan na een consult of visite als het nodig is zelf contact opnemen met een bijvoorbeeld een specialist of apotheker voor overleg over een patiënt. Echter, wanneer een specialist een patiënt heeft gezien op zijn poli, dan neemt hij altijd contact op met de eigen huisarts van de patiënt. Dit geldt ook voor de apotheker of andere disciplines. Zij weten meestal niet dat een huisarts samenwerkt met een VS, en waarvoor zij die VS kunnen bellen. Dat betekent dat de huisarts voor andere zorgverleners altijd de eerste contactpersoon blijft (tenzij hier specifieke afspraken over zijn gemaakt).

## **Niet-patiëntgebonden taken**

De VS heeft net zoals een huisarts een aantal niet-patiëntgebonden taken, zoals het bijwonen van het farmacotherapie- of teamoverleg en volgen van nascholingen. De VS was in eerste instantie lid van de huisartsengroep en aanwezig bij hun overleg, dat doorgaans in de avonduren werd gehouden. Op voorstel van de huisartsen is dat nu niet meer zo. Een aantal onderwerpen bleek niet relevant voor de VS. Bovendien moest ze de overleguren overdag compenseren wat ten koste ging van haar beschikbaarheid voor patiëntcontacten. De VS is wel aanwezig op de beleidsdag die eenmaal per jaar plaatsvindt.

Andere niet-patiëntgebonden taken die de VS van huisartsen overgenomen heeft zijn het verzorgen van de nascholing voor de assistenten (bespreken van de NHG-standaard) en de NHG-praktijkaccreditering. Taken die huisartsen zelf blijven uitvoeren (in meer of mindere mate) zijn bijvoorbeeld overleg met gemeenten en wijkteams, aansturing doktersassistenten en POH's, implementatie zorgprogramma's en zicht houden op de financiële resultaten van het centrum. Een aantal activiteiten worden ook door de koepelorganisatie waar dit gezondheidscentrum deel van uit maakt gedaan, zoals alles rondom ICT, praktijkverzekeringen en overleg met de zorgverzekeraar(s).

## 4.5 Effect van de VS op het functioneren van het team

Medewerkers is gevraagd aan te geven in welke mate de werkbelasting<sup>10</sup> en werkdruk<sup>11</sup> veranderd is sinds de komst van de VS. De huisartsen die met een VS samenwerken ervaren een kleine afname in de werkdruk, ondanks een kleine toename in de werkbelasting. De werkdruk is afgenomen, doordat de VS taken van de drie huisartsen heeft overgenomen. De toename in werkbelasting is te verklaren doordat de huisartsen taken erbij hebben gekregen, omdat de VS niet alle taken van de vertrekkende huisarts kon invullen, bijvoorbeeld het doen van diensten. Een ander voorbeeld is dat huisartsen op een andere manier naar de bezetting moeten kijken wanneer zij vakantie willen. De VS kan immers niet alle klachten zien dus moeten er huisartsen beschikbaar blijven.

De huisartsen die weinig met de VS samenwerken en de POH's melden geen verandering in de werkbelasting of werkdruk sinds de komst van de VS. De POH's werken met de VS samen in het zorgprogramma kwetsbare ouderen. De VS verwijst zelden naar een POH, omdat zij in principe geen patiënten met een chronische aandoening behandelt. De assistenten geven aan een kleine toename in werkdruk en belasting te ervaren (zie ook werkprocessen). Daarnaast geven de assistenten aan dat hun medisch inhoudelijk overleg met de huisartsen deels veranderd is. De VS verzorgt nu hun bijscholing, voorheen werd dit door de huisartsen gedaan.

## 4.6 Effect van de VS op de financiële bedrijfsvoering

Tabel 5 geeft de verdeling fte en de patiënten aantallen voor en na de inzet van de VS weer. Het aantal patiënten dat ingeschreven staat bij de huisartsen van dit gezondheidscentrum is met de tijd toegenomen. Per mei 2011 was het aantal patiënten 10.179 (laatste maand dat de vaste huisarts voor de komst van de VS in dienst was), per december 2011 10.276. Daarna zijn de aantallen patiënten verder toegenomen. Eind januari 2013 was het totaal aantal ingeschreven patiënten 10.590 en per oktober 2014 10.668. De formatie huisartsen inclusief VS daarentegen is ongeveer gelijk gebleven (zelfs 0,23 fte afgenomen). De uitbreiding van de patiënten populatie kan het centrum bedienen met de huidige formatie huisartsen en VS.

	<b>Voor de inzet van de VS</b> (november 2011 t/m april 2012)	<b>Na de inzet van de VS</b> (januari t/m juni 2014)
<b>Formatie huisartsen en VS</b>	5,35 fte huisartsen	4,45 fte huisartsen 0,67 fte VS
<b>Patiënten aantallen</b>	±10.179	±10.668

Tabel 5. Verdeling fte en patiënten aantallen voor en na de inzet van de VS

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is een manier om een VS te financieren om (een deel van) de formatie voor een huisarts in te vullen met een VS. In dit gezondheidscentrum is dat gebeurd, doordat een vacature voor een huisarts voor 0,6 fte is ingevuld met 0,67 fte

<sup>10</sup> Onder werkbelasting wordt verstaan de mate waarin men belast wordt met werkzaamheden of taken.

<sup>11</sup> Met werkdruk wordt bedoeld de mate waarin de medewerkers druk ervaren door het werk.

VS. De huisartsen en VS zijn ingeschaald in de CAO Gezondheidscentra. Voor huisartsen geldt de Arbeidsvoorwaardenregeling Huisartsen in Gezondheidscentra (AHG), de bijbehorende salaristabel gaat uit van € 5.595 - € 6.485 per maand bij een 45-urige werkweek bij een normpraktijk van 2.350 patiënten (en exclusief avond-, nacht- en weekenddiensten). De VS is in dit centrum ingeschaald in functiegroep tien, dat is € 2.534 - € 3.749 per maand bij een 36-urige werkweek. Het vergelijken van de salariskosten voor een VS voor 24 uur per week (0,67 fte) met een huisarts voor 24 uur per week (0,53 fte) laat een verschil zien tussen € 453<sup>12</sup> en € 925<sup>13</sup> per maand. Het gaat hier om bruto salariskosten exclusief werkgeverslasten, praktijk- en overheadkosten op basis van de CAO gezondheidscentra en AHG.

## 4.7 Ervaringen praktijkmedewerkers

De huisartsen zijn zeer tevreden over de deskundigheid van de VS en de hoeveelheid werk die zij wegneemt bij hen. Ze vinden dat een vacature voor een huisarts niet één-op-één door een VS kan worden ingevuld. De VS kan immers niet alle klachten behandelen waarvoor patiënten contact opnemen met de huisarts. Bovendien kan ze niet alle niet-patiëntgebonden taken overnemen (bijvoorbeeld diensten op de post). Maar de vacature kan wel grotendeels ingevuld worden, mits vooraf goed nagedacht wordt over welke (niet) patiëntgebonden taken de VS op zich gaat nemen.

Met de komst van de VS is de patiëntenzorg voor huisartsen inhoudelijk leuker geworden, omdat zij nu met name de klachten zien die medisch en zorginhoudelijk complexer van aard zijn. De huisartsen geven wel aan dat dit voor een beginnende huisarts mogelijk niet wenselijk is. Een startende huisarts moet ook ervaring op doen in de vaak voorkomende klachten. Deze ervaring is nodig om supervisie te kunnen geven aan de VS maar ook aan doktersassistenten en POH's.

Achteraf geven de huisartsen aan dat zij beter de patiënten van de vertrekkende huisarts van praktijk één hadden kunnen verdelen over de drie huisartsen waar de VS nu voor werkt. Dan was het mogelijk geweest om niet alleen de taken, maar ook de verantwoordelijkheden te verdelen. Nu is de huisarts uit praktijk één verantwoordelijk voor een grotere patiëntenpopulatie. Een verantwoordelijkheid die zich niet alleen uit in de vorm van meer patiënten en meer taken, maar ook een duidelijk gevoelsmatig aspect heeft.

In deze praktijk vinden de huisartsen drie fulltime huisartsen met één fulltime VS (of twee parttimers) een ideale verhouding. Er wordt overwogen om een tweede VS aan te nemen en beide VS'en voor alle praktijken binnen het gezondheidscentrum in te zetten. Ze hebben berekend dat om een tweede VS drie dagen per week in te zetten zij negenhonderd patiënten meer moeten inschrijven om op deze manier de salariskosten plus werkgeverslasten van de VS terug te kunnen verdienen. Eén van de bezwaren is dat met het inschrijven van nieuwe patiënten huisartsen verantwoordelijk worden voor een grotere patiëntenpopulatie. Als een huisarts voor meer mensen eindverantwoordelijk is, zal hij over meer lopende zaken het overzicht moet houden en administratieve handelingen moet verrichten.

De huisartsen hebben besloten om de VS niet deel te laten nemen aan het huisartsenoverleg. Dit heeft ertoe geleid dat de binding tussen de VS en het

---

<sup>12</sup> Bij berekening voor VS uitgegaan van functiegroep 10, einde schaal en voor huisarts aanvang schaal

<sup>13</sup> Bij berekening voor VS uitgegaan van functiegroep 10, einde schaal en voor huisarts einde schaal

huisartsenteam minder sterk is. Ze denken zelf dat ze vooraf onvoldoende hebben nagedacht over de positionering en binding van deze nieuwe functie in het team.

De assistenten vinden een taakbeschrijving belangrijk, hiermee ontstaat duidelijkheid over de verantwoordelijkheden van elke functionaris binnen de praktijk. Daarnaast vinden zij een goede voorlichting aan patiënten belangrijk, zodat duidelijk is wat de VS doet en met welke klachten of vragen zij bij haar terecht kunnen.

De VS is enthousiast over haar functie en zou het leuk vinden als er een tweede VS bij zou komen. Enige nadeel is dat ze zich soms een 'productiemedewerker' voelt; ze leert patiënten minder snel persoonlijk kennen door de korte en weinig vaste contacten. Hoewel ze graag meer niet-patiënt gebonden taken zou willen doen geeft ze aan dat ze daar nu geen ruimte voor heeft. Haar tijd is gevuld met (in)directe patiëntenzorg. Verder zou ze graag meer betrokken worden bij het beleid van het gezondheidscentrum door bijvoorbeeld deel te nemen aan het huisartsenoverleg. Volgens haar biedt betrokkenheid in het beleid ook weer mogelijkheden om de functie van VS breder in te gaan zetten in de huisartsenpraktijk.

## 5 Beschouwing en methodologische kanttekeningen

Dit rapport geeft aan de hand van een praktijkbeschrijving inzicht in het effect op de praktijkorganisatie, taakverdeling en het functioneren van het team als een vacature voor een huisarts wordt ingevuld door een VS.

### Aanleiding, motieven en verwachtingen

Toen na ruim een half jaar een wervingsprocedure voor een huisarts geen kandidaat opleverde, zijn de huisartsen zich gaan verdiepen in de functie van VS. Ze dachten dat een VS voldoende deskundig zou zijn om de vaak voorkomende klachten te behandelen. Met de inzet van de VS bestond meteen de mogelijkheid om de huisartsenzorg anders in te richten. Doordat de VS vaak voorkomende klachten behandelt en een rol speelt in de ouderenzorg, zouden de huisartsen zich meer kunnen richten op zorgvragen waar hun specifieke deskundigheid voor nodig is. Dit is in lijn met toekomstscenario's, waarin huisartsen zich meer met complexe zorgvragen bezig houden en eenvoudigere en geprotocolleerde zorg overdragen (Capaciteitsorgaan, 2013). Ook Gercama et al. (2007) en Van Wijk (2014) schrijven dat de rol en taken van de huisarts gaan verschuiven en dat de caseload gaat veranderen. Deskundige ondersteuners zijn volgens hen cruciaal. Ander argument dat heeft meegespeeld in het besluit om de vacature in te vullen met een VS zijn de kosten; de salariskosten van de VS zijn lager dan die van een huisarts.

### Effect inzet VS op de patiëntenzorg

Zoals beschreven in hoofdstuk twee kan een VS zowel (in)direct patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden taken van huisartsen overnemen. In dit gezondheidscentrum wordt de VS voornamelijk ingezet voor de (in)directe patiëntenzorg. De VS houdt bezig met het doen van (telefonische) consulten en visites. Klachten die geschikt zijn voor een consult bij de VS zijn schriftelijk vastgelegd en de assistenten weten welke patiënten de VS mag zien. Het gaat om een specifiek omschreven groep van klachten die vaak voorkomen zoals ook in ander onderzoek wordt beschreven (Dierick-van Daele et al., 2008; Laurant & Wijers, 2014; Van der Burgt et al., 2015). Net als in het onderzoek van Van der Burgt, Van Roij, Derckx en Meulepas (2015) ziet deze VS vooral aandoeningen aan huid, luchtwegen en het bewegingsapparaat. De variatie in klachten die de VS ziet was kleiner dan die van de huisartsen (figuur 7), dit is vergelijkbaar met wat eerder onderzoek laat zien (Van der Burgt et al., 2015; NIVEL/Stichting KOH, 2013). Het effect had groter kunnen zijn als de VS niet ook patiënten zag van een huisarts voor wie zij in principe niet werkt.

Inmiddels stelt de VS ook andere diagnoses dan ze heeft geleerd in haar opleiding, omdat zij zich heeft ontwikkeld in de afgelopen jaren en nascholingen heeft gevolgd. Dat de VS met de tijd meer klachten gaat behandelen, is in overeenstemming met eerder onderzoek (Dierick-Van Dale, 2010; Laurant & Wijers, 2014; Van der Burgt et al., 2015). Verder verzorgt deze VS, in plaats van een huisarts, het spreekuur in een verzorgingstehuis. De huisartsen zijn van mening dat de expertise van deze VS op het gebied van ouderenzorg bij haar werkzaamheden in de DBC ouderenzorg goed aansluit. Relatief veel huisartsen zetten de VS in voor de ouderenzorg (Kommer, 2010; Laurant, 2007; Derckx, 2009; Laurant & Wijers, 2014). Substitutie van medische zorgtaken van huisarts naar VS kan alleen bij gelijkblijvende kwaliteit. Onderzoek van Dierick-van Daele et al. (2008), Elissen et al. (2008) en Wijers et al. (2013) laat zien dat de VS deskundig

is en kwalitatief goede zorg levert. Ook ons onderzoek geeft daar aanwijzingen voor, zich uitend in een gelijke mate van voorschrijven en verwijzen. De VS verwijst minder vaak dan huisartsen en schrijft binnen de marges van variatie tussen de huisartsen recepten voor.

Uit een consult of visite kunnen ook indirect patiëntgebonden taken voortvloeien, zoals overleg met een specialist of casusbesprekingen. Deze taken voert de VS uit, net als een huisarts. Er zijn ook taken die de VS minder doet, hoewel hier verschillen worden gezien tussen de huisartsen. Bijvoorbeeld het beoordelen en verwerken van labuitslagen doet de VS voor de ene huisarts wel en voor de andere niet. Vanwege de keuze van dit centrum om deze taken maar beperkt over te dragen aan de VS, ervaren sommige huisartsen een hogere administratieve last. Ander onderzoek laat zien dat VS'en ook labuitslagen en post kunnen verwerken (Derckx et al., 2015).

### **Effect inzet VS op de praktijkorganisatie**

In het takenpakket van de VS is een keuze gemaakt ten aanzien van de (in)direct patiëntgebonden taken. Voor de assistenten betekent dit dat de triage is veranderd. Assistenten moeten de patiënt vragen stellen om te kunnen beoordelen of de klacht door de VS gezien kan worden en vervolgens nagaan of de VS beschikbaar is. De assistenten bepalen bij wie de patiënt wordt ingepland (de patiënt houdt de keuzemogelijkheid om naar de huisarts te gaan). Eerder onderzoek toont aan dat assistenten in 95% van de gevallen een patiënt terecht plannen op het spreekuur van de VS (Dierick-Van Dale et al., 2008). Voor assistenten betekent dit dat de werkdruk en belasting enigszins is toegenomen.

Tot de functie van huisarts horen ook niet-patiëntgebonden taken, zoals omschreven in hoofdstuk 2. In dit gezondheidscentrum is gekozen om de VS een klein deel van deze taken te laten uitvoeren. Zo verzorgt de VS de nascholing van de doktersassistenten en de NHG-praktijkaccreditering. De resterende taken die horen bij de vacante functie van huisarts zijn verdeeld onder de overige huisartsen. Onderzoek laat zien dat het inzetten van een VS voor meer niet-patiëntgebonden taken door huisartsen wisselend wordt ingevuld en dat hier keuzes in worden gemaakt (Derckx et al., 2015). Een andere taak, die verdeeld is onder de huisartsen, zijn de diensten op de huisartsenpost. Echter, uit onderzoek blijkt dat hier zeker mogelijkheden liggen voor de VS (Wijers et al., 2013).

Bij de indiensttreding van de VS is besloten om haar te laten werken voor praktijk één en twee (drie huisartsen). Er zijn geen afspraken gemaakt over de verdeling van de inzet van de VS over de twee praktijken. Het blijkt dat de VS in verhouding evenveel patiënten ziet voor de huisartsen waar ze mee samenwerkt. In de meetperiode is ongeveer twintig procent van de patiënten die de VS heeft behandeld van een huisarts waar de VS in principe niet mee samenwerkt. Het effect van de VS op de twee praktijken had groter kunnen zijn als de VS niet ook patiënten zag van de huisarts voor wie zij in principe niet werkt. De verhouding van één VS (0,67 fte) op drie parttime huisartsen (1,6 fte) vinden de huisartsen achteraf niet ideaal. Ze zouden het liefst een fulltime bezetting VS hebben over het gehele centrum. In het artikel van Derckx, Dierick-van Daele en Vrijhoef (2009) wordt een verhouding van één fulltime VS op vier fulltime huisartsen aanbevolen.

Voor huisartsen is het gebruikelijk dat zij binnen hun aanstelling (verdisconteerd in het salaris) alle taken uitvoeren die horen bij hun functie. Zij werken tot "het werk af is". Deze huisartsen zien de VS, vergelijkbaar met een assistente of POH, als een

medewerker. Dat betekent dat als de VS 's avonds werkt of overuren maakt, ze deze uren op een ander moment in vrije tijd terug neemt. De VS neemt niet deel aan het huisartsenoverleg. Enerzijds omdat de huisartsen van mening zijn dat de besproken onderwerpen niet relevant zijn voor haar. Anderzijds omdat het bijwonen van het overleg door de VS in de avonduren, overdag gecompenseerd moet worden ten koste van spreekuurtijd. Het gevolg is dat de VS zich geen volwaardig lid voelt van het huisartsenteam. De huisartsen zeggen nu dat ze beter vooraf een duidelijk visie hadden kunnen opstellen over hoe de VS ingezet zou gaan worden en op welke wijze ze haar moeten positioneren in het huisartsenteam. De Bakker et al. (2013) hebben daarvoor een hulpmiddel ontwikkeld; het skill mix instrument.

### **Ervaringen**

De drie huisartsen die samenwerken met de VS zijn enthousiast over haar deskundigheid en de hoeveelheid werk die zij van hen overneemt. Dit sluit aan bij de verwachtingen die zij vooraf hadden. Met de komst van de VS vinden huisartsen hun spreekuren inhoudelijk leuker geworden, omdat zij nu met name de medisch en zorginhoudelijk complexere klachten zien. Tegelijkertijd kan dit ook voelen als een verzwaring. De huisarts in wiens praktijk een vacature was voor een collega, werd voor meer patiënten eindverantwoordelijk bij een relatief klein dienstverband (0,5 fte). Ze moet over een grote groep patiënten overzicht houden, alle acute en medische complexe zorgvragen afhandelen en meer administratieve handelingen uitvoeren. Weliswaar kan een huisarts ondersteunend personeel inzetten om taken over te nemen, maar dat leidt niet (altijd) tot gedeelde verantwoordelijkheid. Huisartsen moeten zorgen dat vanuit hun praktijk verantwoorde zorg wordt geboden. Ze zijn verantwoordelijk voor de praktijkorganisatie en inzet van personeel. Als zij samenwerken met anderen moeten zij een heldere verantwoordelijkheidsverdeling maken (Van Meersbergen & Broekhuizen, 2013). Achteraf geven de drie huisartsen aan dat zij beter de patiënten hadden kunnen verdelen over drie huisarts dan zoals nu het geval bij één huisarts. Zo hadden niet alleen de complexe zorgvragen maar ook de verantwoordelijkheden gespreid kunnen worden. Een andere mogelijkheid is, zoals recent onderzoek laat zien, om patiënten in te schrijven bij de praktijk en niet bij afzonderlijke huisartsen. De verantwoordelijkheid voor de patiënten wordt dan door het hele team van praktijkmedewerkers gedragen (Derckx et al., 2015).

### **Financiële bedrijfsvoering**

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 kunnen de kosten voor de VS op verschillende manieren gefinancierd worden. In dit gezondheidscentrum (waar huisartsen en VS in loondienst zijn) wordt de VS bekostigd uit de formatie die gereserveerd was voor de vacante functie van huisarts. De salariskosten voor een VS bij 24 uur zijn lager dan die voor een huisarts. Hiermee heeft het centrum een kostenbesparing gerealiseerd. Opvallend is dat medio 2014, ten opzichte van diezelfde periode in 2012, bij een kleinere formatie een grotere patiëntenpopulatie wordt bediend. We hebben niet onderzocht of dit te maken heeft met de inzet van de VS.

## Methodologische kanttekeningen

Een eerste kanttekening betreft de duur van de meetperiode. De extractie uit het HIS gebeurde op data van de eerste helft van 2014. Hierdoor kan een vertekening optreden, bijvoorbeeld vanwege seizoensgebonden aandoeningen. In het najaar komen bijvoorbeeld hoestklachten meer voor dan in het voorjaar. Wij zullen daardoor mogelijk een onderrapportage doen van hoestklachten in de praktijk en in de behandeling van de VS in het bijzonder.

Een tweede kanttekening van dit onderzoek is dat we veel aspecten van de kwaliteit van zorg niet konden meten binnen het tijdsbestek. We hebben gekozen om het af te lezen aan de mate waarin de VS en huisartsen verwijzen en recepten voorschrijven. We hebben dat gedaan door alleen te kijken naar een nieuwe klacht bij een patiënt en alleen dezelfde klachten bij huisarts en VS te vergelijken. Maar er kunnen altijd redenen zijn, afhankelijk van de patiënt, de voorgeschiedenis van de patiënt of de situatie, om af te wijken van de richtlijn. Of elke specifieke verwijzing of voorschrift terecht was, kunnen we niet beoordelen. Door onze zorgvuldige selectie (enkelvoudige en nieuwe klachten) om tot vergelijkbaarheid te komen vielen heel veel klachten af. De analyse gebeurde dus op kleine aantallen, waardoor afwijking op basis van toeval en niet op basis van regulier beleid extra wordt uitvergroot.

Een derde kanttekening van dit onderzoek is dat ervaringen van medewerkers op basis van hun herinneringen in beeld zijn gebracht. In de interviews hebben we medewerkers laten reflecteren over de periode voordat de VS in dienst kwam. Hoe het feitelijk is gegaan is onbekend. De VS heeft een vacature voor een huisarts ingevuld, maar het was niet mogelijk om zuiver te kijken welke taken ze van de vertrekkende huisarts heeft overgenomen. Bij de indiensttreding is de VS namelijk meteen voor twee praktijken (drie huisartsen) gaan werken. Destijds zijn keuzes gemaakt in de taken die de VS zou gaan uitvoeren. Dit betekent dat we geen goede vergelijkingen konden maken met de oorspronkelijke situatie.

Een vierde kanttekening is dat dit onderzoek heeft plaatsgevonden in één centrum. De mogelijkheid om bevindingen te generaliseren is om deze reden beperkt. Desondanks kunnen resultaten uit dit onderzoek aanknopingspunten bieden voor huisartsenpraktijken die overwegen om een vacature voor een huisarts geheel of gedeeltelijk in te laten vullen door een VS.

Tot slot is bij de beschouwing geen internationaal onderzoek gebruikt over de VS. We hebben ons beperkt tot Nederlandse onderzoeken die gaan over de VS in de huisartsenpraktijk. Over dit specifieke onderwerp is helaas nog weinig bekend.



## Geraadpleegde bronnen

Bakker, D. de, Strassel, J., Vrijhoef, H. & Derckx, E. (2013). Hulp bij opleiden en inzet personeel. Skill Mix Analyse Huisartsenzorg. *De Eerstelijns*, 5 (6), 18-19

Bakker D. de, Strassel, J. Vrijhoef H. & Derckx, E. (2013) Skill Mix Analyse Huisartsenzorg. Eindrapport. Utrecht/Eindhoven: NIVEL/Stichting KOH

Boesten, J., Braaksma, L., Klapwijk-Strumpler, S., Kole, H.M., Sloekers, J., Smit, C., Stroucken, J.P.M., Werven, H. van & Westerhof, R. (2013). *Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier*. Utrecht: NHG-richtlijn

Boonstra, J.T., Janssen, A.M.P., Weerts, J. & Wetering, N. van de (2001). *Functiekenmerken en inkomen van de huisarts*. Zeist: Hay Management Consultants

Braspenning, J., Dijkstra, R., Tacken, M., Bouma, M. & Witmer, H. (2007). *Visitatie Instrument Accreditatie (VIA)*. Nijmegen/Utrecht: Kwaliteit van Zorg (WOK)/UMC St Radboud/Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)/NHG Praktijk Accreditering BV (NPA)

Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH.

Capaciteitsorgaan. (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Cardol, M., Dijk, L. van, Jong, J.D. de, Bakker, D.H. de & Westert, G.P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM

CBS (2010). Een laag inkomen is een inkomen dat lager was dan of gelijk aan 19,2 duizend euro. CBS in uw buurt: <http://www.cbsinuwbuurt.nl/index.aspx#pageLocation=index>

CBS (2014). Aantal inwoners. Van: <http://statline.cbs.nl>

Derckx, E., Rijt, D. van de & Gauthier, N. (2008). *Financieringsopties en rekenmodel NHP, interne notitie Stichting KOH*. Eindhoven: Stichting KOH

Derckx, E. (2008). Hulpkrachten in de huisartsenpraktijk. In J.N. Keeman, J.A. Mazel & F.G. Zitman (red.), *Het medisch jaar 2008-2009* (p. 144-159). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Derckx, E., Dierick-van Daele, A. & Vrijhoef, B. (2009). De 'nurse' de maat genomen. *Tijdschrift voor Verpleegkunde*, 2009 (3), 23-27.

Derckx, E.W.C.C., Roij, J. van, Burgt, M.R. van der & Meulepas, M.A. (2015). *Rapport. Verdienmodel huisartsenpraktijk met vier verpleegkundig specialisten*. Eindhoven: Stichting KOH.

Dierick-van Daele, A.T.M., Metsemakers, J.F.M., Derckx, E.W.C.C., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H.J.M. (2008). *Onderzoeksrapport Nurse practitioner in de huisartsenpraktijk*. Maastricht/Eindhoven: MUMC+/Stichting KOH

Dierick-van Daele, A.T.M. (2010). *The introduction of the nurse practitioner in general practice*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Feijter, C. de (2007). Experiment bewijst de meerwaarde van de inzet van de Nurse Practitioner. Financiering blijft struikelblok. *De Huisarts in Nederland*, 40-42. Utrecht: LHV

Gercama, A.J., Horst, H.E. van der & Stalman, W.A.B. (2007). Van spil tot regisseur. *Medisch Contact*, (39), 1603-1605

Hassel, D. van, Velden, L. van der & Batenburg, R. (2014). *Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisarts*. Utrecht: NIVEL

Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S. Hingstman, L., Dulmen, A.M. van & Bakker, D.H. de (2012). *Kennisvraag. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?* Utrecht: NIVEL

Hombergh, P. van den, Grol, R., Hoogen, H. van de, Bosch, W. van de & Haren, J. van (1999). *Visitatie van huisartsen. Visitatie Instrument voor de Praktijkvoering (vip)*. Nijmegen/Utrecht: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit/Nederlands Huisartsen Genootschap

InEen (2014). *CAO Gezondheidscentra*. Utrecht: InEen

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Staat van de Gezondheidszorg: Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg*. Den Haag: IGZ

KNMG, V&VN, NAPA (2012). *Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken*. Utrecht: KNMG, V&VN, NAPA

Kommer, K. (2010). Durven en willen overdragen. *De eerstelijns*, (2), 8-11

Lambregts, J. & Grontendorst, A. (red.) (2013). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist. Verpleegkundigen en Verzorgende 2020. Deel 4*. Utrecht: V&VN Nederland

Laurant, M. & Wijers, N. (2014). *Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten werkzaam in de huisartsenzorg*. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) Radboudumc Nijmegen

Laurant, M., Hermens, R., Braspenning, J. & Grol, R. (2008). Praktijkondersteuning verbetert zorg maar verlaagt werkdruk niet. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 3 (5), 126-130

LHV, InEen (2013). *Handleiding FWHZ. Functiewaardering Huisartsenzorg 2013, cao-document, versie 14 augustus 2013*. Utrecht: LHV, InEen

LHV, NHG, NVvPO, V&VN-PVK/POH & Samenwerkende Hogescholen (2014). *Competentie en Eindtermendocument voor de opleiding tot praktijkverpleegkundige*. Utrecht: LHV, NHG, NVvPO, V&VN-PVK/POH, Samenwerkende Hogescholen

LHV, NHG, PsyHAG, InEen & Samenwerkende Hogescholen (2014). *Functie- en competentieprofiel praktijkondersteuner GGZ*. Utrecht: LHV, NHG, PsyHAG, InEen, Samenwerkende Hogescholen

LHV (2015). *Declareerwijzer*. Utrecht: LHV

Maasen, H. (2001). 'Nu ik hier werk komen patiënten makkelijker langs': Aletta Hektor, NP in het Hoge Noorden. *Praktijkgeluiden. Medisch Contact*, 20 (56), 778-780

Meersbergen, D. van & Broekhuizen, L. (2013). Taakdelegatie van huisarts naar doktersassistente. *Huisarts & Wetenschap*, 56 (8), 408-412

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten (2013). *Beroepscompetentieprofiel Doktersassistent*. Utrecht: NVDA

Nederlands Huisartsen Genootschap (z.d.). *NHG-Standaarden*. Van: <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>

Nederlandse Zorgautoriteit (2014). *Tariefbeschikking 2014*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Nederlandse Zorgautoriteit (2015). *Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg*. [Beleidsregel BR/CU-7105]. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

NHG, LHV (2011). *NHG/LHV-Standpunt Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening. Actualisering van het NHG/LHV-Standpunt 'Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening' uit 2005*. Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 9 juni 2011. Utrecht: NHG, LHV

NIVEL (2004). Praktijkondersteuner ontlast huisarts nauwelijks (Nieuwsreflex). *Medisch Contact* 22 (59), 884

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn [internet] (2013). Top-20 diagnoses bij contacten met de huisartsenpraktijk. Van: <http://www.nivel.nl/NZR/top-20-diagnoses-bij-contacten-met-de-huisarts>

NIVEL/Stichting KOH (2013). Skill Mix Analyse: <http://skillmix.nivel.nl/skill>

Project Vernieuwing Huisartsenopleiding (PVH) [regie] (2005). *Competentieprofiel van de huisarts*. Utrecht: LHV, NHG

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002 en 2008). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid

Romeijn, A. (2006). *De financiering van de Nurse Practitioner in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Een inventariseren, beschrijvend, onderzoek naar ideeën en mogelijkheden*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Romeijn, A. (2006). *De kosten-effectiviteit van de Nurse Practitioner. Een literatuuronderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht

VWS, brief 'Kabinetsreactie advies NZa taakherschikking', kenmerk CZ-3132479 d.d. 9 oktober 2012

VWS, 2.1 beleidsagenda 2012, begroting VWS 2012

VWS, brief 'Vervolg kabinetsreactie advies NZa taakherschikking' d.d. 2 april 2013, kenmerk CZ-3152101 d.d. 22 april 2013 en bijlage 1

Wijers, N., Burgt, R. van der & Laurant, M. (2013). *Verpleegkundig specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport naar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven*. Nijmegen/Eindhoven: IQ healthcare Radboudumc/Stichting KOH

Wijk, P. van (2014) Huisarts wordt meespelend regisseur met ondersteuning van experts. *De Eerstelijns*, 3 (6), 22-23

## **Websites**

[www.brancherapporten.minvws.nl](http://www.brancherapporten.minvws.nl)

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

[www.ion.lhv.nl](http://www.ion.lhv.nl)

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

[www.platformzorgmasters.nl](http://www.platformzorgmasters.nl)

<http://skillmix.nivel.nl/skill>

[www.verpleegkundigspecialismen.nl](http://www.verpleegkundigspecialismen.nl)

[www.venvnvs.nl](http://www.venvnvs.nl)

## **Bijlagen**

Bijlage 1 Vragenlijsten

Bijlage 2 Planning onderzoek Vacature voor huisarts vervuld door verpleegkundig specialist



## Bijlage 1

### Vragenlijst voor de huisarts

Deze vragenlijst heeft het doel te inventariseren welke invloed de komst van de VS heeft gehad op de praktijkvoering van de huisartsenpraktijk. De vragenlijst wordt (soms in enige aangepaste vorm) voorgelegd aan verschillende medewerkers van de praktijk. De resultaten uit de vragenlijsten zullen samen met andere verzamelde data de basis vormen voor vervolginterviews.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en uw antwoorden op de vragen worden vertrouwelijk behandeld. De vragenlijst bevat zeven onderdelen: beleid/samenwerking, systematisch verbeteren, relevante processen, personeel, praktijkorganisatie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen.

*1 is helemaal niet en 5 is heel erg*

#### Beleid/Samenwerking

In welke mate is door de komst van de VS het contact/overleg veranderd met:	1	2	3	4	5
...de wijkverpleging/thuiszorg					
...maatschappelijk werk					
...de fysiotherapeut					
...de eerstelijns psycholoog					
...de apotheker					
<b>In welke mate is door de komst van de VS het medisch inhoudelijk overleg veranderd tussen:</b>					
...huisartsen onderling					
...huisartsen en assistenten					
<b>In welke mate is door de komst van de VS het organisatorisch overleg veranderd tussen:</b>					
...huisartsen onderling					
...huisartsen en assistenten					
...huisartsen en praktijkondersteuners					
<b>In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:</b>					
de verslaglegging van medisch inhoudelijk overleg					
de verslaglegging van organisatorisch overleg					
het verwijzen van patiënten naar de tweede lijn					
het overleg met derden (regionale zorgverleners)					
het gezamenlijk beleid m.b.t. bepaalde medische problemen (v.b. ouderenzorg, dm patiënten)					

1 is helemaal niet en 5 is heel erg

### Systematisch verbeteren

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het beleid voor de triage					
het FTO					
afspraken over voorschrijfgedrag bij recepten					
de inventarisatielijst van medisch instrumentarium en medisch elektrische apparaten					
de controle van het medisch instrumentarium en medisch elektrische apparaten					

### Relevante processen

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de manier van registreren in het HIS					

### Personeel

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het personeelsbeleid					
het scholingsbeleid van de medewerkers					
de bijscholingsactiviteiten					
de registratie van diploma's en bekwaamheidsverklaringen					
het persoonlijk leerplan van de medewerkers					
het introductieprogramma en/of interne training voor nieuwe medewerkers					
het RI&E (risico inventarisatie en evaluatie)					

### Praktijkorganisatie

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de invulling van niet-patiëntgebonden activiteiten					
de bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen					

### Kwaliteit van zorg

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het beleid voor medische problemen					
het beleid voor bepaalde patiëntcategorieën					
het beleid voor de praktijkgrootte en gebiedsafbakening					
het beleid t.a.v. thuiszorg					
het beleid t.a.v. planning /bespreking van de nascholing					
het PR-beleid					
het EHBO-beleid					
het kwaliteitsbeleid					
het medisch handelen bij zorgprogramma's					
de onderlinge toetsing op basis van cijfers					



**Let op:** 1 is sterke afname en 5 is sterke toename

**Arbeidssatisfactie**

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de werkbelasting					
de werkdruk					

**Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

Graag ontvangen wij de ingevulde vragenlijst z.s.m. retour, een retourenveloppe is bijgevoegd.

## Vragenlijst voor de centrummanager

Deze vragenlijst heeft het doel te inventariseren welke invloed de komst van de VS heeft gehad op de praktijkvoering van de huisartsenpraktijk. De vragenlijst wordt (soms in enige aangepaste vorm) voorgelegd aan verschillende medewerkers van de praktijk. De resultaten uit de vragenlijsten zullen samen met andere verzamelde data de basis vormen voor vervolginterviews.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en uw antwoorden op de vragen worden vertrouwelijk behandeld. De vragenlijst bevat zeven onderdelen: beleid/samenwerking, systematisch verbeteren, relevante processen, personeel, praktijkorganisatie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen.

*1 is helemaal niet en 5 is heel erg*

### Beleid/Samenwerking

In welke mate is door de komst van de VS het contact/overleg veranderd met:	1	2	3	4	5
...de wijkverpleging/thuiszorg					
...maatschappelijk werk					
...de fysiotherapeut					
...de eerstelijns psycholoog					
...de apotheker					
In welke mate is door de komst van de VS het <i>medisch inhoudelijk</i> overleg veranderd tussen:	1	2	3	4	5
...huisartsen onderling					
...huisartsen en assistenten					
In welke mate is door de komst van de VS het <i>organisatorisch</i> overleg veranderd tussen:	1	2	3	4	5
...huisartsen onderling					
...huisartsen en assistenten					
...huisartsen en praktijkondersteuners					
In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de verslaglegging van <i>medisch inhoudelijk</i> overleg					
de verslaglegging van <i>organisatorisch</i> overleg					
het verwijzen van patiënten naar de tweede lijn					
het overleg met derden (regionale zorgverleners)					
het gezamenlijk beleid m.b.t. bepaalde medische problemen (v.b. ouderenzorg, dm patiënten)					

1 is helemaal niet en 5 is heel erg

### Systematisch verbeteren

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het beleid voor de triage					
het FTO					
de afspraken over voorschrijfgedrag bij recepten					
de inventarisatielijst van medisch instrumentarium en medisch elektrische apparaten					
de controle van het medisch instrumentarium en medisch elektrische apparaten					

### Relevante processen

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de manier van registreren in het HIS					

### Personeel

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het personeelsbeleid					
het scholingsbeleid van de medewerkers					
de bijscholingsactiviteiten					
de registratie van diploma's en bekwaamheidsverklaringen					
het persoonlijk leerplan van de medewerkers					
het introductieprogramma en/of interne training voor nieuwe medewerkers					
het RI&E (risico inventarisatie en evaluatie)					

### Praktijkorganisatie

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de invulling van niet-patiëntgebonden activiteiten					
de bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen					

### Kwaliteit van zorg

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het beleid voor medische problemen					
het beleid voor bepaalde patiëntcategorieën					
het beleid voor de praktijkgrootte en gebiedsafbakening					
het beleid t.a.v. thuiszorg					
het beleid t.a.v. planning /bespreking van de nascholing					
het PR-beleid					
het EHBO-beleid					
het kwaliteitsbeleid					
het medisch handelen bij zorgprogramma's					
de onderlinge toetsing op basis van cijfers					

**Let op:** 1 is sterke afname en 5 is sterke toename

**Arbeidssatisfactie**

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de werkbelasting					
de werkdruk					

**Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

Graag ontvangen wij de ingevulde vragenlijst z.s.m. retour, een retourenveloppe is bijgevoegd.

## Vragenlijst voor de VS

Deze vragenlijst heeft het doel te inventariseren welke invloed de komst van de VS heeft gehad op de praktijkvoering van de huisartsenpraktijk. De vragenlijst wordt (soms in enige aangepaste vorm) voorgelegd aan verschillende medewerkers van de praktijk. De resultaten uit de vragenlijsten zullen samen met andere verzamelde data de basis vormen voor vervolginterviews.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en uw antwoorden op de vragen worden vertrouwelijk behandeld. De vragenlijst bevat zeven onderdelen: beleid/samenwerking, systematisch verbeteren, relevante processen, personeel, praktijkorganisatie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen.

*1 is helemaal niet en 5 is heel erg*

### Beleid/Samenwerking

In welke mate is door de komst van de VS het contact/overleg veranderd met:	1	2	3	4	5
...het verpleeghuis/thuiszorg					
...maatschappelijk werk					
...de fysiotherapeut					
...de eerstelijns psycholoog					
...de apotheker					
In welke mate is door de komst van de VS het <i>medisch inhoudelijk</i> overleg veranderd tussen:					
..huisartsen onderling					
..huisartsen en assistenten					
In welke mate heeft de komst van de VS invloed gehad op het <i>organisatorisch</i> overleg tussen:					
...huisartsen onderling					
...huisartsen en assistenten					
...huisartsen en praktijkondersteuners					
In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:					
de verslaglegging van het <i>medisch inhoudelijk</i> overleg					
de verslaglegging van het <i>organisatorisch</i> overleg					
het verwijzen van patiënten naar de tweede lijn					
het overleg met derden (regionale zorgverleners)					
het gezamenlijk beleid m.b.t. bepaalde medische problemen (v.b. ouderenzorg, dm patiënten)?					

1 is helemaal niet en 5 is heel erg

### Systematisch verbeteren

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het beleid voor de triage					
het FTO					
de afspraken over voorschrijfgedrag bij recepten					
de inventarisatielijst van medisch instrumentarium en medisch elektrische apparaten					
de controle van het medisch instrumentarium en medisch elektrische apparaten					

### Relevante processen

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de manier van registreren in het HIS					

### Personeel

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het personeelsbeleid					
het scholingsbeleid van de medewerkers					
de bijscholingsactiviteiten					
de registratie van diploma's en bekwaamheidsverklaringen					
het persoonlijk leerplan van de medewerkers					
het introductieprogramma en/of interne training voor nieuwe medewerkers					
het RI&E (risico inventarisatie en evaluatie)					

### Praktijkorganisatie

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de invulling van niet-patiëntgebonden activiteiten					
de bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen					

### Kwaliteit van zorg

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het beleid voor medische problemen					
het beleid voor bepaalde patiëntcategorieën					
het beleid voor de praktijkgrootte en gebiedsafbakening					
het beleid t.a.v. thuiszorg					
het beleid t.a.v. planning /bespreking van de nascholing					
het PR-beleid					
het EHBO-beleid					
het kwaliteitsbeleid					
het medisch handelen bij zorgprogramma's					
de onderlinge toetsing op basis van cijfers					

**Let op:** 1 is sterke afname en 5 is sterke toename

**Arbeidssatisfactie**

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de werkbelasting					
de werkdruk					

**Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

Graag ontvangen wij de ingevulde vragenlijst z.s.m. retour, een retourenveloppe is bijgevoegd.

## Vragenlijst voor de POH

Deze vragenlijst heeft het doel te inventariseren welke invloed de komst van de VS heeft gehad op de praktijkvoering van de huisartsenpraktijk. De vragenlijst wordt (soms in enige aangepaste vorm) voorgelegd aan verschillende medewerkers van de praktijk. De resultaten uit de vragenlijsten zullen samen met andere verzamelde data de basis vormen voor vervolginterviews.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en uw antwoorden op de vragen worden vertrouwelijk behandeld. De vragenlijst bevat zes onderdelen: beleid/samenwerking, relevante processen, personeel, praktijkorganisatie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen.

*1 is helemaal niet en 5 is heel erg*

### Beleid/Samenwerking

In welke mate is door de komst van de VS het contact/overleg veranderd met:	1	2	3	4	5
...de wijkverpleging/thuiszorg					
...maatschappelijk werk					
...de eerstelijns psycholoog					
In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:					
het organisatorisch overleg met huisartsen en praktijkondersteuners					
de verslaglegging van het organisatorisch overleg					
het verwijzen van patiënten naar de tweede lijn					
het overleg met derden (regionale zorgverleners)					
het gezamenlijk beleid m.b.t. bepaalde medische problemen (v.b. ouderenzorg, dm patiënten)					

### Relevante processen

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de manier van registreren in het HIS					

### Personeel

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de bijscholingsactiviteiten					
het persoonlijk leerplan van de medewerkers					



1 is helemaal niet en 5 is heel erg

### Praktijkorganisatie

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de invulling van niet-patiëntgebonden activiteiten					

### Kwaliteit van zorg

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het beleid voor medische problemen					
het beleid voor bepaalde patiëntcategorieën					
het beleid t.a.v. thuiszorg					
het beleid t.a.v. planning /bespreking van de nascholing					
het medisch handelen bij zorgprogramma's					

### Arbeidssatisfactie

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de werkbelasting					
de werkdruk					

### Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?

.....

.....

.....

.....

.....

### Hartelijk dank voor uw medewerking!

Graag ontvangen wij de ingevulde vragenlijst z.s.m. retour, een retourenveloppe is bijgevoegd.

## Vragenlijst voor de assistent

Deze vragenlijst heeft het doel te inventariseren welke invloed de komst van de VS heeft gehad op de praktijkvoering van de huisartsenpraktijk. De vragenlijst wordt (soms in enige aangepaste vorm) voorgelegd aan verschillende medewerkers van de praktijk. De resultaten uit de vragenlijsten zullen samen met andere verzamelde data de basis vormen voor vervolginterviews.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en uw antwoorden op de vragen worden vertrouwelijk behandeld. De vragenlijst bevat zes thema's: beleid/samenwerking, systematisch verbeteren, relevante processen, personeel, praktijkorganisatie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 5 minuten in beslag nemen.

*1 is helemaal niet en 5 is heel erg*

### Beleid/Samenwerking

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het medisch inhoudelijk overleg tussen huisartsen en assistenten					
de verslaglegging van het medisch inhoudelijk overleg					
het organisatorisch overleg tussen huisartsen en assistenten					
de verslaglegging van organisatorisch overleg					

### Systematisch verbeteren

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
het beleid voor de triage					

### Relevante processen

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de manier van registreren in het HIS					

### Personeel

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de bijscholingsactiviteiten					
het persoonlijk leerplan van de medewerkers					

### Praktijkorganisatie

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de invulling van niet-patiëntgebonden activiteiten					
de bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen					

**Let op:** 1 is sterke afname en 5 is sterke toename

**Arbeidssatisfactie**

In welke mate is door de komst van de VS het volgende veranderd:	1	2	3	4	5
de werkbelasting					
de werkdruk					

**Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

Graag ontvangen wij de ingevulde vragenlijst z.s.m. retour, een retourenveloppe is bijgevoegd.



**Planning onderzoek 'Vacature voor huisarts vervuld door verpleegkundig specialist'**

<b>Activiteiten</b>	<b>Q4 2013</b>	<b>Q1 2014</b>	<b>Q2 2014</b>	<b>Q3 2014</b>	<b>Q4 2014</b>
Praktijkbezoek					
Proefextractie					
Registratie-instructies					
1 <sup>e</sup> Interview met VS					
1 <sup>e</sup> Interview met huisartsen praktijk 1 en 2					
Opvragen praktijkdocumenten werkafspraken					
Data-analyse HIS-extractie					
Onderzoek financiële bedrijfsvoering					
Groepsinterview assistenten					
Groepsinterview POH's					
2 <sup>e</sup> interview met VS					
2 <sup>e</sup> interview met huisartsen praktijk 1 en 2					
Groepsinterview huisartsen praktijk 3 t/m 5					
Concept rapport					
Definitief rapport					