

---

# De verpleegkundig specialist en physician assistant in de huisartsenzorg

Casestudies naar de inzet, kosten en opbrengsten van taakherschikking



juli 2020

Uitgevoerd door:

De adviesgroep Procesverbetering en Implementatie (PVI) van het Radboudumc i.s.m. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), Platform Zorgmasters en het Radboudumc Transmuraal Kennis- en innovatiecentrum (RTKIC) van de afdeling Eerstelijngeneeskunde.

In opdracht van het platform Zorgmasters

Auteurs:

**Dhr. A.J. (Arjan) Kouwen MSc.**  
**Mevr. Y.P. (Yvonne) van Vugt MSc.**  
**Mevr. C. (Claudia) van Opstal BSc. Ma.**  
**Mevr. Drs. Y. (Yvonne) Grijzen**  
**Dhr. Drs. G.T.W.J. (Geert) van den Brink**

---

# Radboudumc

*Copyright*

*Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met bronvermelding. Dit rapport als volgt citeren: Kouwen, A.J., van Vugt, Y.P., van Opstal, C., Grijzen, Y., van den Brink, G.T.W.J (2020). De verpleegkundig specialist en physician assistant in de huisartsenzorg. Nijmegen: Radboudumc/AGPVI.*

# Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
Samenvatting.....	5
Inleiding .....	11
1. De methode.....	12
2. Een verkennend focusgesprek met huisartsen zonder VS-PA .....	18
3. De resultaten van de casestudies.....	20
4. Vergelijkingsstudie .....	38
Discussie & verantwoording.....	47
Conclusies.....	49
Aanbevelingen.....	53
Referenties .....	55
Bijlagen .....	58

## Voorwoord

Het structureel herverdelen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is een continue zichzelf ontwikkelend proces. Inmiddels zijn vele randvoorwaarden geregeld voor de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA), zoals de aanpassingen van de Wet BIG in 2012. Desondanks is het herverdelen van taken een complexe interventie die begint met een schaarste of noodzaak tot het efficiënt en doelmatig verdelen van taken. Voor de eerstelijns zorg geldt dat het zorggebruik in de laatste jaren fors is toegenomen. Dit is deels het gevolg van de ingrijpende hervormingen van het gezondheidsstelsel maar ook van de toenemende zorgvraag en van het beleid om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren<sup>1</sup>. Eén van de mogelijkheden voor huisartsenpraktijken is om PA en VS in te zetten en taken structureel te herverdelen tussen huisarts en PA/VS. Er is veel kennis beschikbaar over deze inzet en onderzoeken tonen aan dat de inzet van PA en VS succesvol kan zijn, maar ook dat het een goede inrichting van praktijk of post vergt met goede afspraken. Ook financieel zijn er belangrijke overwegingen om voor inzet van deze beroepsgroepen te kiezen<sup>2</sup>. Dit onderzoek richt zich op het inzichtelijk maken van de effecten van taakherschikking in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van taakherschikking. Een belangrijke factor daarbij is het naar voren brengen van ontwikkelingen die door zorgprofessionals in de praktijk zelf worden gezien gegeven de steeds veranderende praktijk. We hebben ons daarbij gefocust op 6 individuele casussen die we hebben gespiegeld met regionale data van meerdere huisartsenpraktijken.

Dit onderzoek hadden we niet alleen kunnen doen. Daarom willen we in dit voorwoord enkele organisaties en mensen bedanken. In de eerste plaats alle huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants en ook alle andere medewerkers uit de huisartspraktijken en -posten. Daarnaast was de samenwerking en afstemming met de HAN (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen) belangrijk voor ons. Het was uniek dat we konden samenwerken met het Radboudumc Transmuraal Kennis en Innovatie Centrum (RTKIC). Dit centrum heeft ons voorzien van data en geholpen met de interpretatie hiervan.

Ook de inzichten en adviezen van Stichting KOH (Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg) hebben ons geholpen bij het uitvoeren van ons onderzoek en we willen ook hen danken voor hun hulp.

De eerste pilotpraktijk heeft ons geholpen om onze aanpak te vertalen naar de huisartsenzorg. De Stuurgroep Taakherschikking Eerste Lijn dat gefungeerd heeft als klankbordgroep was van grote waarde door hun inzet en kritische reflectie op het onderzoek. Veel van de input van deze groep is

---

<sup>1</sup> Flinterman, L., Groenewegen, P., Verheij, R. Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn. Utrecht: Nivel, 2018.

<sup>2</sup> Van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2017 Feb 7;18(1):16. doi: 10.1186/s12875-017-0587-3; Van Der Biezen M, Adang E, Van Der Burgt R, Wensing M, Laurant M. The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and healthcare costs during out-of-hours: a quasi-experimental study. *BMC Fam Pract.* 2016 Sep 13;17(1):132. doi: 10.1186/s12875-016-0528-6; Van der Burgt MR, Van Roij J, Derckx EWCC, Meulepas MA. VS vult vacature voor huisarts in. Verdelen van taken vraagt om zorgvuldige voorbereiding. *Dé Verpleegkundig specialist*, 2016; 11, 10-13; Van der Burgt MR, Van Roij J, Derckx EWCC, Meulepas MA. Innovatie en Ondernemerschap. Vier verpleegkundig specialisten en vier huisartsen in één praktijk. *Dé Verpleegkundig specialist*, 2016; 11, 38-41; Dierick-van Daele AT, Steuten LM, Romeijn A, Derckx EW, Vrijhoef HJ. Is it economically viable to employ the nurse practitioner in general practice? *J Clin Nurs.* 2011 Feb;20(3-4):518-29.

verwerkt, maar de inhoud van dit rapport komt niet noodzakelijkerwijs overeen met het standpunt van de organisaties waar de klankbordgroepleden werkzaam zijn.

In het bijzonder danken we het Platform zorgmasters als opdrachtgever voor het gestelde vertrouwen. Tot slot danken we iedereen die betrokken is geweest bij de totstandkoming van dit rapport.

Projectgroep taakherschikking  
*Adviesgroep Procesverbetering en implementatie*  
*Radboudumc Nijmegen*

## Samenvatting

Sinds de invoering van de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) in de tweede en derdelijns zorg, worden deze beroepen sinds 2002 tevens ingezet in de huisartsenzorg. Echter de vraag naar VS en PA in de huisartsenzorg lijkt in 2018-2019 toe te nemen. Daarnaast zijn er grote verschillen qua aantallen en behoefte per regio. Wat is hier de verklaring voor?

De zorgvraag wordt naar verwachting in de toekomst alleen maar groter en complexer; dit wordt vooral veroorzaakt door de groeiende groep van chronisch zieken in combinatie met de toegenomen spoedeisende zorg. Dat kan niet worden opgevangen door alleen meer huisartsen op te leiden. Andere factoren die meespelen zijn huisartsen die meer part time werken, vergrijzing van de populatie huisartsen waardoor meer uitstroom etc. Daarom is het van belang om goed in kaart te brengen wat de mogelijke motieven en (financiële) belemmeringen zijn voor het aanstellen van een VS of PA in de huisartsenpraktijk.

In deze samenvatting vindt u:

- de doelstellingen van dit onderzoek
- de gebruikte methode
- de resultaten
- de conclusie en aanbevelingen
- de discussie

### Doelstellingen van dit onderzoek

Doelstellingen van dit onderzoek zijn:

1. Het inzichtelijk maken van de effecten in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van taakherschikking binnen de huisartsenzorg
2. Het aanpassen van het model zoals ontwikkeld in de eerdere kostprijsonderzoeken zodat businesscases gemaakt kunnen worden ten aanzien van de inzet van de VS of PA binnen de huisartsenzorg.
3. Het inzichtelijk maken van verschillen in effecten afhankelijk van de verschillende contexten binnen de huisartsenzorg
4. Een indicatie krijgen welke ontwikkelingen er worden gezien door de betrokkenen binnen de huisartsenzorg.

### Methode

We hebben een algemeen referentieonderzoek verricht waarbij we 3 verschillende vormen van organisaties binnen de eerstelijnszorg betrokken hebben (solo-praktijken, groepspraktijken en huisartsenposten). Aan de hand van een combinatie van kwalitatieve (interviewgegevens) en kwantitatieve gegevens (verrichtingen en kostprijsgegevens) zijn analyses verricht en gespiegeld aan productiegegevens van een bredere groep (45) (referentie-) praktijken. De presentatie van de praktijkcasussen zijn op het individuele niveau waarbij we verschillende validaties hebben toegepast. De analyse met de referentiepraktijken geven een breder interpreteerbare data.

## Resultaten

### *Belangrijkste motivatie voor de inzet: verlichting van werkdruk*

Alle huisartsen binnen de 3 praktijkvormen geven aan dat de toegenomen werkdruk de belangrijkste reden is om een PA/VS in te zetten. Die werkdruk wordt onder andere veroorzaakt door de toenemende zorgvraag en complexiteit van zorg. Dit komt overeen met de conclusies uit landelijk onderzoek (Nivel, 2018), en geven aan dat deze werkdruk aan het groeien is.

### *Belemmering: hoge loonkosten en krapte op de arbeidsmarkt*

De werving van PA/VS is lastig vanwege het gebrek aan opleidingsplaatsen. Voor solopraktijken is het moeilijker om een fulltime PA/VS te betalen, bij groepspraktijken speelt deze belemmering minder. Zij dragen deze lasten immers meestal samen.

### *Inzet van PA/VS: afhankelijk van setting en achtergrond*

Uit de interviews blijkt dat de PA en VS voor diverse taken worden ingezet in de huisartsenzorg. Waar we in eerdere onderzoeken zien dat VS ingezet wordt voor specifieke patiëntengroepen, zien we binnen de door ons onderzochte praktijken VS die breed ingezet worden, vergelijkbaar met de taken van de huisarts. De PA in de praktijken worden ook met name breed ingezet waarbij de ontlasting van de huisarts a priori de motivatie was voor inzet.

Een voorbeeld van deze (wisselende) inzet, zagen we bij één praktijk waar de VS aanvullend taken verricht op de zorg van de huisarts. Bij een andere praktijk werkt de VS uitsluitend in de ouderenzorg (kwetsbare ouderen >75 jaar) en ziet een eigen populatie patiënten. Daarin is de combinatie tussen herschikte zorg van de huisarts en de toegevoegde waarde van het verpleegkundige heel duidelijk te zien.

### *Huisartsen zijn tevreden over de VS/PA*

De VS/PA kent goed de eigen grenzen. Huisartsen geven aan daarop te kunnen vertrouwen. Bij een aantal praktijken en posten krijgt de VS/PA meer tijd voor een consult dan een huisarts. Deze extra tijd verhoogt de kwaliteit van zorg. De huisartsenposten geven bovendien aan dat de continuïteit van zorg beter gegarandeerd kan worden omdat ze er regelmatig zijn.

### *Patiënten zijn tevreden over de VS/PA*

Patiënten geven aan dat ze de extra begeleiding en uitleg prettig vinden. Een ander effect is dat er meer ruimte en flexibiliteit is tijdens het spreekuur. Vooral bij solopraktijken hebben patiënten daardoor meer keuze in het plannen van hun afspraak. Patiënten zien slechts beperkt verschil tussen de zorg verleend door huisarts of door PA/VS.

### *PA en VS dragen voor een belangrijk deel bij aan de productie*

PA en VS nemen 35% van de totale productie op de praktijk over. Dat is het gemiddelde van alle onderzochte praktijken en alle (declarabele en niet-declarabele) verrichtingen. Verder:

- Bij de posten is het totale aantal consulten en telefonische consulten in 2018 gestegen met respectievelijk 5% en 6% ten opzichte van 2017.

- Voor de praktijken geldt een beperkte groei van 2,5% per jaar voor het aantal ingeschreven patiënten. Deze groei wordt mede opgevangen door de inzet van de VS en/of PA.
- De VS op één huisartsenpost verrichten 44,2% (met 7,42fte inzet) van het totale aantal consulten. Op de tweede huisartsenpost is dit 44,6% (met 1,02fte inzet).

Als we inzoomen op de werkzaamheden, zien we dat de PA een groter aantal consulten jaarlijks verricht dan de VS in onze casestudies. We vergeleken hiervoor het aantal consulten van één huisarts (bij groepspraktijken het gemiddelde van alle huisartsen) met die van de PA/VS. Bij twee praktijken gaat het om respectievelijk 55,6% en 71,5% van de consulten die door de PA worden uitgevoerd ten opzichte van de huisarts in vergelijking met gemiddeld 34,1% en 6,1% door VS ten opzichte van de huisarts. De VS bij één praktijk wordt met name op visites ingezet waardoor die 6,1% verklaard wordt. Bij de andere praktijk wordt de VS meer divers ingezet, met name voor visites en telefonische consulten.

#### *PA en VS leveren voldoende inkomsten op*

Bij de twee huisartsenposten binnen onze studie blijkt dat de opbrengsten uit de consulten en telefonische consulten hoger zijn dan de gemiddelde salarislasten. Hierbij merken we op dat dit met name op dit individuele niveau zo is en het de vraag is of dit generiek ook zo geldt. Eén van de redenen is dat PA/VS op de posten activiteiten verrichten die maximaal declarabel zijn. Ook zijn in dit onderzoek andere kosten (zoals huisvesting) niet meegenomen. Ondanks dat de posten een vast budget hebben, blijkt de inzet van VS/PA een belangrijke meerwaarde te zijn.

Bij drie van de vier huisartsenpraktijken zien we ook dat VS/PA meer opbrengsten genereren dan kosten. Hierbij is wel rekening gehouden met inschrijftarieven, salarislasten en overige lasten.

#### *Huisarts heeft meer ruimte voor andere patiënten*

De huisartsen bij de solopraktijken in de twee referentiepraktijken doen meer consulten en telefonische consulten dan de huisartsen bij onze casestudies. Dat blijkt uit onze aanvullende analyse met de twee referentiepraktijken. Dit komt overeen met het beeld dat de huisartsen in onze casestudie praktijken die een VS/PA inzetten meer ruimte hebben voor andere patiënten of andere taken. Ook bij de groepspraktijken zien we dat de huisartsen in de vier referentiepraktijken meer consulten en telefonische consulten doen dan de huisartsen in de groepspraktijken van onze case study. Hieruit blijkt dat huisartsen die een VS/PA inzetten meer ruimte hebben.

Echter meerdere huisartsen uit de casestudies en focusgroepgesprekken geven zelf aan dat de werkdruk in de huisartsenpraktijken toch weer hoger wordt. Men benoemt hier drie andere ontwikkelingen:

- Praktijkhoudende huisartsen op leeftijd willen vaak niet meer dan volledige werkweken (meer van 40 uur) werken. Vaak werd al een andere huisarts (beoogd vervanger) betrokken in de praktijk.
- Net gestarte huisartsen hebben de voorkeur om als waarnemer te werken. De last van de praktijkorganisatie en het vooruitzicht van het grote aantal uren is niet altijd aantrekkelijk voor jonge huisartsen in een gezinssituatie.



- Zelfs het aanbod van huisartsen die bereid waren in de ANW-uren diensten te draaien wordt steeds beperkter. Daardoor draaiden huisartsen toch zelf de diensten. Dit betekent dat de contacttijd met patiënt in de huisartsenpraktijk steeds moeilijker in te vullen is en de werkdruk voor de huisarts toeneemt.

#### *Bij twee praktijken daalt het aantal dezelfde behandelde klachten door de huisarts*

Uit de analyse met de referentiepraktijken blijkt dat huisartsen zónder PA of VS meer diverse (en minder complexe) klachten zien. Dit beeld zien we over alle praktijken.

Eén casestudie laat zien dat de PA een deel van de activiteiten van de huisarts heeft overgenomen. Bij één casus verrichte de huisarts in dat jaar 3635 klachten minder na inzet van een PA. In één van de praktijken, waar de VS wordt ingezet, registreert de VS minder klachten. De VS in een solopraktijk ziet een divers aantal klachten, met name gericht op luchtwegen en overige algemene symptomen. De VS nam 92 klachten van de huisarts over. Dit ging over eczeem, jeuk, carpaal tunnelsyndroom en overmatig cerumen.

Hoewel de relatie tussen het aantal geregistreerde klachten en de inzet van PA/VS moeilijk aan te tonen is, zien we dat de huisarts een aantal klachten minder is gaan registreren sinds de inzet van een PA en/of VS. Een conclusie is dat de VS/PA daadwerkelijk (geregistreerde) taken overnemen van de huisarts.

#### *Voorgeschreven medicatie is niet toegenomen*

De aantallen voorgeschreven medicatie door VS en PA zijn stabiel en laten geen groei zien in 2017 en 2018. Opvallend hierbij is het aantal voorgeschreven medicatie. De VS/PA in de zes casestudies schrijven beperkt medicatie voor. De VS in praktijk 3 schrijft ongeveer 31% voor ten opzichte van een huisarts. Hiervoor worden twee argumenten genoemd. Allereerst houdt de VS zich meer aan het formularium. Daarnaast werkt de VS voor een beperkte groep patiënten. Bij twee praktijken was de data niet bruikbaar voor het onderzoek, omdat een deel van de medicatie geregistreerd werd onder naam van de huisarts door de doktersassistent.

## Conclusie en aanbevelingen

#### *De PA en VS verlichten de werkdruk voor de huisarts*

De huisartsen zijn overwegend positief over de inzet van PA en VS in hun praktijken en op de huisartsenpost. Zij verlichten de werkdruk voor de huisarts en dat is de reden waarom de praktijken en posten in het onderzoek een PA of VS inzetten. Zij kunnen namelijk de minder complexe en geprotocolleerde taken van de huisarts overnemen. Hierdoor ervaart de huisarts meer rust en tijd voor zijn patiënten, met name voor de meer complexe patiënten. Echter zien de huisartsen dat de toenemende zorgvragen leiden tot opnieuw werkdruk en vraag naar PA en VS. De kanttekening is derhalve dat huisartsen toch meer doen om aan de stijgende en complexere zorgvraag te kunnen voldoen.

#### *Patiënten zijn tevreden over de inzet van PA en VS*

Patiënten merken dat de PA en VS meer tijd voor hen heeft. Ze zijn tevreden over de aandacht en aanvullende voorlichting die PA/VS geven. Daarnaast zien patiënten slechts beperkt het verschil tussen de zorg van de huisarts of een PA/VS.

### *PA en VS dragen voor een belangrijk deel bij aan de totale productie binnen de casestudies*

Bij drie van de vier praktijken is de balans positief: de opbrengst van het aantal declarabele verrichtingen is groter dan de directe salariskosten. In deze berekening hebben we de praktijkkosten niet meegenomen.

### *PA en VS schrijven beperkt medicatie voor*

Deze aantallen zijn stabiel en laten geen groei zien in 2017 en 2018. De redenen die hiervoor door huisartsen genoemd worden is dat de PA/VS zich strikter aan het formularium houdt en meer op basis van ruggespraak daarvan af wijkt. Ook werkt deze met een kleinere groep patiënten. Ook zien we dat er geen of beperkte groei is per jaar bij de VS en PA.

## **Belemmeringen**

### *Het is lastig om PA/VS te werven*

Huisartsen in onze casestudies geven aan dat ze PA en VS willen inzetten om te kunnen voldoen aan de groeiende zorgvragen. Echter de krapte rondom afgestudeerde, ervaren PA/VS maakt dat de huidige inzet gepaard gaat met veel dynamiek (PA/VS die veelvuldig wisselen van baan, en de huisartsenzorg inruilen voor een baan in de 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijn) en een grotere vraag. Dit maakt ook de werving van PA/VS lastig.

### *Toenemende (complexere) vraag leidt tot wederom toenemende werkdruk voor huisartsen*

Ondanks de inzet van PA/VS geven de huisartsen aan weer een hogere werkdruk te ervaren. Men geeft aan dat dit met name in de complexere zorgvraag en verschuiving van zorg van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn ligt en er daardoor een stijgende behoefte is aan VS/PA.

### *Voor solopraktijken is het moeilijker om een fulltime PA/VS te financieren*

Voor een solopraktijk blijkt de fulltime PA/VS te kostbaar te zijn, ondanks de mogelijkheden tot een opleidingssubsidie. Bij groepspraktijken speelt deze belemmering minder. Zij dragen deze lasten veelal samen. Aanvullend is door huisarts genoemd dat door het tekort aan VS/PA de loonkosten van PA/VS toenemen en men verwacht dat daardoor de financierbaarheid van deze groepen in het geding komt.

### *Bij solopraktijken moet de huisarts altijd aanwezig zijn voor ruggespraak; afstemming binnen de praktijk blijft belangrijk*

Bij de inzet van diverse zorgberoepen in de praktijken is het van belang goede afstemming en afspraken binnen de praktijk te maken. De organisatie en planning binnen de praktijk vergt meer tijd en organisatievaardigheden van huisartsen. Ook zien we dat bij de inzet van VS/PA op een praktijk de huisarts beschikbaar moet blijven zodat er ruggespraak kan plaatsvinden als dat nodig is. Dat vergt meer organisatie en is bij solopraktijken benoemd als belemmering.

## **Aanbevelingen**

### *Voor praktijken: Maak vooraf een goede business case voor de inzet van de PA en/of VS*

De financiering tijdens de opleiding wordt op dit moment gezien als een belemmering. Uit het onderzoek blijkt echter dat de keuzes van de praktijken en posten voor een groot deel bepalen

hoe rendabel een PS en/of VS is. Dit geeft namelijk inzicht in de declarabele productie. Met andere woorden: maak van tevoren een rekensom waarin de volgende elementen in ieder geval terugkomen:

- Het aantal patiëntgerelateerde (declarabele) taken van PS/VS
- Het aantal niet declarabele taken van PS/VS
- De tijdwinst voor de huisarts
- De extra tijd (van huisarts en PS/VS) tijdens de opleiding

#### *Voor beroepsverenigingen en landelijke koepels: Ontwikkel landelijke richtlijnen voor salariëring en leidt voldoende PA/VS op*

Een zorg is dat de krapte van de PA/VS in de huisartsenzorg kan leiden tot een opdrijvend effect van salarissen. Dit betekent dat de businesscase van een PA/VS minder gunstig kan worden. Ons advies is dan ook in de komende periode voldoende PA/VS op te leiden zodat er geen toenemende krapte op de arbeidsmarkt zal ontstaan.

#### *Voor het platform zorgmasters en overheid: Monitor de groei van opleidingsplekken*

Het capaciteitsorgaan heeft dit ook al voorzien in haar capaciteitsplan 2020-2024<sup>3</sup>. We bevestigen haar constatering over de groeiende vervangingsvraag die we ook bij onze casussen constateren.

### Discussie

We hebben de informatie proberen te generaliseren via aanvullende validiteitstoetsen door middel van terugkoppeling en spiegeling bij de praktijken. Daarnaast hebben we validerende focusgesprekken gehad met huisartsen. Dit waren zowel huisartsen zónder als mét ervaring met het inzetten van PA/VS. Deze huisartsen zijn gerandomiseerd geselecteerd. Dit zijn echter wel artsen die een bereidheid of affiniteit met het thema taakherschikking hadden. Gedurende onze interviews hebben we veel vergelijkbare uitspraken gehoord, waarbij we kunnen spreken van een verzadiging doordat er veel vergelijkbare motivaties, belemmeringen of andere vergelijkbare bevindingen gevonden zijn. Ondanks dat we ook parallellen zien in andere onderzoeken, blijven echter de onderzochte casussen individuele casestudies.

Het huisartseninformatiesysteem was van invloed op het onderzoek. Huisartsenpraktijken uit onze selectie gebruiken namelijk verschillende systemen: Promedico of Medicom. Beide systemen maken het mogelijk om gegevens te extraheren. Voor Promedico moesten we echter een aanvullende instructie geven aan de praktijken. Dit kostte meer tijd. Desondanks lijkt een vertekening door deze selectie beperkt te zijn.

---

<sup>3</sup> Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2020-2024, Utrecht, december 2019

## Inleiding

Sinds de invoering van de twee nieuwe beroepen van verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) in de Nederlandse gezondheidszorg worden deze beroepen ook ingezet in de huisartsenzorg. De kwaliteit van de verleende zorg door deze professionals binnen de huisartsen is onomstreden<sup>4,5,6,7</sup>. Tegen het licht van de toekomstige zorgvraag en dan met name de groeiende groep van chronisch zieken gecombineerd met toegenomen spoedeisende zorg is van belang om goed in kaart te brengen wat de mogelijke motieven maar ook welke (financiële) belemmeringen er zijn voor het aanstellen van een VS of PA in de huisartsenpraktijk.

In het verleden is onderzoek gedaan naar de financiële gevolgen ten aanzien van de inzet van VS- en in de huisartsenpraktijk. In dit onderzoek hebben we zowel PA als VS onderzocht en naast interviews ook kwantitatieve financiële gegevens betrokken bij de analyse bij verschillende praktijken. Vervolgens kan door het ontwikkelen van een hulpmiddel op een relatief eenvoudige manier de inzet van de VS of PA in de huisartsenzorg in termen van toegankelijkheid, kwaliteit en kosten in kaart worden gebracht.

De afgelopen jaren zijn er twee landelijke onderzoeken afgerond ten aanzien van de bekostiging van taakherschikking binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Het eerste onderzoek<sup>8</sup> heeft bijgedragen aan het wegnemen van belemmeringen in met name de beleidsregels. Het tweede onderzoek<sup>9</sup> heeft aangetoond dat de maatregelen effect hebben gehad maar dat er ook nog steeds sprake is van belemmeringen op verschillende niveaus. Naast het in kaart brengen van het financiële aspect is het tweede onderzoek in een breder perspectief geplaatst waarbij naast de productie en kosten ook toegankelijkheid, kwaliteit en patiëntervaringen zijn onderzocht. Dit is gedaan aan de hand van een model, de zogenaamde “driehoek van taakherschikking”. Het onderzoek uit dit rapport is uitgevoerd aan de hand van hetzelfde model, waarbij het is aangepast aan de huisartsenzorg.

---

4 Van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2017 Feb 7;18(1):16. doi: 10.1186/s12875-017-0587-3

5 Van Der Biezen M, Adang E, Van Der Burgt R, Wensing M, Laurant M. The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and healthcare costs during out-of-hours: a quasi-experimental study. *BMC Fam Pract.* 2016 Sep 13;17(1):132. Doi: 10.1186/s12875-016-0528-6.

6 Van der Burgt MR, Van Roij J, Derckx EWCC, Meulepas MA. VS vult vacature voor huisarts in. Verdelen van taken vraagt om zorgvuldige voorbereiding. *Dé Verpleegkundig specialist*, 2016; 11, 10-13

7 Van der Burgt MR, Van Roij J, Derckx EWCC, Meulepas MA. Innovatie en Ondernemerschap. Vier verpleegkundig specialisten en vier huisartsen in één praktijk. *Dé Verpleegkundig specialist*, 2016; 11, 38-41

8 Kouwen, A.J., Brink G.T.W.J. van den Brink, Taakherschikking & kostprijzen; een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie, Radboudumc, 2014.

9 Kouwen, A.J., Brink G.T.W.J. et al, taakherschikking en kostprijzen in de praktijk; een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015, Radboudumc, 2016.

# 1. De methode

Dit onderzoek heeft als doel om aan de hand van de ontwikkelde 'driehoek van taakherschikking' (kwaliteit, toegankelijkheid en kosten/opbrengsten) inzichtelijk te maken welk effect taakherschikking heeft op de huisartsenzorg. Hierbij is specifiek gericht op solo- en groepspraktijken en op huisartsenposten.

## 1.1 Doelstellingen, vraagstellingen en praktijkselectie

Doelstellingen van dit onderzoek zijn:

1. Het inzichtelijk maken van de effecten in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van taakherschikking binnen de huisartsenzorg
2. Het aanpassen van het model zoals ontwikkeld in de eerdere kostprijsonderzoeken zodat businesscases gemaakt kunnen worden ten aanzien van de inzet van de VS en PA binnen de huisartsenzorg.
3. Het inzichtelijk maken van verschillen in effecten afhankelijk van de verschillende contexten binnen de huisartsenzorg
4. Een indicatie krijgen welke ontwikkelingen er worden gezien door de betrokkenen binnen de huisartsenzorg.

### Vraagstellingen onderzoek

De volgende vraagstellingen zijn geformuleerd voor dit onderzoek:

- Wat zijn, onderzocht met de driehoek van taakherschikking, de effecten van taakherschikking op de dimensies kwaliteit, toegankelijkheid en kosten?
- Welke verschillen bestaan er tussen verschillende (soorten) praktijken en spoedzorg als uitkomst op de driehoek en tevens voor andere elementen zoals structuur en beleidsregels die gelden?
- Welke ontwikkelingen worden door de verschillende praktijken gezien ten aanzien van de huisartsenzorg en taakherschikking?
- Welke belemmeringen worden ervaren ten aanzien van de inzet van PA en VS?

Om deze vragen te beantwoorden wordt in de volgende paragraaf de methodiek verder toegelicht.

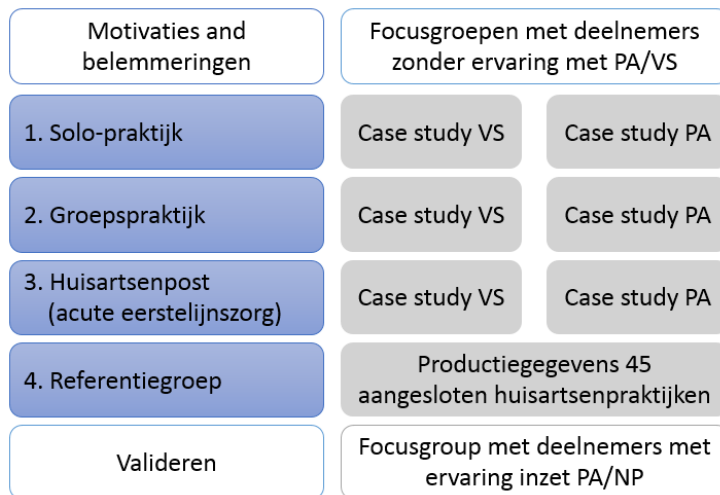
### Praktijkselectie

Praktijken zijn geselecteerd op basis van vorm (solo- of groepspraktijk en post), grootte (aantal ingeschreven patiënten) waarbij gestreefd is naar een mix van grote en kleine praktijken en tussen praktijken met inzet PA en praktijken met inzet VS. Daarnaast hebben we praktijken geselecteerd waarbij de PA/VS minimaal 1 jaar volledig (en afgestudeerd) werkzaam is geweest en gebruik maakten van Promedico of Medicom als Huisartsinformatiesysteem (HIS). De selectie heeft steekproefsgewijs plaatsgevonden. Om voldoende variatie te krijgen is gekozen voor 2 huisartsenposten en 4 huisartsenpraktijken. Zo kon een volledige doorsnede van de praktijken verkregen worden, met informatie over de wijze van inzet, ervaren motivaties en belemmeringen en meer gedetailleerde productie- en bedrijfsinformatie. Gekozen is voor onderzoek naar drie verschillende praktijkvormen:

1. Twee solopraktijken waar één praktijkhoudende huisarts samenwerkt met een VS of PA;
2. Twee groepspraktijken waar een VS of PA voor twee of meer praktijkhoudende huisartsen werkzaam zijn;
3. Twee huisartsenposten waar VS en/of PA ingezet worden.

Figuur 1 geeft dit samengevat weer.

Figuur 1: type praktijken en aanpak



\*Solopraktijk: praktijk met 1 praktijkhoudende huisarts

\*\*Groepspraktijk: praktijk met meer dan 1 praktijkhoudende huisarts

## 1.2 Onderzoeksproces en fasering

Het onderzoeksproces is gestart met een pilot om de methode van data-extractie te optimaliseren. Daarnaast zijn focusgesprekken gevoerd met huisartsen die geen PA/VS inzetten in hun praktijken over de motivaties, belemmeringen en randvoorwaarden bij de inzet van een VS/PA.

Vervolgens is gestart met de verzameling van gegevens bij de 6 casestudies. De casestudies hielden de volgende activiteiten in:

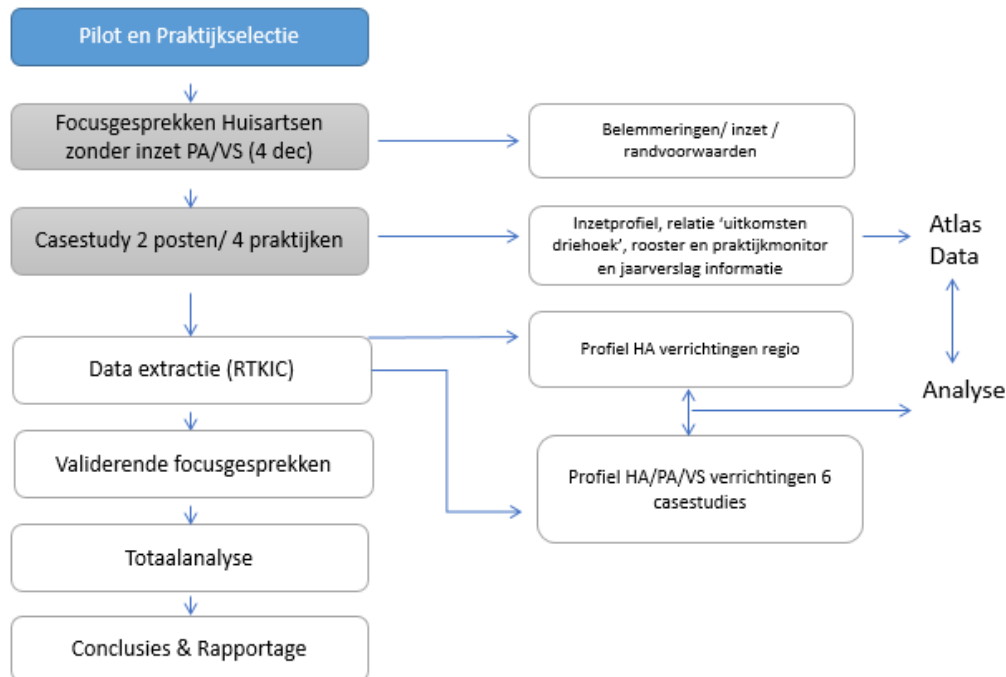
1. Interviews met de betrokken zorgverleners (huisarts, PA/VS, praktijkondersteuner, praktijkmanager, doktersassistente). Zie het interviewprotocol in bijlage 2.
2. Een patiënten enquête (zie bijlage 4 voor de vragenlijst) uitgezet onder patiënten die bij de huisarts, VS of PA zijn geweest.
3. Data verzameling bij de praktijken (zie data specificatie in bijlage 3)
4. Kwantitatieve dataverzameling door een data-opvraag van de productiegegevens van 45 bij het RTKIC aangesloten huisartspraktijken (zie data specificatie in bijlage 3)

Voor de huisartsenposten is alleen op locatie data verzameld omdat er om technische redenen geen landelijke data op te vragen was. Voor de huisartsenpraktijken zijn de uitkomsten van de casestudies gespiegeld aan 45 bij het RTKIC- netwerk aangesloten huisartsenpraktijken (doorgaans zonder inzet van een VS/PA). De data specificatie is te vinden in bijlage 3. Hierdoor ontstaat een rijk beeld over de potentiële productie wanneer taakherschikking wel toegepast zou

worden. Daarnaast kon de verzamelde data uit de casestudies worden geanalyseerd op grote afwijkingen ten opzichte van de 45 RTKIC (referentie) praktijken. Ook zijn validerende focusgesprekken gehouden met andere huisartsen die ervaring hebben met VS/PA, waarin de resultaten uit de casestudies zijn gevalideerd. Het algemene beeld, grote afwijkingen en conclusies zijn hierin getoetst.

Het totale onderzoeksproces is weergegeven in onderstaande figuur 2.

Figuur 2. De processtappen in het onderzoek



### 1.3 Stuurgroep Taakherschikking Eerste Lijn

De onderzoeksaanpak en voorlopige resultaten zijn periodiek voorgelegd aan de stuurgroep Taakherschikking Eerste lijn is verbonden aan de KOH waarin o.a. Ineen, LHV, Platform Zorgmasters, LOO-MANP en LOO-MPA, V&VN, NAPA en VWS zitting hebben. De inbreng en nuancering van deze leden is meegenomen in de analyse. Daarmee wordt in dit rapport niet noodzakelijkerwijs de visie van de leden van klankbordgroep of de organisaties die zij vertegenwoordigen in dit rapport beschreven. Wel hebben opmerkingen van de leden van klankbordgroep geleid tot aanpassingen in de zin van verduidelijking c.q. extra toelichting van de methode en resultaten van dit onderzoek. De onderzoeksresultaten zijn primair de conclusies van de onderzoekers.

### 1.4 Methode van onderzoek

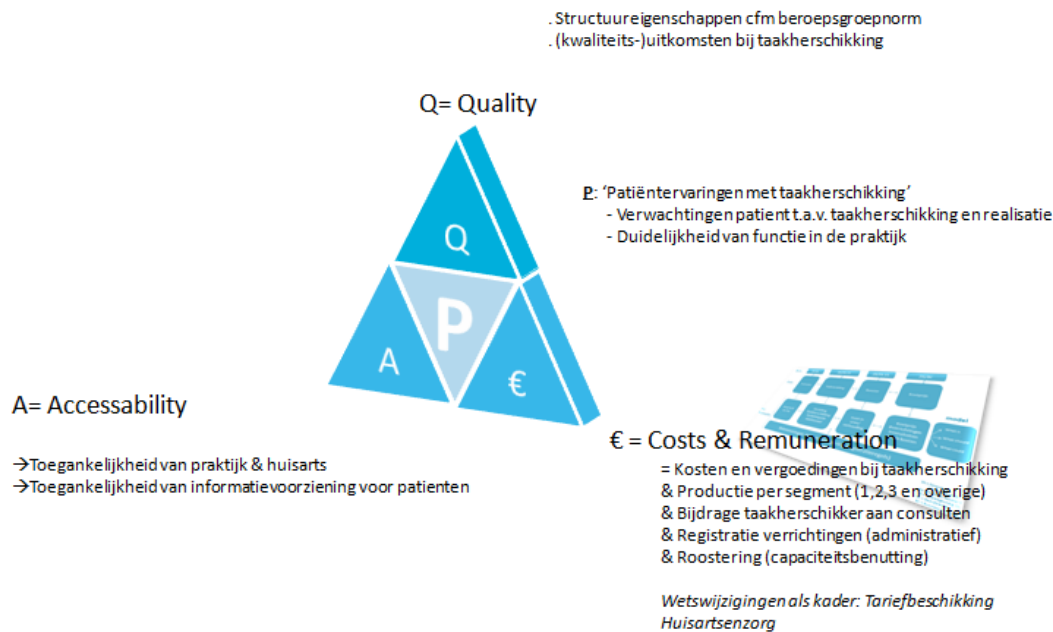
Dit praktijkgerichte onderzoek is zowel kwalitatief (interviews met medewerkers en patiënten) als kwantitatief (met behulp van gegevens uit databases) van aard. De reden voor deze combinatie is dat alleen kwantitatieve gegevens te beperkt zijn om zicht te krijgen op alle aspecten van taakherschikking. Door kwantitatieve data te combineren met interviews kan meer inzicht en duiding verkregen worden in motivaties en belemmeringen en in de diversiteit en organisatie van huisartsenpraktijken.

## De driehoek van taakherschikking

Basis voor de dataverzameling is de aangepaste driehoek van taakherschikking (zie figuur 3). Centraal in dit model staan de effecten van taakherschikking op de patiënttevredenheid (P), kwaliteit van zorg (Q), toegankelijkheid van zorg en informatie (A) en kosten & opbrengsten (E).

We wilden een indruk krijgen in hoeverre de praktijk hier zelf zicht op heeft, welke methoden hiervoor gebruikt worden en welke uitkomsten beschikbaar zijn. Om tot diepgaande inzichten te komen combineren we in dit onderzoek kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling en valideren we de data met de verschillende bronnen (en trianguleren de uitkomsten).

Figuur 3. Aangepaste methode 'de driehoek van taakherschikking'



### Kwantitatieve dataverzameling

Het kwantitatieve deel van dit onderzoek was het verzamelen van beschikbare gegevens rondom uitkomsten van kwaliteit, toegankelijkheid, patiëntervaringen en de financiële productie per type praktijk. Daarmee is onder andere zicht verkregen in de hoeveelheid patiënten en de aantallen consulten die een praktijk uitgevoerd heeft. Daar waar nodig zijn de gegevens verrijkt met roostergegevens en andere relevante data om te komen tot gevalideerde data. Daarnaast is de informatie gespiegeld aan de gegevens van 45 praktijken op basis van data van het Radboudumc Transmuraal Kennis en Informatie Centrum (RTKIC).

### Kwalitatieve dataverzameling

Er zijn interviews uitgevoerd met de praktijkmanager, huisarts en VS en/of PA en relevante overige zorgverleners. Dataverzameling heeft plaatsgevonden in de vorm van semi-structureerde interviews waarbij validatie van de data door collega zorgverlener of huisarts heeft plaatsgevonden. De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en in Atlas Ti gecodeerd en verwerkt. Per onderdeel van de driehoek wordt de methode verder beschreven:

#### Kwaliteit (Q)

Kwaliteitsgegevens zijn opgevraagd per praktijk maar het bleek lastig om deze te relateren aan de inzet van de PA/VS. We hebben aan huisarts en VS/PA gevraagd welke indicatoren van belang waren bij taakherschikking en welke effecten zij zagen op kwaliteit van zorg. De huisartsenpraktijk



beschikt over een aantal kwaliteitsgegevens. Afhankelijk of de praktijk een NHG-praktijkaccreditering<sup>10</sup> heeft (ongeveer 30% van de huisartsen zijn NHG geaccrediteerd), kan dit eenvoudig opvraagbaar zijn. Echter de mate waarin actuele kwaliteitsuitkomsten beschikbaar waren, was beperkt.

#### *Toegankelijkheid van zorg (A)*

Toegankelijkheid van zorg betreft niet alleen fysieke toegankelijkheid en telefonische bereikbaarheid tot de huisarts(praktijk), maar ook de wijze waarop informatievoorziening in de praktijk is georganiseerd. De PA/VS zou hierin een rol kunnen spelen. Wat daarbij van belang is, is de huisartsen dichtheid en soort patiëntenpopulatie. De mate waarin de VS/PA bijdraagt aan de toegankelijkheid van de praktijk is in kaart gebracht door middel van patiëntenquêtes. Daarnaast is inzicht in toegankelijkheid van zorg verkregen door middel van:

1. Roosterinformatie
2. Autonome bijdrage aan productie
3. Toegangstijd tot de praktijk voor zover beschikbaar
4. Ervaringen van medewerkers uit de interviews

#### *Patiënttevredenheid (P)*

Bij elke praktijk is een enquête (zie bijlage 4) uitgezet zowel bij patiënten die door de huisarts gezien zijn als bij patiënten die door de PA/VS gezien zijn. Hierin is gevraagd naar de beleving en ervaring van de patient rondom o.a. communicatie, bejegening en toegankelijkheid.

#### *Kosten en opbrengsten (E)*

Om zicht te krijgen in de financiële aspecten van een huisartsenpraktijk was het van belang om de financiële gegevens over 2016, 2017 en 2018 te inventariseren en per praktijk een compleet beeld te krijgen van de financiering en de bijdrage van de PA/VS hierin. De productie, kosten en opbrengsten per relevant segment zijn geïnventariseerd voor zover beschikbaar in de uitgevraagde jaren. De productiegegevens zijn zowel lokaal als via RTKIC opgevraagd ter referentie.

---

<sup>10</sup> Deze richt zich m.n. op structuur en evt. procesindicatoren. We zullen ook kijken naar uitkomstindicatoren die mogelijk ook beschikbaar zijn per praktijk

## 1.5 Dataverzameling

Data is verzameld uit verschillende bronnen (HIS, interviews, enquêtes).

Bij elke praktijk zijn interviews afgenomen bij de PA/VS, huisarts, praktijkmanager, praktijkondersteuners en doktersassistenten om een zo compleet beeld van de inzet van de VS/PA te krijgen en de verkregen data te kunnen valideren. In de interviews is ingegaan op de taakprofielen, productie, effecten van de VS/PA op kwaliteit (Q), Toegankelijkheid (A), patiëntervaringen (P) en kosten (E), samenwerking, motivaties, ervaren belemmeringen en afspraken met andere partijen.

Een samenvatting van de data en de bronnen is weergegeven in onderstaande tabel 1.

Tabel 1. Data, bronnen en methode

Data	Bron(en)	Methode
Praktijkgegevens	Praktijk/HIS	Data-opvraag
Productie en verrichtingen per segment 2016/2017	Praktijkmonitor/ HIS	Data-opvraag
Kosten en opbrengsten		Data-opvraag via RTKIC
Afspraken/ praktijkgegevens/ inzet	HA	Interview
Taakprofiel	HA/PA/VS	Interview
Belemmeringen	HA//PA/VS	Interview Focusgesprek
HAP/HDS financiële registratie	HA/PA/VS Rooster	Interview Data-opvraag
Patiëntervaringen	Beschikbare uitkomsten Vragenlijst (reeds afgenomen of af te nemen)	Vragenlijst Interviews
Toegankelijkheid	Rooster Vragenlijst HA/PA/VS	Data opvraag Vragenlijst Interview
Kwaliteit	Beschikbare uitkomsten Patiëntervaring HA/PA/VS	Data opvraag Vragenlijst Interview

Uiteraard zijn de gegevens anoniem en niet herleidbaar verwerkt.

### Analysemodel

Omdat de analyse meerdere 'lagen' kent is een analysemodel gemaakt per onderzoeksbron (interviews, HIS-data etc.). Per praktijktype zijn de data verzameld en de uitkomsten met elkaar vergeleken. Vervolgens zijn de uitkomsten van de praktijken gespiegeld aan de informatie van 45 praktijken uit het netwerk van het RTKIC van het Radboudumc. Daaruit zijn voorlopige conclusies getrokken, die vervolgens zijn besproken en gevalideerd in de focusgesprekken. De uitkomsten hiervan zijn verwerkt in dit rapport.

## 2. Een verkennend focusgesprek met huisartsen zonder VS/PA

Voorafgaand aan de casestudies is een focusgesprek gevoerd met een groep huisartsen met als doel motivaties en belemmeringen voorafgaand aan de aanname van een PA/VS te inventariseren. Deze groep betrof 12 huisartsen, werkzaam in verschillende praktijkvormen in Gelderland en Noord-Brabant (16 praktijken binnen het Academisch Huisartsen Netwerk). De groep was opgedeeld in 2 subgroepen waarbij één groep de focus had op de dagpraktijken, en de andere groep op de huisartsenposten.

Alle deelgenomen huisartsen hadden geen of zeer beperkte ervaring met PA/VS in hun praktijk.. De uitkomsten zijn daardoor met name gebaseerd op eigen (voor)onderzoek, eigen meningen en die van collega huisartsen. Een samenvatting van de uitkomsten van dit focusgesprek is opgenomen in bijlage 1.

### *Algemene tendens*

Het verschil tussen de inzet van een PA of van een VS binnen de (huisartsen)zorg was nog vrij onbekend. Binnen de dagpraktijk zag men nog veel kanttekeningen en bezwaren voor de inzet. Op de inzet op huisartsenposten werd daarentegen overwegend positief gereageerd. De inzet van de VS en PA zou meer geschikt zijn op de huisartsenpost dan in de dagpraktijk omdat het werk op de post meer protocollair van aard is. Daarnaast is er een hoger volume van bepaalde klachten en kun je beter sturen op het aanbod van zorg. Ook kan het een oplossing zijn voor het probleem om de zorg in avond-, nacht en weekenduren goed geregeld te krijgen/houden. Anderzijds verwacht men dat de kans op de post á priori veel groter is dat er iets ernstigs aan de hand is ten opzichte van de zorg overdag.

### *Overwegingen*

Overwegingen en voorwaarden om wel of geen VS/PA in te zetten zijn:

- Het afbakenen van functietaken. Grenzen trekken en duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden. De mate van geprotocolleerd werken is van belang;
- Persoonlijke competenties en eigenschappen zijn van belang; het vertrouwen in de betreffende persoon;
- Het moet duidelijk zijn voor de patiënt wie hij/zij voor zich heeft, wie/wat de PA/VS is en wat deze persoon kan. Het recht van de patiënt om een arts te zien moet blijven bestaan;
- Behoud van continuïteit is belangrijk. Enerzijds is het belangrijk dat een patiënt niet te veel hulpverleners ziet, en je een onderlinge band kunt opbouwen om de kwaliteit van zorg ten goede te komen. Anderzijds zijn er ook patiënten die weinig frequent komen en die gemakkelijk door een PA/VS gezien kunnen worden.

### *Motivaties om wel een PA of VS in te zetten*

Genoemde motivaties voor de inzet van de PA/VS in de huisartsenzorg zijn:

- Tijdswinst: tijd voor (complexe) patiënten. Als huisarts meer tijd voor 'vaste' patiënten, voor (hoog)complexe zorg en daardoor meer efficiëntie en werkplezier;
- Verlichting werkdruk huisartsen. Minder werkdruk en mogelijk minder diensten op de huisartsenpost;

- Toevoegen specifieke expertise. VS/PA kan specifieke expertise inbrengen. Een andere invalshoek, met name verpleegkundige blik en meer verdieping in gesprekken. Dit kan een verrijking zijn;
- Kwaliteitsverbetering. Doordat VS/PA bepaalde klachten veel zien is er meer ruimte voor kwaliteitsverbetering of innovatie;
- Financieel aantrekkelijk. De inzet van een VS/PA is goedkoper dan een huisarts. Macro economische kostenbesparing;
- Ambitie van POH of assistente in de praktijk. Voldoen aan de wens en mee willen denken in ambities van medewerkers. Ieders kwaliteiten tot ontwikkeling laten komen.

### *Belemmeringen*

Er zijn ook belemmeringen genoemd die een rol spelen bij de inzet van PA/VS. Deze zijn:

- Risico op verminderde patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg. VS/PA hebben een beperktere deskundigheid ten opzichte van huisartsen. Twijfel over voldoende kennis en kunde. Kan een PA/VS voldoende generalistisch werken? Sommigen klachten hebben een te laag volume;
- Minder werkplezier; afschuiven van leuke taken. Het kwijtraken van leuke verrichtingen, de “krenten uit de pap”. Verlies van laag-complexe zorg en angst om “complexe casemanager” te worden;
- Bedreiging huisarts-patiënt relatie. Minder kans om een goede relatie met patiënt op te bouwen doordat je de patiënt minder vaak ziet. Tevens minder kennis over de achtergrond van patiënten, waardoor potentieel verlies van kwaliteit van eigen zorg.
- Potentieel verlies van vaardigheden. Huisarts verliest vaardigheden door minder volume.
- Minder continuïteit van zorg: meer versnippering. Voor patiënten een veelheid aan verschillende gezichten, maar ook binnen het team. Het team wordt nog groter, minder overzichtelijk, moeilijker om functie en taken af te bakenen. Mogelijk een bedreiging voor de werksfeer;
- Belemmering voor AIOS of POH. Voor de AIOS en co-assistent moet voldoende ruimte blijven om te kunnen leren. Het mag het leereffect van de AIOS niet in de weg staan. Daarnaast kan het een bedreiging zijn voor het werk van ander personeel zoals POH's.
- Meer bedrijfsrisico en potentieel verminderde effectiviteit. Meer tijd die opgaat aan aansturing en overleg. En meer bedrijfsrisico door meer personeel.
- Ruimtegebrek in de praktijk. Er ontbreekt vaak fysieke ruimte.

### *Conclusies*

Bij de huisartsenposten werden veel mogelijkheden gezien bij het inzetten van een PA of VS. Ondanks dat er ook bezwaren werden aangedragen werden ook voordelen gezien zoals: tijdswinst, kostenbesparing en ook een kwaliteitsverbetering als kansen voor de huisartsenpost.

Bij de inzet van VS/PA in huisartsenpraktijken zagen de deelnemers meer bezwaren. Hier spelen overwegingen als verlies van continuïteit, een te grote diversiteit van zorgverleners in een praktijk en gebrek aan huisvestingsmogelijkheden als factoren die belemmerend kunnen werken. Als motiverende aspecten worden primair de tijdswinst voor de huisarts en verlichting van de werkdruk genoemd.

Algemeen concluderend zien we dat er zowel belemmerende als motiverende argumenten zijn om een PA/VS in te zetten. Opvallend is dat men de verschillen tussen PA/VS niet goed weet te duiden.

### 3. De resultaten van de casestudies

De resultaten van de zes casestudies zijn weergegeven in dit hoofdstuk. We starten met een beschrijving van de kenmerken van de huisartsenpost of -praktijk. Vervolgens wordt elke onderzochte praktijkvorm (huisartsenpost, solopraktijk en groepspraktijk) per hoofdstuk behandeld. Per vorm zijn twee casestudies met elkaar vergeleken, één met een PA en één met een VS.

#### *Generaliseerbaarheid van resultaten*

De resultaten van deze casestudies zijn verdiepend van aard en betreffen individuele praktijkresultaten. De casestudies pogen praktijkinzichten op te leveren die een indicatie geven voor verdere landelijk onderzoek. Binnen deze casestudies hebben we gebruikt gemaakt van triangulatie en validaties.

#### *Praktijk kenmerken*

De zes geïnccludeerde huisartsorganisaties zijn qua kenmerken als divers te omschrijven. In onderstaande tabel staan de kenmerken per praktijk of post weergegeven.

Tabel 2. Kenmerken<sup>11</sup>

<b>Kenmerk</b>	<b>Ha-post 1 VS</b>	<b>Ha-post 2 PA</b>	<b>Solopraktijk 3 VS</b>	<b>Solopraktijk 4 PA</b>	<b>Groeps- Praktijk 5 VS</b>	<b>Groeps- Praktijk 6 PA</b>
<i>Start huisartsenpost/ praktijk (jaar)</i>	1910	2001	2001	2004	1978	1998
<i>Start inzet VS/PA (jaar)</i>	2011	2016	2011	2018	2012	2011
<i>Aantal inwoners dekkingsgebied/ingeschr. patiënten (2018)</i>	705.776	257.787	2.594	4.656	9.867	4.912
<i>Gedeclareerde opbrengst</i>	Ca. 11,4 mln per jaar	Ca. 4,2 mln per jaar				
<i>Aantal locaties</i>	3	1	1	1	1	1
<i>Aantal aangesloten of praktijkhoudende huisartsen</i>	700	169	1	4	6	2
<i>Aantal VS</i>	14 (7,28 fte)	2 (0,55fte)	1 (0,58fte)	0	1 (0,95fte)	0
<i>Aantal PA</i>	0	2 (0,47fte)	0	1 (1,0fte)	0	1 (0,78fte)
<i>Aantal VS in opleiding</i>	4 (4,0 fte)	0	0	0	1 (0,95fte)	0
<i>Aantal PA in opleiding</i>	0	0	0	0	0	0

<sup>11</sup> 1 fulltime fte is 38 uur per week, conform cao-huisartsenzorg

### *Dataverzameling bij de praktijken*

Bij elke praktijk zijn interviews met de betrokken zorgprofessionals (PA, VS, huisartsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners en dokters- of postassistenten) afgenomen. Daarnaast zijn productiegegevens opgevraagd en een aantal andere financiële en kwalitatieve gegevens. De productiegegevens zijn opgevraagd in verschillende jaartallen, één jaar voorafgaand aan de inzet tot twee jaar na het in dienst treden van de VS/PA. Voor de referentiegroep zijn de productiegegevens van drie jaar opgevraagd (2016, 2017 en 2018). In onderstaande tabel 3 zijn de aantallen interviews, enquêtes (en respons), data van het RTKIC en de data van de referentiegroep weergegeven.

Tabel 3. Gebruikte data en respons

<b>Dataverzameling</b>	<b>Ha-post 1 VS</b>	<b>Ha-post 2 PA</b>	<b>Solopraktijk 3 VS</b>	<b>Solopraktijk 4 PA</b>	<b>MM-Praktijk 5 VS</b>	<b>MM-Praktijk 6 PA</b>
<i>Aantal interviews</i>	10	14	5	5	8	5
<i>Aantal enquêtes uitgezet</i>	70 VS/70 HA	70 PA/70 HA	70 VS/70 HA	70 PA/70 HA	Interviews met 7 patiënten	70 PA/70 HA
<i>Respons</i>	33%	37%	48%	49%	-	20%
<i>Dataset RTKIC voor inzet</i>	Nvt	Nvt	01-01-2010-31-12-2012	01-01-2016-13-12-2016	01-01-2014-31-12-2014	01-01-2008 – 31-12-2008
<i>Dataselectie RTKIC na inzet</i>	Nvt	Nvt	01-01-2016-31-12-2018	01-02-2018-12-06-2019	01-01-2016-31-12-2018	01-01-2016-31-12-2018
<i>Dataselectie referentiegroep (N=80)</i>	01-01-2016-31-12-2018	01-01-2016-31-12-2018	01-01-2016-31-12-2018	01-01-2016-31-12-2018	01-01-2016-31-12-2018	01-01-2016-31-12-2018

Voor één solopraktijk (3) geldt dat de VS al voor 2010 werkzaam waren binnen de praktijk. Het was helaas niet mogelijk om data voor die periode te extraheren. We hebben derhalve gekozen voor twee periodes om veranderingen in de loop der tijd zichtbaar te maken. Bij praktijk 5 hebben we in plaats van enquêtes semi-gestructureerde interviews gehouden met patiënten. Dit betroffen patiënten die gezien hun leeftijd minder goed in staat waren enquêtes in te vullen. Daarnaast heeft de VS in deze praktijk een eigen patiëntenpopulatie waardoor de resultaten van de huisarts niet vergelijkbaar waren met die van de VS.

### 3.1 Motivaties en belemmeringen binnen de cases

Aan de hand van interviews met huisartsen, PA en VS en andere betrokken zorgprofessionals (praktijkondersteuners, doktersassistenten, arts-assistenten) hebben we een beeld verkregen van motivaties en belemmeringen van de inzet. We constateren de volgende punten:

#### *Verlichting werkdruk huisarts als primaire motivatie voor taakherschikking*

Bij alle cases speelde verlichting van de werkdruk van de huisarts een grote rol bij het inzetten van de VS of PA. Rode draad in de cases was de verlichting van de werkdruk van de huisarts, zowel in de dagpraktijk als tijdens ANW-diensten op de huisartsenpost. Maar ook innovatieve inzet van personeel op de praktijk was een belangrijke motivatie. Tabel 4 geeft de genoemde motivaties weer voor alle praktijken.

#### *Arbeidsmarkttekorten en hoge loonkosten VS/PA zijn belemmerend voor de inzet*

Genoemde belemmeringen waren het tekort aan ervaren VS/PA en de toenemende loonkosten van de PA/VS. Mogelijk als gevolg van de krapte van VS/PA op de arbeidsmarkt (huisartsenposten) zijn loonkosten gestegen. Ook de krapte in waarnemend huisartsen op de arbeidsmarkt werd meerdere malen genoemd. Dat gepaard gaande met een toenemende complexiteit van de zorgvraag maakte dat voor huisartsen opnieuw een toenemende werkdruk wordt ervaren. Daarnaast werd door huisartsen van solopraktijken als belemmering genoemd dat zij zelf altijd aanwezig moeten zijn wanneer de VS/PA werkzaam is.

Opvallend was dat geen van de betrokken huisartsen vooraf een businesscase had opgesteld om de kosten en opbrengsten vast te stellen. Veelal ging men ervan uit dat de PA/VS goedkoper was dan de huisarts.

Tabel 4. Genoemde motivaties en belemmeringen van de casestudies

<b>Post/Praktijk</b>	<b>Genoemde motivaties</b>	<b>Genoemde belemmeringen</b>
<i>Post 1</i>	Verlichting werkdruk post/ minder ANW-diensten	Arbeidsmarkt krapte VS/PA en Huisarts Toename complexiteit zorg
<i>Post 2</i>	Verlichting werkdruk post/ minder ANW-diensten	Arbeidsmarkt krapte VS/PA en Huisarts Toename complexiteit zorg
<i>Praktijk 3</i>	Innovatie praktijk Ontlasting dagpraktijk Verlichting werkdruk huisarts	Aanwezigheid huisarts op praktijk Loonkosten zijn hoog
<i>Praktijk 4</i>	Niet kunnen vinden van een vaste huisarts Toenemende zorgvraag Verlichting werkdruk huisarts	Aanwezigheid huisarts op praktijk Loonkosten zijn hoog Praktijkruimte beperkt
<i>Praktijk 5</i>	Toename complexe zorg ouderen Toename spoedvisites Verlichting werkdruk huisartsen	Behoud van VS gezien salariering en arbeidsmarkt Betrokkenheid huisarts moeten behouden blijven (actief)
<i>Praktijk 6</i>	Innovatie en individuele groei VS/PA	Geen

## 3.2 Inzetprofielen

Er zijn zes VS en vier PA geïnterviewd . Tijdens het interview zijn taken die zij uitvoerden geïnterviewd en onderverdeeld in 'herschikte' en 'overige' taken. In bijlage 6 is een compleet overzicht van deze taken opgenomen alsmede de achtergrond van de betreffende beroepsbeoefenaar.

### *Het onderscheid tussen PA en VS wordt bij de huisartsenposten veelal niet gemaakt*

Bij één huisartsenpost werd geen onderscheid gemaakt tussen een VS of PA. Zij werden op een gelijke manier ingezet. De tweede post gaf aan ook geen onderscheid tussen PA en VS te zien en een voorkeur voor de inzet van VS te hebben. De VS en PA zagen bij de huisartsenposten geen patiënten met cardiale klachten, neurologische klachten, buikklachten, psychiatrische klachten, visusklachten en kinderen jonger dan 12 maanden.

### *De PA wordt bij de huisartsenpraktijken breed ingezet, vergelijkbaar met de directe patiëntenzorgtaken van de huisarts*

De PA wordt met name ingezet voor de directe patiëntenzorgtaken bij de huisartsenpraktijken vergelijkbaar met de taken van de huisarts. We zien dat bij de PA nauwelijks uitzonderingen in zorgvragen of klachten werden gemaakt.

### *De VS wordt op een wisselende manier ingezet in de praktijken*

We zagen bij de inzet van de VS verschillende inzetprofielen. Bij één praktijk werd de inzet vanuit het verpleegkundige beroep als aanvullend gezien op de zorg die de huisarts geeft. Bij één praktijk werd de VS met name in de ouderenzorg (kwetsbare ouderen >75 jaar) ingezet. Daarin was de combinatie tussen herschikte zorg van de huisarts en de toegevoegde verpleegkundige componenten zoals wondzorg en advanced care planning duidelijk te zien.



### 3.3 Kwaliteit en toegankelijkheid

In alle interviews is gevraagd naar ervaren effecten op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Tabel 5 geeft een samenvatting weer van de resultaten bij alle praktijken afzonderlijk. Onderstaand volgen de belangrijkste elementen.

#### *De PA en VS zijn van toegevoegde waarde en leveren kwalitatief goede zorg*

Men was tevreden over de kwaliteit van zorg geleverd door de VS/PA. De VS/PA kende goed de eigen grenzen en huisartsen gaven aan daarop te kunnen vertrouwen. Het vertrouwen was een belangrijk element voor de samenwerking en meerwaarde die de huisarts ervoer.

#### *Bij alle praktijken wordt de meerwaarde gezien in ontlasting van de huisarts*

Het ontlasten van de huisarts en het wegnemen van de werkdruk werd bij alle praktijken genoemd als een meerwaarde op het gebied van kwaliteit van zorg. Doordat de huisarts meer rust krijgt in het doen van de consulten ervaarden deze huisartsen bij zichzelf ook meer kwaliteit van de geleverde zorg. Dit kan zijn doordat de huisarts meer tijd kon nemen voor (complexe) patiënten, meer tijd had voor uitloop of voor andere praktijk gerelateerde zaken. De rust die het creëerde droeg ook bij aan het werkplezier van de huisartsen.

#### *De specifieke expertise en vaardigheden van de VS/PA zijn van toegevoegde waarde*

Een andere bijdrage in kwaliteit van zorg voor de patiënt werd bewerkstelligd door de specifieke expertise en vaardigheden van de VS/PA. Vanuit de verpleegkundige of paramedische achtergrond was men goed bedreven in het contact met de patiënt, de psychosociale begeleiding en het kunnen maken van de verbinding tussen cure en care. Hierbij was de achtergrond en ervaring van de VS/PA zeer bepalend. Veel VS werden – eventueel naast een brede inzet – ook ingezet op ouderenzorg. Hierbij was het makkelijk kunnen schakelen met de thuiszorg en mantelzorg een grote meerwaarde.

#### *De VS/PA is toegankelijk en laagdrempelig in het contact*

Bij een aantal praktijken en posten kreeg de VS/PA meer tijd voor een consult dan een huisarts. In deze gevallen werd aangegeven dat deze extra tijd ten goede kwam aan de kwaliteit van zorg. Meer begeleiding en uitleg werd ook door patiënten als prettig ervaren. Daarnaast droeg een extra zorgverlener die breed werd ingezet bij aan meer ruimte op het spreekuur. Dit bood flexibiliteit in het plannen van afspraken en gaf patiënten meer keuze.

Op de huisartsenposten werd ook continuïteit van zorg genoemd. Doordat de VS/PA meer frequent aanwezig was dan de huisartsen hadden zij beter overzicht op wat er op medisch gebied speelde en wat eventuele aandachtspunten waren voor de huisartsenpost.

#### *Meer innovatief werken door inzet van de VS/PA*

Bij veel praktijken en posten werd de VS/PA ook ingezet voor projecten, bijvoorbeeld het doen van videoconsulten, projecten op gebied van stoppen met roken of Lean in de praktijk. Dit betrof slechts een klein deel van hun werkzaamheden.

#### *Borging van kwaliteit door laagdrempelige afstemming en feedback systemen*

Op de huisartsenposten werd gebruik gemaakt van feedbacksystemen. Dit kon zijn door een aantal consulten te laten observeren door een collega VS en huisarts en te voorzien van feedback. Dit werd vervolgens vastgelegd en kwam terug in het jaargesprek. Maar het kon ook door middel van digitale feedback via het EPD door de eigen huisarts van de patiënt. Dit kon zowel gevraagd

als ongevraagd plaatsvinden. Daarnaast vond zowel in huisartsenposten als -praktijken laagdrempelig afstemming met de huisarts plaats. In een aantal praktijken werden ook periodiek patiëntbesprekingen gehouden, zeker wanneer iemand nog kort in dienst was.

Tabel 5. Effecten op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg

<b>Praktijk</b>	<b>Kwaliteit</b>	<b>Toegankelijkheid</b>
<i>Post 1</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontlasting huisarts; meer rust in de consulten</li> <li>- Specifieke invalshoek; praktische vaardigheden en (meer ruimte voor) betere uitleg aan patiënt</li> <li>- Continuïteit en constante factor op de HAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Project zelfverwijzers opgestart door VS; meer ruimte in de agenda, en kortere wachttijden</li> </ul>
<i>Post 2</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontlasting huisarts; meer rust in de consulten</li> <li>- Specifieke expertise of invalshoek; bredere kijk</li> <li>- Meer tijd en aandacht voor patiënten</li> <li>- Continuïteit en constante factor op de HAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De post was voorheen al toegankelijk, maar in afwezigheid VS/PA moet veel strenger getrieerd worden</li> <li>- Laagdrempelig voor patiënt en medewerkers</li> </ul>
<i>Praktijk 3</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer rust voor de huisarts; meer tijd voor patiënten en ruimte voor uitloop of andere praktijk gerelateerde zaken</li> <li>- Specifieke expertise en invalshoek; ouderenzorg en (Psycho-)sociale begeleiding</li> <li>- Inzet op projecten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer keuze voor de patiënt in zorgverlener (man/vrouw)</li> <li>- Meer planningsmogelijkheden; ruimte om flexibel te plannen en kortere wachttijd</li> </ul>
<i>Praktijk 4</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opvang van de toename in werkdruk voor de huisarts</li> <li>- Meer tijd en aandacht voor patiënten door meer consulttijd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kortere wachttijden voor de patiënt</li> </ul>
<i>Praktijk 5</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontlasting huisarts; meer rust door minder visites</li> <li>- Specifieke expertise en betere kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen. Laagdrempelige afstemming met wijkzorg en mantelzorg, meer proactief en gericht op preventie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laagdrempelig contact voor kwetsbare ouderen. Meer mogelijkheden qua snelheid en frequentie waarin de VS kan langskomen</li> </ul>
<i>Praktijk 6</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontlasting huisarts; meer rust in de consulten en meer tijd voor complexe casuïstiek</li> <li>- Specifieke expertise; kwetsbare ouderen en bewegingsapparaat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer keuze voor de patiënt in zorgverlener</li> </ul>

### 3.4 Patiëntervaringen

Bij alle casestudies zijn patiëntenquêtes uitgezet, specifiek gericht op de inzet van PA/VS in relatie tot de zorg die de betreffende huisarts levert. Ook hier zijn de resultaten individuele casuïstieken. De uitkomsten zijn bij de analyse samengevoegd om een generiek(er) beeld te krijgen van de patiëntervaringen.

De beleving en de ervaring van de patiënt rondom de inzet van een PS/VS is gemeten met een enquête. De enquête bestaat uit 30 vragen (zie bijlage 4) en is zowel uitgezet bij patiënten die gezien zijn door een PA/VS als bij patiënten die gezien zijn door een huisarts. In totaal zijn er 265 enquêtes ingevuld. De respons was, behoudens praktijk 6, hoger dan 30%. Bij praktijk 5 zijn interviews gehouden met patiënten. Dit betroffen patiënten die gezien hun leeftijd minder goed in staat waren enquêtes in te vullen. Daarnaast heeft de VS in deze praktijk een eigen patiëntenpopulatie waardoor de resultaten van de huisarts niet vergelijkbaar waren met die van de VS.

### Patiënten geven een hoge waardering voor huisarts en VS/PA

De algemene waardering van de patiënt voor de zorgverlening was groot, zowel voor de VS/PA als voor de huisarts. Op de vraag “wel cijfer geeft u de zorgverlener” scoorden huisarts en VS/PA vrijwel gelijk. Ook uit de interviews die gehouden zijn met de patiënten uit groepspraktijk 5 bleek een hoge waardering voor de VS.

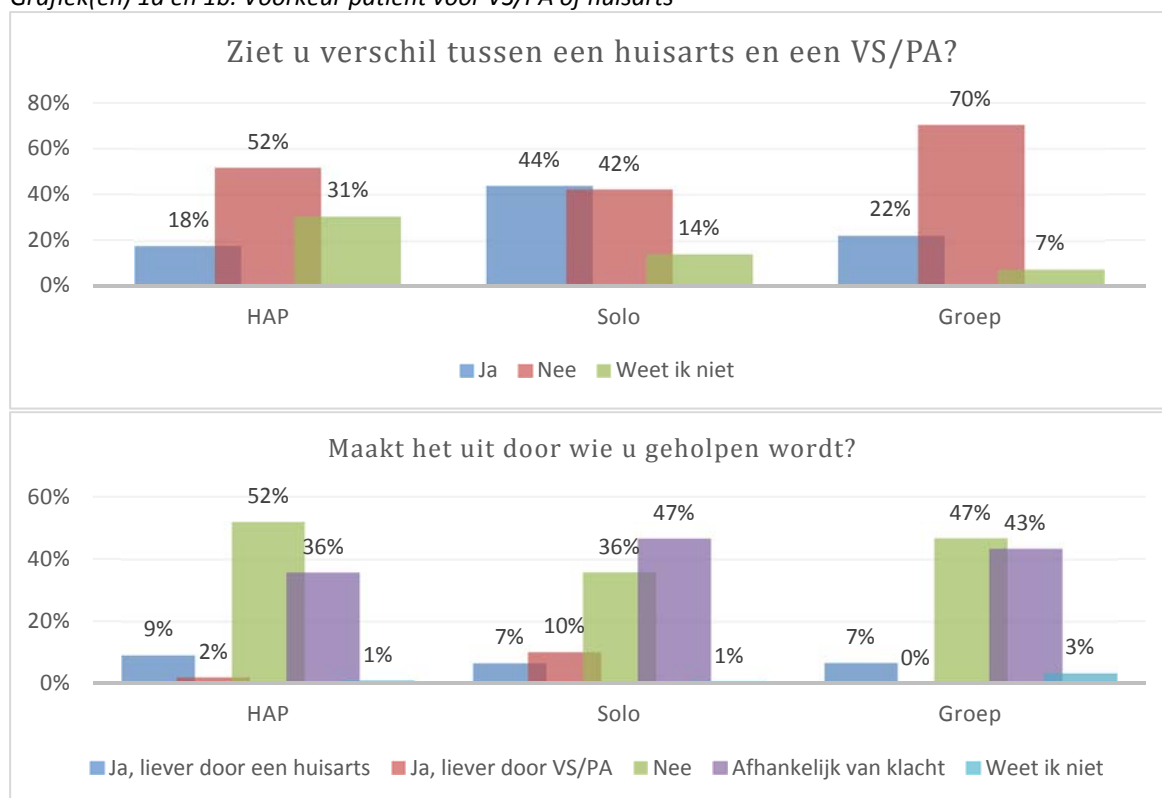
Tabel 6. Cijfer gegevens aan de zorgverleners (score 1-10).

	Huisarts	VS/PA
HAP	8,7	8,9
Solo	8,9	8,9
Groep	8,8	9,1

### Patiënten zien weinig verschil tussen VS/PA en huisarts en hebben geen voorkeur door wie zij geholpen worden

De meeste respondenten van de HAP en de groepspraktijken zagen geen verschil tussen de huisarts en de VS/PA (HAP: 52%, solopraktijken: 42% en groepspraktijk: 70%). Bij de solo praktijk gaf 44% aan wel een verschil te zien. Dit is terug te zien in grafiek 1a en 1b.

Grafiek(en) 1a en 1b. Voorkeur patiënt voor VS/PA of huisarts

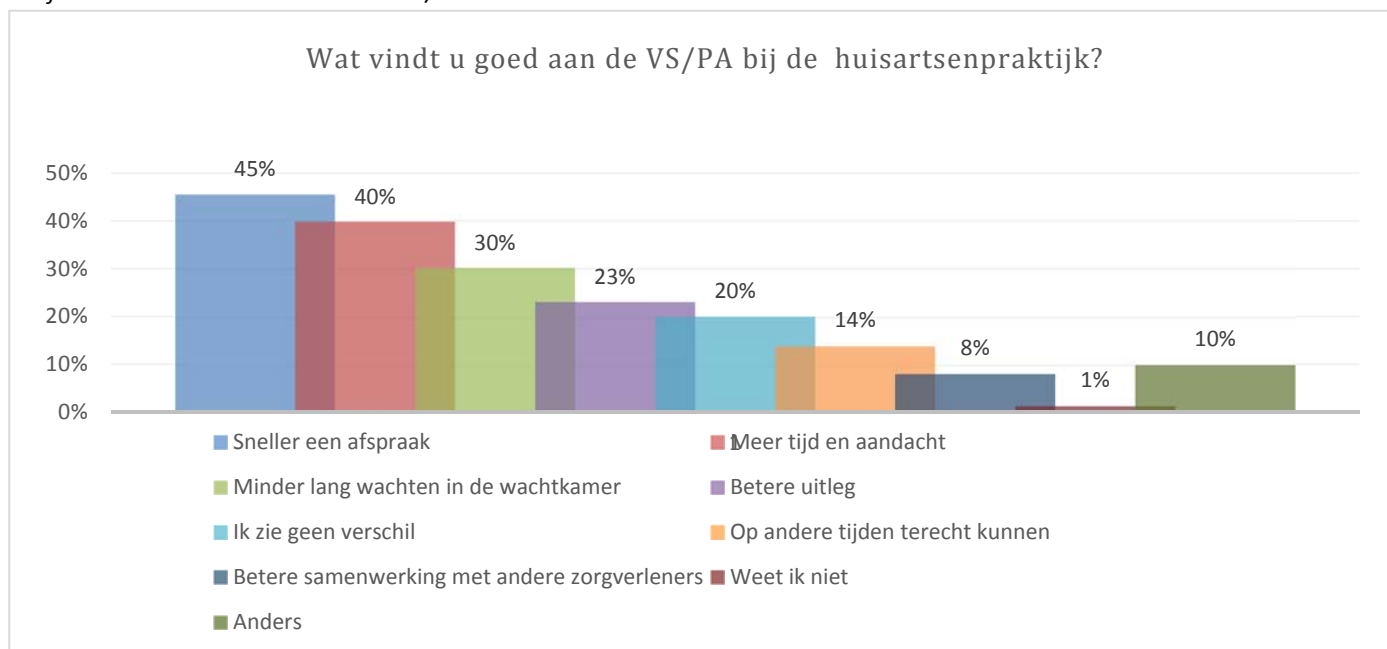


Respondenten hadden geen duidelijke voorkeur om behandeld te worden door de huisarts of VS/PA. Bij de HAP en groepspraktijken gaven de meeste respondenten aan dat het niet uitmaakte door wie zij gezien worden (resp. 52% en 47%), gevolgd door het aantal respondenten die vonden dat dit afhankelijk is van de klacht (resp. 36% en 43%). Bij de solopraktijken was dit omgekeerd: 47% was het afhankelijk van de klacht, 36% had geen voorkeur voor huisarts of VS/PA.

De vraag “Wat vindt u goed aan de VS/PA bij de huisartsenpraktijk?” werd verschillend beantwoord. Bij de HAP werd “Minder lang wachten in de wachtkamer” (37%) als hoogst

gewaardeerd, bij de solopraktijken “Sneller een afspraak” (57%) en bij de groepspraktijk “Meer tijd en aandacht” (61%). Zie grafiek 2 voor een totaal samenvatting.

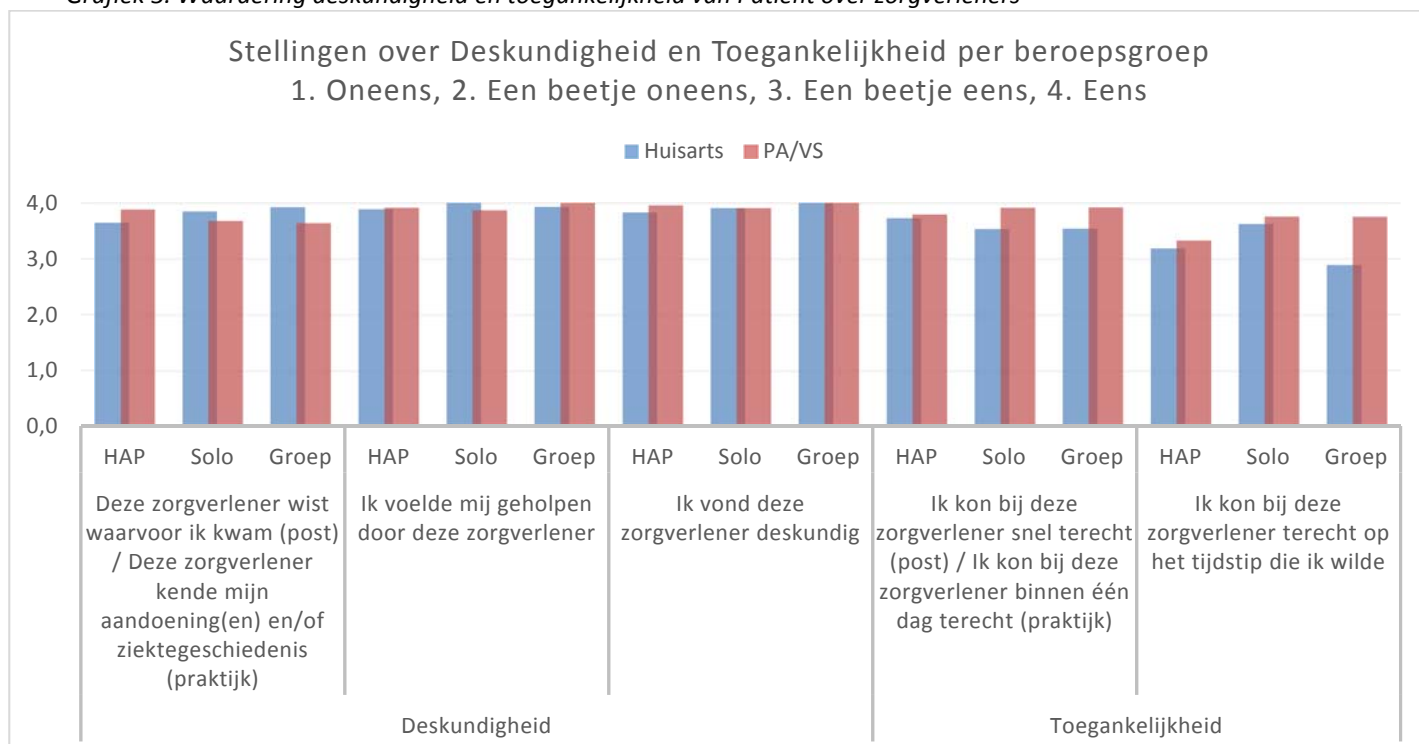
Grafiek 2. Ervaren meerwaarde van VS/PA



*Huisartsen en VS/PA worden hooggewaardeerd op deskundigheid, toegankelijkheid, bejegening en communicatie door patiënt*

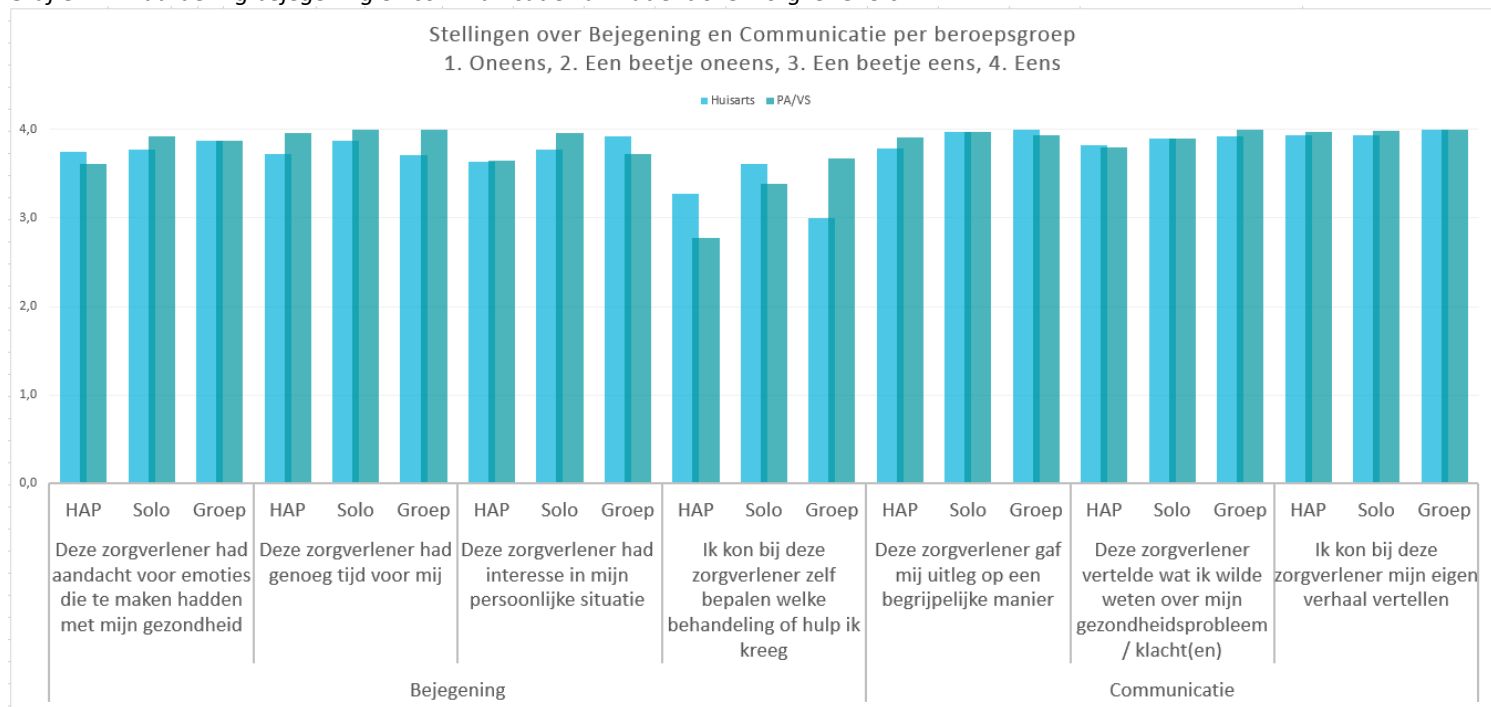
In grafiek 3 zijn de uitkomsten van de stellingen over deskundigheid en toegankelijkheid te zien. Deze uitkomsten zijn hoog, zowel voor de huisarts als PA/VS, en verschillen nauwelijks per beroepsgroep. De stelling “Ik kon bij deze zorgverlener terecht op het tijdstip die ik wilde” werd lager beoordeeld, vooral bij de groepspraktijk ten aanzien van een bezoek aan de huisarts.

Grafiek 3. Waardering deskundigheid en toegankelijkheid van Patiënt over zorgverleners



De stellingen over bejegening en communicatie zijn te zien in grafiek 4. Per soort praktijk en per beroepsgroep zijn de resultaten bijna allemaal boven de 3,5 (schaal 1 t/m 4: 1 oneens 4: eens). Alleen de stelling “Ik kon bij deze zorgverlener zelf bepalen welke behandeling of hulp ik kreeg” werd voor alle soorten praktijken lager beoordeeld. Ook was hier een verschil te zien tussen de VS/PA en de huisarts. Op de HAP scoorde de huisarts hoger dan de VS/PA (resp. 3,3 en 2,8). Voor de groepspraktijken was deze score juist andersom. De VS/PA scoorde hier hoger (3,7) dan de huisarts (3,0).

Grafiek 4. Waardering bejegening en communicatie van Patiënt over zorgverleners



Concluderend kunnen we stellen dat de zorg voor zowel de huisarts als voor de VS/PA hoog wordt beoordeeld door de patiënt en dat er ook vrijwel geen verschil tussen huisarts en PA/VS werd waargenomen.

### 3.5 Productiviteit, kosten en opbrengsten

Productie is mede afhankelijk van het aantal ingeschreven patiënten per huisartsenpost of -praktijk. Om die reden is in dit onderzoek naast productie ook gekeken naar de groei van het aantal ingeschreven patiënten bij de praktijken en het aantal inwoners van de betreffende HAP-regio.

#### *Huisartsenposten zien een groei in het aantal consulten en een lichte groei in het aantal inwoners in hun dekkingsgebied*

Voor de posten 1 en 2 geldt dat het aantal consulten en telefonische consulten en visites met respectievelijk 6% en 5% is gestegen in 2018 ten opzichte van 2017. Beide posten zagen ook een lichte groei in het aantal inwoners van hun dekkingsgebied in 2018 (respectievelijk 1,0 en 0,6%).

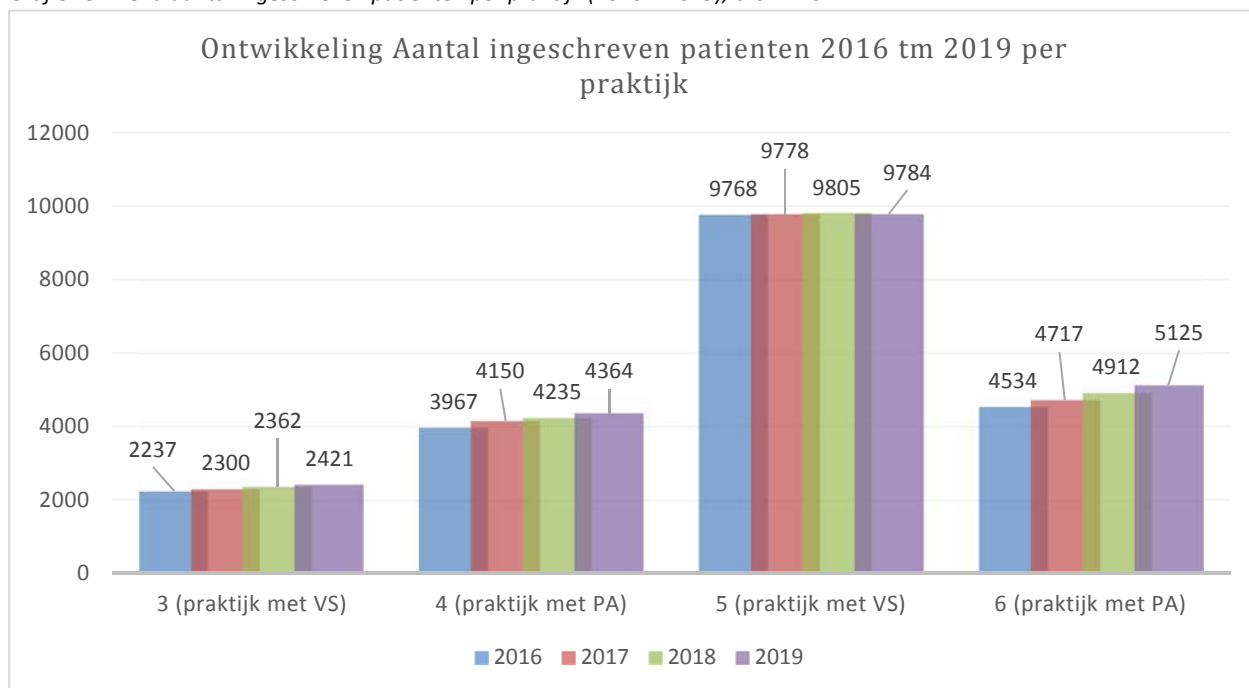
Tabel 7. Inwoners dekkingsgebied (Nivel)

Post	2017	2018	% groei
1	698.756	705.776	101,0%
2	256.173	257.787	100,6%

#### *Praktijken zien een gematigde groei in het aantal ingeschreven patiënten tussen 2016-2019*

Voor de praktijken geldt dat er een gematigde groei in aantal ingeschreven patiënten te zien is tussen 2016 en 2019. Eén praktijk (5) heeft een lichte daling van het aantal patiënten ten opzichte van 2018. Onderstaande grafiek geeft dit weer.

Grafiek 5. Trend aantal ingeschreven patiënten per praktijk (2016 – 2019), bron: HIS



Als we die groei omzetten naar percentages zien we dat de meeste praktijken een gemiddelde groei van 2,5% laten zien. Onderstaande tabel geeft dit weer.

Tabel 8. Ontwikkeling in het aantal ingeschreven patiënten per praktijk (bron: HIS, maart 2015; referentiejaar 2016)

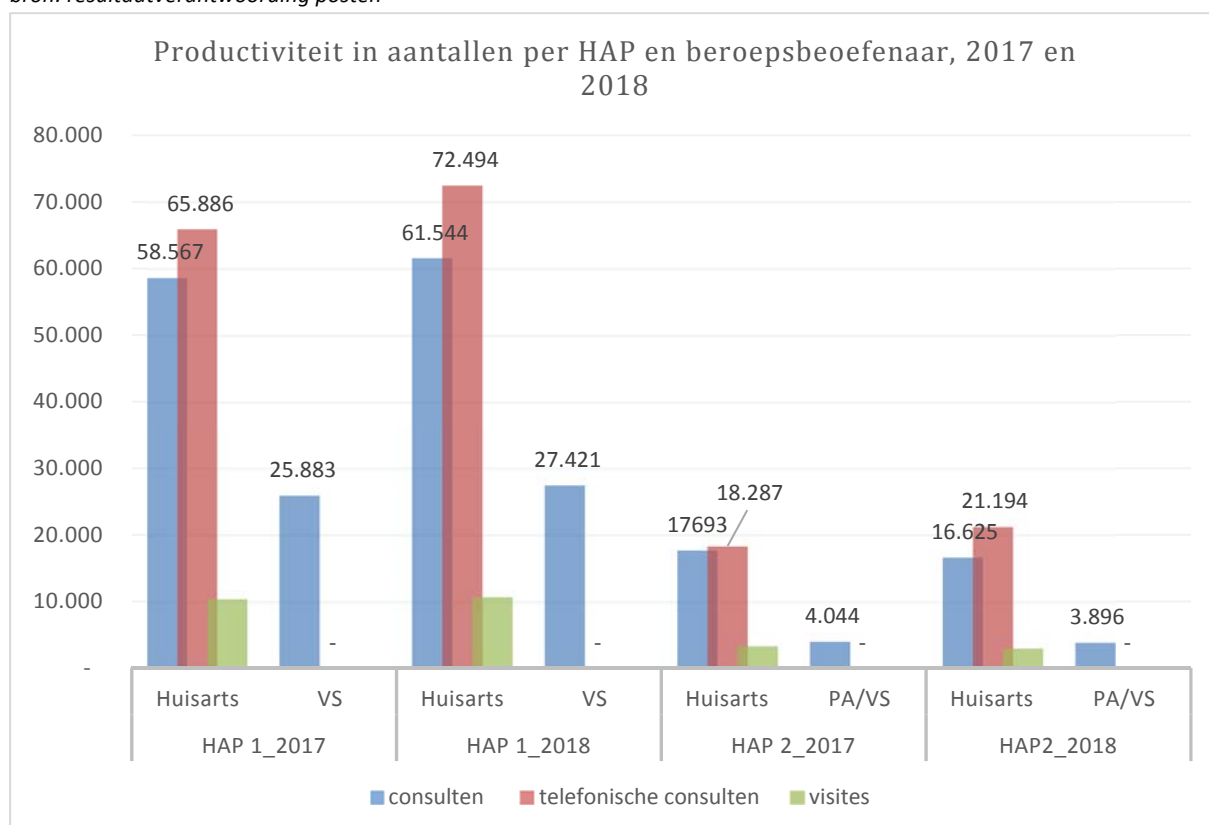
Jaar	3 (praktijk met VS)	4 (praktijk met PA)	5 (praktijk met VS)	6 (praktijk met PA)
2016	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2017	102,8%	104,6%	100,1%	104,0%
2018	102,7%	102,0%	100,3%	104,1%
2019	102,5%	103,0%	99,8%	104,3%
Gem	102,7%	103,2%	100,1%	104,2%

*De PA en VS dragen voor een belangrijk deel bij aan de totale productie van huisartsenposten en - praktijken*

De declarabele productie van de PA en VS op de huisartsenposten wordt met name behaald bij het verrichten van consulten. Visites werden in 2016, 2017 en 2018 slechts beperkt of geheel niet geregistreerd. Over het geheel genomen verrichtten de VS 44,2% van de consulten ten opzichte van de totale productie aan consulten door de huisartsen van huisartsenpost 1. Er werd op huisartsenpost 1 in totaal 7,41 fte aan VS ingezet. Omgerekend naar 1,0 fte is dit 3.507 consulten per jaar.

Op huisartsenpost 2 was de productie 44,6 procent met 1,02 fte inzet (PA en VS). Omgerekend naar 1,0 fte zijn dit 3.820 consulten per fte per jaar. Onderstaande grafiek geeft dit in absolute aantallen weer.

Grafiek 6. Totaalaantal consulten, telefonische consulten en visites uitgevoerd door huisartsen en PA/VS (2017 – 2018), bron: resultaatverantwoording posten

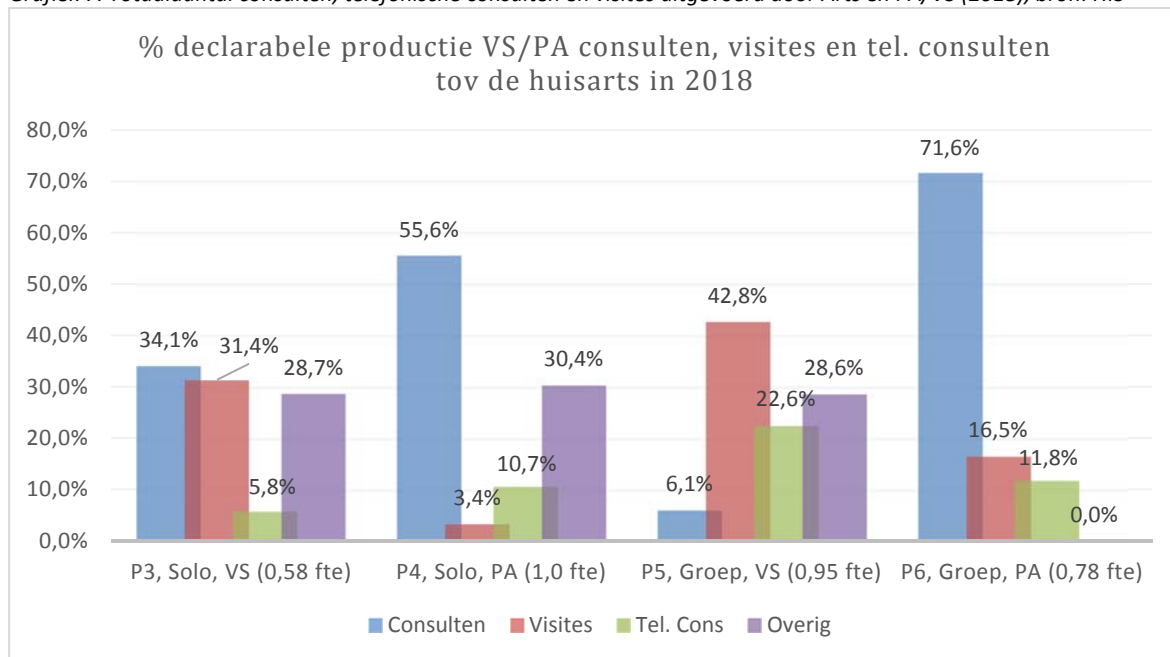


In de huisartsenpraktijken zien we dat PA/VS voor wat betreft de declarabele verrichtingen een ook groot deel van de productie op zich namen. Gemiddeld over alle praktijken en alle (declarabele) verrichtingen namen PA en VS 35% van de totale productie op de praktijk over van de huisarts.

### De PA/VS dragen voor het grootste deel bij aan consulten, visites en telefonische consulten

De verrichtingen die het meest zijn geregistreerd op naam van de VS/PA waren consulten, visites en telefonische consulten. Daarnaast werden ook andere aanvullende opbrengsten gegenereerd zoals de inkomsten uit de M&I-module ouderenzorg<sup>12</sup>. Als we de aantallen afzetten tegen de productie van één huisarts (bij groepspraktijken het gemiddelde van alle huisartsen) dan zien we dat de PA meer consulten verricht vergelijkbaar aan de huisarts (voor praktijk 4 en 6 respectievelijk 55,6% en 71,5%). De VS in praktijk 5 laat zien dat de inzet op deze praktijk met name gericht was op visites en telefonische consulten maar ook dat veel van de visites (langer dan 20 minuten) door de VS overgenomen werd. Onderstaande grafiek laat dit zien.

Grafiek 7. Totaalaantal consulten, telefonische consulten en visites uitgevoerd door Arts en PA/VS (2018), bron: HIS



Op basis van de gemiddelde loonkosten, een opslag voor sociale lasten en overige lasten zijn kosten in kaart gebracht voor de VS/PA (zie bijlage 5 voor de gespecificeerde berekening). Dat is afgezet tegen de opbrengsten per consult. Op basis van de beschikbaar gestelde gegevens van de posten en de beleidsregel hebben we het tarief per consulteenheid berekend. Omdat de huisartsenposten een (vooraf) vastgesteld budget krijgen geldt dat de opbrengsten alle kosten in de post moeten dekken, dus ook huisvesting en andere lasten. Praktijken gaven aan dat men in de jaren dat PA/VS werkzaam zijn geweest geen grote omzetzdalingen of -stijgingen hebben plaatsgevonden.

De overige werkzaamheden van de PA en VS bestonden veelal uit lichte chirurgische ingrepen, corticosteroïde-injecties (Cyriax), vloeibare stikstof/histofreezer, ecg-diagnostiek en inbrengen IUD/Implanon. Omdat dit veelal verrichtingen zijn met een laag volume maar wel veel verschillende soorten betreft hebben we ons gericht op de meest voorkomende verrichtingen (consulten, telefonische consulten en visites).

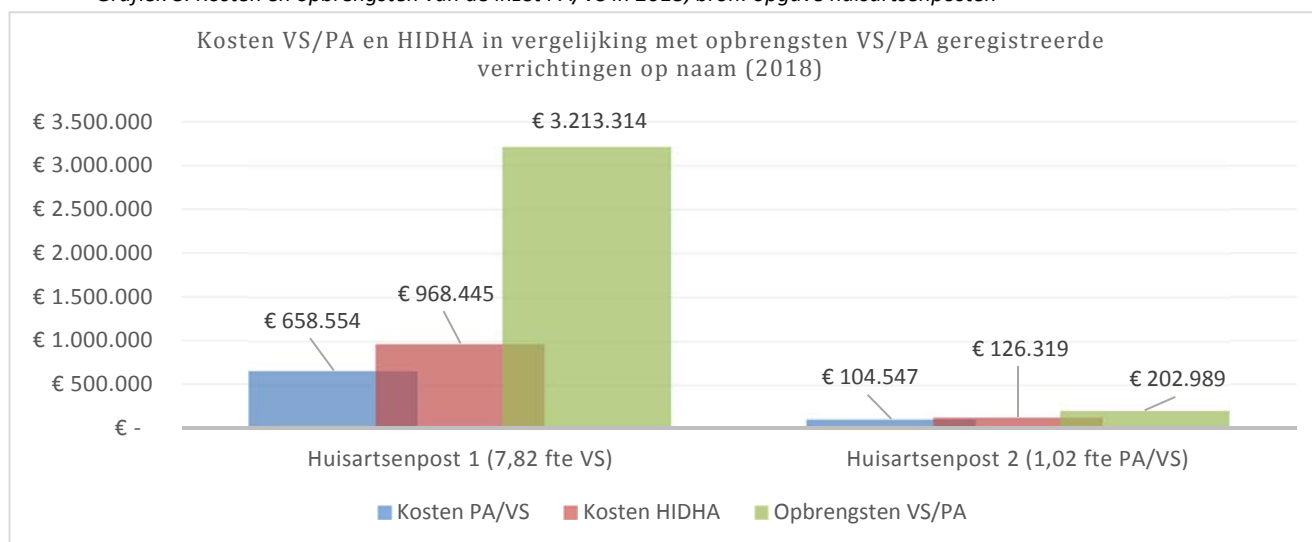
<sup>12</sup> Ondanks dat registraties plaatsvinden op naam van de beroepsbeoefenaar zien we dat de registratie op praktijkniveau het meest representatief is. De mogelijkheid dat geregistreerd wordt op naam van huisarts in plaats van de VS/PA blijft aanwezig.



### *Inzet van PA/VS is rendabel op de huisartsenposten in declarabele verrichtingen*

Uit de gegevens bleek dat voor beide posten de opbrengsten uit consulten voor de posten gunstig waren ten opzichte van de gemiddelde salarislasten. Dit kan verklaard worden doordat de PA/VS op de posten activiteiten verrichtten die maximaal declarabel waren. De kosten van de inzet van de PA/VS zijn vastgesteld op de salarislasten exclusief overige overheadkosten of praktijkkosten.

Grafiek 8. Kosten en opbrengsten van de inzet PA/VS in 2018, bron: opgave huisartsenposten

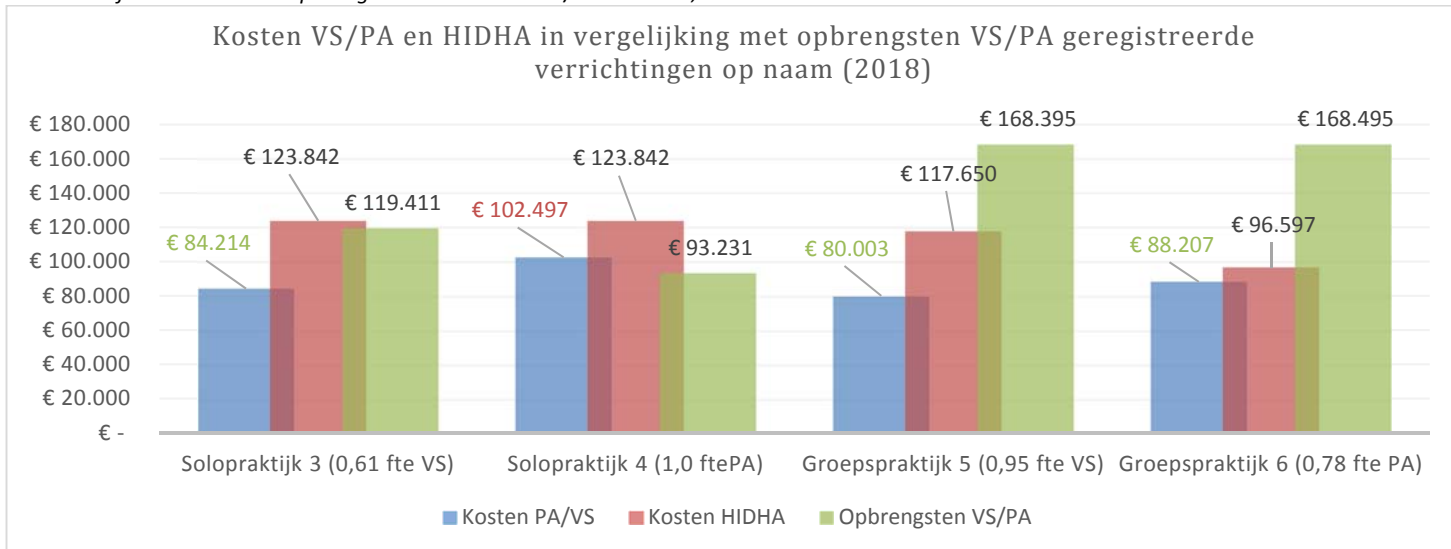


Voor de huisartsenpraktijken hebben we op basis van de gemiddelde loonkosten, een opslag voor sociale lasten en overige lasten de totale kosten in kaart gebracht voor de VS/PA en HIDHA (zie bijlage 5). Vervolgens zijn per uitgevoerde verrichting de opbrengsten berekend op basis van de maximumtarieven van 2018. Echter voor huisartsenposten geldt dat opbrengsten aan het einde van het jaar verrekend worden op de totale budgetafrekening.

### *PA en VS leveren voldoende opbrengsten in declarabele verrichtingen op ten opzichte van de directe salarislasten*

We constateren dat de inzet van PA en VS voor drie van de vier praktijken rendabel was. Bij deze drie praktijken zien we dat ze meer opbrengsten genereerden dan de gemiddelde kosten. Één praktijk (4) was niet rendabel vanuit de verrichtingen. We verklaren deze lage opbrengst doordat de PA in 2018 gestart was en dit nog in de onderzoeksperiode viel. Daarnaast verrichtte deze PA ook andere activiteiten voor de praktijk. Dat kan ook tijds winst opgeleverd hebben, maar dat was niet gerelateerd aan directe patiëntenzorg en declarabele productie van de PA/VS.

Grafiek 9. Kosten en opbrengsten van de inzet PA/VS in 2018<sup>13</sup>, bron: HIS



De vergelijking met de kosten van de hidha is relevant, maar tijdens de interviews is opgemerkt dat de hidha ook meer opbrengsten kan genereren omdat deze een vergelijkbaar profiel heeft met de huisarts. Anderzijds, geven huisartsen aan, brengt een PA/VS meer continuïteit op de huisartsenpraktijk omdat deze doorgaans voor een langere duur op een praktijk zal werken.

#### *HIDHA is duurder maar kan breder ingezet worden zonder begeleiding*

Er is ook gekeken naar de overweging of de inzet van een HIDHA aan salarislasten dekkend zou zijn. Als we dit afzetten tegen de productie van de VS of PA dan is de HIDHA qua salarislasten hoger en daardoor minder rendabel. Echter een HIDHA zou ook meer consulten en meer verschillende complexere taken kunnen uitvoeren dan een PA. Huisartsen geven aan dat afhankelijk van die productie dit alsnog rendabel kan zijn. Daarnaast kan de HIDHA zelfstandig en zonder achterwacht op de praktijk werkzaam zijn. De HIDHA valt echter buiten de scope van dit onderzoek, waardoor de opbrengsten van de HIDHA niet inzichtelijk gemaakt is.

#### *De VS kan extra rendabel zijn vanwege inkomsten uit de ouderenmodule*

We zagen bij één praktijk veel inkomsten vanwege aanvullende afspraken met de zorgverzekeraar in het kader van de ouderenzorgmodule. Huisartsen gaven hierbij aan dat het ook voor hen voordelig was, doordat de VS een groot deel van de communicatie met de kwetsbare oudere overnam en daardoor tijd creëerde voor de huisartsen. In deze tijd konden de huisartsen zich richten op andere zorg. Deze aanvullende opbrengsten konden niet gekwantificeerd worden omdat deze aanvullende productie niet geregistreerd werd.

#### *Opbrengsten afhankelijk van inzet*

Afhankelijk van de inzet, contracturen en achtergrond zien we dat de PA/VS met name op consulten, telefonische consulten en visites werden ingezet. Omgezet naar opbrengsten per verrichting (uitgaande van het maximumtarief in 2018) zien we dat PA en VS in de consulten de meeste financiële bijdrage leverden, met uitzondering van case 5 waar op telefonische consulten

<sup>13</sup> Gebaseerd op gemiddelde in loonschaal, cao-huisartsenzorg; Incl. Opslag voor Sociale lasten (33%) en bijkomende en overige salarislasten (17%), maximumtarieven Nza 2018, inschrijftarief gebaseerd op leeftijd, inkomen en locatie (Opslagtarieven 2018) en incl. Opbrengsten M&I-module ouderenzorg. Dit exclusief aanvullende praktijkkosten.

en visites opbrengsten gegenereerd werden. Praktijken geven aan dat men in de jaren dat PA/VS werkzaam zijn geweest geen grote omzetzalingen of stijgingen heeft plaatsgevonden.

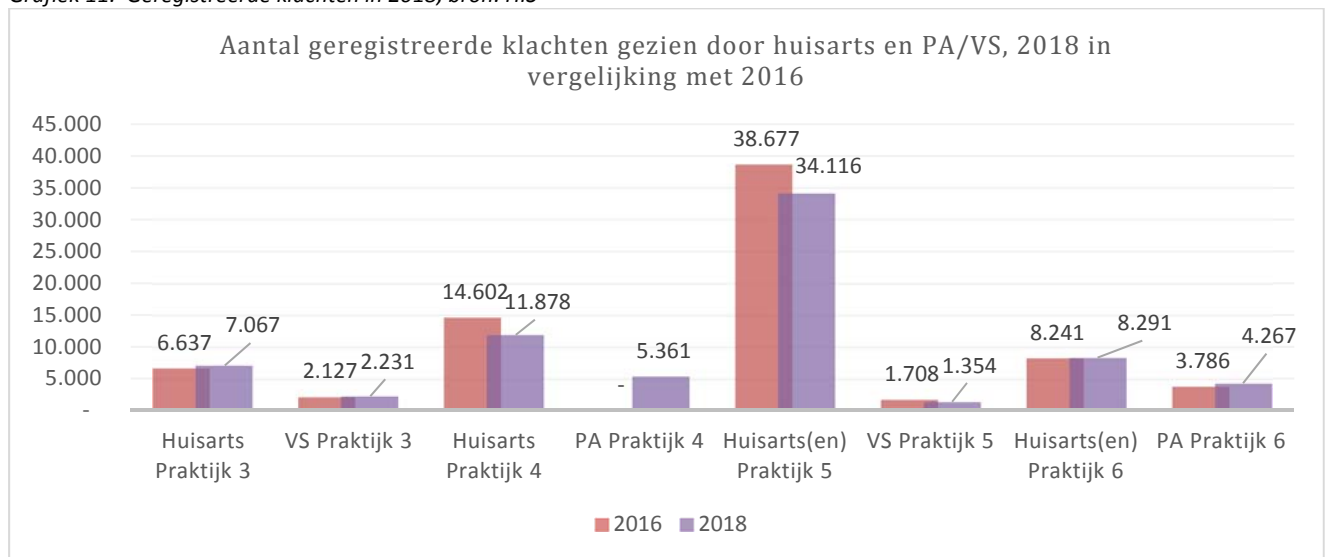
### 3.6 Klachten (ICPC3)

Van de vier praktijken zijn HIS-gegevens opgevraagd gericht op de geregistreerde klachten volgens de ICPC3 klachtenlijst. Per uitvoerder zijn het aantal behandelde klachten en het aantal unieke klachten van de betreffende beroepsbeoefenaar in kaart gebracht. Voor zover mogelijk is dat gerelateerd aan de periode voorafgaand aan en tijdens de inzet van een PA of VS.

#### *Daling van het aantal klachten gezien door huisarts*

We zien een diverse inzet van VS/PA voor wat betreft de behandeling van klachten; De VS in de solopraktijk 3 zag een divers aantal klachten met name gericht op luchtwegen en overige algemene symptomen. De arts was 92 minder van deze klachten minder gaan doen. De VS heeft meer patiënten met deze klachten gezien in dezelfde periode. Dit betrof onder meer klachten rondom eczeem, jeuk, carpaal tunnelsyndroom en overmatig cerumen. Voor praktijk 4 lijkt het erop dat de PA een deel van de activiteiten van de huisarts had overgenomen. Dit betrof 3635 klachten die de huisarts minder is gaan doen en die de PA wel behandeld had. Ondanks dat de directe relatie tussen de klachten en de inzet van PA/VS moeilijk aan te tonen is, zien we dat de huisarts een aantal klachten minder is gaan registreren. In praktijk 4 registreerde de VS relatief weinig klachten, maar zien we wel een daling van het aantal klachten bij de huisartsen. Grafiek 11 vat dit samen.

Grafiek 11. Geregistreerde klachten in 2018, bron: HIS



#### *De PA zien een groter aantal en meer unieke klachten dan de VS*

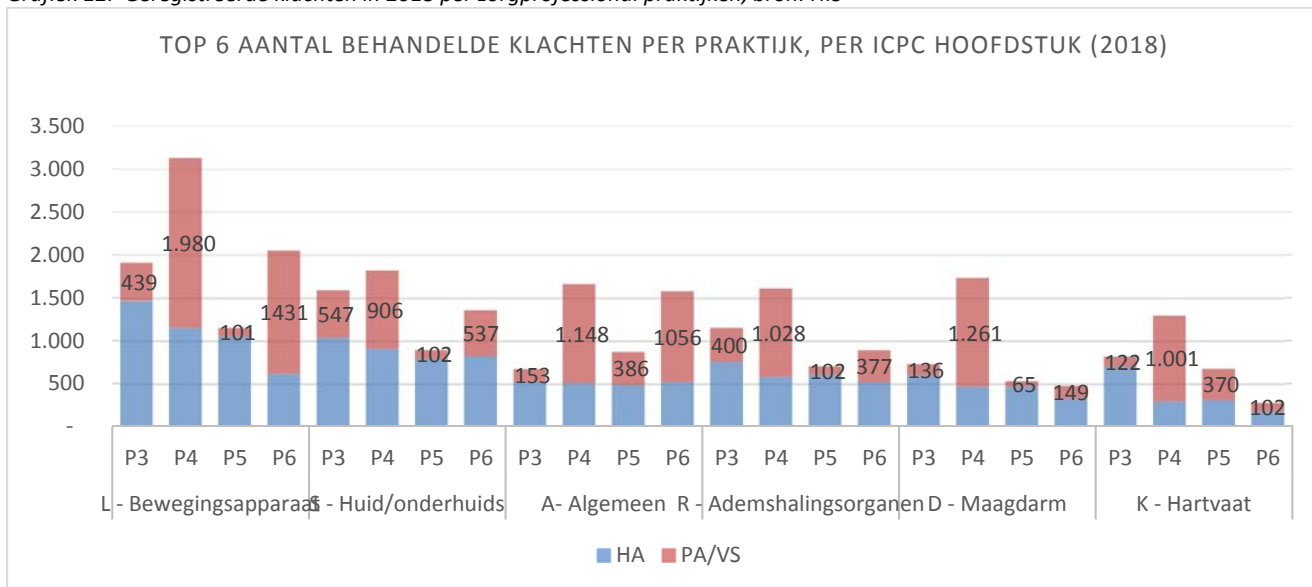
Opvallend is dat de VS een minder groot aantal verschillende klachten zag dan de PA die meer dan het dubbele aantal ziet. Dit geldt ook voor het aantal unieke klachten. Tabel 9 geeft dit weer. De PA in praktijk 4 is gestart in 2018. Hieruit concluderen we dat de PA breder ingezet werd dan de VS bij onze andere casestudies.

Tabel 9. Ontwikkeling in het geregistreerde klachten per praktijk per huisarts en VS/PA, bron: HIS

	Huisarts Praktijk 3	VS Praktijk 3	Huisarts Praktijk 4	PA Praktijk 4	Huisarts(en) Praktijk 5	VS Praktijk 5	Huisarts(en) Praktijk 6	PA Praktijk 6
2016	6.637	2.127	14.602	-	38.677	1.708	8.241	3.786
2017	6.962	1.992	-	-	35.586	1.753	7.675	3.440
2018	7.067	2.231	11.878	5.361	34.116	1.354	8.291	4.267

De PA/VS zagen met name klachten in de categorieën rondom het bewegingsapparaat, huid/onderhuids, algemene klachten en van de ademhaling. Onderstaande grafiek laat dit zien.

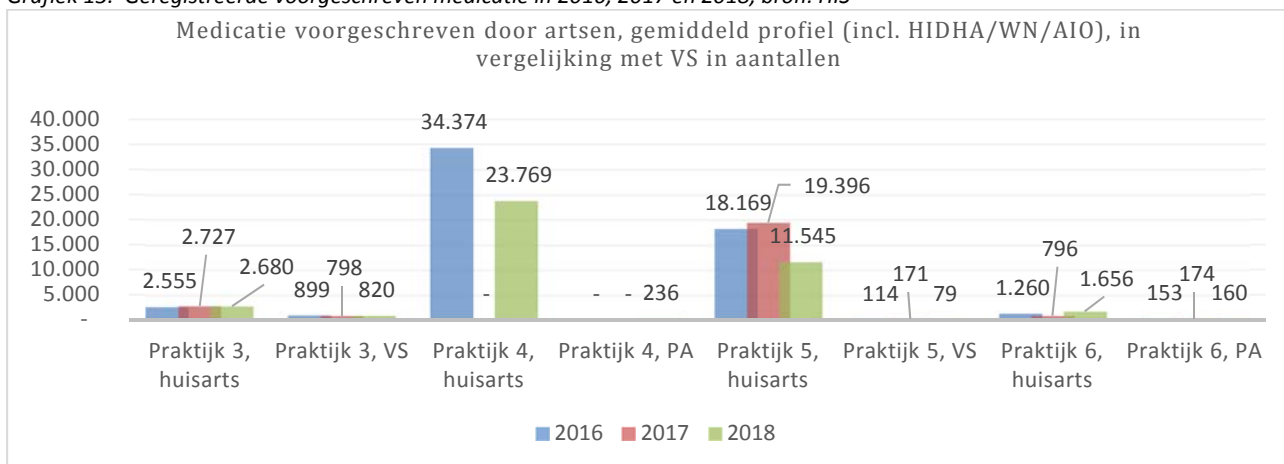
Grafiek 12. Geregistreerde klachten in 2018 per zorgprofessional praktijken, bron: HIS



### 3.7 Medicatie

Elke huisartsenpraktijk registreert welke medicatie voorgeschreven wordt op naam van de betreffende zorgprofessional. Voor zover mogelijk was, hebben we gegevens opgevraagd rondom het voorschrijven van medicatie. De verzamelde gegevens betreffen het aantal en aard van de voorgeschreven medicatie en niet de hoeveelheden per medicament. Als we kijken naar zuivere aantallen dan laat onderstaande grafiek samenvattend de uitkomsten zien.

Grafiek 13. Geregistreerde voorgeschreven medicatie in 2016, 2017 en 2018, bron: HIS



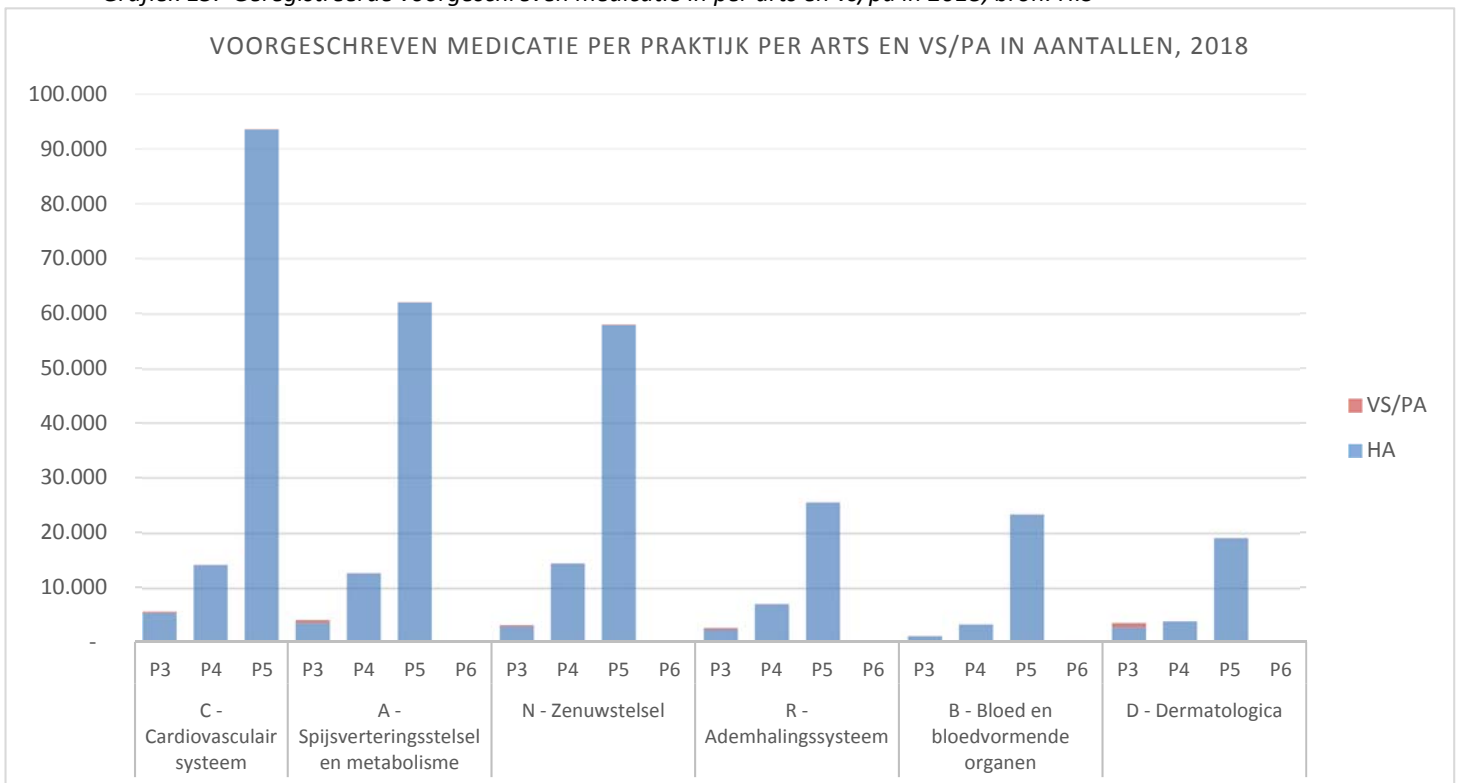
PA en VS schrijven beperkt medicatie voor. Het aantal voorgeschreven medicatie is stabiel en laat geen groei zien

Het eerste wat opvallend is, is het aantal voorgeschreven medicatie. Dit is beperkt doordat de VS/PA in onze casestudies beperkt voorschreven. Wanneer we het aantal voorgeschreven van een huisarts op 100% stellen dan schreef de VS in praktijk 3 ongeveer 31% voor ten opzichte van een huisarts. Argumenten hiervoor zijn dat de VS zich meer aan het formularium houdt en op een beperktere groep patiënten werd ingezet. Ook zien we dat er geen of beperkte groei is van de voorgeschreven medicatie per jaar bij de VS en PA. Bij twee praktijken (5 en 6) schrijft de VS de medicatie voor op naam van de huisarts waardoor een vertekend beeld ontstaat.

#### *De aantallen voorgeschreven medicatie zijn indicatief*

Wanneer er een goed beeld van de kosten van medicatie verkregen zou moeten worden dan zou per voorgeschreven medicatie de hoeveelheden per voorgeschreven medicatie achterhaald moeten worden en op basis van prijs en hoeveelheid de kosten moeten worden berekend. Dat is met deze dataset slechts beperkt mogelijk gebleken. Bij praktijk 5 en 6 werden medicatie voorschriften door PA/VS geregistreerd door de huisarts op naam van de doktersassistent waardoor er een vertekening heeft plaatsgevonden en verdere analyse bij deze twee praktijken beperkt mogelijk is. Grafiek 15 laat deze vertekening zien.

*Grafiek 15. Geregistreeerde voorgeschreven medicatie in per arts en vs/pa in 2018, bron: HIS*



### 3.8 Verwijzingen

Van twee van de vier praktijken hebben we de goede verwijsgegevens ontvangen. Dit betrof praktijk 3 en 4. Ook hier hebben we ons beperkt tot aantallen. Wat niet uit de data te halen viel, maar wel uit de interviews aangegeven is was dat zowel huisarts als PA/VS een vergelijkbare groep patiënten zag.

#### *Wisselend beeld ten aanzien van het aantal verwijzingen*

We zien verschillen bij beide praktijken en er zijn geen relevante trends te ontdekken.

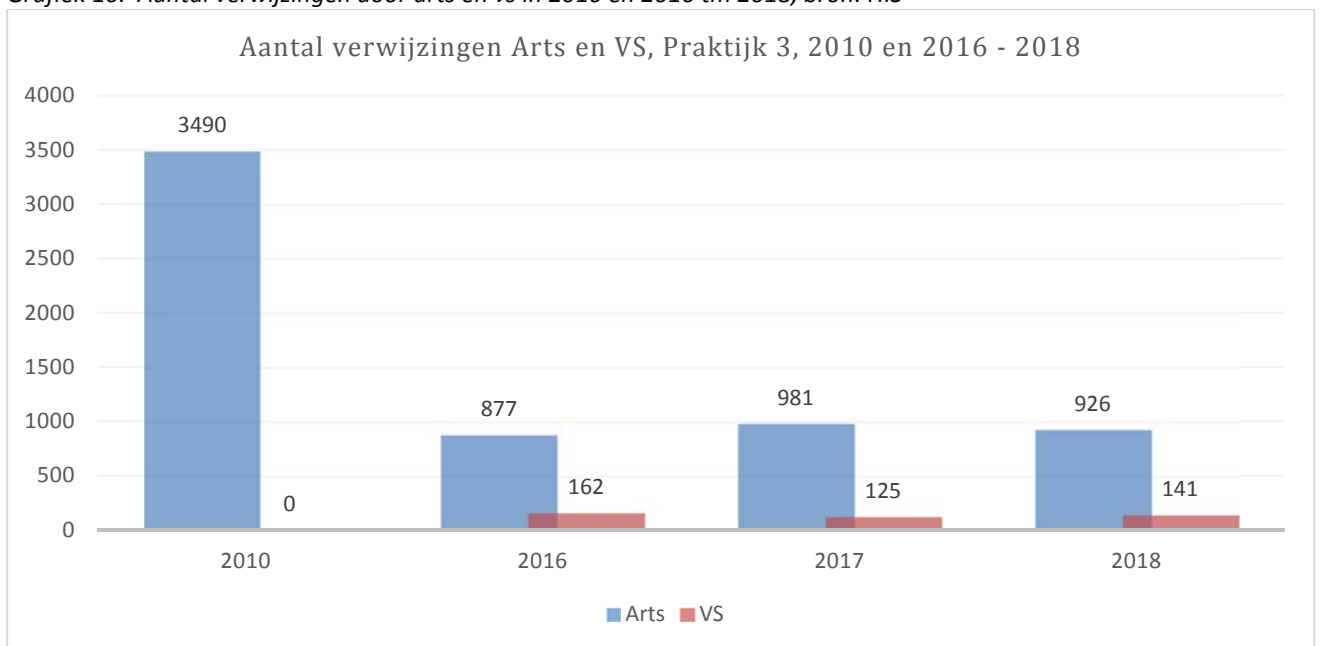
Tabel 10. Ontwikkeling in het aantal verwijzingen per case, bron: HIS

Jaar	Praktijk 3	Praktijk 3	Praktijk 4	Praktijk 4
	Arts	VS	Arts	PA
2010	3.490	0	0	0
2016	877	162	516	0
2017	981	125	0	0
2018	926	141	837	410

*Verwijzingen door de huisarts neemt af, VS neemt deze over*

Bij praktijk 3 zien we dat er een daling is van het aantal verwijzingen door de huisarts en dat deze afname in verwijzingen voor een deel door de VS aangevraagd worden. De VS was in 2010 nog niet werkzaam in de praktijk. Deze daling is ook bevestigd door de VS en huisarts in praktijk 3.

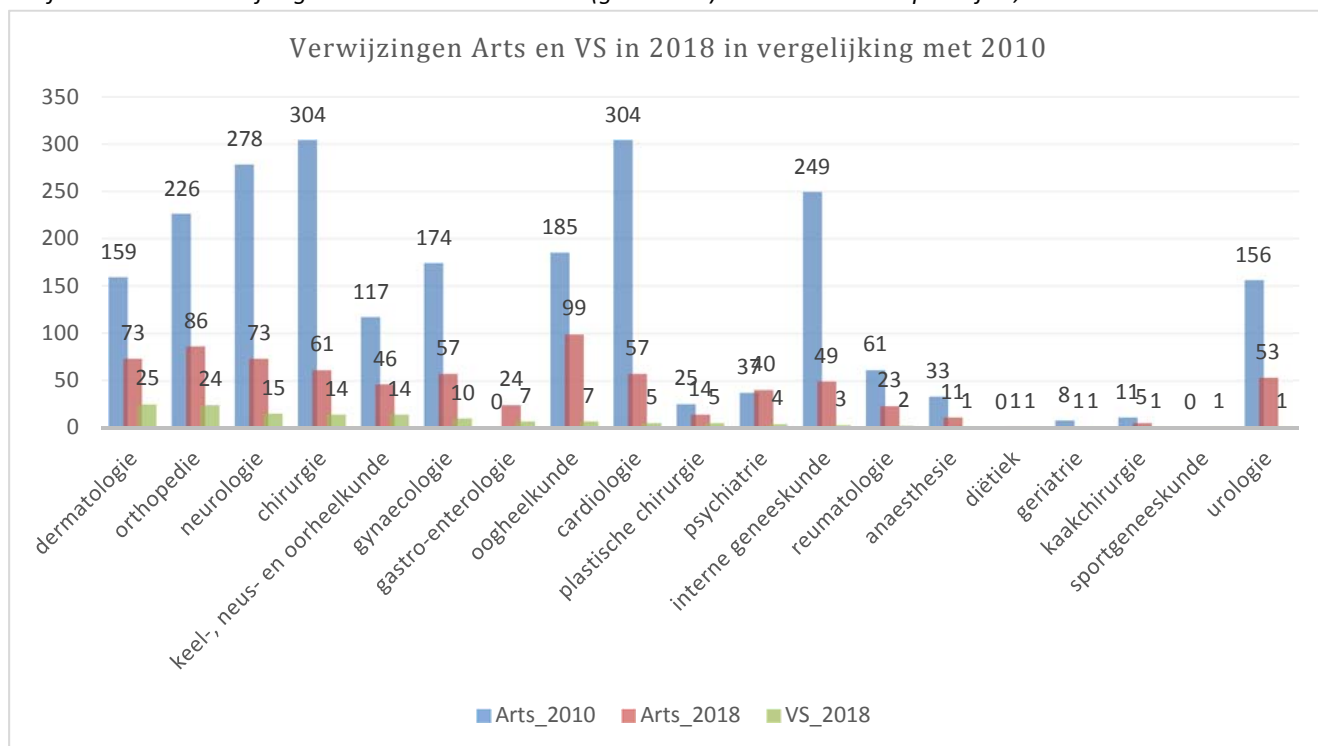
Grafiek 16. Aantal verwijzingen door arts en vs in 2010 en 2016 tm 2018, bron: HIS



*We zien een afname van het aantal verwijzingen door de huisarts na inzet VS*

Tenslotte zien we bij praktijk 3 dat de VS met name verwijzingen naar dermatologie, orthopedie en neurologie aanvraag. De arts heeft in 2010 meer aanvragen gedaan, maar dat is sterk afgenomen in 2018. Dat is deels te verklaren door de inzet maar kunnen ook het gevolg zijn geweest van een beperkter verwijsgedrag als gevolg van dalende vraag.

Grafiek 17. Aard verwijzingen door arts en vs in 2010 (geen inzet) en 2016 tm 2018 praktijk 3, bron: HIS



## 4. Vergelijkingsstudie

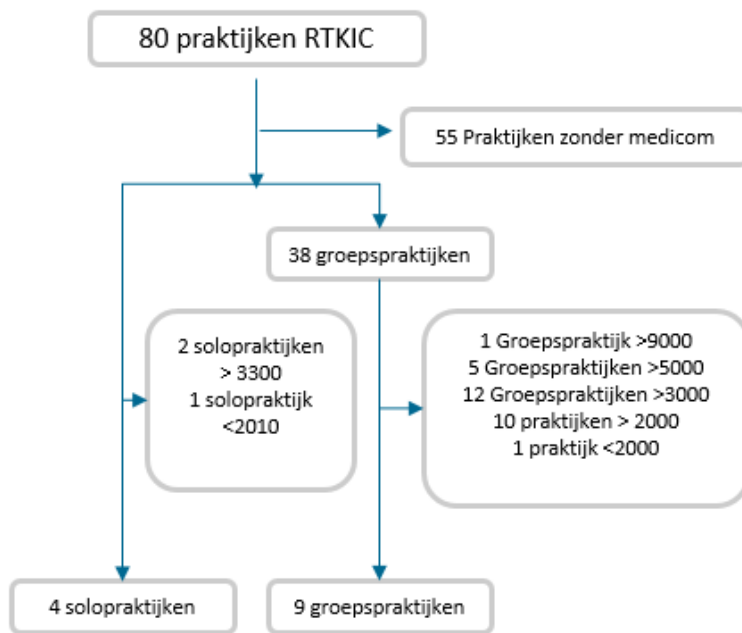
Voor dit onderzoek is aanvullend gebruik gemaakt van de gegevens van 80 praktijken. Deze gegevens dienden als referentiedata om enerzijds de generaliseerbaarheid te toetsen van de geïnccludeerde vier praktijken<sup>14</sup>. Anderzijds om vast te stellen of de inzet van PA/VS inderdaad tot een aangepaste productie leidt.

### 4.1 Kenmerken geïnccludeerde praktijken

We hebben gegevens gebruikt van 80 praktijken die aangesloten zijn bij de afdeling Eerstelijngeneeskunde (RTKIC) van het Radboudumc. Uiteindelijk hebben we de gegevens van 45 praktijken kunnen gebruiken. Reden hiervoor is dat de overige praktijken andere huisartseninformatiesysteem (HIS) gebruiken waarvoor aanvullende gegevens per praktijk opgevraagd moesten worden om gelijke data te kunnen presenteren. Dat was binnen de gestelde periode niet mogelijk. Van de 45 praktijken die wel betrokken zijn, waren 7 solopraktijken en 38 groepspraktijken betrokken in onze studie. Vervolgens zijn op basis van het aantal ingeschreven patiënten 13 praktijken geïnccludeerd (met een maximale afwijking van 8% van het aantal ingeschreven patiënten ten opzichte van de casussen). Figuur 4 geeft dit weer.

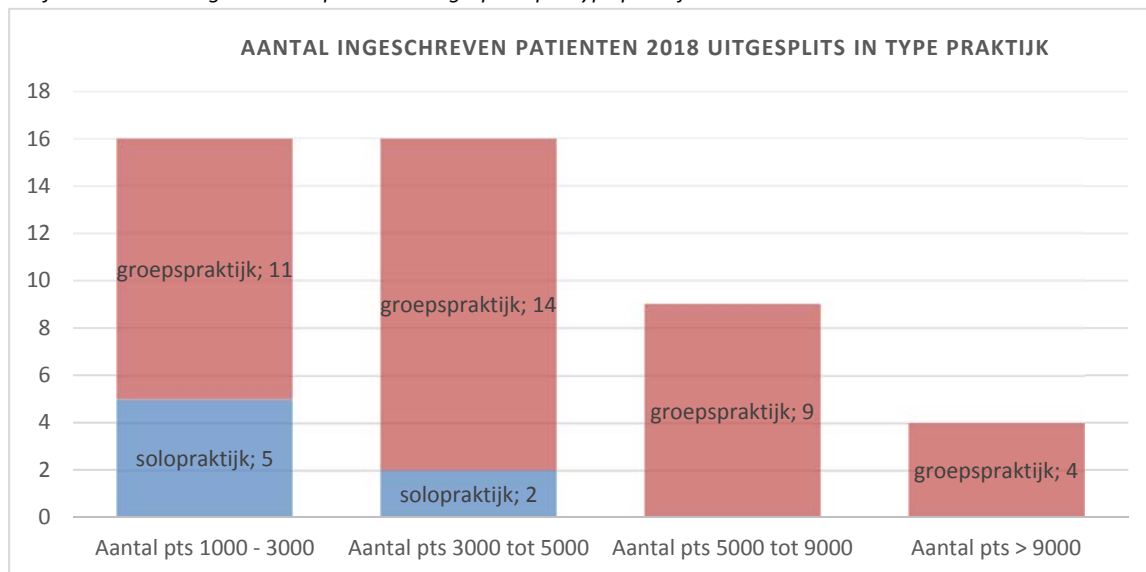
<sup>14</sup> Bij de huisartsenposten hebben we geen data kunnen verkrijgen in brede zin

Figuur 4. Betrokken praktijken



Qua omvang zien we ook veel verschillen tussen de praktijken. Het grootste deel zijn groepspraktijken tussen 3000-5000 ingeschreven patiënten per jaar. Grafiek 18 geeft dit weer.

Grafiek 18. Aantal ingeschreven patiënten uitgesplitst per type praktijk



Op basis van bovenstaande kenmerken hebben we vier vergelijkbare (referentie-) praktijken voor praktijk 3, twee referentie-praktijken voor praktijk 5 en zeven referentie-praktijken voor praktijk 6 geïnccludeerd. Op basis van de gegenereerde data hebben we geen referentie-praktijk voor praktijk 4 gevonden. We hebben praktijken geïnccludeerd die maximaal 8% afweken van het aantal ingeschreven patiënten in de door ons onderzochte cases/praktijken.

We zien dat het aantal ingeschreven patiënten per jaar stijgt, maar in 2019 aan het afnemen is. Deze groei en afname is vergelijkbaar met de door ons geïnccludeerde referentie-praktijken in onze casestudies. Tabel 11 vat dit samen.



Tabel 11: Ontwikkeling aantal ingeschreven patiënten

	2016	2017	2018	2019
Aantal ingeschreven pts per jaar	192.974	200.487	201.734	202.310
Index tov 2016	1,00	1,04	1,05	1,05
Index jaarlijks	1,00	1,04	1,01	1,00
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten	4.288	4.455	4.483	4.496
StDEV	2.279	2.343	2.359	2.325
Min	1.683	1.881	1.914	1.928
Max	11.687	12.025	12.191	11.973

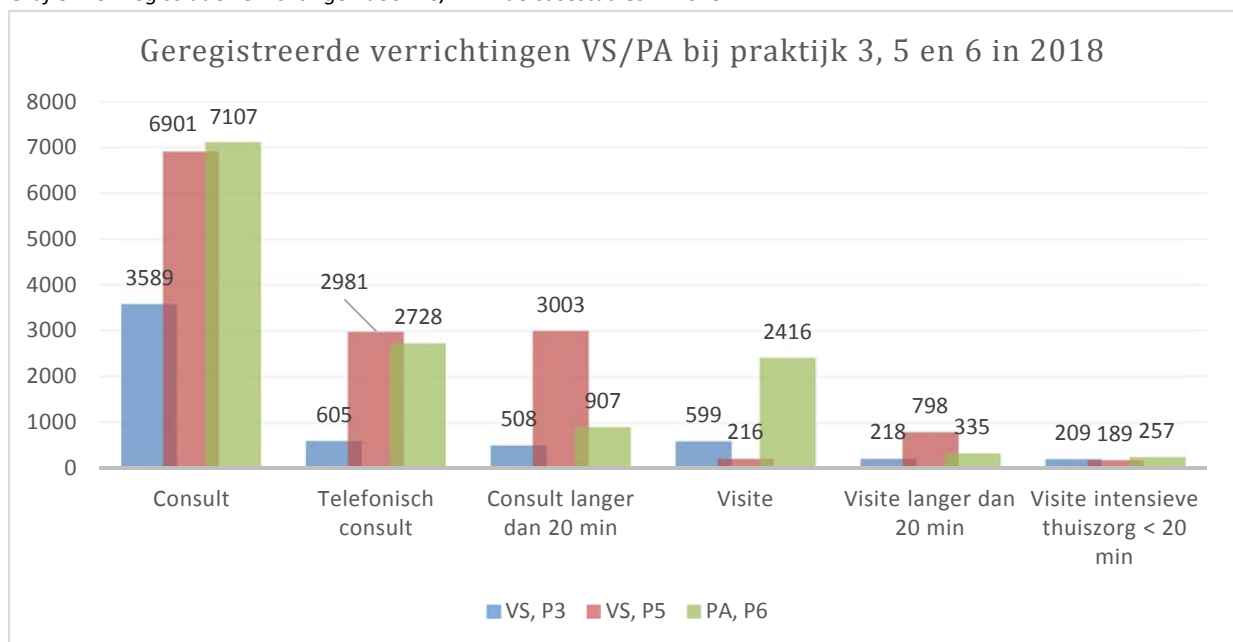
## 4.2 Resultaten analyse solopraktijken en groepspraktijken

### Geregistreerde declarabele verrichtingen

Voor een vergelijking van de productie zijn drie praktijken geïnccludeerd: praktijk 3 (solopraktijk met VS), praktijk 5 (groepspraktijk met VS) en praktijk 6 (groepspraktijk met PA). De overige praktijken weken te veel af in productie en het aantal ingeschreven praktijken om een goede vergelijking te kunnen maken.

Bij deze drie praktijken zijn met name de volgende verrichtingen geregistreerd: consulten, telefonische consulten en visites (zowel regulier als >20 minuten).

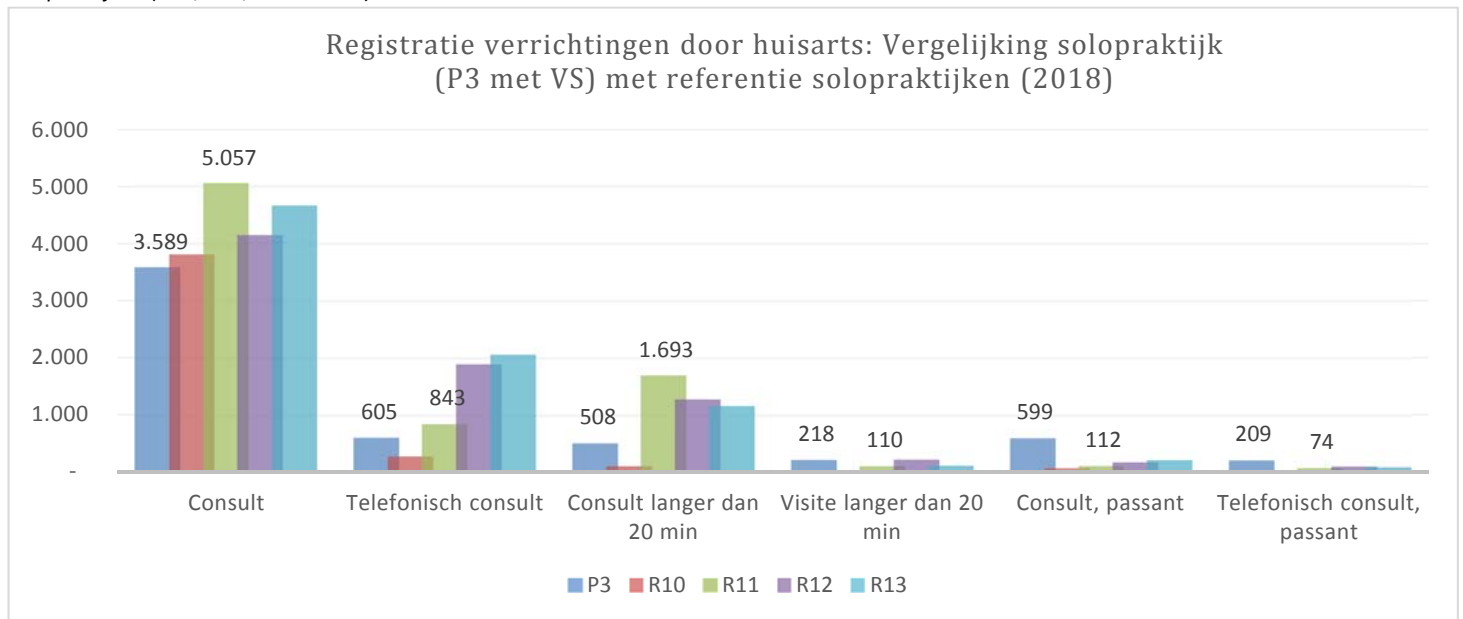
Grafiek 19. Registratie verrichtingen door VS/PA in de casestudies in 2018



Afhankelijk van de omvang van het contract en inzet zien we verschillen per praktijk. Allen werden met name ingezet op consulten en als uitzondering werd de VS op praktijk 5 hoofdzakelijk ingezet op telefonische consulten, consulten langer dan 20 minuten en visites langer dan 20 minuten.

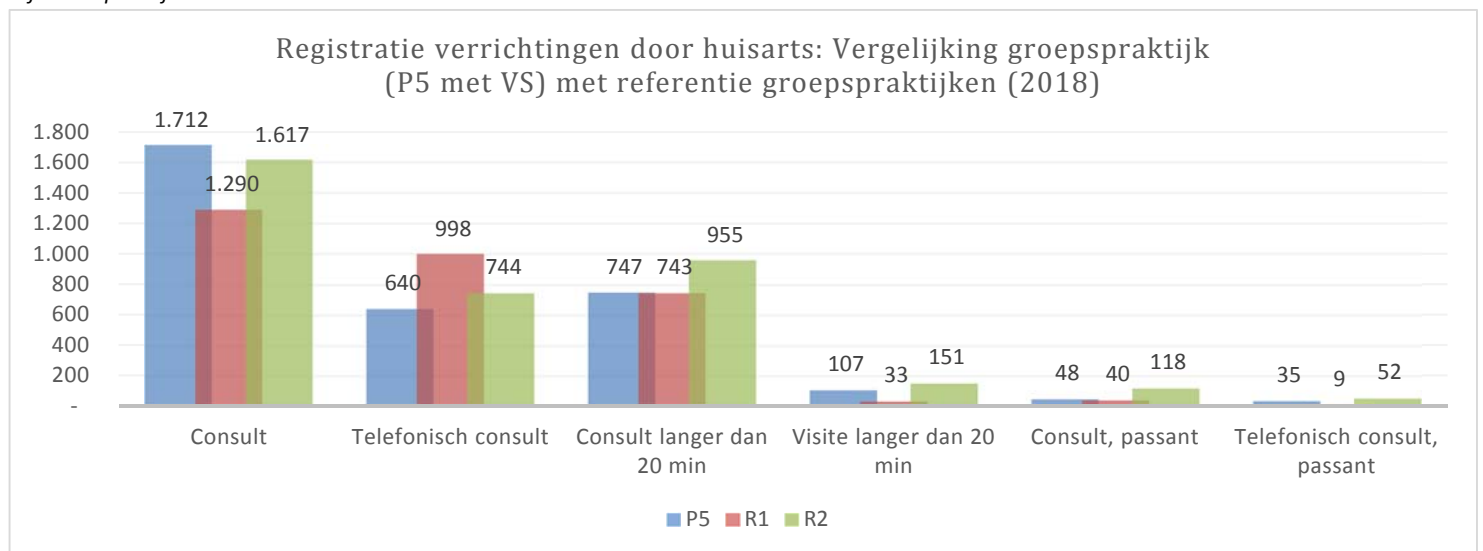
Als we kijken naar de registratie van verrichtingen door de huisarts in praktijk 3 dan zien we dat de huisarts minder consulten verrichtte dan de huisartsen in de referentiepraktijken. Dit verschil varieerde per referentiepraktijk maar allen zijn hoger. Grafiek 20 geeft dit weer.

Grafiek 20. Registratie verrichtingen door huisarts in praktijk 3 (solopraktijk met VS) in vergelijking met huisartsen in referentie solopraktijken (R10, R11, R12 en R13)



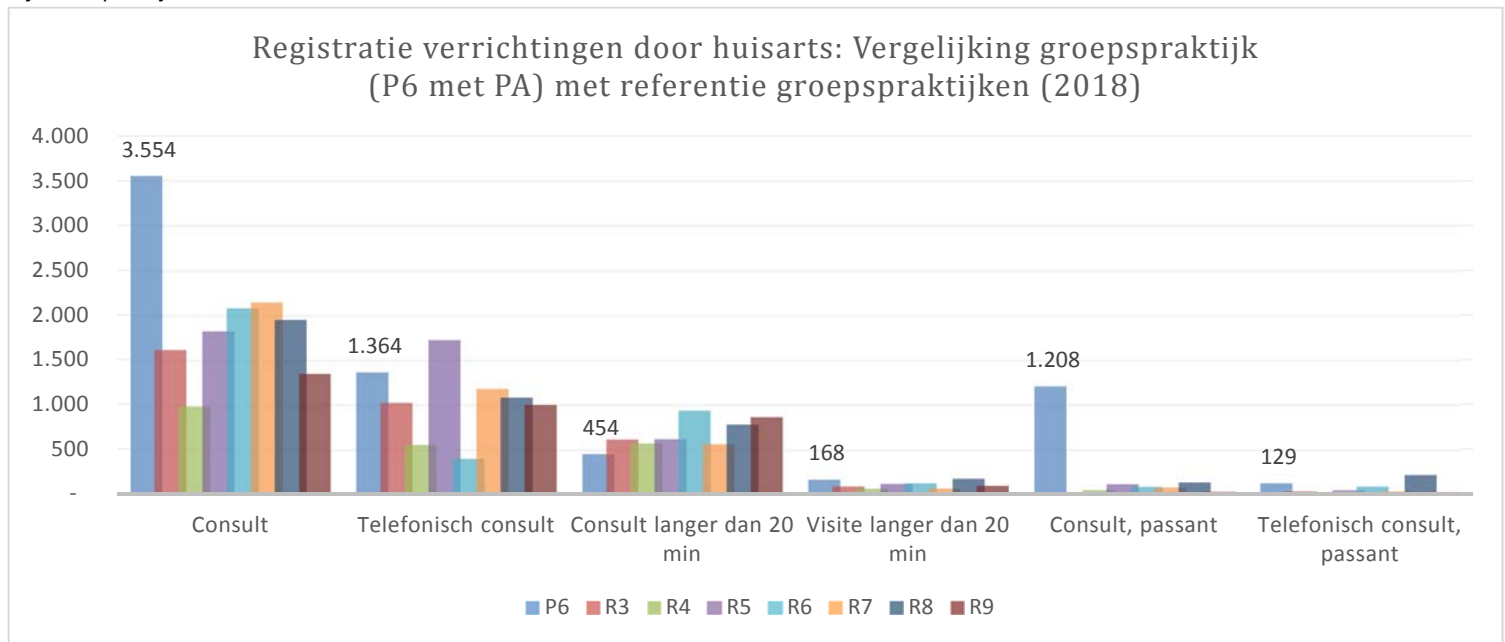
Als we kijken naar de inzet van de huisarts bij deze solopraktijken in vergelijking met de twee referentiepraktijken dan zien we dat de huisartsen in praktijk 5 relatief meer consulten deden. Dit komt overeen met het beeld dat de huisartsen in praktijk 5 meer ruimte hadden voor andere patiënten. Daarnaast zien we ook een lager aantal telefonische consulten bij de huisartsen in vergelijking met andere huisartsen. Grafiek 21 laat dit zien.

Grafiek 21. Registratie verrichtingen door huisarts in praktijk 5 (groepspraktijk met VS) in vergelijking met huisartsen referentiepraktijken



De vergelijking met praktijk 6 (groepspraktijk met een PA) laat een ander patroon zien. Hier zien we dat de huisarts een uitzonderlijk hoog aantal consulten en telefonische consulten uitvoert in vergelijking met de huisartsen in de referentiepraktijken. Dit wijst erop dat de praktijk 6 een groei van het aantal consulten per jaar ervaart en dat men dit met behulp van een PA opvangt. Opvallend is dat de PA veel visites doet en daardoor ruimte heeft voor de consulten van de huisarts.

Grafiek 22. Registratie verrichtingen door huisarts in praktijk 6 (groepspraktijk met PA) in vergelijking met huisartsen referentiepraktijken



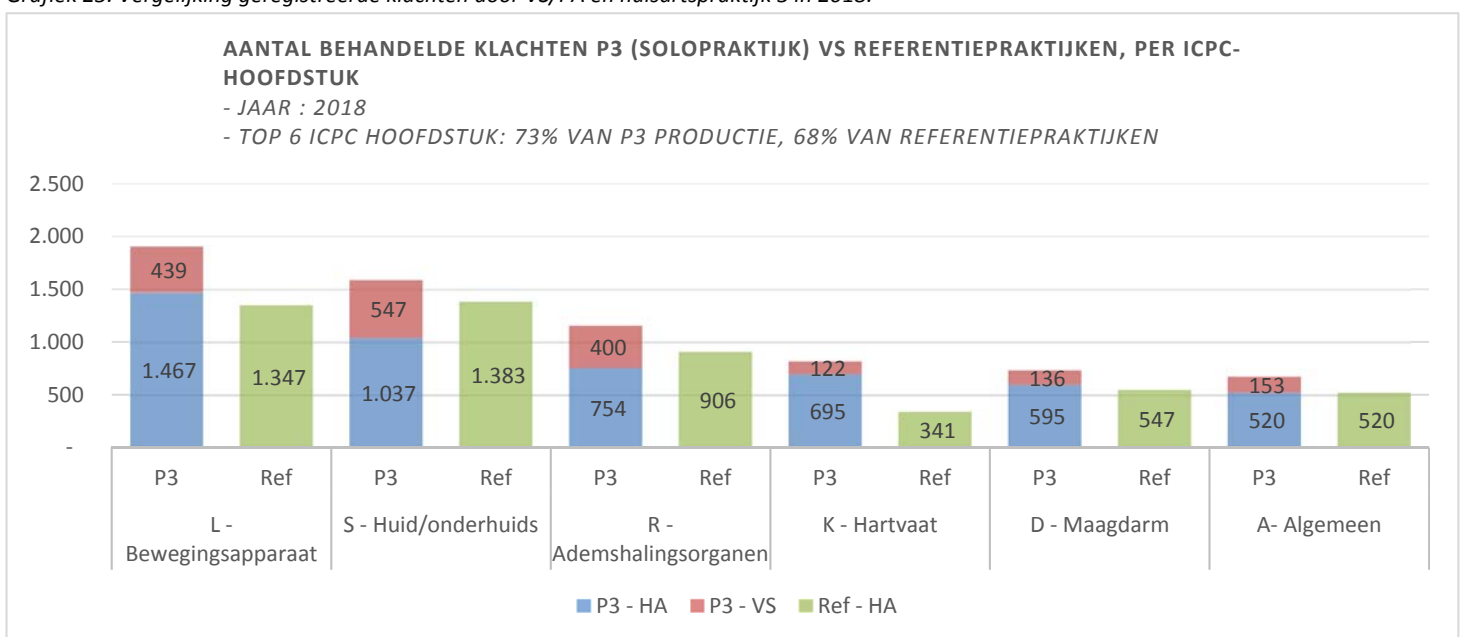
### Geregistreeerde klachten

Van dezelfde drie praktijken is voor de geregistreeerde klachten een vergelijking gemaakt met de referentiepraktijken. Gekeken is of het aantal geregistreeerde klachten vergelijkbaar is met de huisarts bij de referentiepraktijk(en).

### Meer complexe klachten worden door huisarts uitgevoerd

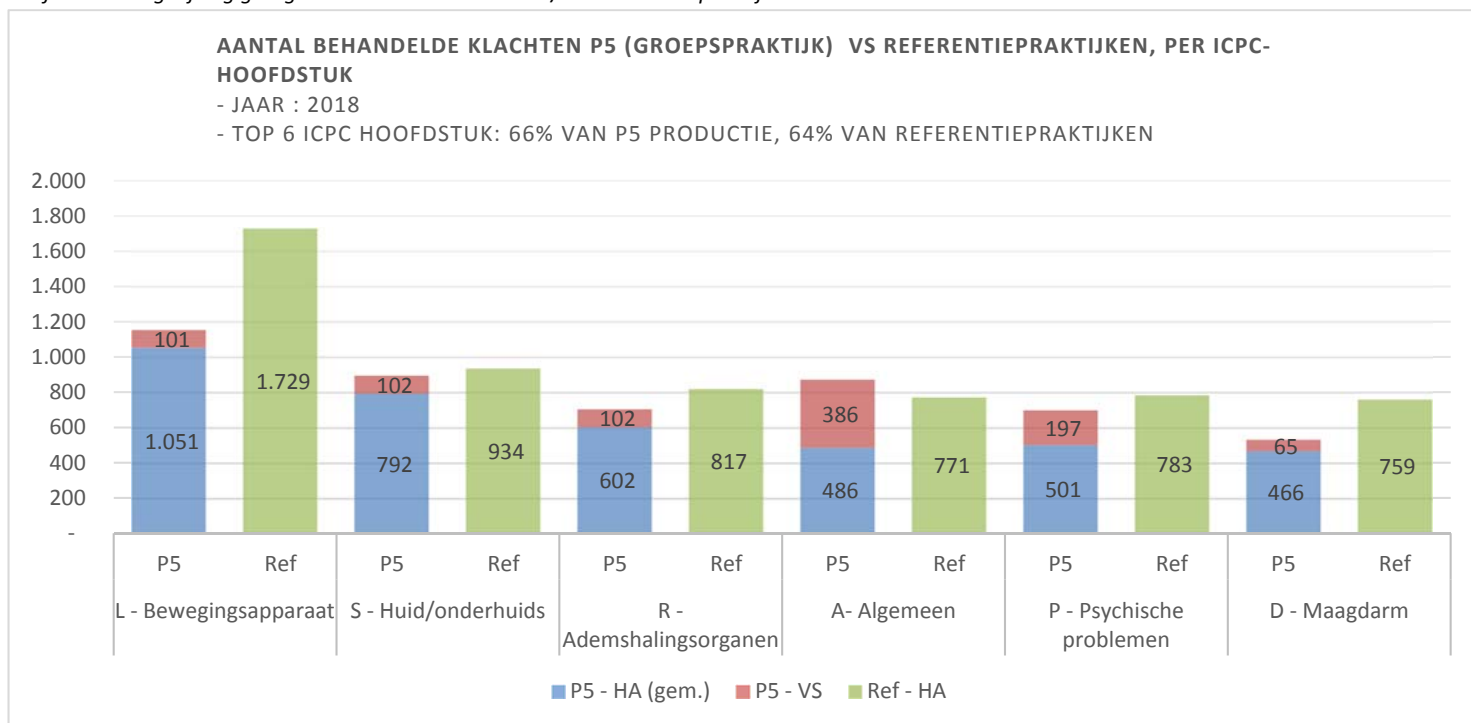
Bij praktijk 3 zien we dat referentie praktijken een minder grote variëteit aan klachten zien, en dat de huisarts bij praktijk 3 minder klachten ziet rondom bewegingsapparaat, huid/onderhuids en ademhalingsorgaan, maar meer hartvaat- en maagdarm-klachten ziet. Door inzet van PA lijkt de huisarts meer complexe zorg te kunnen zien.

Grafiek 23. Vergelijking geregistreeerde klachten door VS/PA en huisartspraktijk 3 in 2018.



*VS ontlast huisarts door 'Algemeen', 'Psychische problemen' en overige klachten over te nemen*  
 We zien dat de VS bij praktijk 5 een groot deel van de klachten in de categorie 'algemeen' registreert.

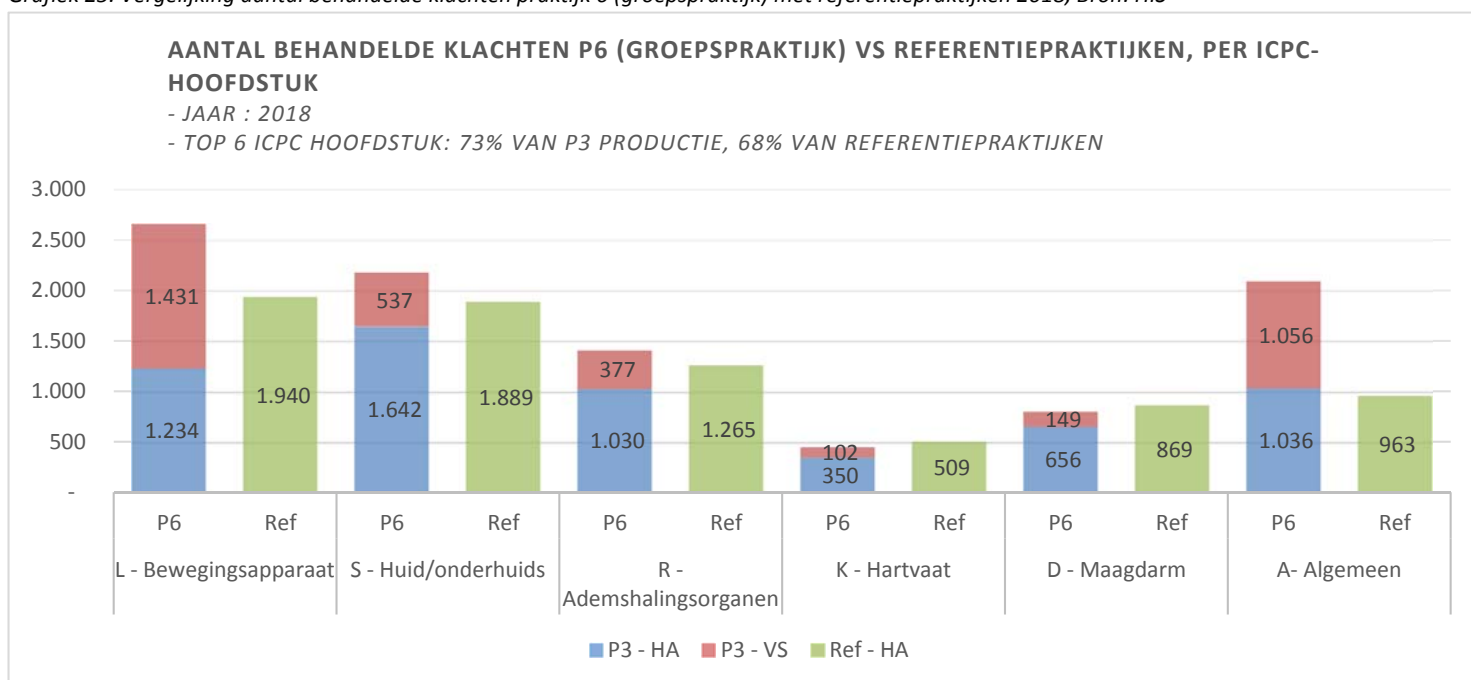
Grafiek 24. Vergelijking geregistreerde klachten door VS/PA en huisartspraktijk 3 in 2018.



*Huisarts behandelt in vergelijking met referentiepraktijken een minder groot aantal klachten*

De PA in praktijk 6 draagt in brede zin bij aan de praktijk. Met name rondom het 'bewegingsapparaat' en 'Algemeen' zien we dat de PA klachten behandelt. We zien ook dat de huisarts in vergelijking met de referentiepraktijken minder klachten ziet.

Grafiek 25. Vergelijking aantal behandelde klachten praktijk 6 (groepspraktijk) met referentiepraktijken 2018, Bron: HIS



### Medicatie

Binnen de referentiepraktijken hebben we een vertekening van voorgeschreven medicatie gevonden. Het aantal voorgeschreven medicatie door VS/PA was in praktijk groter en werden door de assistent onder de huisarts geregistreerd waardoor een vergelijking met onze casestudies op naam of rol niet of beperkt gemaakt kon worden. Wel zien we bij alle 45 referentiepraktijken een daling van de voorgeschreven medicatie van 2% tussen 2016 en 2018. Bij onze twee van onze vier casestudies zien we een daling van het aantal voorgeschreven medicatie van meer dan 10% tussen 2016 en 2018.

## 5. Resultaten terugkoppeling: validerende focusgesprekken

Na het verzamelen en analyseren van de data van de zes casestudies zijn focusgesprekken gevoerd ter validering. Aan afsluitende focusgesprekken deden 10 huisartsen mee die allen ervaring hadden met de inzet van een VS of PA in hun praktijk. De focusgesprekken zijn in drie verschillende groepen gehouden waarbij de huisartsen ad-random zijn ingedeeld. Hierdoor was het mogelijk om een verdieping te verkrijgen van de voorlopige resultaten per thema.

### Kenmerken huisartsen

De huisartsen die hebben deelgenomen werken in verschillende gebieden en in verschillende praktijkvormen. Een overzicht van de kenmerken is te vinden in tabel 12.

Tabel 12. Kenmerken van de deelnemende huisartsen aan de focusgesprekken

	Praktijkvorm	Aantal VS/PS werkzaam in praktijk	Aantal patiënten	Ervaring met VS/PA op de huisartsenpost
Huisarts A	Solo	2 PA	Onbekend	Nee
Huisarts B	Duo	1 PA	5.000	Ja
Huisarts C	Groepspraktijk	2 PA	140.000	Ja
Huisarts D	Duo	2 VS	2.300	Ja
Huisarts E	Solo	1 PA	5.000	Nee
Huisarts F	Groepspraktijk	2 VS	9.000	Nee
Huisarts G	Solo	1 VS	Onbekend	Nee
Huisarts H	Duo	3 VS	Onbekend	Ja
Huisarts I	Groepspraktijk	2 VS	3.500	Ja
Huisarts J	Groepspraktijk	4 VS	Onbekend	Ja

### Motivaties en belemmeringen

De deelnemers herkenden zich in de motivaties voor het aannemen van een VS of PA. Werkdruk verlaging of opvangen van de groei staat centraal. Voor de huisartsenpost werd door een aantal huisartsen genoemd dat het niet alleen werkdrukverlichting op de post betreft, maar ook vermindering van het aantal diensten dat men hoeft te doen.

Voor de belemmeringen werden een aantal aanvullingen gegeven. Er werd bijvoorbeeld aangegeven dat een aanstelling van een VS/PA mogelijk zorgt voor een groei in consulten of juist de groei mede kan opvangen. Sommige huisartsen gaven aan dat de inzet van PA of VS betekent dat een huisarts ook begeleiding moet geven en zeker in het begin een toename van het aantal diensten voor de huisarts zou opleveren. Dit gaf juist in het begin weer meer werkdruk. Daarnaast werd gesteld dat het opleiden van VS/PA duur is, ondanks de opleidingssubsidie. Deze subsidie is

niet kostendekkend, zeker omdat de VS/PA tijdens de opleiding veel afwezig is. Men worstelde met de salariering, mede gezien huisartsen merken dat de salarissen in de 2<sup>e</sup> lijn hoger lagen. Men wil zorgen voor behoud van personeel en huisartsen kunnen niet dezelfde salariering bieden. Daarnaast is er een krapte; het is moeilijk om nieuwe VS of PA te werven en het aantal opleidingsplekken is beperkt. De arbeidskrapte geldt ook voor huisartsen en ander personeel; dit kan de behoefte aan VS/PA juist weer versterken.

Het probleem van de zelfverwijzers op de huisartsenpost en de 24-uurs economie werd ook herkend als een algemene tendens. Zo had iedere post een eigen beleid.

#### *Inzetprofielen*

De diversiteit in inzetprofielen was herkenbaar. Doorgaans werden zowel de VS als PA breed ingezet, voor een breed scala aan klachten en patiëntgroepen. De VS had veelal ook ouderenzorg en langdurige zorg in het pakket. De casus waarin de VS zelfstandig de groep kwetsbare ouderen verzorgde werd door vele huisartsen als positief en goed beoordeeld. Daarnaast werd genoemd dat het van belang is om het vak voor de VS/PA uitdagend te houden. Ook werd herkend dat er vaak niet gedifferentieerd werd tussen de functie van PA en VS; de persoonlijke competenties die een belangrijke bijdrage leveren in de kwaliteit van zorg werden als belangrijk beschouwd. Enkelen gaven aan dat de meerwaarde van de VS juist de verpleegkundige bijdrage was, waarbij de VS bijvoorbeeld ook veel van de wondzorg op zich kan nemen.

Qua geroosterde consulttijd waren de reacties wisselend; in sommige praktijken hadden de VS/PA evenveel consulttijd als de huisarts, in sommige praktijken hadden de VS/PA minder patiënten in één uur tijd geroosterd en daardoor meer tijd per patiënt. Dit was sterk afhankelijk van de individuele praktijk.

#### *Kwaliteit, toegankelijkheid en patiëntervaringen*

De resultaten op gebied van de kwaliteit, toegankelijkheid en patiëntervaringen waren voor iedereen herkenbaar. Veel patiënten herkenden het verschil tussen een huisarts en VS/PA niet, ondanks dat het goed uitgelegd werd. Dit werd herkend door de deelnemers van de focusgroepen.

#### *Productie, kosten en opbrengsten*

De huisartsen herkenden dat de inwerkperiode van ca. 1,5 jaar nodig was om te komen tot een maximale inzetbaarheid. Hierbij werd aangegeven dat individuele afspraken met zorgverzekeraars in segment 3 ook veelal zorgden voor aanvullende inkomsten. Het inzichtelijk maken van de productie werd als nuttig ervaren. Naast het feit dat het werkdrukverlichting opleverde, werd ook het plezier in het werk als praktijkhoudende huisarts als opbrengst genoemd. Dit gegeven kon niet worden uitgedrukt in een bijdrage aan de productie. Meerdere huisartsen gaven aan dat de inzet van VS en PA voor de posten en praktijken één van de oplossingen was om de druk op de praktijken en posten te verlichten.

#### *Voorkomende klachten, medicatie en verwijzingen*

De deelnemende artsen gaven aan dat het aantal en aard van behandelde klachten van de huisartsen inderdaad veranderd was sinds de inzet van de VS/PA. Wel is daaraan toegevoegd dat de huisarts in de regel meer complexere patiënten ziet met andere of meerdere klachten. Niet alle klachten die de huisarts ziet zijn vergelijkbaar met die van de PA/VS vanwege deze verschillen. Rondom medicatie is aangegeven dat in principe alle medicatie op naam van de VS/PA wordt

geregistreerd. Op de vraag waarom de aantallen relatief laag zijn, geven de huisartsen in de casestudies aan dat de VS/PA zich veel meer houden aan het formularium/protocol en daardoor relatief gezien minder voorschrijven. Rondom het verwijzen is aangegeven dat steeds minder terugverwezen wordt naar de 2<sup>e</sup> lijn en dat dit een generiek patroon is binnen de huisartsenzorg. De huisartsen in de focusgesprekken herkende zich in de aantallen medicatie voorschrijvingen en type verwijzingen.

### *Conclusie*

De huisartsen die deelgenomen hebben herkennen de gepresenteerde data en hebben een aantal van deze gegevens genuanceerd. Men gaf aan dat het onderzoek een grote waarde heeft voor de praktijken. Deels geven de verzamelde gegevens een bevestiging van het beeld dat men had, maar ook zorgde het voor bijgestelde mening omdat de bijdrage in de productie van de inzet van VS en PA groter cq. waardevoller bleek te zijn dan men vooraf had ingeschat.

## Discussie & verantwoording

In deze paragraaf is de discussie op basis van het onderzoek en de resultaten uiteengezet.

We hebben verschillende praktijkvormen geselecteerd om een goed onderscheid te kunnen maken tussen inzet en de context waarbinnen ze worden ingezet. Het gaat om solopraktijken, groepspraktijken en huisartsenposten. Daarnaast hebben we gekozen voor een variatie in praktijkgrootte en regio (krimpgemeente, groeigemeente). De vraag is hoe representatief de casussen zijn voor andere huisartsenpraktijken. Hoewel duidelijk is dat de verdiepende resultaten vooral kwalitatief zijn en betrekking hebben op individueel praktijkniveau, levert het toch belangrijke informatie op voor andere praktijken.

Huisartsenpraktijken gebruiken verschillende huisartseninformatiesystemen: Promedico of Medicom. Beide systemen maken het mogelijk om gegevens te extraheren. Voor Promedico moesten we echter een aanvullende instructie geven op de praktijken. Dit kostte meer tijd. Het effect is dat we ons met name hebben gericht op praktijken die Medicom gebruiken. We denken dat dit geen groot gevolg heeft voor de interpretatie van data.

Sommige constatering komen niet overeen met de landelijke constatering van het rapport van Ineen Benchmark 2018<sup>15</sup>. Bijvoorbeeld de conclusie dat er op de huisartsenposten een toename is van het aantal zelfverwijzers. Dit lijkt meer het resultaat van een individuele casus dan dat het representatief is voor de landelijke tendens. Wel zien we op beide posten een toename van werkdruk tijdens het spreekuur. Dat komt wel overeen met de constatering van Ineen dat er een toename is van de urgentie van de contacten. Vooral die van consulten in de spreekkamer ten opzichte van 2017.

In de benchmark uit 2017 duurde een consult op de posten gemiddeld 13 minuten en 49 seconden. In 2018 was dit 14 minuten en 22 seconden. Dit is veel langer dan de 10 minuten die wordt gerekend voor een consult in de dagpraktijk. Dit kan een gevolg zijn van de toename van het aantal patiënten met hulpvragen met een hogere urgentie of complexiteit op de posten. We vinden dat juist hier de meerwaarde en motivatie voor de inzet van de VS en PA op de beide posten gevonden kan worden.

Met dit onderzoek hebben we proberen te achterhalen wat de motivaties en belemmeringen zijn om een PA en VS in te zetten. Daarnaast wilden we inzicht krijgen in de effecten van hun inzet. De dieperliggende motivaties vinden we in individuele gevallen. Dat roept de vraag op of deze informatie te generaliseren is.

We hebben de informatie proberen te generaliseren via aanvullende validiteitstoetsen en terugkoppelingen bij de praktijken. Door deze 'mixed method' aanpak hebben we gegevens verzameld en validerende focusgesprekken met huisartsen gehouden (zowel met huisartsen zónder als mét ervaring met het inzetten van PA/VS). De huisartsen die hieraan deelnamen zijn

---

<sup>15</sup> Ineen, Benchmark Huisartsenposten 2018, juni 2019.



gerandomiseerd geselecteerd. Desondanks kan er vertekening optreden. Dit zijn namelijk wel artsen die een bereidheid of affiniteit met het thema taakherschikking hadden. Op praktijkniveau was de registratie van verrichtingen representatief, maar op het niveau van de individuele medewerker waren ook verrichtingen uitgevoerd door de VS/PA maar geregistreerd onder de huisarts, waardoor sommige analyses gecorrigeerd moesten worden.

We hebben referentiegegevens opgevraagd van 80 praktijken die aangesloten zijn bij de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc. Uiteindelijk hebben we de gegevens van 45 praktijken kunnen gebruiken. Reden hiervoor is dat de overige praktijken andere huisartseninformatiesystem (HIS) gebruiken waarvoor aanvullende gegevens per praktijk opgevraagd moesten worden om gelijke data te kunnen presenteren. Dat was binnen de gestelde periode niet mogelijk. Van de 45 praktijken die wel betrokken zijn, waren 7 solopraktijken en 38 groepspraktijken betrokken in onze studie. Vervolgens zijn op basis van het aantal ingeschreven patiënten 26 praktijken geïnccludeerd (met een maximale afwijking van 8% van het aantal ingeschreven patiënten ten opzichte van de casussen). Met deze 26 praktijken hebben we getracht vergelijkbare praktijken als referentie te nemen.

Binnen onze aanpak hebben we ook de patiënt nadrukkelijk betrokken. Daarbij komen we meestal op dezelfde (positieve) uitkomst, met slechts beperkte afwijking per patiënt. We kunnen stellen dat de zorg voor zowel de huisarts als voor de VS/PA hoog wordt beoordeeld door de patiënt en dat er ook vrijwel geen verschil tussen huisarts en PA/VS werd waargenomen. De vragenlijsten zijn gevalideerde vragenlijsten gebaseerd op breed gehanteerde Nivel-vragenlijsten en de uitkomsten zijn herkenbaar. Toch vragen we ons af of deze methode (enquêtes) de beste manier is om gedetailleerde patiëntervaringen te krijgen. Bij één praktijk hebben we daarom interviews afgenomen, zodat we door konden vragen. Onze conclusie is dat een ander type onderzoek meer inzicht geeft.

## Conclusies

De belangrijkste conclusie is dat het inzetten van PA en VS binnen de onderzochte casestudies huisartsenzorg succesvol is gebleken. VS/PA leverden een belangrijke kwalitatieve bijdrage voor zowel huisartsenposten als -praktijken.

### Ervaringen van huisartsen en patiënten

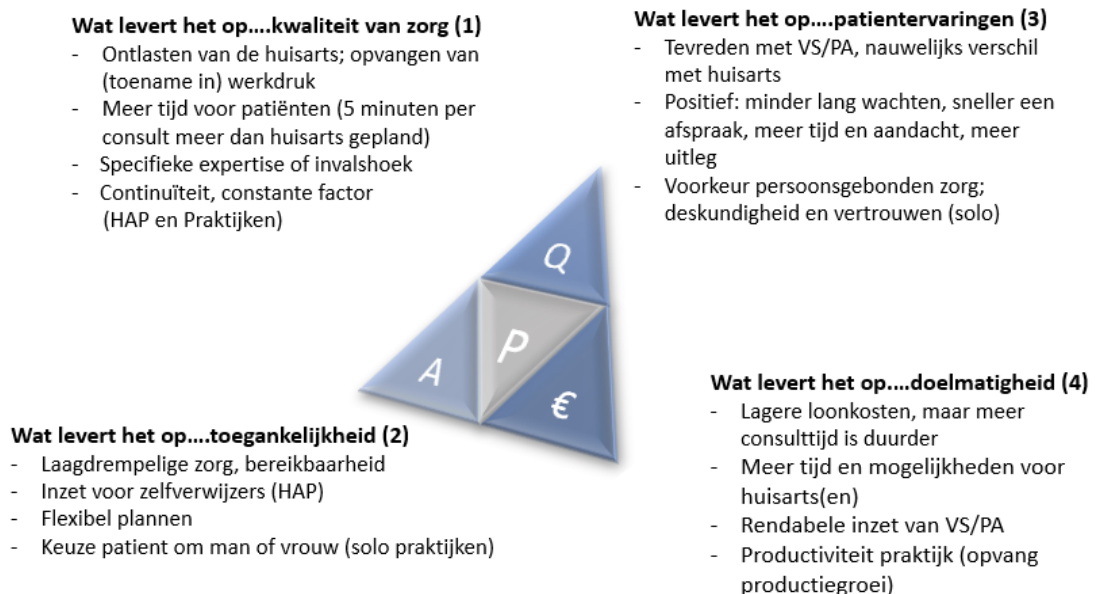
#### *Huisartsen: minder druk en meer tijd voor patiënten*

Verlichting van de werkdruk was voor praktijken de belangrijkste reden om een PA of VS in dienst te nemen. Bij de praktijken gaat het over de toenemende zorgvraag, complexiteit en vergrijzing. De huisartsen in het onderzoek merken sinds de komst van de PA/VS vooral minder werkdruk in zowel de dag- als de avonddienst. De reden hiervoor is dat de PA/VS de minder complexe of geprotocolleerde taken overnemen.

Een concreet voorbeeld is een VS in de ouderzorg werkzaam binnen een huisartsenpraktijk. De combinatie van medische en verpleegkundige inzichten geeft aanvullende expertise en daardoor kan ze een deel van de taken van de huisarts zelfstandig overnemen. Dit verminderde de werkdruk van de huisartsen.

#### *Patiënten: tevreden over inzet PA/VS*

Patiënten geven aan zeer tevreden te zijn met de inzet van PA/VS. Wel dient opgemerkt te worden dat patiënten weinig of geen verschil met de zorg van door de huisarts ervoeren. Een ander effect is dat er door patiënten in solopraktijken ook meer tijd en rust werd ervaren tijdens de afspraak met de huisarts. In groepspraktijken heeft de huisarts meer tijd voor de complexe of moeilijke patiënten. Ook werd door patiënten een betere toegankelijkheid ervaren. Een samenvatting van de effecten staat in onderstaande figuur.



## Inzet van de PA/VS

### *Drie manieren om PA/VS in te zetten*

Bij de onderzochte praktijken zien we drie manieren om een PA/VS in te zetten kijkend naar de declarabele productie.

**Profiel 1** is een evenwichtige verdeling tussen consulten, visites en telefonische consulten (VS in praktijk 3). De VS voert 30% consulten, 30% visites en 30% telefonische consulten uit in vergelijking met de huisarts.

**Profiel 2** is het overnemen van consulten (beide PA's in praktijk 4 en praktijk 6) waarbij met name de PA tussen 55,6% en 71,5% van de consulten van de praktijk uitvoert en een deel van de visites en telefonische consulten.

**Profiel 3** is het overnemen van visites en telefonische consulten (VS in praktijk 5) op een specifieke doelgroep zoals de ouderenzorg. Naast het overnemen van werkzaamheden van de huisarts worden ook aanvullende werkzaamheden verricht, gericht op kwaliteit van zorg.

### *Verskil tussen groeps- en solopraktijken*

De huisarts bij de solopraktijken deed meer (telefonische) consulten dan huisartsen in de twee referentiepraktijken. Dit blijkt uit onze aanvullende analyse van de referentiepraktijken. Dit komt overeen met het beeld dat de huisartsen in deze praktijk hadden dat zij meer ruimte hadden voor andere patiënten. Daarnaast zien we bij de groepspraktijken een lager aantal (telefonische) consulten bij de huisartsen in vergelijking met de huisartsen in de vier referentiepraktijken. Dit komt overeen met het beeld dat deze huisartsen aangeven meer tijd beschikbaar te hebben voor andere werkzaamheden.

### *PA en VS schrijven beperkt medicatie voor*

De aantallen medicatie voorschriften zijn stabiel en laten geen groei zien in 2017 en 2018. In één praktijk schrijft de VS ongeveer 31% van de totale voorgeschreven medicatie voor in vergelijking met een huisarts. De redenen die hiervoor genoemd worden: de VS houdt zich meer aan het formularium en werkt met een kleinere groep patiënten.

Uit de geïncludeerde casussen bleek dat het aantal voorgeschreven medicatie door de huisarts daalt. Bij alle praktijken is er door de jaren een forse daling in het aantal voorgeschreven medicatie, ondanks de aanname van een PA/VS in de praktijk. Een mooi voorbeeld van een dalend aantal voorgeschreven medicatie is één praktijk waar we de medicatie voorgeschreven door huisarts tussen 2010 en 2018 duidelijk daalde. Twee praktijken lieten een vertekening zien in het aantal geregistreerde voorgeschreven medicatie. Dit werd verklaard doordat de voorgeschreven medicatie door VS/PA door de doktersassistenten geregistreerd worden onder naam van de praktijkhoudende huisarts. Hierdoor hebben we van deze praktijken deze gegevens niet kunnen toewijzen aan de VS/PA.

### *Daling aantal verwijzingen door huisarts*

Artsen verwezen in 2018 fors minder naar specialisten in dan in 2010. Dat is deels te verklaren door de inzet van VS/PA. Dit kan echter ook het gevolg zijn van een beperkter verwijsgedrag of verschuiving van zorg. Bij één praktijk worden specifieke verwijzingen niet door de huisarts, maar door de VS aangevraagd. Daarnaast zien we dat VS/PA met name verwijzingen naar dermatologie, orthopedie en neurologie aanvraagt.

### **Effect van de inzet van PA/VS**

#### *PA en VS leveren een belangrijke bijdrage aan totale productie*

PA en VS dragen voor een belangrijk deel bij aan de totale productie van de huisartsenposten. Het gaat om 44,2 % (PA) en 44,5% (VS) van de totale productie aan consulten. Gemiddeld over alle praktijken nemen PA en VS 35% van de totale productie over (declarabel en niet declarabel).

#### *PA en VS kunnen zich volledig terugverdienen*

Als we dit relateren aan eerder onderzoek dan zien we vergelijkbare aantallen<sup>16</sup>. We constateren echter bij drie van de vier cases dat PA en VS zich volledig kunnen terugverdienen. Dit is mogelijk door de aanvullende afspraken met zorgverzekeraars over de M&I-ouderenmodule. In deze berekening zijn de praktijklasten en overheadlasten niet meegenomen. Men geeft wel aan dat er een verschil is tussen de geplande en gerealiseerde tijdsduur van het consult waardoor niet altijd gesproken kan worden van meer of minder tijd per beroepsbeoefenaar. Een spreekuur kan feitelijk meer tijd kosten dan gepland en dan zijn de feitelijke kosten hoger. Daarnaast kan deze ook bij iedere praktijk verschillen.

De PA en VS levert meer op dan de investering die het vraagt. Daarvoor hebben we het aantal declarabele verrichtingen vergeleken met de directe salarislasten voor drie van de vier praktijken in 2018. Dit geldt zowel voor de huisartsenposten als -praktijken.

De inzet bij één praktijk was niet kostendekkend. Deze PA was in 2018 gestart en zat gedurende dit onderzoek een deel van de tijd nog in een opstartfase. Daarnaast verricht deze PA ook andere, indirecte activiteiten. Dat kan ook tijds winst opleveren, maar het is niet gerelateerd aan directe patiëntenzorg en declarabele productie. Dit komt overeen met de geconstateerde extra opbrengsten uit het onderzoek van Derckx et al<sup>17,18</sup>. Daarin leveren niet-patiëntgebonden taken door de VS/PA ook een belangrijke bijdrage aan de verlaging van de werkdruk van de huisarts.

#### *Niet alle opbrengsten zijn te kwantificeren*

Huisartsen gaven aan ook andere voordelen te ervaren. De VS nam bijvoorbeeld een groot deel van de communicatie met de kwetsbare oudere over en creëerde daardoor tijd voor de huisartsen. In die tijd konden de huisartsen zich richten op andere zorg. Ook dit resultaat komt

---

16 Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden:

De physician assistant in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

17 An activity analysis of Dutch hospital-based physician assistants and nurse practitioners

G. T. W. J. van den Brink<sup>1,2\*</sup>, A. J. Kouwen<sup>3</sup>, R. S. Hooker<sup>4</sup>, H. Vermeulen<sup>1</sup> and M. G. H. Laurant<sup>1,5</sup>

18 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.

overeen met eerder onderzoek. Doordat de PA niet-patiëntgebonden taken van de huisartsen overnam, was de huisarts in staat meer patiënten te zien en dus meer inkomsten te kunnen genereren uit consulten en visites. Bovendien maakten huisartsen door de inzet van de VS minder gebruik van waarneming, waardoor deze kosten lager waren.

#### *Het is lastig om PA/VS te werven*

Dit heeft te maken met de krapte op de arbeidsmarkt voor gediplomeerde PA/VS. Vooral de posten gaven aan hier last van te hebben. De werving van PA/VS is lastig vanwege het gebrek aan opleidingsplaatsen bij een opleidingsinstituut maar ook het vinden van ervaren medewerkers is lastig gebleken voor de posten en solopraktijken. Bij groepspraktijken speelt deze belemmering minder. Zij dragen deze lasten immers meestal samen.

#### *Goede afstemming binnen de praktijk is belangrijk*

Goede afstemming tussen VS/PA en huisarts is belangrijk en daarvoor moet er altijd een huisarts beschikbaar zijn als een VS/PA in de praktijk werkt. Beide posten en twee praktijken gaven aan dat de zorg voor de patiënten aan het veranderen is. Patiënten willen meer informatie en komen vaker op bezoek. Daarnaast hadden patiënten vaker meer verschillende aandoeningen.

#### *De huisarts heeft het tóch drukker*

De inzet van PA/VS zorgde voor een verlichting van de werkdruk. Toch is de huisarts meer gaan doen. Dit kan een gevolg zijn geweest van de toename van het aantal patiënten met een urgente hulpvraag. Dit is de afgelopen jaren toegenomen, zoals ook blijkt uit landelijke rapporten<sup>19</sup>. Daarnaast is de zorg complexer geworden (ouderen, multimorbide aandoeningen) en verschuift de zorg van de tweede naar de eerstelijns.

In huisartsenpraktijken wordt de werkdruk verhoogd door drie andere ontwikkelingen:

- Praktijkhoudende huisartsen op leeftijd willen vaak niet meer dan volledige werkweken (meer van 40 uur) werken. Vaak werd al een andere huisarts (beoogd vervanger) betrokken in de praktijk.
- Net gestarte huisartsen hebben de voorkeur om als waarnemer te werken. De last van de praktijkorganisatie en het vooruitzicht van het grote aantal uren is niet altijd aantrekkelijk voor jonge huisartsen in een gezinssituatie.
- Zelfs het aanbod van huisartsen die bereid waren in de ANW-uren diensten te draaien wordt steeds beperkter. Daardoor draaiden huisartsen toch zelf de diensten. Dit betekent dat de contacttijd met patiënt in de huisartsenpraktijk steeds moeilijker in te vullen is en de werkdruk voor de huisarts toeneemt.

---

<sup>19</sup> InEen, Benchmark Huisartsenposten, juni 2019.

## Aanbevelingen

### *Maak vooraf een goede afweging over de inzet van de PA en/of VS*

De financiering werd gezien als een belemmering. Uit dit onderzoek blijkt echter dat de keuzes van de huisartspraktijken en -posten voor een groot deel bepalen hoe rendabel een PA/VS is. De geleverde declarabele productie geeft inzicht in de wijze waarop de VS en PA zichzelf kunnen opbrengen. Met andere woorden: maak van tevoren een rekensom waarin de declarabele productie terugkomt en stuur hierop in de praktijk. Daarnaast moeten in deze rekensom in ieder geval de volgende punten terugkomen:

- Het aantal patiëntgerelateerde (declarabele) taken van PS/VS
- Het aantal niet declarabele taken van PS/VS
- De tijdswinst voor de huisarts
- De extra tijd (van huisarts en PS/VS) tijdens de opleiding

Als hulpmiddel kunnen praktijken en posten een profiel hanteren, afhankelijk van het aantal contracturen. Aan de hand van drie profielen kan een basis gelegd worden. **Profiel 1** is een evenwichtige verdeling tussen consulten, visites en telefonische consulten (VS in praktijk 3). **Profiel 2** is het overnemen van consulten (bijvoorbeeld beide PA's in praktijk 4 en praktijk 6) gelijkwaardig aan de huisarts. **Profiel 3** is het overnemen van visites en telefonische consulten (VS in praktijk 5). Dit gaat op een specifieke doelgroep zoals bijvoorbeeld de ouderenzorg. Dit levert meer ruimte op voor de huisarts in de praktijk. Daarnaast worden ook andere additionele activiteiten verricht.

Deze profielen komen overeen met in eerdere onderzoeken geconstateerde inzet<sup>202122</sup>. Ze zijn indicatief, omdat de verschillen per praktijk groot zijn en salarislasten per medewerker kunnen verschillen. Belangrijk is om zowel praktijkgroei, productie (consulten, visites en telefonische consulten) en kosten zo volledig mogelijk mee te nemen. Een ander aspect is dat de PA/VS gedurende zijn of haar opleiding minder productief is. Dit vraagt meer tijd van de huisarts. Ook de lagere productie tijdens de opleiding moet meegenomen worden in de afweging.

### *Stuur meer op opbrengsten en kosten*

Dit helpt om beter inzicht te krijgen of het rendabel is om een PA/VS in te zetten. De opbrengsten hebben vooral te maken met de tarieven, bijvoorbeeld voor een consult, visite of M&I-verrichting. Natuurlijk zijn er ook indirecte opbrengsten, zoals inschrijftarieven, praktijkgroei, productiegroei of de vrijgekomen tijd van de huisarts. In de dagelijkse praktijk wordt hier nog weinig rekening mee gehouden. De kosten van een PA/VS hebben te maken met salaris, werkgeverslasten, praktijkkosten en overheadkosten.

---

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: De physician assistant in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

<sup>22</sup> Laurant, M, Wijers, N, Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician assistants en Verpleegkundig specialisten werkzaam in de huisartsenzorg, IQ healthcare, november 2014

Voor wat betreft de kosten zijn natuurlijk de loonkosten het meest essentieel, maar praktijkkosten (huisvesting en andere kosten) zijn relevante aspecten om mee te nemen in de overweging. Daarnaast is het ook van belang om andere elementen zoals verlaging van werkdruk en overname van indirecte taken mee te nemen.

We zagen bij de door ons onderzochte casus dat rondom de kosten en opbrengsten van zorg met name de praktijkgroei, tarief per consult/visite, de module ouderenzorg (M&I) en aanvullende productie van de huisarts leidden tot een betaalbare inzet van VS of PA in huisartspraktijken. Er zijn echter ook andere mogelijkheden. Verrichtingen waar men op kan sturen zijn:

- tarief per consult/visite
- tarief voor M&I verrichtingen
- inschrijftarief
- praktijkgroei door inzet VS/PA
- inzet PA/VS ipv waarnemer of hidha
- productie die de huisarts kan doen
- andere, niet patiënt gerelateerde taken praktijk die verlichting voor de huisarts opleveren
- DBC's
- modules in overleg met zorgverzekeraar; Inkomsten uit S3, aanvullende prestatieafspraken

#### *Ontwikkel landelijke richtlijnen voor salariering*

Eén van de zorgen is dat de krapte van de PA/VS in de huisartsenzorg kan leiden tot een opdrijvend effect van salarissen. Dit betekent dat de businesscase van een PA/VS minder gunstig wordt. Een landelijke richtlijn binnen de huisartsenzorg zou richting geven en verschillen in salariering kunnen verkleinen.

#### *Monitor de groei van opleidingplekken*

Het capaciteitsorgaan heeft dit ook al voorzien in haar capaciteitsplan 2020-2024<sup>23</sup>. We bevestigen haar constateringen over de groeiende vervangingsvraag die we ook bij onze casussen constateren.

#### *Houd goede ontwikkelingen in de gaten*

De VS/PA worden met succes ingezet. Belangrijk hierin is dat ze steeds zelfstandiger zijn gaan werken en dat door hun inzet verlichting voor de huisartsen plaatsvindt. Dit levert continuïteit op die door zowel patiënten als huisartsen gewaardeerd wordt. We zien daarbij ook dat er geëxperimenteerd wordt met alternatieve wijzen zoals teleconsulten en visites vanuit de huisartsenpost. Dit lijkt ons een goede ontwikkeling en de proeven moeten uitwijzen of dit passende zorg is en tijds winst oplevert.

---

<sup>23</sup> Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2020-2024, Utrecht, december 2019

## Referenties

- Van der Biezen, M.G.M. van der, Derckx, E.W.C.C., Vermeulen, H., Laurant, M.G.H. (2017). *Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg*. Nijmegen/Eindhoven: Radboudumc IQ healthcare/KOH
- Van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2017 Feb 7;18(1):16. doi: 10.1186/s12875-017-0587-3
- Van Der Biezen M, Adang E, Van Der Burgt R, Wensing M, Laurant M. The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and healthcare costs during out-of-hours: a quasi-experimental study. *BMC Fam Pract*. 2016 Sep 13;17(1):132. doi: 10.1186/s12875-016-0528-6.
- Van der Biezen, M.G.M., van der Burgt, M.R., Laurant, M.G.H. (2017). Naar een optimale teamsamenstelling van huisartsen en verpleegkundig specialisten op de spoedpost. Nijmegen/Eindhoven: Radboudumc IQ healthcare/KOH, April 2017.
- Van der Biezen, M.G.M., van der Burgt, M.R., Laurant, M.G.H. (2017). De physician assistant op de spoedpost. Nijmegen/Eindhoven: Radboudumc IQ healthcare/KOH. Van der Burgt MR, Van Roij J, Derckx EWCC, Meulepas MA. VS vult vacature voor huisarts in. Verdelen van taken vraagt om zorgvuldige voorbereiding. *Dé Verpleegkundig specialist*, 2016; 11, 10-13
- Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2021-2024, Deelrapport 2, huisartsengeneeskunde, december 2019.
- Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De physician assistant in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH.
- 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.
- 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.
- Burgt, van der MR, Van Roij J, Derckx EWCC, Meulepas MA. Innovatie en Ondernemerschap. Vier verpleegkundig specialisten en vier huisartsen in één praktijk. *Dé Verpleegkundig specialist*, 2016; 11, 38-41
- 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.
- 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., 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

Dierick-van Daele AT, Steuten LM, Romeijn A, Derckx EW, Vrijhoef HJ. Is it economically viable to employ the nurse practitioner in general practice? *J Clin Nurs*. 2011 Feb;20(3-4):518-29.

Flinterman, L., Groenewegen, P., Verheij, R. *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel, 2018.

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

InEen, Benchmark Huisartsenposten 2018, juni 2019.

Kouwen, A.J., Brink G.T.W.J. van den Brink, Taakherschikking & kostprijzen; een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie, Radboudumc, 2014.

Kouwen, A.J., Brink G.T.W.J. et al, taakherschikking en kostprijzen in de praktijk; een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015, Radboudumc, 2016.

Laurant, M, Wijers, N, Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician assistants en Verpleegkundig specialisten werkzaam in de huisartsenzorg, IQ healthcare, november 2014

Leeuw, J.R.J. de, Simkens, A., Baar, M.E. van, Balen, F.A.M. van, Verheij, R.A., Bijleveld, S.D., Dijk, F.S. van, Boons, A.N.A.M., Hermsen, L. & Schrijvers, A.J.P. (2008). *Eindrapport [Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant](#)*. Utrecht: UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde

LHV. (2016). Eerste deel uitkomsten LHV-enquête over de ANW-zorg. Utrecht: LHV.

Martini-de Bruijn, M. (2013). *Taakherschikking in de huisartsenzorg door PA's*. MPA Vakblad voor NAPA Leden, herfst 2013, 8-9

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 (2013). Verdeling huisartspraktijken in Nederland. Huisartsenregistratie, Van: <http://www.nivel.nl/databank>

Peters, F., Koenraadt, G. & Schuit, H. (2007). *De arbeidsmarkt van nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

Peters, F. (2014). *Evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

Peters, F., Keppels, E., Schuit, H. & Kauffman, K. (2008). *De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

Vught, Anneke J. A. H. van MSc, PhD; Brink, Geert T. W. J. van den MSc; Wobbes, Theo MD, PhD. (2014). *Implementation of the Physician Assistant in Dutch Health Care Organizations: Primary Motives and Outcomes*. *Health Care Management (Frederick)*. 2014 Apr-Jun, 33 (2), 149-53.

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

## Bijlagen

*Bijlage 1. Samenvatting focusgroepsbijeenkomst*

*Bijlage 2. Interviewprotocollen*

*Bijlage 3. Data specificatie*

*Bijlage 4. Vragenlijsten patiënten*

*Bijlage 5. Bruto-netto factor*

*Bijlage 6. Inzetprofielen geïnterviewde PA en VS*

## Bijlage 1. Samenvatting focusgroepsbijeenkomst

Inzet van de PA en VS in de huisartsenzorg: motivaties en belemmeringen

Motivaties (15x)		Belemmeringen (14x)	
<b>V</b>	<b>Tijdswinst: tijd voor (complexe) patiënten</b> Als huisarts meer tijd voor de patiënt en voor complexe casussen. Meer tijdrovende klachten kunnen daarnaast evt. naar de PA/VS	<b>IIII</b>	<b>Risico verminderde patiëntveiligheid / kwaliteit van zorg</b> VS/PA heeft een beperkte deskundigheid, mogelijk kennis te kort. Missen van een diagnose op de HAP is gevaarlijker (onbekende patiënt en hogere risicogroep).
<b>III</b>	<b>Toevoegen specifieke expertise</b> VS/PA kan specifieke expertise inbrengen, andere invalshoek, met name verpleegkundige blik kan een verrijking zijn	<b>II</b>	<b>Belemmering voor AIOS</b> VS/PA ziet een deel van datgene dat een AIOS ook goed zou kunnen zien. Mag leereffect AIOS niet in de weg staan.
<b>II</b>	<b>Verlichting werkdruk huisartsen</b> Verlichting van werkdruk op de post en minder diensten hoeven draaien	<b>II</b>	<b>Verlies van vaardigheden huisarts</b> Huisarts verliest zelf vaardigheden in spoedzorg, door minder volume?
<b>II</b>	<b>Kwaliteitsverbetering</b> Doordat VS/PA bepaalde klachten veel zien is meer ruimte voor kwaliteitsverbetering	<b>II</b>	<b>Generalistisch werk</b> Spoedzorg is vaak generalistisch, voor sommige indicators zal te weinig volume zijn
<b>II</b>	<b>Financieel aantrekkelijk</b> VS/PA is voordeliger dan een huisarts	<b>I</b>	<b>Veelheid aan verschillende personen</b> Onduidelijk voor patiënt wie hem/haar behandelt en dat geleverde zorg huisartsenzorg is
<b>I</b>	<b>Behoud spoedzorg eerstelijns</b> Doordat er meer aanbod is van zorgverleners op de HAP	<b>I</b>	<b>Minder werkplezier; afschuiven van leuke taken</b> Krenten uit de pap gehaald
		<b>I</b>	<b>Bedreiging voor doktersassistenten of POH</b> Opgeleide doktersassistenten worden mogelijk verdreven
		<b>I</b>	<b>Ruimtegebrek</b> In de weekenden is er vaak gebrek aan kamers op de post

Motivaties (13x)		Belemmeringen (26x)	
III	<b>Tijdswinst: tijd voor (complexe) patiënten</b> Als huisarts meer tijd voor 'vaste' patiënten, voor (hoog)complexe zorg en daardoor meer efficiëntie en werkplezier	VI	<b>Minder werkplezier; afschuiven van leuke taken</b> Kwijtraken van leuke verrichtingen, verlies van laag-complexe zorg, angst om "complexe casemanager" te worden
II	<b>Verlichting werkdruk huisartsen</b> Minder werkdruk, met name op korte termijn	III	<b>Verminderde effectiviteit</b> Meer tijd die opgaat aan aansturing en overleg. En meer bedrijfsrisico (ziekte etc) door meer personeel.
II	<b>Financieel aantrekkelijk</b> PA/VS als goedkope waarnemer die mogelijk ook meer spreekuurtijd kan draaien, macro economische kostenbesparing	III	<b>Veelheid aan verschillende personen</b> Team wordt nog groter, minder overzichtelijk, minder kleinschalig, moeilijker om functie en taken af te bakenen
I	<b>Ambitie van assistente in de praktijk</b> Voldoen aan de wens en mee willen denken in ambities van doktersassistenten (of POH), ieders kwaliteiten tot ontwikkeling laten komen	III	<b>Bedreiging huisarts-patiënt relatie</b> Minder kans om een goede relatie met patiënt op te bouwen doordat je de patiënt minder vaak ziet. Tevens minder kennis over de achtergrond van patiënten, waardoor potentieel verlies van kwaliteit van eigen zorg.
I	<b>Kwaliteitsverbetering</b> Met gedeelde blik naar problematiek kunnen kijken, aanvulling op het team, ieder met eigen kwaliteiten. Meer verdieping in gesprekken met patiënten.	III	<b>Minder continuïteit van zorg</b> Meer versnippering en minder continuïteit. Bedreiging van het teamwork en mogelijk minder werkplezier.
I	<b>Innovatief werken</b> Door tijdig mee te gaan in nieuwe ontwikkelingen, zelf ook meer invloed kunnen uitoefenen	II	<b>Belemmering voor AIOS</b> Voor de AIOS en co-assistent moet ook voldoende ruimte blijven om te kunnen leren en eenvoudige taken te kunnen uitvoeren.
I	<b>Efficiëntere zorg</b> Meer tijd voor complexere zorg, meer tijd voor vaste patiënten.	II	<b>Financiering</b> Zorgen om financiën, wie betaalt de VS/PA? Return on investment?
I	<b>Meer flexibiliteit in de inzet van zorg</b> Een PA die kan bijspringen als dat nodig is	II	<b>Ruimtegebrek in de praktijk</b> Er ontbreekt fysieke ruimte
		II	<b>Risico voor patiëntveiligheid/ kwaliteit van zorg</b> Twijfel over voldoende kennis en kunde. Kan een PA/VS voldoende generalistisch werken?

## Bijlage 2. Interview protocol

<b>Akkoord om gesprek op te nemen?</b>	
<b>Gespreksgegevens</b>	
Datum	
Interviewers	
Naam geïnterviewde	
Locatie praktijk	
<b>Algemene gegevens</b>	
Datum indiensttreding?	
Aantal uren werkzaam in de praktijk?	
Wanneer bent u afgestudeerd (indien VS/PA)?	
<b>Motivaties en belemmeringen</b>	
Wat waren motivaties voor inzet VS/PA?	
Ziet u meerwaarde van de inzet van de VS/PA in de praktijk? Zo ja, op welk gebied? Kunt u een cijfer geven tussen de 0 en 10 op de volgende 4 onderdelen: kosten, kwaliteit, toegankelijkheid, patiëntervaringen.	
Waarom is gekozen voor een PA, en niet voor een VS (of andersom)? Of voor een HIDHA of AGNIOS?	
Hoe is besluitvorming gelopen?	
Welke randvoorwaarden waren belangrijk voor de inzet?	
Wat waren belemmeringen voorafgaand aan de inzet?	
Zijn er momenteel nog belemmeringen die worden ervaren?	
<b>Inzet en positie PA/VS</b>	
Op welke wijze wordt de PA/VS ingezet?	
Voor hoeveel uur wordt de PA/VS ingezet?	
Voor welke patiëntengroepen wordt de VS/PA ingezet?	
Hoe worden patiënten verdeeld over de huisartsen, waarnemers, POH en PA/VS?	
Hoe wordt zorg op elkaar afgestemd; welke werkafspraken zijn er?	
Neemt de VS/PA voornamelijk taken van de huisarts over (herschikking) of is er meer sprake van additionele zorg?	
Hoe vindt aansturing plaats?	
Hoe is supervisie geregeld?	
Hoe verhoudt de PA/VS zich tot de inzet van de POH?	

<b>Inzet en verantwoordelijkheden</b>	
Is duidelijk hoe verantwoordelijkheden verdeeld zijn tussen PA/VS, huisarts, waarnemer en andere functies?	
Hoe wordt de kwaliteit van zorg door VS/PA gewaarborgd?	
Kan de VS/PA de juiste afweging maken wanneer iets wel/niet binnen zijn/haar verantwoordelijkheid of deskundigheid valt?	
Wordt dit geëvalueerd/getoetst? Zo ja, hoe?	
Vind u dat de VS/PA na de opleiding voldoende toegerust is om deze functie te vervullen?	
Welke eisen stelt de praktijk aan de inzet en het functioneren van de PA/VS?	
Hoe vindt beoordeling in algemene zin plaats?	
<i>Alleen aan huisarts:</i> is uw tijdsbesteding veranderd door de inzet van de VS/PA? Hoe wordt deze tijd nu benut?	
<i>Alleen aan huisarts:</i> heeft de inzet van de VS/PA-gevolgen voor de ervaren werkdruk? Zo ja, op welke manier?	
<b>Kosten</b>	
Is vooraf een business case gemaakt?	
Wordt inzichtelijk gemaakt of de PA/VS bijdraagt aan de financiële praktijksituatie? Zo ja, hoe?	
Zo nee, hoe draagt volgens u een VS/PA bij aan de praktijksituatie?	
Hoe is de PA/VS gefinancierd in uw praktijk? Zowel tijdens de opleiding als daarna?	
Wat is het salaris van de VS/PA (salarisschaal)	
Zijn er afspraken gemaakt met zorgverzekeraars ten aanzien van de inzet en bekostiging van de PA/VS? Zo ja, welke afspraken, en met welke zorgverzekeraar(s)?	
<b>Kwaliteit</b>	
Ervaart u een effect van de inzet van de VS/PA op kwaliteit?	
Hoe en op welke aspecten is dit zichtbaar? Wordt dat ook gemeten?	
Voert de PA/VS ook andere taken / projecten uit als het gaat om kwaliteitsverbetering in de praktijk?	
<b>Toegankelijkheid</b>	
Ervaart u een effect van de inzet van de VS/PA op toegankelijkheid?	
Hoe is dit zichtbaar? Wordt dat ook gemeten?	
<b>Patiëntervaringen</b>	

Ervaart u een effect van de inzet van de VS/PA op patiënttevredenheid?	
Hoe is dit zichtbaar? Wordt dat ook gemeten?	
<b>Ontwikkelingen</b>	
Welke ontwikkelingen ziet u in de praktijk, gerelateerd aan de inzet van VS/PA?	
Welke ontwikkelingen ziet u landelijk op het gebied van taakherschikking in de huisartsenzorg?	
<b>Zijn er nog punten die wat u betreft benoemd zouden moeten worden?</b>	
<b>Overige opmerkingen / vragen</b>	



## Bijlage 3. Data specificatie

We hebben per praktijk de volgende gegevens opgevraagd:

1. Data opvraag gegevens per praktijk
  - a. Praktijkspiegel 2016, 2017, 2018. Doel: aantal medewerkers in de praktijk, aantal ingeschreven patiënten per tariefgroep, aantal consulten, verrichtingen, prestaties, aantal en soort ketenzorggroepen, gemiddelde kosten per ingeschreven patiënt, totale zorgkosten;
  - b. Startdatum praktijk en startdatum VS/PA;
  - c. Aantal en fte medewerkers per functie (# praktijkhouders, #hidha, #waarnemers, #PA/VS, #doktersassistenten, #POH-S en POH-GGZ en #overige deelnemende specialisten in de praktijk (fysio, psycholoog etc)), 2016, 2017 en 2018;
  - d. Type dienstverband per huisarts en per medewerker (vast, deeltijd of flexcontract) (2016, 2017 en 2018);
  - e. Aantal uur in dienst per huisarts en per medewerker (2016, 2017 en 2018);
  - f. Roostergegevens: inzet medewerkers (2016, 2017, 2018);
  - g. Productie aantallen per verrichting en per medewerker op naam: huisarts / hidha / waarnemer / PA / VS / DA (2016, 2017, 2018);
  - h. De afspraken met Zorgverzekeraars rondom resultaatbeloningen in relatie tot VS/PA (2016, 2017 en 2018);
  - i. Het aantal ontvangen resultaatbeloningen ten aanzien van (Adequaat verwijzen en diagnostiek, Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, Service en bereikbaarheid, Multidisciplinaire zorg, Stimulering huisartsenzorg in krimpregio's en overige) in 2016, 2017, 2018;
  - j. Contractafspraken (tarief en aantallen) met zorgverzekeraars per segment (en bijzondere verrichtingen) gemaakt in 2016, 2017 en 2018. Specifieke afspraken in relatie tot taakherschikking PA/VS;
  - k. Financieel jaarverslag praktijk, 2016, 2017, 2018;
  - l. Kwaliteitsgegevens praktijk (NHG-rapporten etc.) voor zover beschikbaar (tevens wat er geregistreerd wordt aan kwaliteitsdata in de praktijk);
  - m. Patiëntenquête recentelijk uitgevoerd in de praktijk (voorkeur 2016/2017/2018) - indien beschikbaar.
2. HIS extractie gegevens

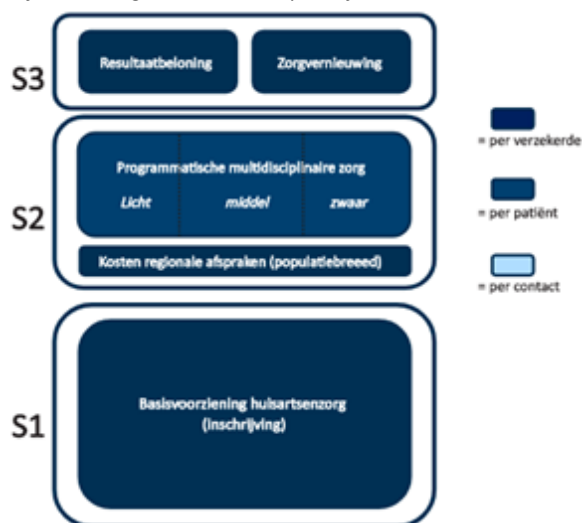
Met elke praktijk zijn toestemmingsverklaringen getekend rondom de verwerking en extractie van gegevens. Daarnaast hebben de praktijken een maand lang voorafgaand aan het onderzoek in de spreekkamer een poster opgehangen met nadere informatie over het onderzoek.

  - a. Aantal ingeschreven patiënten per medewerker per praktijk voor en na aanname VS/PA
  - b. Aantal en aard uitgevoerde verrichtingen per medewerker per praktijk periode voor en na aanname VS/PA. Data komt over een met de financiële data die we verzameld hebben.
  - c. Geregistreerde activiteiten per medewerker per praktijk periode voor en na aanname PA/VS
  - d. Geregistreerde klachten (morbiditeiten op basis van ICPC3 thesaurus) per medewerker en per praktijk periode voor en na aanname VS/PA
  - e. Aantal en aard voorgeschreven medicatie per medewerker en praktijk periode voor en na aanname VS/PA

- f. Aantal en specialismen verwezen per medewerker en praktijk periode voor en na aanname PA/VS
3. Referentiepraktijken (totaal 45 praktijken geïncludeerd)
- a. Aantal ingeschreven patiënten per medewerker per praktijk 2016, 2017 en 2018
  - b. Aantal en aard uitgevoerde verrichtingen per medewerker per praktijk 2016, 2017 en 2018. Data komt over een met de financiële data die we verzameld hebben.
  - c. Geregistreerde activiteiten per medewerker per praktijk 2016, 2017 en 2018
  - d. Geregistreerde klachten (morbiditeiten op basis van ICPC3 thesaurus) per medewerker en per praktijk 2016, 2017 en 2018
  - e. Aantal en aard voorgeschreven medicatie per medewerker en praktijk 2016, 2017 en 2018
  - f. Aantal en specialismen verwezen per medewerker en praktijk 2016, 2017 en 2018

Financiële data per segment te inventariseren<sup>24</sup>:

*De financiering van huisartsenpraktijken*



Elk segment moeten we in kaart brengen en daarbij de bijdrage en inzet van de VS/PA inventariseren om een goed beeld te krijgen. Het gaat hierbij om de **volume en prijsgegevens** per segment van de tarievenlijst 2016/2017<sup>25</sup>.

### **Segment 1:**

1. Aantal huisartsen en praktijkondersteuners in dienst van de praktijk (fte) (2016, 2017 en 2018)
2. Aantal ingeschreven patiënten (2016, 2017 en 2018), onderverdeeld per tariefgroep (Leeftijd en type opslagwijk)
3. Het aantal reguliere consulten (per type consult (korter of langer dan 20 minuten): regulier, Telefonisch, vaccinatie of e-mailconsult) (langer dan 20 minuten voorheen M&I)
4. Het aantal passantenconsulten, consult militair, consult gemoedsbezwaarde
5. Het aantal prestaties Poh-ggz per categorie

### **Segment 2:**

1. Het aantal prestaties O&I (wijkmanagement, ketenzorg, regiomanagement, geïntegreerde Eerstelijnszorg overig).
2. Multidisciplinaire zorg
  - Het aantal en prijs DM2/VRM
  - Het aantal en prijs COPD/Astma
  - Het aantal en prijs DM2 – niet gecontracteerd
  - Het aantal en prijs COPD – niet gecontracteerd
  - Het aantal en prijs HVZ – niet gecontracteerd

### **Segment 3**

1. De afspraken met Zorgverzekeraars rondom resultaatbeloningen en relatie tot VS/PA
2. Het aantal ontvangen resultaatbeloningen ten aanzien van
  - Adequaate verwijzen en diagnostiek
  - Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen

<sup>24</sup> Omdat er sprake is van een overgangssituatie zullen we per praktijk inventariseren welke beleidsregel van toepassing is. We houden in principe de beleidsregel 2018 aan (maar vragen productiegegevens 2016 en 2017 uit).

<sup>25</sup> Voor een uitleg van elke bekostigingsvorm verwijzen we naar de tariefbeschikking van de Nza, TB/REG-18619-01.

- Service en bereikbaarheid
- Multidisciplinaire zorg
- Stimulering huisartsenzorg in krimpregio's
- Overig

3. Het aantal prestaties en prijzen in het kader van Zorgvernieuwing:

- E-health
- Meekijkconsult
- Overige zorgvernieuwing (omschrijving, volume en prijs)

**Overige prestaties buiten segmenten**

Voor de overige prestaties (ANW-verrichtingen in een HDS-structuur) zullen we ook gegevens opvragen voor zover relevant is. Dit betreffen onder meer:

- Roostergegevens HDS/ Structuur HDS
- Aantal zorgverleners werkzaam in HDS
- Aantal presaties dienstuur HDS
- Aantal opslagen dienstuur HDS
- Het aantal ANW-verrichtingen buiten hds (voor huisartsen die niet participeren in een HDS-structuur)
- Informatieverzoeken
- Uitstrijkjes
- Keuringen en onderzoek (per categorie)
- Kilometervergoeding
- Prestatie steun en consultatie bij euthanasie
- Huisartsenzorg voor asielzoekers
- Audiometrie
- M&I-verrichtingen (per categorie)
- Separate verrichtingen wanneer er een overeenkomst met zorgverzekeraar bestaat (aantal en prijs)
- Relevante prestatie waar VS/PA betrokken bij is of zelfstandig uitvoert.

## Bijlage 4. Vragenlijsten patiënten

### Vragenlijst

#### Wat vindt u van de zorg bij de huisartsenpost?

Bij de huisartsenpost werken ook verpleegkundig specialisten. Deze personen nemen werk over van de huisartsen. We zijn benieuwd wat u daarvan vindt.

#### Anoniem

De vragenlijst is anoniem. Dit betekent dat u uw naam of gegevens niet hoeft in te vullen. Daarnaast krijgt uw zorgverlener deze vragenlijst en uw antwoorden niet te zien. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het ziekenhuis Radboudumc.

#### Invullen vragenlijst

Fijn als u deze vragenlijst in wilt vullen. Dat duurt ongeveer een kwartier. Wilt u liever niet meedoen? Zet dan een kruisje in dit vakje .

#### Terugsturen

Fijn als u de vragenlijst terugstuurt. U kunt de vragenlijst in de envelop stoppen die u bij de vragenlijst vindt. U hoeft geen postzegel op de envelop te plakken.

#### Vragen?

Heeft u vragen? Bel dan met XXXX via telefoonnummer XX XX XXXXX. U kunt ook een e-mail sturen naar XXXX.XXXX@radboudumc.nl.

#### Zo vult u de vragen in:

- U mag alleen de vragen invullen als u het laatste jaar bij de huisartsenpost bent geweest.
- U kunt de vragen beantwoorden door het juiste bolletje in te kleuren.
- Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Dit staat dan bij de vraag.
- Bij sommige vragen schrijft u zelf een antwoord op. Wilt u dit zo duidelijk mogelijk doen?
- Soms is er een vraag waar u niet mee te maken heeft gehad. Dan kunt u het bolletje 'niet van toepassing' inkleuren. Of u kunt dit als antwoord geven.
- Heeft u een antwoord ingevuld en wilt u dat later veranderen? Dat kan. Zet dan een kruis door het verkeerd ingekleurde bolletje. Kleur daarna een ander bolletje in. Dat ziet er zo uit:
  - ✗ Ja
  - Nee

## Vragenlijst

### Vragen over de verpleegkundig specialisten bij de huisartsenpost

1. Kent u een verpleegkundig specialist die bij de huisartsenpost werkt?
  - Ja
  - Nee
  - Weet ik niet
  
2. Hoe vaak heeft u een verpleegkundig specialist gezien of gesproken? Het gaat om het laatste jaar. Denk bijvoorbeeld aan een spreekuur of een telefoongesprek.
  - 0 keer
  - 1 keer
  - 2-4 keer
  - 5-9 keer
  - 10 keer of vaker
  - Weet ik niet
  
3. Heeft iemand u uitgelegd wat een verpleegkundig specialist doet?
  - Ja
  - Nee
  - Weet ik niet
  
4. Kunt u zelf bepalen met wie u een afspraak heeft: met een huisarts of een verpleegkundig specialist?
  - Nooit
  - Soms
  - Meestal
  - Altijd
  
5. Maakt het u uit door wie u geholpen wordt: door een huisarts of door een verpleegkundig specialist?
  - Nee
  - Ja, liever door een huisarts
  - Ja, liever door de verpleegkundig specialist
  - Dat ligt aan mijn klacht of vraag

Kunt u dit uitleggen?

---

---

---

### Heeft u nog nóóit een verpleegkundig specialist gesproken? Ga dan verder naar vraag 10.

6. Wat vindt u van de verpleegkundig specialist?

---

---

---

**7. Was dit anders dan u had verwacht?**

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Kunt u dit uitleggen?

---

---

---

**8. Ziet u verschil tussen een huisarts en een verpleegkundig specialist?**

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Kunt u dit uitleggen?

---

---

---

**9. Wat vindt u goed aan de verpleegkundig specialist bij de huisartsenpost? (U kunt meerdere antwoorden geven)**

- Ik heb sneller een afspraak
- Ik kan op andere tijden terecht voor een afspraak
- Ik hoef minder lang te wachten in de wachtkamer
- Ik vind dat er beter wordt samengewerkt met andere zorgverleners
- Ik krijg meer tijd en aandacht
- Ik krijg betere uitleg
- Anders, namelijk:

---

---

---

- 
- Ik zie geen verschil
  - Weet ik niet

**Vragen over de persoon die u de laatste keer gezien heeft**

Vult u de vraag in over de persoon die u **voor het laatst** gezien heeft. Dit kan een verpleegkundig specialist of een huisarts zijn.

**10. Met wie had u voor de laatste keer een afspraak?**

- Met een huisarts
- Met een verpleegkundig specialist
- Weet ik niet
- Anders, namelijk: .....



**Alle stellingen hieronder gaan over de zorg door de persoon die u bij vraag 10 heeft aangekruist.**

Zet een kruisje in het vakje dat van toepassing is.

		Eens	Een beetje eens	Een beetje oneens	Oneens	Niet van toepassing	Weet ik niet
11.	Ik kon bij deze zorgverlener snel terecht						
12.	Ik kon bij deze zorgverlener terecht op het tijdstip die ik wilde						
13.	Ik kon bij deze zorgverlener mijn eigen verhaal vertellen						
14.	Ik vond deze zorgverlener deskundig						
15.	Ik kon bij deze zorgverlener zelf bepalen welke behandeling of hulp ik kreeg						
16.	Ik voelde mij geholpen door deze zorgverlener						
17.	Deze zorgverlener wist waarvoor ik kwam						
18.	Deze zorgverlener had genoeg tijd voor mij						
19.	Deze zorgverlener had interesse in mijn persoonlijke situatie						
20.	Deze zorgverlener gaf mij uitleg op een begrijpelijke manier						
21.	Deze zorgverlener had aandacht voor emoties die te maken hadden met mijn gezondheid						
22.	Deze zorgverlener vertelde wat ik wilde weten over mijn gezondheidsprobleem/ klacht(en)						

**Ook vraag 23 t/m 25 gaan over de zorg door de persoon die u bij vraag 10 heeft aangekruist.**

**23. Welk cijfer geeft u aan deze zorgverlener? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent uitstekend.**

- 0 *Heel erg slechte zorgverlening*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *Uitstekende zorgverlening*

**24. Wat vindt u goed aan deze zorgverlener?**

---

---

**25. Wat kan deze zorgverlener beter doen?**

---

---

**Over uzelf**

De volgende vragen gaan over u.

**26. Hoe oud bent u?**

- Jonger dan 18 jaar
- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar

- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

**27. Wat is de hoogste opleiding waarvoor u een diploma heeft?**

- Geen opleiding (lagere school of school niet afgemaakt)
  - Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
  - Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
  - Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
  - Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
  - Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
  - Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaat wetenschappelijk onderwijs)
  - Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
  - Anders, namelijk:
- 

**28. Waar bent u geboren?**

- Nederland
- Indonesië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- (Voormalig) Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

**Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst.**

**U mag de vragenlijst in de antwoordenvolop stoppen en bij de assistente afgeven. U kunt de vragenlijst ook op de post doen naar het Radboudumc. Een postzegel is niet nodig.**

## Bijlage 5. Berekening kosten PA/VS en bruto-netto factor

### 1. Inleiding en vraagstelling

Voor het project “Taakherschikking en huisartsenzorg” is er behoefte aan inzicht in de financiële effecten van taakverschuivingen. Om die reden zijn kostprijsberekeningen gemaakt. We doen daar in deze notitie verslag van.

ir. Leo Berrevoets en drs. Arjan Kouwen

januari 2020

### 2. Gekozen uitgangspunten

We hebben voor de diverse functionarissen de kostprijs per uur te berekenen. De kostprijs per uur definiëren we als: jaarlijks salaris gedeeld door aantal te werken uren per jaar. We laten daarbij overige kosten zoals praktijkkosten en overige kosten buiten beschouwing.

Kanttekeningen inzake **het salaris** c.q. **de loonkosten**:

1. Er zijn grote verschillen in de honorering van de diverse functionarissen:
  - Huisartsen
  - Huisartsen in dienst van een huisartspraktijk (HIDHA)
  - Physician assistants (p.a.)
  - Verpleegkundig specialisten (VS)
2. En daarnaast zijn gegevens soms niet toegankelijk, zoals:
  - Jaarlijks salaris van vrijgevestigde huisartsen.
  - Opslagen op salaris vanwege bijvoorbeeld het doen van diensten
3. Om goed zicht te krijgen op kostprijzen moet er ook inzicht zijn in sociale lasten en overige personele kosten (belastingplichtige toelagen zoals vakantiegeld, beschikbaarheidstoelagen, eindejaarsuitkering et cetera). Het blijkt lastig om deze data te verzamelen en een generieke opslag vast te stellen die voor iedere situatie van toepassing is. We hebben hierover in een landelijke klankbordgroep (KOH) en in focusgesprekken terugkoppeling gevraagd en hieruit blijkt dat een opslag voor sociale lasten (33%) en overige sociale lasten (17%) redelijk overeen te komen. Evenwel: dit is niet onderbouwd en slechts indicatief.

Kanttekeningen inzake **aantal te werken uren per jaar**

1. Het contract van de diverse medewerkers inzake het aantal uren van een fulltime arbeidscontract varieert per CAO
2. Voor vrijgevestigde huisartsen is er sowieso geen norm inzake het aantal te werken uren per jaar
3. Het aantal uren dat men daadwerkelijk werkt, hangt ook af van het aantal uren verlof, eventueel extra verlof bijvoorbeeld vanwege de leeftijd, tijd voor scholing en afwezigheid vanwege ziekte.

Om al deze redenen zijn keuzes gemaakt die samen te vatten zijn in onderstaande punten:

1. Inzake het berekenen van de kostprijs van huisartsen beperken we ons tot zogenaamde HIDHA's. Dat zijn huisartsen in dienst van een praktijk en waarvoor een CAO geldt. In deze

CAO zijn afspraken vastgelegd voor te werken uren en er is een salarisschaal. Samengevat: er is duidelijkheid over salaris en over de honorering en dat in tegenstelling tot vrijgevestigde huisartsen.

2. Inzake loonkosten per jaar gaan we uit van:

- Het maandsalaris maal 12 maanden
- Jaarlijks vakantiegeld
- Jaarlijkse Eindejaar toelage.

En we laten buiten beschouwing:

- Toelagen
- Sociale lasten
- Opleidingskosten

3. Inzake het aantal te werken uren in een jaar rekenen we met:

- a. Bruto contracturen
- b. Minus feestdagenverlof
- c. Minus vakantiedagen

En we laten ziekteverlof en verlof voor scholing buiten beschouwing.

4. We nemen als basis de regelingen zoals vastgelegd in de CAO:

- a. CAO Huisartsenzorg; 1 maart 2019 tot en met 31 december 2020<sup>26</sup>
- b. Cao-huisarts in dienst bij een huisarts; 1 maart 2019 – 28 februari 2021<sup>27</sup>

3. Resultaten

**Feestdagen, beide Cao's**

feestdagen (gelijk in beide CAO's)	
nieuwjaarsdag )1	0,71 dag gemiddeld per jaar
2e paasdag	1,0
koningsdag )1	0,71
hemelvaartsdag	1,0
2e pinksterdag	1,0
1e en 2e kerstdag )1	1,43
5 mei, eens per 5 jaar	0,2
	6,06 dagen per jaar
)1: kans van 5 op de 7 dat dit niet op een weekenddag valt	

Gemiddeld 6,06 dagen per jaar

**Cao-huisartsenzorg**

Salaris verpleegkundig specialist (in CAO staat schaal 8 of 9, evenwel we constateren in de praktijk ook betalingen in de schalen 10, 11 en 12)

<sup>26</sup> CAO Huisartsenzorg 2019-2020

<sup>27</sup> CAO HIDHA 2019-2021

salaris nurse practitioner / physician assistant, normaliter schaal 8 of schaal 9 (CAO)			
schaal 8	minimum	€	3.188 per maand bij 1,0 fte
	maximum	€	4.173
schaal 9	minimum	€	3.603 per maand bij 1,0 fte
	maximum	€	4.605
schaal 10	minimum	€	3.976 per maand bij 1,0 fte
	maximum	€	5.080
schaal 11	minimum	€	4.383 per maand bij 1,0 fte
	maximum	€	5.607
schaal 12	minimum	€	4.837 per maand bij 1,0 fte
	maximum	€	6.185

Vakantiegeld 8%

EJU 6%

Te werken uren: 52 weken à 38 uren per week c.q. 7,8 uren gemiddeld per dag

Verlof: 190 uren per jaar.

#### CAO HIDHA

salaris HIDHA	minimum	€	5.464,75 per maand bij 1,0 fte
(per september 2019)	maximum	€	7.073,04

Vakantiegeld 8%

EJU 1,75 %

Te werken uren: 52 weken à 40 uren per week c.q. 8 uren gemiddeld per dag

Verlof: 224 uren per jaar.

#### Resultaten inzake te werken uren per jaar

<b>HIDHA</b>	
bruto jaaruren	2080 uren per jaar
. Minus feestdagen	48,5 uren per jaar
. Minus verlof	224 uren per jaar
netto uren	<b>1807,5 uren per jaar</b>
netto uren	inclusief scholing (variabel)
	inclusief verzuim vanwege ziekte (variabel)
<b>np / vs</b>	
bruto jaaruren	1976 uren per jaar
. Minus feestdagen	46 uren per jaar
. Minus verlof	190 uren per jaar
netto uren	<b>1740 uren per jaar</b>
netto uren	inclusief scholing (variabel)
	inclusief verzuim vanwege ziekte (variabel)

### Resultaten inzake salaris HIDHA per jaar en brutosalaris per uur

salaris per jaar	gemiddeld bruto salaris per uur
minimum € 71.971	minimum € 39,82
maximum € 93.152	maximum € 51,54

Toelichting: minimum is: (12 maal € 5464,75) maal (100% plus 8% plus 1,75%) is € 71.971  
 Jaarsalaris van € 71.971 gedeeld door 1807,5 gewerkte uren is € 39,82 per uur.

### Resultaten inzake salaris VS. en PA per jaar en brutosalaris per uur

salaris per jaar, schaal 8	gemiddeld bruto salaris per uur
minimum € 43.612	minimum € 24,13
maximum € 57.087	maximum € 31,58
salaris per jaar, schaal 9	gemiddeld bruto salaris per uur
minimum € 49.289	minimum € 28,33
maximum € 62.996	maximum € 36,21
salaris per jaar, schaal 10	gemiddeld bruto salaris per uur
minimum € 54.392	minimum € 31,26
maximum € 69.494	maximum € 39,94
salaris per jaar, schaal 11	gemiddeld bruto salaris per uur
minimum € 59.959	minimum € 34,46
maximum € 76.704	maximum € 44,08
salaris per jaar, schaal 12	gemiddeld bruto salaris per uur
minimum € 66.170	minimum € 38,03
maximum € 84.611	maximum € 48,63

### Samenvattend, kostprijzen per uur

Exclusief toelagen, scholingskosten, bijkomende salarislasten en sociale lasten

HIDHA	minimum	€ 39,82		
	maximum	€ 51,54	index	142
np/vs, 8	minimum	€ 24,13		
	maximum	€ 31,58	index	87
np/vs, 9	minimum	€ 28,33		
	maximum	€ 36,21	<b>index</b>	<b>100</b>
np/vs, 10	minimum	€ 31,26		
	maximum	€ 39,94	index	110
np/vs, 11	minimum	€ 34,46		
	maximum	€ 44,08	index	122
np/vs, 12	minimum	€ 38,03		
	maximum	€ 48,63	index	134

De CAO suggereert een salaris voor een PA/VS (uiteindelijk) in schaal 9. Aan die situatie hebben we een index toegekend van 100. Een HIDHA scoort dan 142 (dus 42% hogere kostprijs per uur). Als een PA/VS wordt gehonoreerd in schaal 10, 11 of 12 dan stijgt uiteraard hun kostprijs en wordt het verschil met een HIDHA minder.

Een HIDHA heeft een specialistische opleiding afgerond tot huisarts en is dus breder en met meer verantwoordelijkheden inzetbaar vergeleken met een PA of een VS.

Nijmegen

Adviesgroep PVI Radboudumc



## Bijlage 6. Inzetprofielen geïnterviewde PA en VS

<b>Kenmerk</b>	<b>VS</b>	<b>VS</b>	<b>VS</b>	<b>VS</b>	<b>PA</b>	<b>PA</b>	<b>VS</b>
<i>Case</i>	1	1	1	2	2	2	3
<i>In dienst</i>	2013 (Afgest. 2013)	2014 (afgest. 2016)	2011 (afgest. 2009)	2015 (afgestudeerd 2015)	2017 (afgest. 2007)	2017 (afgest. 2007)	2011 (afgestud. 2010)
<i>Contractduur</i>	24 uur (0,63fte)	21 uur (0,55fte)	28 uur (0,74fte)	14 uur (0,37fte)	9 uur (0,24fte)	9 uur (0,24fte)	22 uur (0,58fte)
<i>Taken herschikt</i>	Consulten	Consulten	Consulten	Consulten Visites (proeffase) Videoconsulten (proeffase)	Consulten Videoconsult en (proeffase)	Consulten Visites (proeffase) Videoconsulten (proeffase)	Consulten Consulten > 20 min. Kleine ingrepen (kleine chirurgische ingrepen, pijn op de borst en hypertensie) Telefonische consulten Visites Spreekuur algemeen voorkomende klachten
<i>Taken overig</i>	Leermeester VS i.o. Lid OR	-	Lid calamiteiten- commissie Coördinator scholing Leermeester VS i.o.	Coördinerend VS Lid Kwaliteits-commissie Praktijkopleider Supervisie van SOH's Organiseren van klinische lessen voor SOH's	Supervisie van SOH's	Supervisie van SOH's	Ouderenzorg (1 dagdeel per week) Begeleiding bij stoppen met roken
<i>Uitzonderingen</i>	Conform lijst ingangsklachten NDT	Conform lijst ingangsklachten NDT	Conform lijst ingangsklachten NDT	Conform lijst ingangsklachten NDT	Conform lijst ingangsklach ten NDT	Conform lijst ingangsklachten NDT	Geen kinderen < 1 jaar en terminale patienten
<i>Achtergrond</i>	Verpleegkundige cardiologie	Kinder- verpleegkundige Seh-VK	Seh- verpleegkundige	Ambulance verpleegkundige	Verpleegkun dige verpleeghuis zorg	Röntgen en echografisch laborant	Verpleegkundige (ziekenhuis, verslavingszorg en psychiatrie)

<b>Kenmerk</b>	<b>PA</b>	<b>VS</b>	<b>PA</b>
<i>Case</i>	4	5	6
<i>In dienst</i>	2004 (afgestud. 2009)	2012 (afgestudeerd 2015)	2008 (afgest. 2011)
<i>Contractduur</i>	38 uur (1,0fte)	36 uur (0,95 fte)	30 uur (0,78 fte)
<i>Taken herschikt</i>	Consulten Consulten > 20 min. Kleine ingrepen (kleine chirurgische ingrepen, pijn op de borst en hypertensie) Telefonische consulten Visites Spreekuur algemeen voorkomende klachten	Consulten Consulten > 20 min Visites gericht op kwetsbare ouderen (De VS ziet alle kwetsbare ouderen van 75+ die standaard naar de VS worden doorverwezen) waaronder terminale patiënten palliatieve zorg en wondzorg	Consulten Visites
<i>Taken overig</i>	FTO (farmacotherapeutisch overleg) Begeleiding bij stoppen met roken Lean coach	Overleg specialist ouderenzorg in de wijk Projectleider coöperatie rondom samenwerking in ouderenzorg (geïntegreerde 1,5 lijns zorg) Opleider (VS in opleiding)	Visites specifiek gericht op ouderenzorg, over te nemen door POH
<i>Uitzonderingen</i>	Geen patiënten met gynaecologische en psychiatrische klachten	Alleen kwetsbare ouderen. Overige niet	Geen uitzonderingen
<i>Achtergrond</i>	IC-verpleegkundige	Praktijkverpleegkundige	Fysiotherapeut

