

De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente

A. NIJLAND
J. DE HAAN
J. VAN DER VELDEN
B. MEYBOOM-DE JONG

Voor dit onderzoek werd aan 177 dokters-assistentes, werkzaam in 98 huisartspraktijken, gevraagd een enquête in te vullen betreffende hun sociale en professionele kenmerken. Op grond van de antwoorden van 158 respondenten wordt een beeld geschetst van de belangrijkste medewerkster van de Nederlandse huisarts. Zij is een vrouw van 33 jaar, ruim 8 jaar werkzaam als doktersassistente en ruim 6,5 jaar bij haar huidige werkgever in dienst. In de niet-apotheekhoudende normpraktijk heeft zij een 0,8 aanstelling. De meeste van haar werkzaamheden liggen op het gebied van de intake en administratie. Er lijkt veel ruimte aanwezig voor uitbreiding van met name haar medisch-technische functie, de patiënt-voorlichtende functie en de managementfunctie. Mede vanwege haar 0,8 aanstelling ontbreekt hiervoor de tijd.

Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-de Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. *Huisarts Wet* 1990; 33(9): 350-4, 363.

A. Nijland, huisarts te Oldemarkt; Dr. J. de Haan, huisarts te Wolvega; J. van der Velden, arts-epidemioloog, Nivel, Utrecht; Prof. dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie: A. Nijland, Platteweg 2, 8375 GN Oldemarkt; telefoon 05615-2165.

Het onderzoeksproject 'De assistente in de huisartspraktijk' is een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (Nivel).

Inleiding

Op grond van de huidige beroepsopleiding mogen we van de doktersassistente verwachten dat zij in de huisartspraktijk een groot aantal taken zelfstandig kan uitvoeren.¹ In een toelichting op het beroepsprofiel wordt vermeld dat de assistente een eigen spreekuur zou kunnen houden voor bepaalde categorieën patiënten (hypertensie, diabetes, ulcus cruris, screening op cervixcarcinoom).² Door Van Ree, Smilde, en De Haan is aangetoond dat de doktersassistente een wezenlijk aandeel kan leveren in de behandeling en begeleiding van patiënten met bepaalde ziekten.³⁻⁵

Er zijn ook aanwijzingen dat het systematisch inschakelen van de doktersassistente een verbetering van de kwaliteit van de zorg kan betekenen.⁵⁻⁶ Met name kan zij een belangrijke rol spelen bij de behandeling van patiënten met chronische aandoeningen (hypertensie, diabetes, ulcus cruris), hetgeen van belang is tegen de achtergrond van de vergrijzing van de bevolking. Ook kan de assistente een belangrijke rol spelen bij de automatisering van de medische administratie. Met behulp van een geautomatiseerd gegevensbestand kan een signalerings- en bewakingssysteem voor risicogroepen worden ingevoerd.

Een uitbreiding van de taken van de doktersassistente past goed in het door NHG en LHV 'gepropageerde' standaardbeleid.⁷⁻⁸ Uit een oogpunt van efficiëntie moeten de taken die door lager geschoolde personen verricht kunnen worden, niet worden uitgevoerd door mensen met een hogere opleiding.⁹ Dat maakt de gezondheidszorg onnodig duur. De huisarts kan eenvoudige taken overlaten aan zijn assistente en zelf complexere problemen oplossen en eventueel een deel van het werk van de specialist overnemen.

Om deze redenen is het van groot belang meer inzicht te krijgen in het functioneren van de doktersassistente en aanbevelingen te doen voor een adequatere inzet van hulpkrachten in de huisartspraktijk. Sommige auteurs spreken in dit verband over een niet te missen kans om de huisartsgeneeskunde op een hoger peil te brengen.¹⁰⁻¹²

In dit artikel staat de beantwoording van de volgende vragen centraal:

- welke taken en functies vervult de doktersassistente;
- welke opleiding heeft zij;
- welke werkzaamheden voert zij uit?

Methoden

De gegevens zijn verzameld in het kader van 'De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', verder te noemen de Nationale Studie.¹³⁻¹⁴ Ten behoeve hiervan registreerden 163 huisartsen uit 103 huisartspraktijken gedurende 3 maanden wat zij dagelijks doen en met welke klachten, ziekten en problemen zij worden geconfronteerd. De 103 praktijken zijn gekozen op basis van een niet-proportionale, gestratificeerde steekproef. Hierbij zijn drie stratificatie-variabelen gebruikt, waarvan bekend is dat ze samenhangen met aspecten van de huisartspraktijk en van het huisartsgeneeskundig handelen: urbanisatiegraad, regio en afstand tot het ziekenhuis.

Naast de huisartsen hebben ook 177 doktersassistenten gegevens over hun contacten met patiënten geregistreerd. In aansluiting op de registratie werden de assistenten schriftelijk geënkquêteerd (najaar 1988). Als persoonsgebonden gegevens werd gevraagd naar: geboortejaar, burgerlijke staat, aantal jaren werkzaam als doktersassistente in het algemeen en bij de huidige werkgever in het bijzonder, (voor)opleiding, al dan niet gediplomeerd zijn als doktersassistente en/of apothekersassistente en jaar van diplomering, werkweek in uren, al dan niet schriftelijke overeenkomst en betaling volgens de richtlijnen van de KNMG. Vervolgens werd informatie gevraagd over de werksituatie: praktijkvorm, eigen werkruimte, apotheekwerkzaamheden, visites afleggen, begeleiden stagiaires.

Ook werd de assistenten gevraagd welke werkzaamheden zij in de praktijk verrichtten. Op een lijst van 63 taken konden zij aangeven of zij de betreffende taak 'dagelijks', 'wekelijks', 'maandelijks', 'zelden' of 'nooit' verrichtten. Deze taken werden, overeenkomstig het 'Beroepsprofiel van de doktersassistente', onderverdeeld in de volgende functies:

- intake-functie;
- patiënt-voorlichtende functie;
- managementfunctie;
- medisch-technische functie;
- administratieve functie.²

Ter wille van de leesbaarheid zijn de in het algemeen kleine percentages in de kolom 'maandelijks' samengevoegd met de percentages in de kolommen 'dagelijks' en 'wekelijks' tot de categorie 'regelmatig'; verder zijn (kleine) percentages gevallen waarin een item niet was ingevuld, weggelaten.

Verder werd gevraagd of de assistenten in de praktijk nog andere werkzaamheden verrichtten en om welke werkzaamheden het dan ging. Tot slot werd gevraagd welke werkzaamheden die nu niet tot hun taak behoorden, de assistenten wel zouden willen verrichten, indien daartoe de mogelijkheid bestond.

Binnen het bestand van doktersassistenten worden aparte subgroepen gevormd door 'meewerkende partners' en gediplomeerde doktersassistenten. Deze groepen worden in de tabellen afzonderlijk gepresenteerd en zullen afzonderlijk worden besproken.

Resultaten

De 177 geënquêteerde doktersassistenten zijn afkomstig uit 98 (van de 103) huisartspraktijken uit de Nationale Studie. In 5 praktijken was geen assistente werkzaam. De respons op de enquête bedroeg 96 procent. Voor analyse kwamen 158 (89 procent) enquêteformulieren in aanmerking; deze waren afkomstig uit 92 praktijken, waarvan 21 apotheekhoudend. Gerekend naar praktijkvorm zijn de groepspraktijken en gezondheidscentra in deze steekproef oververtegenwoordigd (tabel 1).

Om een uitspraak te kunnen doen over de representativiteit van deze groep is de rol van de stratificatie-variabelen onderzocht. Hierbij werd voor de basisvariabelen (geslacht, leeftijd, praktijkvorm, aantal jaren werkzaam als doktersassistente en aantal jaren werkzaam bij de huidige werkgever) geen statistisch significant verschil gevonden, zodat mag worden geconcludeerd dat er geen verstoring van de stratificatievariabelen aanwezig was.

Alle assistenten waren vrouwen; zij varieerden in leeftijd van 17 tot 62 jaar. Ongeveer de helft was jonger dan 30 jaar en

een kwart ouder dan 40 jaar; de gemiddelde leeftijd was 33 jaar (standaarddeviatie 9,7; mediaan 31 – tabel 2). Ongeveer 60 procent van de assistenten was gehuwd. Gemiddeld was men 8,2 jaar werkzaam als doktersassistente, variërend van enkele maanden tot 27 jaar. Het gemiddelde aantal jaren dienstverband bij de huidige werkgever bedroeg 6,7.

Van de 158 assistenten waren er 75 (werkzaam in 51 praktijken) gediplomeerd doktersassistente en 15 gediplomeerd apothekersassistente; één assistente viel in beide categorieën. Van de 69 niet-gediplomeerde assistenten hadden er 14 ook geen andere opleiding gevolgd, 5 waren nog in opleiding voor doktersassistente, 15 bleken verpleegkundige A te zijn en 16 hadden een paramedische of medisch-gelieerde beroepsopleiding; de overige 14 niet-gediplomeerden hadden opleidingen gevolgd als opleiding kleuterleidster, kostuumopleiding, conservatorium en universitaire opleiding romaanse talen; 5 assistentes beantwoordden deze vraag niet.

Nagenoeg tweederde van de gediplomeerde doktersassistenten had een instuutopleiding gevolgd (ASOP, NIPA, LOI, NIOD, IMEVO, FOID). In een kwart van de gevallen was de MDGO-school bezocht. Van de gediplomeerde doktersassistenten was iets meer dan een derde lid van de Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten (NVDA).

Wanneer de meewerkende partners worden uitgesloten, had tweederde van de doktersassistenten een schriftelijke arbeidsovereenkomst.

Wat betreft de betaling bleek dat 88 assistenten (65 procent) werd betaald volgens de richtlijnen van de KNMG; bij 20 (15 procent) was dit niet het geval, 20 assistenten (14 procent) wisten dit niet en 9 (7 procent) vulden deze vraag niet in.

Omgerekend naar een normpraktijk van 2350 patiënten was er binnen de 103 praktijken van de Nationale Studie 0,84 full-time equivalent (FTE) assistentie aanwezig; hierbij onderscheidde de apotheekhoudende praktijken zich met een hoger FTE (1,04) dan de niet-apotheekhoudende praktijken (0,79).¹⁶

Tweederde van de doktersassistenten beschikte over een eigen werkruimte voor

Tabel 1 Verdeling doktersassistenten in Nederland over de vier praktijkvormen. Percentages.

Praktijkvorm	Totale groep* n=158	Gediplomeerden n=75	Partners n=22
Solopraktijk	42 (55)	35	77
Duopraktijk	25 (31)	19	18
Groepspraktijk	20 (7)	30	0
Gezondheidscentrum	13 (8)	17	5

* Tussen haakjes de percentuele verdeling van de zelfstandig gevestigde huisartsen over de vier praktijkvormen per 1 januari 1988.¹⁵

Tabel 2 Leeftijdverdeling en gemiddelde leeftijd van de doktersassistenten.

Leeftijdsklasse	Totale groep n=158	Gediplomeerden n=75	Partners n=22
17 - 24 jaar	24%	32%	0%
25 - 29 jaar	22%	27%	0%
30 - 39 jaar	29%	31%	47%
≥ 40 jaar	25%	11%	53%
Gemiddelde leeftijd	33 jr	29 jr	42 jr

Tabel 3 Taken van de doktersassistente en de mate waarin deze 'regelmatig', 'zelden' of 'nooit' worden verricht. Percentages.

	Regelmatig	Zelden	Nooit		Regelmatig	Zelden	Nooit
Intake-functie				– wonden lijmen met wondlijm	25	16	59
– werken aan een balie	96	—	2	– wonden hechten	3	5	90
– telefoon aannemen	100	—	—	– hechtingen verwijderen	47	18	35
– inschrijven nieuwe patiënten	91	6	2	– begeleiden pilgebruikers (pilcontroles)	17	6	76
Patiënt-voorlichtende functie				– verhoogde-bloeddrukcontroles	33	8	58
– adviezen bij veel voorkomende klachten, zoals koorts, diarree of hoesten	93	6	1	– wratten aanstippen met vloeibaar stikstof	27	10	61
– voorlichting over medicijngebruik	79	15	6	– testen gezichtsvermogen	2	4	92
– instructies bij verzamelen urine en faecesmonsters	86	11	2	– oogboldruk meten	1	2	96
– bijhouden mededelingenbord en foldermateriaal	73	18	7	– vuiltje uit oog verwijderen	8	19	73
– voorlichting aan patiënten met specifieke aandoeningen (diabetes, hypertensie, Cara)	40	35	22	– ECG's maken	27	4	69
– dieetadviezen	60	22	17	– longfunctie onderzoek met peak-flow meter	2	1	96
Management-functies				– allergietest uitvoeren	15	7	78
– planning van de spreekuren	94	2	3	– vragen stellen voor de dokter komt onderzoeken (anamnese opnemen)	25	18	55
– visitelijst opstellen	84	6	9	– mededeling doen over uitslag onderzoek	73	18	9
– vervolgafspraken maken	96	3	1	– urine-onderzoek met teststrips	91	3	6
– patiënten uit risicogroepen (diabetes, hypertensie) oproepen voor controle	17	39	41	– urinesediment beoordelen	78	5	17
– beheren voorraden verbandmiddelen e.d.	88	6	6	– uricult inzetten + aflezen	42	6	48
– verlostas verzorgen	15	11	69	– zwangerschapstest uitvoeren	84	6	10
– bediening beantwoordings-apparaat	72	13	15	– faecesonderzoek op occult bloed	32	13	53
Medisch technische functie				– faecesonderzoek op wormeieren	3	7	88
– aanleggen of verwisselen verband	61	22	18	Administratieve functie			
– zwachtelen been bij patiënt met ulcus cruris	23	28	49	– verzorging patiëntenadministratie	96	1	1
– lengte of gewicht meten	29	24	46	– herhalingsrecepten schrijven	92	1	1
– injecties geven	69	8	22	– verwijskaarten uitschrijven	99	—	—
– venapuncties verrichten	43	8	49	– typen verwijsbrieven	41	15	42
– bepalen hemoglobinegehalte in bloed	58	6	34	– rekeningen schrijven	71	17	11
– bepaling glucose gehalte in bloed	61	4	34	– bijhouden van het kas/bank/giroboek	57	8	34
– BSE inzetten + aflezen	58	8	34	– patiëntenadministratie via computer	33	2	61
– oren uitspuiten	40	6	54	– financiële administratie via computer	27	3	65
– gehoortest uitvoeren met audiometer	29	5	65	– apotheekadministratie via computer in apotheekhoudende praktijk	16	—	68
– microscopisch onderzoek van fluorvaginalis-preparaat bv. KOH-preparaat	8	9	82	– werken met tekstverwerker	13	3	77
– baarmoedermond-uitstrijkjes maken	1	2	95	Diversen			
				– huisarts assisteren tijdens avonddienst	16	9	75
				– huisarts assisteren tijdens weekenddienst	25	10	65
				– praktijkruimten schoonmaken	55	22	23
				– onderhoud (incl. steriliseren) instrumentarium	91	6	3

het zelfstandig kunnen behandelen van patiënten tijdens het spreekuur van de huisarts.

Werkzaamheden

Veel van de werkzaamheden die de doktersassistenten opgaven, lagen op het terrein van intake en administratie (tabel 3). Dat de 'computer-items' minder hoog scoorden, laat zich verklaren door de geringe mate waarin de Nederlandse huisartspraktijk ten tijde van de Nationale Studie was geautomatiseerd.

Binnen de voorlichtende functie scoorde het geven van voorlichting aan patiënten met specifieke aandoeningen, minder hoog (40 procent). Van de managementtaken scoorde het oproepen voor controle van patiënten uit risicogroepen het laagst (17 procent).

Het typen van verwijsbrieven behoorde tot de regelmatig voorkomende werkzaamheden van 41 procent van de assistenten. Deze taak was gelijkelijk verdeeld over de verschillende praktijkvormen, met uitzondering van de gezondheidscentra, waar het minst wordt getypt.

Ten aanzien van de medisch-technische taken bestaat een grote inter-assistentevariatie: twee respondenten maakten regelmatig uitstrijkjes, 63 antwoordden regelmatig oren uit te spuiten, en voor 123 assistenten behoorde het beoordelen van een urinesediment tot de regelmatig uitgevoerde taken.

Van de 23 apotheekhoudende huisartspraktijken in de Nationale Studie reageerden er 21 op de enquête. Hiervan hadden 11 praktijken een gediplomeerd apothekersassistente in dienst (in 5 van deze 11 praktijken was de gediplomeerde apothekersassistente de enige 'doktersassistente'), 1 praktijk had zowel een gediplomeerd apothekersassistente als een gediplomeerd doktersassistente, en 5 praktijken hadden alleen een gediplomeerd doktersassistente (inclusief 1 praktijk met 2 gediplomeerde doktersassistenten).

Door de 35 doktersassistenten (22 procent) die te maken hadden met apotheekwerkzaamheden, werd gemiddeld iets meer dan 4 uur per dag aan deze taken besteed; 2 van hen hadden hieraan een volledige dagtaak (8 uur per dag).

Ongeveer een derde van de assistenten legde weleens een visite af bij een patiënt: gemiddeld 1,7 visites per maand. Redenen voor een visite door de doktersassistente waren in volgorde van afnemende frequentie: bloedprikken (Hb, bloedsuiker, BSE), injectie geven (griepvaccinatie, vitamine B12), ECG maken, iets brengen (medicijnen, kunst-/hulpmiddelen, verwijskaarten), sociale visite, wondbehandeling, verband wisselen, hechtingen verwijderen en oren uitspuiten. Iets meer dan de helft begeleidde stagiaires van doktersassistenten-opleidingen.

De helft van de respondenten antwoordde bevestigend op de vraag of zij nog andere werkzaamheden verrichtten. Hierbij werden 80 'andere werkzaamheden' vermeld. Gegroepeerd naar afnemende frequentie waren dat:

- assisteren bij huisartsverrichtingen (kleine chirurgische ingrepen, plaatsen IUD, uitstrijkjes maken);
- huishoudelijke werkzaamheden (koffie zetten, vitrage wassen, planten verzorgen);
- afspraken maken bij ziekenhuis, specialisatie;
- andere bloedbepalingen (leuko's, differentiatie, cholesterol);
- eigen bereidingen apotheek;

De vraag of zij nog andere taken zouden willen verrichten, werd door 46 procent bevestigend beantwoord. In totaal werden 147 werkzaamheden genoemd, waarvan er 138 vielen in de categorie 'medisch-technisch'. De vijf belangrijkste waren:

- verhoogde bloeddruk controleren;
- aanleggen of verwisselen van een verband;
- baarmoedermond-uitstrijkjes maken;
- wonden hechten;
- oren uitspuiten;

Als redenen waarom deze werkzaamheden niet werden verricht, kwamen naar voren: onvoldoende tijd (44 maal), onvoldoende praktijkruimte (19 maal), arts wil het niet (15 maal); 14 maal werd een andere reden genoemd.

Meewerkende partners

Er waren 22 meewerkende partners onder de respondenten, in leeftijd variërend van

31 tot 57 jaar; de helft van hen was jonger dan 40 jaar. Het aantal jaren dat men werkzaam was als doktersassistente, varieerde van 2 tot 27 jaar, met een gemiddelde van 11,5.

In deze groep waren 3 gediplomeerde doktersassistenten. Ruim driekwart werkte in een solopraktijk; in 6 (solo)praktijken was de meewerkende partner de enige doktersassistente (tabel 1). Het aantal uren dat zij aan hun taak besteedden, varieerde van 6 tot 60 uur per week. Twee meewerkende partners gaven meer dan 40 uur per week op: de ene 45 en de andere 60 uur.

Beschouwing

Ondersteuning van de huisarts (met name door de partner) betekent niet altijd dat ook zelfstandige contacten met patiënten plaatsvinden. Over deze vorm van assistentie zijn geen gegevens verzameld. Deze enquête is beperkt tot doktersassistenten die zelfstandige contacten onderhouden met patiënten.

Op grond van de opzet van de Nationale Studie en de responsanalyse mag men aannemen dat de gegevens redelijk representatief zijn voor de Nederlandse doktersassistenten.

In 1981 vonden *Van den Broek et al.* – op basis van onder andere een enquête onder 128 doktersassistenten in huisartspraktijken – een gemiddelde leeftijd van 25 jaar (mediaan 24).¹⁷ In ons onderzoek was de gemiddelde leeftijd aanmerkelijk hoger: 33 jaar (mediaan 31). Ook wanneer de meewerkende partners (allen ouder dan 30 jaar) worden uitgesloten, was de gemiddelde leeftijd nog 31 jaar.

De doktersassistenten in de verschillende praktijkvormen zijn betrekkelijk honkvast. De gemiddelde ervaring in deze functie bedroeg 8,2 jaar, en gemiddeld was men 6,7 jaar bij dezelfde huisarts werkzaam. *Van den Broek et al.* vonden voor beide kenmerken 4 jaar.¹⁷

Van onze onderzoeksgroep bezat 53 procent niet het door de KNMG erkende diploma van doktersassistente. Van de wel gediplomeerde doktersassistenten had tweederde een instituutopleiding gevolgd. Deze particuliere instituten verzorgen een één- of meerjarige avond- of dagopleiding

en staan onder toezicht van de Permanente Commissie Doktersassistenten (PCD), ingesteld door de KNMG.

Van den Broek *et al.* deden de suggestie om slechts assistenten met een door de KNMG erkend diploma aan te nemen om op die manier het rendement van de opleiding te verhogen. Het zou wellicht aanbeveling verdienen hiermee rekening te houden bij de financieringsstructuur, bijvoorbeeld door voor een gediplomeerde assistente een hogere kostenvergoeding vast te stellen.¹⁷ Dit standpunt lijkt zeker gerechtvaardigd wanneer de taak van de doktersassistente wordt uitgebreid tot de functie zoals die in de Inleiding staat omschreven.

Een relatief groot aantal assistenten (eenderde) beschikte niet over een schriftelijke arbeidsovereenkomst. De NVDA presenteert in haar 'Beroepsprofiel van de doktersassistenten' een model van een individuele arbeidsovereenkomst.² Voorts zei een aanzienlijk deel niet betaald te worden volgens de richtlijnen van de KNMG. De positie van de doktersassistente in de huisartspraktijk lijkt slechts langzamerhand geprofessionaliseerd te worden. Het zou kunnen dat de post 'onkosten voor assistentie' nogal eens gebruikt wordt voor het sluitend maken van de begroting in de huisartspraktijk.¹⁸

Tweederde van de doktersassistenten heeft de beschikking over een eigen werkruimte, een conditio sine qua non voor een behoorlijke uitvoering van haar taken en een eventuele uitbreiding daarvan.

De van oudsher bekende taken – op het gebied van intake en administratie – heeft de assistente behouden. Opmerkelijk is in dit verband dat minder dan de helft van de assistenten verwijsbrieven bleek te typen, en dat zelfs geen enkele assistente in een gezondheidscentrum dit als regelmatige taak aangaf. De NHG-standaard 'De Verwijsbrief'¹⁹ lijkt dan ook in te spelen op een ten tijde van de Nationale Studie bestaande lacune in de presentatie van de huisartspraktijk.

Uit de grote inter-assistentevariatatie met betrekking tot de medisch-technische, patiënt-voorlichtende en management-taken valt af te leiden dat er veel ruimte aanwezig is voor uitbreiding van deze functies. In dit kader zou het NHG een rol kunnen spelen

door in de standaarden aan te geven welke taken in aanmerking komen voor delegering aan de assistente. Naast standaarden voor de huisarts zouden ook standaarden voor het werk van de doktersassistente kunnen worden opgesteld.

Veel assistenten zeiden meer medisch-technische werkzaamheden te willen uitvoeren, met name op het terrein van secundaire preventie (bloeddrukcontrole, uitsrijkje). Hiervoor ontbreekt echter de tijd, mede als gevolg van de 0,8 aanstelling. De vraag hoe de Nederlandse huisarts denkt over het delegeren van taken aan de assistente, blijft hier onbeantwoord, evenals de vraag in hoeverre de 0,8 aanstelling een gewilde keus is van huisarts of assistente.

De hoogte van de kostenpost 'doktersassistente' in het kostenbudget van de huisarts is gebaseerd op de kosten van een derde-jaars assistente. In het licht van de onderzoeksresultaten (gemiddeld ruim 8 jaar als doktersassistente werkzaam, gemiddeld 6,7 jaar bij de huidige werkgever, 0,84 FTE assistente per normpraktijk) lijkt een herziening van de post 'assistentie' aangewezen. De LHV zou in veel sterkere mate een betere honoreringsstructuur voor de assistente moeten bepleiten.

Dit inventariserend onderzoek heeft een aantal opmerkelijke gegevens opgeleverd over de belangrijkste medewerkster van de Nederlandse huisarts. In een vervolgonderzoek zal worden gekeken naar haar feitelijke werkzaamheden, en naar de factoren die van invloed zijn op de mate waarin zij in de praktijk wordt ingeschakeld.

Literatuur

- 1 Anoniem. Opleidingsleerplan AG [Definitieve versie]. Enschede: Stichting voor de Leerplan Ontwikkeling, 1984.
- 2 Anoniem. Beroepsprofiel van de doktersassistente(e). Utrecht: Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, 1984.
- 3 Van Ree JW. Het Nijmeegs Interventie Project. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
- 4 Smilde JG. Inschakelen van paramedici bij de behandeling van hypertensie [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1979.
- 5 De Haan J. De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. Lelystad:

Meditekst, 1986.

- 6 Van Ree JW. Assistente en hypertensie bestrijding. Huisarts Wet 1983; 26: 49-53.
- 7 Anoniem. Naar criteria voor kwaliteit. Standaardenbeleid NHG [Discussienota]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
- 8 Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst [Discussienota]. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- 9 Bruins CP, Weisz FH. Medisch assistent(e): een specialisatie van de doktersassistente? Med Contact 1976; 31: 299-302.
- 10 Honingbaum F. Reconstruction of general practice; the way forward. Br Med J 1985; 190: 904-6.
- 11 Anonymous. Towards better general practice. Lancet 1984; ii: 1436-8.
- 12 De Haan J. Verrichtingen van een doktersassistente. Huisarts Wet 1988; 31: 228-31.
- 13 Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
- 14 Van der Velden J. Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Med Contact 1986; 19: 603-6.
- 15 Anoniem. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1988.
- 16 Van der Velden J. Een preventiemodel voor de jaren negentig. Med Contact 1989; 3: 78-81.

Vervolg op pag. 363.

Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-de Jong B. The social and professional characteristics of the practice nurse. Huisarts Wet 1990; 33(9): 350-4, 363.

For this investigation, 177 practice nurses, working in 98 general practices, were asked to fill in a questionnaire concerning their social and professional characteristics. On the basis of the answers from 158 respondents, a picture was formed of the Dutch GP's most important colleague. This is usually a woman of 33 years, with around 8 years experience as practice nurse and 6.5 years service with her present employer. In practices without an associated pharmacy, she works part-time (80%). Most of her work concerns intake and administration. There appears to be plenty of scope for expansion of her functions, particularly medical/technical, patient information and management. Lack of time, partly due to her part-time position, precludes this.

Key words Family practice; Practice nurse.

Correspondence A. Nijland, 2 Platteweg, 8375 GN Oldemark, The Netherlands.

Eerste sessie

- lezen van hoofdstuk 2 uit McWhinney, *The principles of family medicine*,⁸ dat in het kort een duidelijk inzicht geeft in de karakteristieke kenmerken van het huisartsenvak;
- informatie over de huisartsopleiding;
- spreekuur van een huisarts op video; discussie;
- wat moet de huisarts van het specialisme weten? Inventarisatie en discussie.

Tweede sessie

- ‘gelegenheid geven’ versus ‘opleiden’; discussie;
- observeren: videoband van het consult van een haio met een patiënt en het leergesprek van huisartsopleider en haio zonder dat de eerste tevoren het consult gezien heeft; discussie;
- tips voor begeleiding (voorbeeld: doe elke dag iets samen met de assistent).

Derde sessie

- doelstellingen formuleren voor een stageperiode, uitlopend in een profiel van de stageplaats (*kader op pag.362*);

Door gebrek aan personeel zijn wij op dit moment niet in staat om aan deze inleiding een regelmatig vervolg te geven.

Met hetzelfde doel voor ogen (specialist-opleiders nauwer bij de beroepsopleiding betrekken) is tweemaal een opleiderssymposium van één dag voor alle categorieën opleiders georganiseerd, met als inhoud een onderwijskundig deel, bijvoorbeeld ‘De nabespreking’, en een medische topic, bijvoorbeeld radiodiagnostiek.

Op dit moment proberen we te bereiken dat de verschillende opleiders in één ziekenhuis samen onderwijsbijeenkomsten voor arts-assistenten organiseren, waarbij wij enige continuïteit in de bezetting van de plaatsen garanderen. Belangrijk is dat de opleider een ‘profiel’ maakt van de afdeling en het onderwijsaanbod. Dit profiel geeft de arts-assistent de mogelijkheid om gericht voor een bepaalde stage te kiezen en daarnaast is het een leidraad voor opleider en assistent: men houdt elkaar aan de afspraken.

Conclusie

Uit het voorgaande blijkt, dat wij de klinische stage een belangrijk facet van de opleiding tot huisarts vinden. Onze ervaring is, dat een klinische stage de meeste vruchten afwerpt, indien deze voorafgegaan en gevolgd wordt door een periode in de huisartspraktijk. De assistent komt dan het ziekenhuis binnen als huisarts, met het doel daar een aantal specifieke zaken te leren. Na de stage is er gelegenheid om het geleerde toe te passen en te integreren in de huisartspraktijk, onder supervisie van een ervaren huisarts.

Wij zijn van mening dat een klinische stageplaats aan de volgende voorwaarden moet voldoen:

- Alle specialisten – binnen een maatschap én binnen het ziekenhuis – moeten het eens zijn met het opleiden van arts-assistenten in opleiding tot huisarts.
- Goede samenwerking binnen het ziekenhuis.
- Goede ‘bewaking’ van de haio door de opleider.
- Actief opleiden (in tegenstelling tot gelegenheid geven).
- Bereidheid de haio te steunen, wanneer deze problemen ondervindt.
- De haio moet verantwoordelijkheid dragen.
- De opleider moet bereid zijn zich onderwijskundig te laten scholen.
- Regelmatig contact tussen opleider en huisartseninstituut.

Van een optimaal resultaat kan pas sprake zijn als zowel de arts-assistenten als de specialist-opleiders intensief begeleid worden. Dat dit de nodige, nu nog niet aanwezige, mankracht vergt, moge duidelijk zijn.

Literatuur

- ¹ Pereira Gray DJ. A system of training for general practice. London: Royal College of General Practitioners, 1979.
- ² Van Leeuwen Y, Van Giessen JW. Experiment Brunssum. Een experimentele klinische leer-werkperiode voor huisartsen in opleiding.

Maastricht: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1986.

- ³ Pollemans M, Verheij Th. Leerwerkperioden buiten de huisartspraktijk [Eindrapportage CCBOH deelproject A-II]. Utrecht: CCBOH, 1986.
- ⁴ A Working Party of The Royal College of General Practitioners. The future general practitioner. Learning and teaching. London: Royal College of General Practitioners, 1972.
- ⁵ Werkgroep SOH. Rapport van de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen. Utrecht: 1972.
- ⁶ Reeve H, Bowman A. Hospital training for general practice: views of trainees in the North Western region. Br Med J 1989; 298: 1432-4.
- ⁷ Anoniem. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: LHV, 1987.
- ⁸ McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York, Oxford: Oxford University Press, 1989.
- ⁹ Hall MS, ed. A general practitioner training handbook. Oxford: Blackwell, 1989. ■

De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistent

Vervolg van pag. 354

- ¹⁷ Van den Broek W, Ten Cate RS., Van der Linde F. Opleiding doktersassistenten onderzocht. Med Contact 1981; 35: 1061-6.
- ¹⁸ De Haan J. De rol van de assistente bij preventie in de huisartsenpraktijk. Medifo; Informatiegids voor de gezondheidszorg 5; 3: 11-3. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
- ¹⁹ Sips AJBI, Smelee I, Van der Voort JPM. De Verwijsbrief naar de Tweede Lijn [Standdaard]. Huisarts Wet 1989; 32: 541-4. ■