

Taken van de praktijkassistente

P. VAN DEN HOMBERGH
R. GROL
T.C.M. VAN EIJCK
ET AL.

Van den Hombergh P, Grol R, Van Eijck TCM, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Taken van de praktijkassistente. Huisarts Wet 1997; 40(5): 193-8.

Samenvatting Door middel van visitatie bij 110 huisartsen in 88 praktijken werden de taken van de praktijkassistente onderzocht aan de hand van 30 indicatoren. Factoranalyse over deze taken liet vijf aspecten zien: medisch-technische taken, taken ten aanzien van laboratoriumonderzoek, voorlichtingstaken, medisch-organisatorische taken en administratief-organisatorische taken. De relatie tussen deze aspecten en praktijk-, assistente- en patiëntvariabelen werd onderzocht. Er bleek sprake van belangrijke variatie tussen praktijken voor alle aspecten. In apotheekhoudende praktijken, solo praktijken en praktijken op het platteland werden minder taken door de praktijkassistente uitgevoerd, in praktijken met een eigen behandelkamer voor de assistente meer. Praktijk-grootte en percentage assistentie hingen niet samen met het aantal taken. Vergelijking met eerder onderzoek in Nederland laat nauwelijks een toename van het aantal taken zien. Onderzoek naar de knelpunten ten gevolge van een toename van het aantal taken van de praktijkassistente is gewenst.

P. van den Hombergh, huisarts te Almere, onderzoeker Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK), Katholieke Universiteit Nijmegen;
prof.dr. R. Grol, coördinator WOK, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen/Universiteit Maastricht;
T.C.M. van Eijck, haio, KUN;
H.J.M. van den Hoogen, statisticus,
dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts, beiden verbonden aan de vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde, KUN.
Correspondentie: P. van den Hombergh, Schapenmeent 228, 1357 GX Almere.

Inleiding

Welke taken de praktijkassistente in de huisartspraktijk heeft, en vooral welke taken beter door de praktijkassistente kunnen worden uitgevoerd, is punt van discussie in de beroepsgroep.¹ In die discussie heeft de LHV recent een standpunt ingenomen door zich uit te spreken voor 'beter gekwalificeerde assistentes' (assistentes-plus) en voor 'meer dan fulltime assistentie' in een huisartspraktijk 'nieuwe stijl', waarin preventieve taken een groter deel van de zorg bepalen.^{2,3}

De huisarts heeft zoveel taken, dat het in toenemende mate noodzakelijk wordt taken die even goed of beter door de praktijkassistente kunnen worden uitgevoerd, aan haar te delegeren. Over de afstand tussen dit streven en de werkelijkheid is echter weinig bekend. Eind jaren tachtig is in kaart gebracht welke taken de huisarts kan delegeren en feitelijk delegeert.^{4,6} Het beroep van doktersassistente is echter sindsdien sterk geprofessionaliseerd, en de opleiding is aangepast aan het veranderende takenpakket van de huisarts. Deze veranderingen betroffen onder meer de toename van preventieve taken, substitutie van taken van specialist naar huisarts, de komst van NHG-standaarden en de automatisering.^{7,8} Steeds meer wordt van 'praktijkassistente' in plaats van doktersassistente gesproken, en de beroepsvereniging (NVDA) groeit en bloeit.⁹ Gezien deze ontwikkelingen¹⁰ is het van belang te weten, welke taken de praktijkassistente heeft, welke verschillen er daarbij tussen praktijken bestaan en hoe de gevonden verschillen tussen huisartspraktijken kunnen worden verklaard.

Ruim tien jaar geleden bleken drie variabelen een bijdrage te leveren aan een groot aantal gedelegeerde taken: een eigen werkruimte, praktijkvorm (gezondheidscentrum of groepspraktijk) en gediplomeerdheid.^{5,11,12} De vraag is of de situatie sindsdien is veranderd. Daartoe verrichten wij een onderzoek met de volgende vraagstelling:

- Welke taken in de huisartspraktijk heeft de praktijkassistente?

- Welke assistente- en praktijkkenmerken houden hiermee verband?

Methode

Voor het onderzoek zijn gegevens gebruikt die in 1994 zijn verzameld tijdens visitaties van 110 huisartsen in 88 huisartspraktijken. De werving en selectie van de onderzoeksgroep en de gebruikte visitatiemethode zijn beschreven in eerdere artikelen.^{13,14}

Een vragenlijst aan de praktijkassistenten over hun achtergrond, takenpakket en voorwaarden voor delegatie maakte deel uit van de visitatie. Tevens werd een patiëntenquête gehouden (15 enquêtes per huisarts), waarin onder meer twee vragen over delegatie van taken aan de praktijkassistente waren opgenomen. De vragen aan de assistente betroffen een selectie uit de 164 aspecten met betrekking tot delegeerbare taken die zijn opgenomen in de 'Checklist praktijkvoering'.¹⁵ Uitgangspunt bij de selectie van 'indicatoren' voor de vragen waren de NHG-standaarden, het LHV-basistakenpakket en indicatoren die in eerder onderzoek bleken te discrimineren tussen praktijken.^{4,6,16} Bij deze selectie is gezocht naar valide en representatieve indicatoren voor het bepalen van variatie tussen praktijken in taken van de praktijkassistente. Een selectie van 49 indicatoren is vervolgens getest in een pilot-studie onder 59 huisartsen, waarna indicatoren die geen verschillen lieten zien tussen praktijken, werden verwijderd.

Op grond van de grote overeenstemming tussen de antwoorden van huisartsen en assistentes over gedelegeerde taken (kappa 0,6-0,8) werd besloten informatie over de taken van de assistente bij haar te verzamelen en niet bij de huisarts; de praktijkassistente kan het beste beoordelen welke taken feitelijk wel en niet aan haar worden gedelegeerd.

Na de pilot-studie en de selectie van items resteerden nog 35 indicatoren. Hier van zijn eerst frequenties berekend. De analyses vonden plaats op praktijkniveau (n=88), omdat binnen één praktijk meestal dezelfde taken worden gedelegeerd. Indien meer huisartsen in een praktijk deel-

namen, werd het antwoord gebruikt van de assistente die het meest in de praktijk aanwezig was. Op de scores voor de afzonderlijke indicatoren is vervolgens factoranalyse uitgevoerd om dimensies te kunnen identificeren. Items met een factorlading >0,40 werden opgenomen in een dimensie. Voor de gevonden dimensies werden de ruwe somscores berekend en deze zijn gebruikt als afhankelijke variabelen in de analyses naar de samenhang tussen enerzijds kenmerken van praktijken en assistentes en anderzijds taken van de praktijk-assistente. Als onafhankelijke variabelen werden de volgende achtergrondkenmerken betrokken:

- voor de praktijkassistent: aantal jaren werkzaam als praktijkassistent; aantal uren werkzaam per week; wel/niet gediplomeerd; wel/geen arbeidsovereenkomst;
- voor de praktijk: wel/niet solopraktijk; wel/niet plattelandspraktijk; wel/niet meer dan 2500 patiënten per fte huisarts; wel/niet huisartsopleider in de praktijk; meer/minder dan 60 procent ziekenfondspatiënten; wel/niet apotheekhoudend; wel/niet ≥ 100 procent assistentie per fte huisarts; wel/geen behandelkamer voor assistente.^{5,12,17}

Met lineaire regressie-analyse werd nagegaan welke achtergrondkenmerken samenhangen met de somscores op de dimensies.

Voor het vaststellen van verschuivingen in de taken van de praktijkassistent zijn tenslotte onze resultaten vergeleken met de gegevens uit de Nationale Studie (1986/1987).

Resultaten

De onderzoeksgroep bleek op een aantal punten vergelijkbaar met de Nederlandse huisartsenpopulatie (geslacht, jaar van vestiging, huisartsopleiding gevolgd, NHG-lidmaatschap, percentage particuliere patiënten, assistentekenmerken). Er waren echter wat minder huisartsen uit solopraktijken (44 procent versus 54 procent landelijk). Praktijken op het platteland (gemeenten met minder dan 30.000 inwoners) waren sterk oververtegenwoor-

digd: 50 procent versus 11 procent landelijk. Het merendeel hiervan bestond uit praktijken in forensendorpen en stedelijk platteland, zoals het Gooi en de omgeving van Utrecht en Eindhoven.

De assistente was gemiddeld 7,4 jaar als zodanig werkzaam, gemiddeld 5,2 jaar in deze praktijk. Gemiddeld werkte ze 30 uur bij een aanstelling van 75 procent.

De praktijken hadden gemiddeld 95 procent assistentie in dienst per fulltime huisarts. In 80 procent van de praktijken had de assistente een arbeidsovereenkomst, in 76 procent had zij een eigen werkruimte en in 65 procent beschikte zij over een diploma. In 35 procent van de praktijken bestonden protocollen of schriftelijke afspraken over het afgeven van recepten en

Tabel 1 Vijf dimensies van taken van de praktijkassistent op basis van factoranalyse over 30 indicatoren. Percentages praktijken waarin elke taak wordt verricht (n=88)

<i>Medisch-technische taken ($\alpha=0,74$)</i>	
Hechtingen verwijderen	65
Wratten met stikstof behandelen	57
Oren uitspuiten	53
Venapunctie	46
Zelfstandig bloeddrukcontroles doen	35
ECG maken	34
Audiometrie	33
Lijmen van wondjes	25
Aanleggen van een open-beencompressieverband	22
<i>Laboratoriumonderzoek in eigen praktijk ($\alpha=0,60$)</i>	
Urinesedimentbeoordeling	82
Bloedsuikermeting	81
Faecesonderzoek op occult bloed	39
Leukocytentelling in het bloed	14
<i>Het geven van voorlichting (delegatie van) ($\alpha=0,53$)</i>	
Assistente geeft telefonisch advies bij eenvoudige klacht	93
Assistente geeft voorlichting over DM, CARA, hypertensie etc.	41
Frequentie van het meegeven van voorlichtingsmateriaal per week	mediaan 2.4 (0-20)
<i>Medisch-organisatorische taken ($\alpha=0,35$)</i>	
Assistente geeft verwijskaarten aan bepaalde categorieën patiënten	84
Assistente schrijft basisgegevens in	80
Telefonisch recept door assistente voor alledaagse klachten	74
Assistente heeft een taak in oproep van patiënten uit risicogroepen	39
<i>Administratief-organisatorisch taken ($\alpha=0,39$)</i>	
Assistente heeft verantwoordelijkheid voor bediening antwoordapparaat	76
Assistente vult naam/adres/woonplaatsgegevens in op een formulier	59
Assistente typt verwijsbrieven	25
Assistente heeft taak in bijvullen dokterstas	16
Assistente assisteert bij weekenddienst	12
<i>Overige taken</i>	
Assistente beslist over 'consult of visite'	89
Enkeldistorsie tapen	15
PAP-smear maken	7
Assistente schrijft rekeningen	76
Assistente doet de boekhouding	53

in 28 procent werd een verslag van het overleg met de assistente bijgehouden. De assistente gaf aan gemiddeld 29 minuten per week overleg te hebben met de huisarts; dat was gemiddeld een kwartier minder dan door de huisarts werd opgegeven (44 minuten).

Indicatoren en dimensies

Vrijwel alle 35 geselecteerde indicatoren scoorden hoger dan 5 procent en lager dan 95 procent. Het meten van de oogbeldruk (3 procent) en van het gezichtsvermogen (4 procent) discrimineerden onvoldoende tussen de praktijken en vervielen als indicatoren. Drie andere indicatoren werden niet opgenomen in de factoranalyse, omdat ze voorwaarden voor delegatie betreffen. De factoranalyse over de resterende 30 indicatoren resulteerde in vijf dimensies, sommige met een goede, andere met een beperkte interne consistentie (tabel 1).

- **Medisch-technische taken** (9 indicatoren). Deze dimensie is een indicatie voor de patiëntgebonden taken van de praktijk-assistente op therapeutisch en diagnostisch gebied. Er werden grote verschillen gevonden tussen praktijken met betrekking tot deze taken. Hechtingen verwijderen, wratten behandelen met vloeibare stikstof, oren uitspuiten en venapuncties doen behoorden in ongeveer de helft van de praktijken tot de taken van de praktijk-

assistente; bij het zelfstandig bloeddrukcontroles doen, het lijmen van wondjes en het aanleggen van een compressieverband voor een open been was dat in een derde tot een kwart van de praktijken het geval.

- **Laboratoriumonderzoek in de eigen praktijk** (4 indicatoren). Urinesediment beoordelen en de bepaling van het bloed-suikergehalte gebeurde in 80 procent van de praktijken door de praktijkassistent, faecesonderzoek op occult bloed in 39 procent en bepaling van het leukocytenaantal in 14 procent.

- **Geven van voorlichting aan de patiënt** (3 indicatoren). Vrijwel alle assistentes gaven telefonisch adviezen bij eenvoudige klachten. Voorlichting in het kader van preventie (diabetes mellitus, cara, hypertensie) werd door 41 procent gegeven. Gemiddeld 2,4 maal per week gaf de assistente een folder mee aan een patiënt (minimaal 0, maximaal 20 maal per week).

- **Medisch-organisatorische taken** (4 indicatoren). In 84 procent van de praktijken gaf de assistente zelf verwijfskaarten aan bepaalde categorieën patiënten, in 80 procent schreef ze medische basisgegevens in, in 74 procent gaf ze telefonisch een recept voor een alledaagse klacht en in 39 procent had ze een taak bij het oproepen van patiënten uit risicogroepen.

- **Administratief-organisatorische taken** (5 indicatoren). De assistente had de ver-

antwoordelijkheid over het antwoordapparaat in 76 procent van de praktijken, in 59 procent vulde zij naam, adres en woonplaatsgegevens in op formulieren, in 25 procent typte ze verwijsbrieven, in 16 procent vulde ze de dokterstas bij en in 12 procent van de praktijken assisteerde zij tijdens de weekenddienst.

De overige taken vertoonden geen samenhang met een van de vijf dimensies en staan dus op zichzelf. De assistente besliste in 89 procent van de praktijken of een vraag van de patiënt een consult of een visite vereiste. In 15 procent van de praktijken bandageerde zij enkeldistorsies en in 7 procent maakte zij uitstrijkjes. In 76 procent schreef zij rekeningen en in 53 procent deed zij de boekhouding.

Taken en achtergrondkenmerken

- **Assistentekenmerken** (tabel 2). Praktijken waar de assistentes meer dan 32 uur per week werkten, lieten een significant hogere score zien op de dimensie 'medisch-technische taken' ($p=0,01$). In praktijken waar assistentes langer dan vijf jaar werkten of meer dan 32 uur per week werkzaam waren, werd significant meer laboratoriumonderzoek door de assistente uitgevoerd ($p=0,05$ resp. $p=0,01$).

De vier achtergrondkenmerken van de assistente verklaarden nauwelijks enige variantie op de overige drie dimensies. Het

Tabel 2 De relatie tussen 'taken van de praktijkassistent' en kenmerken van de praktijkassistent (n=88). Lineaire regressie

Gemiddelde somscore →	Praktijken	Medisch-technische taken 9 taken gem. 3,1±0,4 verschil p		Laboratoriumonderzoek 4 taken gem. 1,0±0,2 verschil p		Geven van voorlichting 3 taken gem. 1,6±0,2 verschil p		Medisch-organisatorische taken 4 taken gem. 2,7±0,4 verschil p		Administratief-organisatorische taken 5 taken gem. 1,9±0,4 verschil p	
De assistente:											
- werkt >5 jaar als assistente	46%	+1,1	0,07	+0,5	0,05	+0,2	0,4	-0,2	0,5	+0,3	0,3
- is >32 uren werkzaam per week	45%	+1,6	0,01	+0,8	0,01	+0,2	0,5	+0,3	0,3	+0,3	0,8
- heeft een doktersassistent-diploma	65%	+0,5	0,4	0,0	0,9	0,0	0,6	-0,2	0,4	-0,2	0,5
- heeft een arbeidsovereenkomst	80%	+0,4	0,5	+0,1	0,7	+0,3	0,2	+0,3	0,3	0,0	0,9
Totaal verklaarde variantie		13%		13%		4%		4%		3%	

In de tabel is telkens voor twee groepen praktijken het verschil tussen de somscores op een dimensie berekend. Voorbeeld: in praktijken waar de assistente meer dan 5 jaar werkervaring heeft, worden gemiddeld 1,1 meer taken (van de 9 taken van de schaal) door haar uitgevoerd dan in praktijken waar de assistente minder dan 5 jaar werkervaring heeft. Voor een juist begrip is ook de score (3,1 taken van de 9 taken) van de totale groep praktijken in de tabel vermeld.

al dan niet gediplomeerd zijn van de assistente beïnvloedde nauwelijks de score op de vijf dimensies van taken van de praktijkassistente. De percentages verklaarde variantie voor de achtergrondkenmerken van de assistentes waren laag.

• *Praktijkenmerken (tabel 3).* In solo-praktijken ($p=0,006$), praktijken op het platteland ($p=0,05$) en praktijken zonder een eigen behandelkamer voor de assistente ($p=0,004$) had de praktijkassistente significant minder medisch-technische taken. Alle achtergrondvariabelen samen verklaarden 28 procent van de variantie, waarbij de eigen behandelkamer de belangrijkste verklarende variabele bleek. Solopraktijken ($p=0,02$) en praktijken zonder een eigen behandelkamer voor de assistente ($p=0,01$) lieten significant minder vaak het laboratoriumonderzoek uitvoeren door de assistente. Het geven van voorlichting door de assistente scoorde significant hoger in praktijken van huisartsopleiders ($p=0,03$); de lagere score in solo- ($p=0,1$) en apotheekhoudende praktijken ($p=0,09$) was niet significant. In praktijken van huisartsopleiders ($p=0,03$) had de praktijkassistente meer medisch-organisatorische taken en in apotheekhoudende praktijken vrijwel geen ($p=0,001$). In plattelandspraktijken had de praktijkassistente meer administratief-organisatori-

sche taken dan in stedelijke praktijken ($p=0,02$).

Grote praktijken (>2500 patiënten/fte huisarts), praktijken met meer dan 60 procent ziekenfondspatiënten, praktijken met 100 procent of meer assistentie per full-time huisarts of praktijken met gediplomeerde assistentie scoorden niet significant hoger of lager op de vijf dimensies in de taken van de praktijkassistente. Het aantal minuten gezamenlijk overleg per week volgens de assistente bleek significant lager te scoren in grote praktijken ($p=0,04$).

• *Vragen aan de patiënt.* Slechts 5 procent van de circa 1500 patiënten vond dat er te veel taken aan de praktijkassistente worden overgelaten; 10 procent ervoer de assistente als een belemmering voor het contact met de huisarts. Logistische regressie-analyse met de vier achtergrondkenmerken van de assistente liet een significant verband zien tussen enerzijds de tevredenheid over delegatie en anderzijds het gediplomeerd zijn van de assistente.

Beschouwing

Er bestaat een grote variatie tussen praktijken in het aantal taken van de praktijkassistente. Deze variatie kon met behulp van de geselecteerde indicatoren en de daarin

gevonden dimensies zichtbaar worden gemaakt. Veel huisartsen verrichten zelf taken waarvoor gediplomeerde assistentes inmiddels goed zijn opgeleid. Het ontbreken van een behandelkamer voor de assistente lijkt daarbij nog steeds een groot struikelblok. Vooral in samenwerkingsverbanden en in stedelijke praktijken hebben de assistentes meer taken. Solopraktijken hebben meestal slechts één assistente, die vaak wordt opgeslokt door telefoon en andere baliewerkzaamheden, hetgeen weinig ruimte laat voor andere taken. Apotheekhoudende praktijken werken met apothekersassistenten, die een andere opleiding hebben en nauwelijks of geen medisch-technische taken kunnen vervullen. Voor beide typen praktijken (solo, apotheekhoudend) houdt uitbreiding van het aantal taken van de assistente grote organisatorische veranderingen in. De reden waarom de praktijkassistente in de vaak qua inkomen bovenmodale solopraktijken op het platteland zo'n smal takenpakket heeft, verdient nadere analyse.

Praktijkgrootte blijkt nauwelijks van invloed op het aantal taken van de assistente. Het vrijwel afwezige verband tussen de hoeveelheid assistentie per huisarts en het aantal taken betekent mogelijk dat uitbreiding van assistentie niet automatisch leidt tot uitbreiding van het aantal taken.

Tabel 3 De relatie tussen 'taken van de praktijkassistente' en kenmerken van de praktijk ($n=88$). Lineaire regressie

	Praktijken	Medisch-technische taken 9 taken gem. $3,1 \pm 0,4$ verschil p		Laboratorium-onderzoek 4 taken gem. $1,0 \pm 0,2$ verschil p		Geven van voorlichting 3 taken gem. $1,6 \pm 0,2$ verschil p		Medisch-organisatorische taken 4 taken gem. $2,7 \pm 0,4$ verschil p		Administratief-organisatorische taken 5 taken gem. $1,9 \pm 0,4$ verschil p	
Gemiddelde somscore →											
De praktijk:											
- is een solopraktijk	56%	-1,5	0,006	-0,7	0,02	-0,3	0,1	-0,1	0,7	+0,2	0,5
- ligt op het platteland	51%	-1,0	0,05	-0,3	0,3	0,0	1	-0,2	0,4	+0,6	0,02
- heeft minder dan 2500 patiënten	50%	0,0	1	+0,1	0,7	+0,1	0,5	-0,1	0,6	0,0	1
- heeft een huisartsopleider	7%	-0,1	0,8	+0,1	0,8	+0,5	0,03	+0,4	0,03	+0,4	0,1
- heeft >60% ziekenfondspatiënten	59%	+0,6	0,2	+0,3	0,3	+0,2	0,4	0,0	1	+0,3	0,2
- is apotheekhoudend	13%	-0,8	0,4	0,0	1	-0,6	0,09	-1,2	0,001	0,0	1
- heeft ≥100% assistentie per fte huisarts	57%	+0,6	0,3	+0,2	0,5	0,0	1	0,0	1	-0,2	0,4
- heeft eigen behandelkamer voor assistente	76%	+1,8	0,004	+1,8	0,01	+0,2	0,3	+0,2	0,4	+0,6	0,04
Totaal verklaarde variantie		28%		27%		23%		30%		22%	

De assistente heeft een aanzienlijke taak in het geven van voorlichting: in 93 procent van de praktijken gaf zij telefonische adviezen en in 41 procent voorlichting over preventie. Praktijken verschillen in dit opzicht aanzienlijk, evenals in het aantal medisch-organisatorische taken (de indirecte patiëntenzorg: recepten, verwijzingskaarten, oproepen, etc.). Apotheekhoudende praktijken scoorden het laagst en opleiderspraktijken het hoogst. De dimensie administratief-organisatorische taken betreft vooral secretariële en minder zorginhoudelijke taken.

Dat patiënten tevreden zijn over de delegatie, is niet zo opvallend, als wel dat zij daarover significant meer tevreden zijn wanneer de assistente gediplomeerd is. De patiënt weet blijkbaar het verschil in deskundigheid te appreciëren.

De discrepantie tussen de opgaven door de assistentes en door de huisartsen over het aantal minuten dat aan gezamenlijk overleg wordt besteed (29 versus 44 min/week), weerspiegelt het verschil in beleving tussen beiden. In grote praktijken was het door de assistente genoemde aantal minuten voor overleg significant lager dan in kleine praktijken. Bij het aantal door de huisarts opgegeven minuten bestond dit verband niet. Ook *Sprij et al.* vonden dat, naarmate de praktijk groter was, het aandeel van niet-patiëntgebonden activiteiten (waaronder overlegtijd) zowel relatief als absoluut kleiner werd en in feite een sluitpost vormde.¹⁸

Bij een analyse op praktijkniveau gaat informatie over individuele relaties tussen huisartsen en assistentes uit meermanspraktijken verloren. Herhaling van de analyses op huisartsniveau (n=110) leverde echter geen ander beeld op.

De oververtegenwoordiging van praktijken op het platteland in dit onderzoek is grotendeels een artefact: veel praktijken zijn gevestigd in dorpen bij grote stedelijke agglomeraties en kunnen niet echt als plattelandspraktijken worden beschouwd. Per saldo wijkt onze onderzoekspopulatie weinig af van de landelijke populatie, hetgeen ook blijkt uit de goede vergelijkbaarheid van onze resultaten met de resultaten uit de Nationale Studie (1986/1987).

Er was een toename van het aantal assistentes met een diploma (+17 procent), met een arbeidsovereenkomst (+14 procent) en met een eigen behandelkamer (+10 procent). Dit zou kunnen wijzen op een verdere professionalisering van de praktijkorganisatie. Er was echter maar een geringe toename van het aantal taken dat de assistente uitvoerde. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat richtlijnen hiervoor in de meeste NHG-standaarden ontbreken.¹⁹ Taken die wél vaker door de assistente werden uitgevoerd, waren bloedsuiker meten, PAP-smears maken en stikstofbehandeling van wratten; de beroepsorganisaties (NHG, LHV, NVDA, O&O) hebben dit de laatste jaren sterk gestimuleerd.

De delegatie-index van *Nijland* bleek ook in ons onderzoek bruikbaar; deze index omvat de eerste vijf indicatoren uit *tabel 1*.⁶ Solopraktijken, praktijken zonder eigen behandelkamer voor de assistente en praktijken op het platteland scoorden significant lager op de delegatie-index, net als destijds in de Nationale Studie.⁵ Het in eerder onderzoek gevonden verband tussen enerzijds 'het gediplomeerd zijn van de assistente' of 'de aanwezigheid van een arbeidsovereenkomst' en anderzijds 'medisch-technische taken' was in ons onderzoek afwezig. Dit is mogelijk het gevolg van het toegenomen aandeel van assistenten met diploma en arbeidsovereenkomst.

Gezien de uitkomsten van dit onderzoek zouden de voorwaarden voor uitvoering van taken door de praktijkassistenten nader onderzocht moeten worden. Welke knelpunten zijn er voor een ruimere inzet van de praktijkassistenten in de praktijk; welke (onder meer financiële) gevolgen heeft deze inzet voor de praktijkorganisatie en welke kwaliteits- en/of tijdwinst is hiermee te behalen? Ook de mogelijk grote rol die de praktijkassistenten kan spelen bij kwaliteitsbewaking en -verbetering is in Nederland nog nauwelijks onderzocht.^{20,21} Het zou verder interessant zijn te weten of de bereidheid van huisartsen tot verbreding van het takenpakket van de praktijkassistenten sterk zou toenemen, indien deze goed is geschoold in bepaalde taken, zoals in de begeleiding van patiënten met sui-

kerziekte, cara of een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Als de huisarts de mogelijkheden van delegatie beter zou gebruiken, zou de praktijk meer effectieve en efficiënte zorg kunnen leveren, en zou de huisarts meer tijd kunnen besteden aan de eigenlijke hulpvraag van de patiënt. De door de LHV gezette stap naar hoger gesalarieerde 'assistentes-plus' biedt een veelbelovend perspectief voor een dergelijke ontwikkeling.

Literatuur

- 1 Bruins CP, Weisz FH. Medisch assistent(e): een specialisatie van doktersassistenten? *Med Contact* 1979; 31: 299-302.
- 2 Anoniem. De wereld verandert en de huisarts verandert mee. Utrecht: LHV, 1995.
- 3 Anoniem. Handreiking met betrekking tot de doktersassistenten-plus. Utrecht: LHV, 1996.
- 4 De Haan J. Verrichtingen van een doktersassistent. *Huisarts Wet* 1988; 31: 228-31.
- 5 Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: De huisartsenquête. Datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel, 1991.
- 6 Nijland A. De praktijkassistent in de huisartspraktijk. Progressie in professionalisering [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
- 7 Nijland A, Tuntler-Vink CJHD, Meyboom-de Jong B, De Haan J. De doktersassistenten een beroep in beweging. *Med Contact* 1990; 45: 1548-50.
- 8 Nijland A, Meyboom-de Jong B, Groenier K, et al. Zelfstandige verrichtingen van de assistente in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991; 34: 587-92.
- 9 Anoniem. Beroepsprofiel van de doktersassistenten. Utrecht: NVDA, 1991.
- 10 Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-de Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistenten. *Huisarts Wet* 1990; 33: 350-4, 363.
- 11 Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
- 12 Nijland A, Groenier K, Meyboom-de Jong B, De Haan J. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistenten. *Huisarts Wet* 1991; 34: 484-7, 499.

- 13 Van den Hombergh P, Grol R, Smits AJA, Van den Bosch WJHM. Visitation van huisartspraktijken. Naar toetsing van de praktijkvoering. *Huisarts Wet* 1995; 38: 169-74.
- 14 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. De uitrusting van de huisarts(praktijk). *Huisarts Wet* 1997; 40(1): 9-13.
- 15 Van den Hombergh P, Dalhuysen J, Grol R, et al. Checklist praktijkvoering. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994.
- 16 De Haan J. De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1986.
- 17 Zwaard A, Dalhuysen J, Grol R, Mokkink HGA. Verspreiding en invoering van richtlijnen en toetsingsprocedures voor het medisch handelen over huisartsen. Richtlijnenproject. Nijmegen: WOK-KUN/RL, NHG, 1994.
- 18 Sprij B, Casparie AF, Lako CJ. De managementtaak van de huisarts. *Huisarts Wet* 1989; 32: 468-72.
- 19 De Haan J. NHG-standaarden en de consequenties voor de praktijkassistentie en praktijkvoering. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
- 20 Essex B, Bate J. Audit in general practice by a receptionist: a feasibility study. *BMJ* 1991; 302: 573-91.
- 21 Fielding C. The role of the audit analyst. *BMJ* 1991; 302: 453-5. ■

Abstract

Van den Hombergh P, Grol R, Van Eijck TCM, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Tasks of the Dutch practice assistant. *Huisarts Wet* 1997; 40(5): 193-8.

Objectives To determine what tasks in general practice are done by the practice assistant and to investigate differences between practices in tasks of the practice assistant and factors influencing these differences.

Design and setting Sample survey; 110 GPs in 88 practices in the Netherlands in 1994.

Main measures Indicators were selected from a thesaurus validated in a consensus round among 40 GPs and experts and tested in a pilot study. The indicators resulted in questions for the practice assistant and the GP and in questions on delegation in a patient questionnaire, being part of the Visitation method to Assess Management in General Practice.

Results 30 Indicators in the assistant question-

naire were discriminative (more than 5 per cent or less than 95 per cent delegated) revealing five components of tasks of the practice assistant in factoranalysis: 1. Medical technical tasks, 2. Lab investigations, 3. Informing patients on diseases, 4. Medical organisational tasks, 5. Secretarial tasks. All components showed marked variation on both indicators and dimensions; single handed practices, dispensing practices and country practices delegate less and practices disposing a treatment room at the assistant delegate more tasks.

Conclusion Marked variation between practices could be established for tasks of the practice assistant. Comparison with research a decade ago showed little progress in the number of tasks delegated in practices except some tasks recommended by the Dutch College, for example: Diabetes checkups, PAP smears and Nitrogen treatment of warts. Better guidelines on delegation if applicable should be attached to standards on the quality of care. Availability of training for practice assistants in new tasks is recommended.

Key words Family practice; Practice nurse.

Correspondence P. van den Hombergh MD, Schapenmeent 228, 1357 GX Almere, The Netherlands.