



NURSE PRACTITIONER IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Samenvatting onderzoeksrapport

**A.T.M. Dierick-van Daele, J.F.M. Metsemakers,
E.W.C.C. Derckx, C. Spreeuwenberg & H.J.M. Vrijhoef**

**Maastricht UMC+
Maastricht, November 2008**

Project Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk

Initiatiefnemers:

DHV Zuidoost-Brabant, DHV Midden-Brabant

Financiers:

Ministerie van VWS, zorgverzekeraars CZ en VGZ (UVIT),
Stichting ROS Robuust, Provincie Noord-Brabant

Opdrachtnemer:

Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg

Uitvoerders:

Maastricht UMC+, Meetpunt Kwaliteit Zuidoost Brabant, Fontys Hogeschool Verpleegkunde,
Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg

Copyright © 2008

Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, elektronisch of op welke andere wijze dan ook en evenmin worden opgeslagen, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Maastricht UMC+, Stichting KOH, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de zorgverzekeraars CZ en VGZ (UVIT), Provincie Noord-Brabant en Stichting ROS Robuust.

Samenvatting

Onderzoeksrapport “Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk”

Aanleiding

Op initiatief van de Districts Huisartsen Verenigingen (DHV) Zuidoost Brabant en Midden-Brabant en in opdracht van Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) is het pilotproject *Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk* gestart. Het project is gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de zorgverzekeraars VGZ (UVIT) en CZ, Stichting ROS Robuust en de Provincie Noord-Brabant. Dit project vindt plaats in de regio's Brabant en Limburg en stelt zich ten doel om te beoordelen of de inzet van een Nurse Practitioner (NP) in de huisartsenpraktijk leidt tot een (kosten)effectieve en kwalitatief goede substitutie van werk van de huisarts, waardoor de toekomstige beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg kan worden gewaarborgd. De opleiding Advanced Nursing Practice voor de NPs in dit project, komt voort uit een samenwerkingverband tussen Stichting KOH, Fontys Hogescholen te Eindhoven en de Faculteit der Geneeskunde, vakgroep Huisartsgeneeskunde, van de Universiteit Maastricht, te Maastricht.

Deze onderzoeksrapportage bevat de eindresultaten over de periode van december 2004 tot en medio 2008. Het onderzoek is uitgevoerd door onderzoekers van het Maastricht UMC+ (cluster Zorgwetenschappen & vakgroep Huisartsgeneeskunde, RVE Transmurale zorg).

Doelstelling en vraagstelling

In het wetenschappelijk onderzoek, aangeduid als Health Technology Assessment, wordt antwoord gegeven op de vraag in hoeverre een NP een bijdrage kan leveren aan de toekomstige beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Voor het bepalen van de haalbaarheid van de inzet van de NP heeft een procesevaluatie plaatsgevonden en voor het bepalen van de kosteneffectiviteit is een effectevaluatie uitgevoerd. De procesevaluatie geeft antwoord op de vraag: *is de inzet van de NP in de huisartsenpraktijk haalbaar en onder welke voorwaarden?* Centraal in de effectevaluatie staat de onderzoeksvraag: *hoe (kosten)effectief is de inzet van de NP in de huisartsenpraktijk in vergelijking met die van de huisarts, zowel voor de korte als de lange termijn?* Aansluitend heeft er in de periode 2006-2008 een intensivering van het onderzoek plaatsgevonden. De onderzoeksvraag luidt: *“In welke mate is de zorg bij de inzet van de gediplomeerde NP meer of minder doelmatig dan de zorg geleverd in de opleidingsperiode?”*

Interventie

Inzet van de NP in de huisartsenpraktijk

In dit project hebben de NPs een specifieke opleiding gevolgd: de HBO Master Advanced Nursing Practice (MANP), differentiatie Huisartsenzorg. Het curriculum voor deze opleiding voor NPs in de huisartsenpraktijk bestaat uit generieke modules en huisartsgeneeskundige modules, waarin vaak voorkomende klachten opgenomen zijn. Het huisartsgeneeskundig onderwijs is verzorgd door praktiserende huisartsen. Vaak voorkomende klachten betreffen: keel- neus- en ooraandoeningen, hoestklachten, huidproblemen, klachten van het bewegingsapparaat, urologische klachten, geriatrische problemen en gynaecologische klachten en SOA. De NPs in de huisartsenpraktijk dienen in staat te zijn om genoemde klachten te diagnosticeren en te behandelen op dezelfde wijze als de huisarts. De NP bespreekt op gezette tijden het behandelbeleid met de huisarts en kan de huisarts te allen tijde raadplegen. Daarnaast is er een curriculum ontwikkeld voor de huisartsopleiders.

Bij het opleidingsdeel van de NPs in de praktijken zijn huisarts-opleiders betrokken. De NPs zijn ieder voor 0,6 FTE aangesteld in de deelnemende experimentgroepen en hebben daarnaast nog gedurende twee jaar één dag per twee weken de opleiding gevolgd. Er is dus sprake van een duale opleiding.

Elf van de twaalf NPs hebben het diploma ontvangen en één NP heeft het afstudeerproject niet afgerond, waardoor ze het diploma niet heeft ontvangen. Medio 2008 zijn er nog zeven NPs werkzaam binnen zeven praktijken die deelnemen aan het project. De overige vier NPs zijn gestopt vanwege verschillende redenen: één NP accepteerde een functie als NP in de tweede lijn, één NP emigreerde, één NP ging een wereldreis maken en één NP startte met een nieuwe opleiding.

Randvoorwaarden voor de inzet van de NP in de huisartsenpraktijk

Voorafgaande aan de start van het project is een aantal randvoorwaarden geformuleerd om een succesvolle inzet van de NP te bewerkstelligen. Ten behoeve van een adequaat instroommanagement hebben de deelnemende praktijken een cursus instroommanagement gevolgd. Andere randvoorwaarden betreffen de aanwezigheid van een werkplek voor de NP, de voorlichtingsfunctie van de praktijkassistente omtrent de NP, de aanwezigheid van de huisartsopleider en de aanwezigheid van videoapparatuur in de huisartsenpraktijk ten behoeve van het leerproces van de NP.

Method

Het evaluatieonderzoek bestaat uit een proces- en een effectevaluatie. De procesevaluatie betreft een observationeel, beschrijvend onderzoek naar de haalbaarheid van het opleiden en de inzet van NPs in de huisartsenpraktijk. Gegevens zijn verzameld over de bovengenoemde randvoorwaarden, de competenties van de NP, de objectieve werklast (activiteiten en tijdsbesteding), de mate van zelfstandigheid van de NP in consultvoering en de financiering. Achtergrondvariabelen zijn: kenmerken van praktijken en zorgverleners. De uitkomstmaten zijn onderzocht door middel van vragenlijsten, tijdsregistratielijsten, interviews en data-extracties uit de huisartseninformatiesystemen.

Bij de evaluatie naar de (kosten)effectiviteit van de inzet van de NP in de huisartsenpraktijk is gebruik gemaakt van een randomised controlled trial (RCT) en van een observationeel, beschrijvend onderzoek. Tijdens het RCT zijn patiënten op toevalsbasis toegewezen aan de NP of de huisarts. De interventiegroep bestaat uit patiënten die een consult hebben bij de NP. De referentiegroep is de groep patiënten, die een consult hebben bij de huisarts. Een tweede externe referentiegroep is gevormd door patiënten van huisartsen, werkzaam in praktijken buiten het NPH project.

Te meten effectmaten zijn de kwaliteit van zorg volgens patiënten, compliance met NHG-standaarden, het aantal geleverde (vervolg)consulten, het effect van de behandeling en kosten in termen van het aantal en type recepten, verwijzingen en aanvullend diagnostisch onderzoek, duur van de consulten, kosten voor de patiënt in termen van het aantal vervolgcconsulten en ziekteverzuim. Om directe kosten te berekenen van consulten is gebruik gemaakt van recepten, diagnostisch onderzoek, verwijzingen, salaris en opleidingskosten, het percentage vervolgcconsulten en de duur van het consult. Productiviteitskosten zijn berekend aan de hand van het ziekteverzuim, waarbij gebruik is gemaakt van de frictie-kosten methode. Als achtergrondvariabelen zijn de leeftijd, het geslacht en de algemene gezondheidstoestand van de patiënt onderzocht. De meetinstrumenten bestaan uit vragenlijsten en data-extracties uit de huisartseninformatiesystemen.

In het kader van de effectevaluatie is met behulp van een observationeel, beschrijvend onderzoek de objectieve (aantal patiëntencontacten) en subjectieve werklast (waaronder arbeidstevredenheid) onderzocht. Hierbij is tevens gebruik gemaakt van vragenlijsten, interviews en data-extracties uit de huisartseninformatiesystemen.

In totaal participeren 12 NPs, 12 huisarts-opleiders en 31 huisartsen, die werkzaam zijn in 15 praktijken (convenience sample) en 17 huisartsen, werkzaam in vijf externe referentiepraktijken buiten het NPH-project.

De dataverzameling van het totale evaluatieonderzoek is uitgevoerd tussen november 2004 en juni 2008, waarbij per variabele meerdere metingen plaatsvinden. Het RCT is uitgevoerd tussen half april en september 2006.

Kenmerken van de praktijken en de zorgverleners

Zes groepspraktijken, vier duopraktijken, vier solopraktijken en twee gezondheidscentra participeren in dit onderzoek. Hiermee zijn alle typen huisartspraktijken vertegenwoordigd. Tien praktijken (62,6%) hebben tussen 2000 en 6000 ingeschreven patiënten. Overwegend veel stadspraktijken hebben deelgenomen (zeven praktijken >100.000 ingeschrevenen).

De groep huisarts-opleiders en de groep overige huisartsen zijn qua leeftijd met elkaar te vergelijken (mediaan 49,5 vs 49,0; IQR 37-55 vs 39-53). Er zijn weinig vrouwen onder de huisarts-opleiders (N=2). De NPs zijn allemaal vrouwen, waarbij de helft tussen de 30-40 jaar oud is (mediaan 37). Onder de NPs is sprake van een variatie in vooropleidingen en functies van de NPs voorafgaand aan

deelname aan het project NPs hebben, naast de verpleegkundige vooropleiding, één tot drie andere opleidingen gevolgd.

Aanwezigheid van randvoorwaarden

De NPs geven aan dat de randvoorwaarden voor de implementatie van de NP aanwezig zijn. Een punt van aandacht hierbij is de informatieverstrekking over de nieuwe functie van de NP. Voor een adequate toewijzing van patiënten aan de huisarts of NP is het instroommanagement van cruciale betekenis. De deelnemende experimentgroepen zijn op dit gebied tijdens het project specifiek geschoold. Het beoogde instroommanagement blijkt doorgaans in de dagelijkse praktijk uitvoerbaar te zijn. Dit blijkt ook uit het resultaat dat 95% van de aan NPs toegewezen patiënten adequaat is toegewezen op basis van de ingangsklacht (94% op basis van diagnose). Voor de huisarts liggen deze percentages op 74% (74% op basis van diagnose). Verklaringen hiervoor zijn de voorkeur van patiënten om de huisarts te consulteren, de parttime beschikbaarheid van NPs en het onvoldoende kunnen verduidelijken van de ingangsklacht door enerzijds de patiënt en/ of anderzijds de praktijkassistente.

Competenties NP

Negen NPs hebben in februari 2006 het diploma ANP ontvangen. Twee NPs hebben een vertraging met het afstudeerproject, waardoor zij in de eerste helft van 2007 de opleiding afronden en één NP maakt het afstudeerproject niet af waardoor ze geen diploma ANP ontvangt.

De NPs verwerven tijdens de opleiding competenties op het vlak van patiëntenzorg, samenwerking en kwaliteitszorg. In dit evaluatieonderzoek staan de competenties gerelateerd aan de patiëntenzorg centraal. De NP is in staat om de vaak voorkomende klachten waarvoor zij is opgeleid, op een adequate wijze te behandelen. Tijdens het leertraject geven de opleiders aan dat NPs het anamnestic en diagnostisch deel van het consult nog “te breed” behandelen. Verklaringen hiervoor zijn dat er sprake is van een leerproces en dat de werkervaring beperkt is. Tijdens de interviews in 2008 geven de huisartsen aan zeer tevreden te zijn over de wijze waarop de NP haar consultvoering doet. Deze is verantwoord en zorgvuldig en er is volgens de huisartsen geen verschil meer waar te nemen in de wijze waarop een huisarts en een NP een consult voert.

Ook zijn effecten waar te nemen in de deelgebieden samenwerking en kwaliteitszorg. Activiteiten die de NPs ontplooiën zijn: protocol-ontwikkeling, instructie en scholing van praktijksassistenten, schrijven van verbeterplannen (NHG-accreditatie), het opzetten van spreekuren en een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een HOED. De mate waarin deze niet-patiëntgebonden activiteiten worden uitgevoerd, verschilt per praktijk en wordt mede ingegeven door de behoefte van de praktijk en de interesse en achtergrond van de NP.

Objectieve werklust

De NP ziet in de periode 2004-2007 voornamelijk KNO-klachten, hoesten, huidproblemen en problemen aan het bewegingsapparaat. In 2007 ziet de NP relatief veel patiënten met gynaecologische klachten en urologische klachten.

Tussen februari 2005 en september 2007 is sprake van een toename in de tijdsbesteding aan consultvoering (+11,3%), visites (+6,3%) en een afname in scholing (-13%) en supervisie (-12,5%). De tijdsbesteding aan consulten in september 2006 is vergelijkbaar met die van huisarts-opleiders en de overige huisartsen; ongeveer 60% van tijdsbesteding aan consultvoering, waarna in 2007 een stijging van 10% is waar te nemen. In tegenstelling tot de huisarts-opleiders is er sprake van een lichte stijging in het aantal visites (+0,4%). De verhouding patiëntgebonden activiteiten/niet-patiëntgebonden activiteiten ligt tussen 70/30 en 80/20.

De mate van zelfstandigheid van de NP bij de consultvoering

De NPs blijken in 2006 85% van de consulten die zij uitvoeren geheel zelfstandig af te handelen. De mate van zelfstandigheid in consultvoering door NPs bedraagt 91% in december 2007 en is daarmee met 5% gestegen in vergelijking met de meting in maart 2006. Indien in maart 2006 en december 2007 advies wordt gevraagd aan de huisarts, vindt dat in de meeste gevallen plaats door middel van een telefonisch overleg met de huisarts (resp. 63%, 50%), door persoonlijk overleg buiten

de spreekkamer (resp. 13%, 23%), of door aanwezigheid van de huisarts tijdens het consult (resp. 24%, 27%).

Kwaliteit van zorg

In de periode van medio april 2006 tot september 2006 zijn 1501 respondenten toegewezen aan de interventiegroep die zorg ontvingen van de NP, of aan de referentiegroep die zorg ontvingen van de huisarts. Uiteindelijk hebben 759 patiënten contact gehad met de NP en 650 patiënten met de huisarts. Patiënten uit de interventiegroep zijn gemiddeld 3,3 jaar jonger dan die uit de referentiegroep en vergelijkbaar voor samenstelling naar geslacht alsook voor algemene gezondheidstoestand. Groepen zijn tevens vergelijkbaar met betrekking tot het voorkomen van diverse aandoeningen. Patiënten uit beide groepen zijn in hoge mate tevreden over de ontvangen zorg. De NP wordt door patiënten in dezelfde mate geaccepteerd als zorgverlener als de huisarts. Patiënten uit beide groepen ervaren in vergelijkbare mate een vermindering van klachten en verbetering van kwaliteit van leven na het consult met de NP of de huisarts.

In de interventiegroep krijgen significant meer patiënten (50%) het advies om een nieuwe afspraak te maken dan in de referentiegroep (41%). Patiënten met herhalingsconsulten hebben in beide groepen gemiddeld 1,7 keer een afspraak voor hun ingangsklacht gehad. De consulten van de NP duren significant langer (12,2 minuten) dan de consulten bij de huisarts (9,2 minuten).

De groepen zijn vergelijkbaar voor de mate waarin men last heeft van de klachten en de mate waarin men zich zorgen maakt om de klachten, alsook voor het gemiddelde aantal dagen ziekteverzuim ten gevolge van de ervaren klachten. Tussen beide groepen zijn geen verschillen gevonden in aantallen voorgeschreven (herhalings-)recepten, laboratorium-aanvragen en verwijzingen. De kwaliteit van het handelen van NPs en huisartsen, gemeten aan de hand van indicatoren uit NHG standaarden, is vergelijkbaar.

Subjectieve werklast

Zowel NPs als huisartsen rapporteren in 2005, 2006, 2007 een vergelijkbare, voldoende mate van arbeidstevredenheid. Door NPs aangegeven verbeterpunten ten aanzien van hun subjectieve werklast liggen in de duidelijkheid in beeldvorming over hun functie, de hoogte van hun inkomen, de tijdsbesteding aan werk en privé-leven, de combinatie van werken en leren en de faciliteiten waarover zij kunnen beschikken in de praktijk. De NPs geven aan zich verder te ontplooiën en daarmee ook andere gezondheidsproblemen te behandelen dan die in het curriculum zijn aangeboden. In 2007 geven de NPs aan minder tevreden te zijn over de mate waarin supervisie wordt geboden, organisatie en management van de praktijk en de uitrusting en faciliteiten.

Verbeterpunten die door huisartsen zijn aangegeven betreffen de samenwerking met andere medewerkers in de praktijk, de hoeveelheid supervisie die wordt gegeven door hen, de tijdsbesteding aan werk en privé-leven en de hoeveelheid financiële middelen die nodig zijn voor praktijkvoering. In 2007 is men minder tevreden over de uitrusting en faciliteiten ten opzichte van 2005. Daarentegen is men (zeer) tevreden over de samenwerking met collega-huisartsen.

NPs behandelen ongeveer 20 patiënten per dag en per consult worden 15 minuten ingepland. Zij zijn ook tevreden met dit aantal patiëntencontacten. Naast de lijst aan vaak voorkomende klachten, voeren zij in meer of mindere mate kleine chirurgische verrichtingen uit en profileren zich meer op het gebied van ouderenzorg en patiënten met gynaecologische en urologische klachten. Verder geven de NPs aan dat de pioniersfase, ruim vier jaar na de start van de opleiding nog niet is afgerond. Men blijft kwetsbaar doordat de NP-groep klein is, en dat vraagt extra PR en communicatie.

Huisartsen geven aan doorgaans tevreden te zijn over de inzet van NPs en als gevolg hiervan een verandering in casemix te constateren. In de interviews in 2006 en 2008 geven de huisarts-opleiders aan dat er een verandering in de werklast is opgetreden. Er is meer spreekuurtijd per dag op praktijkniveau. Zij zien doorgaans minder vaak voorkomende klachten en behandelen meer patiënten met chronische ziekten en multimorbiditeit. De ervaringen van huisartsen lopen uiteen. Sommigen geven aan, dat zij het spreekuur meer ontspannen doen op de dagen dat de NP werkzaam is. Anderen ervaren juist dat het spreekuur eerder uitloopt doordat zij meer patiënten zien met chronische ziekten of met multimorbiditeit. Ook is er sprake van verschuivingen in het takenpakket. Huisartsen besteden

meer tijd aan het managen van de praktijk, kwaliteitsprojecten of overige patiëntgebonden activiteiten, zoals het actualiseren van dossiers.

Objectieve werklust

In de periode maart 2005 en oktober 2007 stijgt het aantal consulten per 1 FTE NP op maandbasis van 115 naar 285, het aantal visites stijgt van 1 naar 26. In de periode 2006 tot oktober 2007 stijgt de productiviteit met 35%. In dezelfde periode is het aantal consulten op basis van 1 FTE huisarts gestegen van 355 naar 445 en het aantal visites van 17 naar 32,6. Deze stijging wordt mede beïnvloed door de stelselwijziging per 1 januari 2006 en komt overeen met de landelijke stijging in productiviteit bij huisartsen (www.LHV.nl). Er is een dus een verschil in productiviteit tussen de huisarts en de NP. Dit verschil wordt veroorzaakt door de boekingsinterval van 15 minuten voor een consult bij de NP en 10 minuten bij de huisarts. Tussen de praktijken is er een verschil waar te nemen in het percentage ouderen dat de NP ziet. Verklaringen hiervoor zijn de voorkeur van de huisarts om de oudere patiënt zelf te behandelen en de financiële haalbaarheid om de zorg voor ouderen te coördineren middels subsidie uit de ouderenzorgmodule (M&I module).

Kosten per consult

Hoewel de consulten van de NP langer duren en er sprake is van meer vervolggconsulten, zijn de consulten van de NP significant goedkoper dan de consulten van de huisartsen ($P < 0,001$) binnen de NPH-praktijken. Het verschil is resp. €9,14 op basis van het norminkomen van de huisarts, €8,49 op basis van het norminkomen van een huisarts in loondienst en €7,29 op basis van het salaris van een huisarts in loondienst (HIDHA). Productiviteitskosten worden beïnvloed door de significante verschillen in leeftijd tussen patiënten in de interventiegroep en patiënten in de referentiegroep. Een analyse van directe kosten en productiviteitskosten, waarin gecorrigeerd is voor leeftijd toont een significant verschil: €9,27 op basis van het norminkomen van een huisarts ($P < 0,001$), €8,52 op basis van het salaris van een huisarts in loondienst ($P < 0,001$) en €7,32 op basis van het salaris van een HIDHA ($P < 0,002$), alle ten gunste van de NP.

Een vergelijking in kosten is gemaakt tussen de NPH praktijken (consulten verricht door de huisarts en de NP) en referentiepraktijken (consulten verricht door de huisarts) buiten het NPH-project. Uit de kostenanalyse blijkt dat de consulten in de NPH-praktijken €3,94 goedkoper zijn dan de consulten in de externe referentiepraktijken. Hierbij is uitgegaan van het norminkomen van de huisarts. Indien uit wordt gegaan van het salaris van een HIDHA dan is het verschil niet significant meer, maar bedraagt nog steeds €2,95. Uitgaande van een kostenanalyse waarbij de productiviteitskosten inbegrepen zijn, blijkt er geen significant verschil meer te zijn. Ook hier worden de productiviteitskosten beïnvloed door de significante verschillen in leeftijd tussen de groepen. Gecorrigeerd voor leeftijd is het verschil in gemiddelden tussen de referentiepraktijken en de interventiepraktijken resp. €2,57 op basis van het norminkomen van de huisarts, €2,21 op basis van het salaris van een huisarts in loondienst en €1,55 op basis van het salaris van een HIDHA, alle ten gunste van de interventiepraktijken.

Financiering

Huisartsen en zorgverzekeraars zien een rol weggelegd voor de NP waar het gaat om het creëren van een toekomstbestendige eerstelijnszorg. Echter, een grootschalige introductie van de NP heeft tot op heden nog niet plaatsgevonden in de huisartsenpraktijk. Stakeholders hebben verschillende ideeën over de wijze waarop de NP gefinancierd moet worden. Aan de hand van een rekenmodel is geconcludeerd dat een kostendekkende inzet van de NP vraagt dat 80% van de vrijgekomen tijd van de huisarts wordt ingezet voor praktijkgroei (12% aan ingeschreven patiënten), maar dit wordt in de praktijk zelden gerealiseerd. Huisartsen zijn sceptisch over deze praktijkgroei. Het rekenmodel is indicatief van aard en één van de aannames is dat praktijkgroei mogelijk is. Praktijkgroei is een dynamisch gegeven en niet gelijk voor elke praktijk. Het wordt beïnvloed door een aantal factoren: de demografische kenmerken van de betreffende regio, de omvang van de zorgvraag en het type zorgvraag, de kenmerken van de praktijk, omgevingsfactoren en het ondernemerschap van huisartsen. Zorgverzekeraars voelen er weinig voor om de huidige financieringssysteem aan te passen, om zo een vorm van aanvullende financiering voor de NP mogelijk te maken. Dit maakt dat de structurele

implementatie van de NP in de huisartsenpraktijk onzeker is en volledig afhankelijk van het ondernemerschap van de huisarts zolang de knelpunten in de financieringsstructuur niet zijn opgelost.

Conclusie

Op basis van dit evaluatieonderzoek kan worden geconcludeerd dat de inzet van specifiek opgeleide NPs haalbaar is en leidt tot een kosteneffectieve en kwalitatief goede substitutie van zorg voor patiënten met vaak voorkomende klachten, waardoor de NP een bijdrage levert aan de toekomstige beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

Na de opleidingsperiode stijgt de doelmatigheid van de zorg geleverd door NPs. De huidige financieringsstructuur van de NP blijkt één van de belangrijkste knelpunten te zijn, waardoor de implementatie van de NP op dit moment volledig afhankelijk van het ondernemerschap van de huisarts.

Het onderzoek heeft plaats gevonden in een experimentele onderzoekssetting. Er is een specifieke opleiding MANP-Huisartsenzorg ontwikkeld en Stichting KOH heeft een begeleidende en sturende rol gehad in de facilitering naar praktijken en het werkgeverschap van NPs. Dat maakt dat de gevonden resultaten niet zonder meer zijn te generaliseren naar praktijken buiten het project. De inzet van de NP in de huisartsenzorg blijkt echter een dermate kansrijke ontwikkeling te zijn. De benodigde randvoorwaarden dienen daarbij gewaarborgd te zijn zoals het begeleiden van praktijken in het implementatieproces, het aanpassen van de financieringsstructuur en het aanpassen van de opleiding van de NP en de huisarts.

Voor meer informatie:

*Drs. A.T.M. Dierick-van Daele, onderzoeker
Maastricht UMC+
E-mail: angeliquedierick@orange.nl*

*Drs. E.W.C.C. Derckx, projectleider Taakherschikking
Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg
E-mail: e.derckx@stichtingkoh.nl*