

# Welke ondersteuning kan een praktijkverpleegkundige de huisarts bieden?

## Een praktijkvoorbeeld

Miranda Laurant, Rosella Hermens, Jozé Braspenning, Richard Grol

### Inleiding

De introductie van de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk zou volgens velen de werkdruk van de huisarts verlichten.<sup>1</sup> In de Verenigde Staten en Groot-Brittannië verlenen verpleegkundigen al geruime tijd zorg aan patiënten met chronische ziekten zoals diabetes, astma en hart- en vaatziekten en aan patiënten met alledaagse ziekten.<sup>2-6</sup> Patiënten kunnen de verpleegkundigen

### Samenvatting

Laurant MGH, Hermens RPMG, Braspenning JCC, Grol RPTM. Welke ondersteuning kan een praktijkverpleegkundige de huisarts bieden? Een praktijkvoorbeeld. *Huisarts Wet* 2002;45(12):652-7.

**Doel** We onderzochten welke zorg huisartsen aan praktijkverpleegkundigen delegeren en welke zorg praktijkverpleegkundigen aan patiënten verlenen.

**Methode** Dertig huisartsen in twintig praktijken en vijf praktijkverpleegkundigen die anderhalf jaar in die praktijken werkten, registreerden kenmerken van de gedelegeerde en van de verleende zorg. De aandoeningen waarop werd ingezet waren: COPD, astma, dementie, kanker; ook patiënten op een wachtlijst voor verzorgings- of verpleeghuis werden in de registratie betrokken.

**Resultaten** De huisartsen verwezen 1793 patiënten. De praktijkverpleegkundigen hadden 9942 contacten met hen. De hulpvraag was afhankelijk van de verwezen patiëntengroep. Het gemiddeld aantal patiëntcontacten varieerde van 3,0 bij COPD- en astmapatiënten tot 12,5 bij wachtlijstpatiënten. De duur van het contact hing samen met de contactvorm. In de loop van de tijd nam het aantal verwijzingen en contacten toe, terwijl de tijdsduur van een contact daalde.

**Conclusie** Een praktijkverpleegkundige kan het handelen van huisartsen ondersteunen, niet alleen bij chronische patiënten, maar ook bij patiënten die meer complexe zorg nodig hebben.

Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: drs. M.G.H. Laurant, gezondheidswetenschapper; drs. R.P.M.G. Hermens, epidemioloog; dr. J.C.C.

Braspenning, onderzoekspsycholoog; prof.dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar in de kwaliteit van zorg.

Correspondentie: M.Laurant@wok.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

veelal rechtstreeks, zonder verwijzing van een arts, benaderen. Er bestaat een grote variatie in zowel het takenpakket als de scholing van deze uitvoerende praktijkondersteuners.<sup>7,8</sup> Koperski et al. stellen dat succesvolle ontwikkeling van de praktijkverpleegkundige functie afhankelijk is van een goede voorbereiding (onder andere door taken, verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid schriftelijk vast te leggen) vóór het daadwerkelijk inzetten van de praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk.<sup>7</sup>

In dit artikel beschrijven we de ervaringen met een pilot project waarin praktijkverpleegkundigen huisartsen ondersteunden. Voor aanvang van de ondersteuning stelden de DHV Midden Brabant, de thuiszorg Midden Brabant en het Centre for Quality of Care Research (WOK) in overleg met de huisartsen in de regio vast voor welke patiëntengroepen de praktijkverpleegkundigen de huisartsen konden ondersteunen. Taakverlichting van de huisarts was het belangrijkste criterium voor de selectie van patiëntengroepen. Patiënten met diabetes en hart- en vaatziekten voor wie al andere ondersteunende voorzieningen waren, werden uitgesloten in dit project. Praktijkverpleegkundigen konden worden ingezet voor de zorg aan patiënten met COPD, astma, dementie of kanker en aan patiënten op een wachtlijst voor plaatsing in een verzorgings-, verpleeghuis of revalidatiecentrum. De taken die door huisartsen aan praktijkverpleegkundigen konden worden gedelegeerd, werden vastgelegd in een kerntakenpakket. De handelingen in het takenpakket sloten aan bij de handelingen in de NHG-Standaarden<sup>9-12</sup> en bij de adviezen in het cahier voor deskundigheidsbevordering.<sup>13</sup> De deelnemende huisartsen hadden binnen dit raamwerk de vrijheid om zelf een keuze te maken voor welke taken en patiëntengroepen zij de praktijkverpleegkundigen wilden inzetten.

We onderzochten welke taken huisartsen, gegeven dit kerntakenpakket, feitelijk aan de praktijkverpleegkundigen delegerden en welke zorg de praktijkverpleegkundigen daadwerkelijk verleenden aan welke patiëntengroepen. Verder gingen we na welke veranderingen er in de loop van de tijd optraden in het delegeren en in de verleende zorg.

### Methode

#### DEELNEMENDE PRAKTIJKEN

In september 1998 startte in Tilburg en omgeving voor een periode van anderhalf jaar een onderzoek naar het inzetten van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Er werden 5 prak-

### Wat is bekend?

- ▶ Huisartsen kunnen praktijkverpleegkundigen inzetten in de zorg voor patiënten met chronische ziekten zoals COPD, astma en diabetes.
- ▶ Succesvolle introductie van praktijkverpleegkundigen vereist onder meer een gedegen voorbereiding, waarbij taken en verantwoordelijkheden worden vastgelegd in een takenpakket.

### Wat is nieuw?

- ▶ Niet iedere huisarts zegt praktijkondersteuning door een praktijkverpleegkundige nodig te hebben.
- ▶ Praktijkverpleegkundigen kunnen huisartsen ook ondersteunen bij complexe, niet-geprotocolleerde zorg, bijvoorbeeld bij patiënten met kanker en dementie.
- ▶ Praktijkverpleegkundigen zijn pas na circa zes maanden effectief inzetbaar in de huisartsenpraktijk.
- ▶ De praktijkverpleegkundige besteedt, in vergelijking met de huisarts, gemiddeld twee tot tweeënhalf keer zoveel tijd aan een consult.
- ▶ Naarmate een patiënt langer bij de praktijkverpleegkundige in zorg is, verschuift het accent in de verleende zorg van ondersteuning, diagnostiek, inventarisatie en voorlichting naar begeleiding.

tijkverpleegkundigen aangesteld voor 4 huisartsgroepen (hagro's) met 20 praktijken en 30 huisartsen. De hagro's varieerden in grootte van 6 tot 9 huisartsen. De meerderheid van de huisartsen was werkzaam als solist (60%). De huisartsen werkten gemiddeld 33 uur per week. Per fulltime huisarts was 0,84 fte praktijkassistentie aanwezig. Een fulltime huisarts had gemiddeld de zorg

**Tabel 1** Schematisch overzicht van het takenpakket van de praktijkverpleegkundigen

#### Doelgroep

- astma- en COPD-patiënten
- patiënten met dementie
- kankerpatiënten
- patiënten die wachten op plaatsing in een revalidatiecentrum, verzorgings- of verpleeghuis

#### Takenpakket

- ondersteuning diagnostiek (longfunctiemeting, pijnanamnese, heteroanamnese, cognitieve test)
- (systematische) controle van chronisch ziekten
- inventarisatie van problemen
- voorlichting
- begeleiding
- liaisonfunctie

#### Werkwijze

- In eerste instantie worden patiënten door de huisarts naar de praktijkverpleegkundigen verwezen. De huisarts formuleert de hulpvraag. Verwijzing gebeurt schriftelijk, zo nodig met mondelinge toelichting.
- Na het eerste contact bepaalt de praktijkverpleegkundige meestal in overleg met de huisarts welke zorg aan de patiënt wordt geleverd en/of continuering van de zorg door de praktijkverpleegkundige gewenst is.
- De praktijkverpleegkundige heeft toegang tot het HIS en registreert de belangrijkste bevindingen in het medisch dossier van de patiënt. Eventueel vindt er mondelinge terugkoppeling plaats.

#### Omvang aanstelling praktijkverpleegkundige

- 32 tot 40 uur per week per huisartsgroep

voor 2611 patiënten. Vijfenzestig procent van de patiënten was ziekenfondsverzekerd.

Iedere huisartsgroep ontving 32 tot 40 uur per week ondersteuning van een praktijkverpleegkundige. In één hagro waren twee praktijkverpleegkundigen werkzaam. De praktijkverpleegkundigen ondersteunden het (medisch) handelen van de huisarts voor een aantal specifieke patiëntengroepen. De huisarts trad op als verwijzer en kon de volgende taken delegeren: uitvoeren van diagnostische tests zoals longfunctieonderzoek; het afnemen van een anamnese; het inventariseren van problemen in de thuissituatie inclusief het peilen van de zorgbehoeften; het geven van voorlichting, adviezen en instructie; het begeleiden van de patiënt en diens familie en de coördinatie van de zorg (liaisonfunctie). De taken en verantwoordelijkheden van de praktijkverpleegkundigen waren vastgelegd in een gedetailleerd kerntakenpakket (tabel 1). De praktijkverpleegkundigen ontvingen bijscholing in de zorg voor deze patiënten en in de taken die ze gingen uitvoeren (56 lesuren). Tevens leerden ze hoe ze de consulten in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) konden registreren.

#### GEGEENSVERZAMELING

De huisartsen en de praktijkverpleegkundigen hielden in de periode van 1 september 1998 tot 1 maart 2000 een uitgebreide registratie van verwijzingen en patiëntcontacten bij. De huisartsen registreerden op verwijskaarten de volgende gegevens over de zorg die zij delegeerden: de maand en het jaar van de verwijzing; leeftijd en geslacht van de verwezen patiënt; de aandoening van de verwezen patiënt; de gedelegeerde taken (bijvoorbeeld ondersteuning diagnostiek, inventarisatie van de thuis- en zorgsituatie, voorlichting, begeleiding en/of liaison) en de gewenste contactvorm (bijvoorbeeld spreekuur, huisbezoek en/of overleg). De praktijkverpleegkundigen noteerden op de consultregistratieformulieren de volgende gegevens over de zorg die zij aan patiënten verleenden: de maand en het jaar van het contact; de verleende zorg (vanaf 1 april 1999); de contactvorm; de duur van het contact en de afsluiting van de zorg.

Om een trend in de tijd aan te kunnen geven verdeelden we bij de analyses de onderzoeksduur in drie gelijke periodes van zes maanden.

#### Resultaten

##### VERWIJZING NAAR DE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGEN

##### Aantal verwijzingen

Van 1793 verwezen patiënten (60% vrouw, 49% ≥65 jaar) werden de gegevens geregistreerd. Het aantal verwijzingen per huisarts varieerde van 11 tot 157 verwijzingen. Het aantal verwijzingen nam toe naarmate de praktijkverpleegkundigen langer in de huisartsenpraktijk werkzaam waren (tabel 2). In de eerste 2 periodes van 6 maanden verwezen de huisartsen gemiddeld per maand respectievelijk 84 en 87 patiënten. In het laatste halfjaar lag het gemiddelde op 128 patiënten, met een piek in het aantal verwijzingen in oktober en november 1999. In deze maanden schakelden de huisartsen de praktijkverpleegkundigen voornamelijk in

**Tabel 2** Overzicht van aantal verwijzingen, gedelegeerde taken en gewenste contactvorm voor het totaal en per patiëntengroep, weergegeven in absolute aantallen (kolompercentages)

	Totaal	COPD/Astma	Dementie	Kanker	Wachlijst	Meervoudige problematiek	Overige problematiek*
Aantal verwijzingen†:	1793	901	112	81	47	98	292
- periode 1: 1-6 mnd	503 (28)	269 (30)	58 (52)	30 (37)	17 (36)	47 (48)	42 (14)
- periode 2: 7-12 mnd	520 (29)	274 (30)	29 (26)	25 (31)	16 (34)	15 (15)	109 (37)
- periode 3: 13-18 mnd	770 (43)	358 (40)	25 (22)	26 (32)	14 (30)	36 (37)	141 (48)
Gedelegeerde taken‡:	1596	851	105	79	47	95	262
- ondersteuning diagnostiek	793 (50)	658 (77)	7 (7)	0 (0)	1 (2)	13 (14)	71 (27)
- inventarisatie	575 (36)	188 (22)	78 (74)	49 (62)	43 (91)	66 (69)	118 (45)
- voorlichting	935 (59)	635 (75)	33 (31)	25 (32)	12 (26)	43 (45)	74 (28)
- begeleiding	395 (25)	62 (7)	63 (60)	59 (75)	27 (57)	52 (55)	106 (40)
- liaison	289 (18)	23 (3)	48 (46)	34 (43)	30 (64)	45 (47)	83 (32)
Gewenste contactvorm#::	1686	861	107	78	47	85	273
- consult in de praktijk	867 (51)	735 (85)	6 (6)	0 (0)	2 (4)	10 (12)	70 (26)
- huisbezoek	722 (43)	116 (13)	85 (79)	61 (78)	40 (85)	62 (73)	172 (63)
- overleg	84 (5)	12 (1)	19 (18)	15 (19)	3 (6)	10 (12)	20 (7)
- spoed	95 (6)	12 (1)	12 (11)	15 (19)	4 (9)	14 (16)	30 (11)

\* Verwijzing betreft patiënten met overige aandoeningen, exclusief patiënten die verwezen zijn in verband met de grieprik.

† Bij 109 verwijzingen is de aandoening onbekend; 153 verwijzingen betreffen patiënten die in aanmerking komen voor grieprik.

‡ Bij 197 verwijzingen zijn de gedelegeerde taken niet genoteerd; respectievelijk per patiëntengroep 50, 7, 2, 0, 3 en 30 verwijzingen. Per verwijzing kunnen meer taken zijn gedelegeerd.

# Bij 107 verwijzingen is de gewenste contactvorm onbekend; respectievelijk per patiëntengroep 40, 5, 3, 0, 13 en 19 verwijzingen. Per verwijzing kunnen meer contactvormen (bijvoorbeeld spoed en overleg) zijn genoteerd.

bij het geven van de grieprikken (n=153). Ook bij correctie hiervoor verwezen de huisartsen in de laatste periode meer patiënten in vergelijking met de eerste twee periodes (gemiddeld 103 verwijzingen per maand).

De huisartsen verwezen COPD- en astmapatiënten het vaakst en patiënten die wachtten op opname in een verzorgings-, verpleeghuis of revalidatiecentrum het minst vaak (tabel 2). Het aantal verwijzingen van patiënten met overige problematiek nam sterk toe naarmate de praktijkverpleegkundigen langer werkzaam waren: respectievelijk 42, 109 en 141 verwijzingen voor de periodes 1-6 maanden, 7-12 maanden en 13-18 maanden.

#### Gedelegeerde taken

De precieze hulpvraag (bijvoorbeeld het geven van voorlichting of het begeleiden van de patiënt) was afhankelijk van de patiëntengroep die werd verwezen (tabel 2). Bij patiënten met COPD en astma delegerden de huisartsen voornamelijk longfunctiemetingen en het geven van voorlichting, instructies en adviezen. Bij de overige patiëntengroepen ging het voornamelijk om inventarisatie van problemen in de thuis- en zorgsituatie en de begeleiding van patiënten. Bij patiënten op een wachtlijst schakelden de huisartsen de praktijkverpleegkundigen ook relatief vaak in voor liaisons taken en zorgcoördinatie.

#### Gewenste contactvorm

Bij 1686 verwijzingen gaf de huisarts aan welke contactvorm hij prefereerde (tabel 2). De gewenste contactvorm hing samen met de aandoening van de verwezen patiënt. Bij COPD- en astmapatiënten betrof 85% een consult in de praktijk, terwijl dit bij de overige patiëntengroepen nauwelijks werd gevraagd (<15%). Bij 6% van alle verwijzingen moest de praktijkverpleegkundige binnen 24 uur contact opnemen met de patiënt of diens familie. Spoed was met name gewenst bij patiënten met kanker of met meervoudige problematiek.

#### FEITELIJKE ZORG DOOR DE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGEN

##### Aantal contacten

In 18 maanden hadden de praktijkverpleegkundigen 9942 contacten, per patiënt variërend van één contact tot 101 contacten. De patiënt met 101 contacten was een man van 79 jaar bij wie de diagnose niet was geregistreerd. Hij was in juni 1999 verwezen. De zorg bij deze patiënt bestond uit inventarisatie van de zorgsituatie, het geven van voorlichting en adviezen, begeleiding van de patiënt en diens familie, zorgcoördinatie en overige taken (wondcontrole), respectievelijk in 5, 3, 46, 26 en 37 contacten. De meerderheid van deze contacten betrof een huisbezoek.

Per maand vonden er gemiddeld 261, 553 en 843 patiëntcontacten plaats, in respectievelijk de periodes 1-6 maanden, 7-12 maanden en 13-18 maanden. (tabel 3). Het aantal contacten per patiëntengroep over een periode van anderhalf jaar varieerde van gemiddeld 3,0 contacten bij COPD- en astmapatiënten tot 12,5 contacten bij wachtlijstpatiënten.

##### Verleende zorg

In het algemeen was het begeleiden van patiënten en hun familie de meest voorkomende taak die door de praktijkverpleegkundigen werd uitgevoerd (tabel 3). In onderstaande casus is een voorbeeld beschreven van de zorg die een praktijkverpleegkundige aan de partner van een dementerende patiënt verleende. Bij COPD- en astmapatiënten werd ook veel tijd besteed aan voorlichting, instructie en adviezen. In ruim een kwart van de contacten voerden de praktijkverpleegkundigen taken uit die niet in het takenpakket waren beschreven, zoals het meten van de bloeddruk, wondcontrole, medicijncontrole en het prikken van de bloedsuiker.

##### Contactvorm en tijdsduur

Van 9603 contacten was de contactvorm bekend (tabel 3). Het

**Tabel 3** Overzicht van aantal contacten per patiënt, de verleende zorg en de contactvorm voor het totaal en per patiëntengroep, weergegeven in absolute aantallen (kolompercentages)

Taken	Totaal	COPD/Astma	Dementie	Kanker	Wachlijst	Meervoudige problematiek	Overige Problematiek*
Aantal patiëntcontacten†:	9942	2716	1267	944	587	1158	1676
- periode 1: 1-6 mnd	1566 (16)	499 (18)	338 (27)	149 (16)	77 (13)	180 (16)	192 (12)
- periode 2: 7-12 mnd	3319 (33)	799 (29)	411 (32)	415 (44)	207 (35)	326 (28)	491 (29)
- periode 3: 13-18 mnd	5057 (51)	1418 (52)	518 (41)	380 (40)	303 (52)	652 (56)	993 (59)
Verleende zorg‡:	7661	1951	854	713	483	909	1374
- ondersteuning diagnostiek	1006 (13)	748 (38)	33 (4)	22 (3)	17 (4)	33 (4)	79 (6)
- inventarisatie	1109 (15)	454 (23)	119 (14)	77 (11)	62 (13)	103 (11)	148 (11)
- voorlichting	1699 (22)	932 (48)	132 (16)	67 (9)	68 (14)	113 (12)	185 (14)
- begeleiding	3142 (41)	654 (34)	370 (43)	394 (55)	181 (38)	423 (47)	638 (46)
- liaison	1739 (23)	240 (12)	242 (28)	217 (30)	185 (38)	255 (28)	301 (22)
- overige taken	2207 (29)	593 (30)	191 (22)	101 (14)	104 (22)	249 (27)	416 (30)
Contactvorm#::	9603	2601	1218	915	571	1128	1630
- consult in de praktijk	1359 (14)	1039 (40)	18 (2)	3 (0,3)	3 (0,5)	18 (2)	138 (9)
- huisbezoek	4276 (45)	703 (27)	596 (49)	516 (56)	260 (46)	555 (49)	875 (54)
- telefonisch consult	2313 (24)	324 (13)	398 (33)	266 (29)	194 (34)	343 (30)	392 (24)
- overleg	1640 (17)	532 (21)	205 (17)	130 (14)	112 (20)	209 (19)	222 (14)
- anders	15 (0,2)	3 (0,1)	1 (0,1)	0 (0)	2 (0,4)	3 (0,3)	3 (0,2)

\* Patiëntcontacten met patiënten met overige aandoeningen, exclusief patiënten die verwezen zijn in verband met de griepvaccinatie.

† Bij 1403 contacten is de patiëntengroep onbekend.

‡ Bij 2281 contacten is de verleende zorg onbekend, waarvan 1652 contacten voor april 1999 plaatsvonden, respectievelijk per patiëntengroep 765, 413, 231, 104, 249 en 302 contacten.

# Bij 399 contacten is de contactvorm onbekend, respectievelijk per patiëntengroep 115, 49, 29, 16, 30 en 46 contacten.

huisbezoek was de belangrijkste vorm van contact. Wanneer we de aandoeningen uitsplitsen, zien we dat voor COPD- en astma-patiënten het consult in de praktijk de belangrijkste contactvorm was, terwijl voor de overige patiëntengroepen circa de helft van de contacten bij de patiënt thuis plaatsvond.

Van 9522 contacten was ook de tijdsduur bekend (tabel 4). Naarmate de praktijkverpleegkundigen langer werkzaam waren, nam de gemiddelde tijdsduur per consult af van 36,6 minuten

(sd 25,0) in het eerste halfjaar naar 24,9 minuten (sd 19,4) in het laatste halfjaar. De tijd per contact varieerde per patiëntengroep en was afhankelijk van de contactvorm. Een huisbezoek duurde gemiddeld het langst (38 minuten) en een telefonisch consult het kortst (11 minuten). De gemiddelde tijdsduur van een telefonisch consult en een overleg zonder de patiënt halveerde in de loop van de tijd.

De meerderheid van de patiënten bleef in zorg bij de praktijkver-

### Casus: de zorg voor een dementerende patiënt en zijn vrouw

De huisarts vraagt aan de praktijkverpleegkundige de (thuis)situatie van een 92-jarige man te inventariseren. Mogelijk moet de thuiszorg worden uitgebreid en moet er dagopvang worden geregeld ter ontlasting van de vrouw. Ongeveer een jaar geleden heeft de huisarts een dementieel beeld vastgesteld. Hij heeft de indruk dat mevrouw mede door decorumverlies van haar man de situatie niet meer aankan. Ter voorbereiding op het huisbezoek kijkt de praktijkverpleegkundige in de computer naar relevante aanvullende gegevens. Vervolgens maakt de praktijkverpleegkundige een afspraak met de vrouw. In het eerste contact geeft de praktijkverpleegkundige, alvorens ze de problemen bespreekt, uitleg over haar functie. Zoals de huisarts al vermoedde, vertelt de vrouw dat ze de zorg voor haar man niet meer aankan. Hij wordt vergeetachtiger en is volledig ADL-afhankelijk. Mevrouw vertelt dat haar man op de wachtlijst voor dagopvang staat, maar dat ze al enige tijd niets meer heeft gehoord. De praktijkverpleegkundige merkt dat de man niet betrokken is bij het gesprek. Met mevrouw wordt afgesproken dat de praktijkverpleegkundige ter ontlasting van mevrouw zal navragen of haar man bij de dagopvang geplaatst kan worden. Ook zal zij bij het RIO informeren of meneer tijdelijk in het verpleeghuis kan worden opgenomen. Daarnaast neemt de

praktijkverpleegkundige contact op met de thuiszorg om uitbreiding van de zorg te bespreken. De praktijkverpleegkundige noteert de gegevens in het patiëntendossier. Tijdens de wekelijkse bespreking met de huisarts wordt de huidige situatie van het echtpaar uitgebreid besproken. Het blijkt dat het RIO geen actie heeft ondernomen. De praktijkverpleegkundige neemt nogmaals contact op met het RIO. Ze legt de situatie uit en maakt duidelijk dat het om een spoedaanvraag gaat en uitstel van een intakegesprek niet kan. Uiteindelijk vindt die dag nog een intakegesprek plaats. Verder is de dagopvang geregeld en de thuiszorg komt nu dagelijks bij het echtpaar om de man te verzorgen. De praktijkverpleegkundige noteert al haar contacten met andere hulpverleners in het patiëntendossier. Omdat de situatie verergert, besluit de huisarts een crisisopname bij de GGZ aan te vragen. Als de praktijkverpleegkundige na enige dagen de vrouw opbelt, blijkt dat haar man door een waarnemend arts is opgenomen in het ziekenhuis. De praktijkverpleegkundige besluit toch met de vrouw te gaan praten. Mevrouw is erg verdrietig over hoe de uiteindelijke opname tot stand is gekomen. Ze geeft toe dat ze de situatie niet meer aankan en dat ze eigenlijk te lang is doorgedaan. Ze vindt het fijn dat de praktijkverpleegkundige haar de gelegenheid geeft haar verhaal te doen en is tevreden over de geboden zorg.

**Tabel 4** Overzicht van gemiddelde tijdsduur in het totaal en per contactvorm, weergegeven in het gemiddeld aantal minuten (standaarddeviatie)

	<b>Totaal</b> (n=9522)	<b>Consult in de praktijk</b> (n=1344)	<b>Huisbezoek</b> (n=4221)	<b>Telefonisch consult</b> (n=2273)	<b>Overleg</b> (n=1572)
Tijdsduur per contact:	26,1 (20,4)	31,5 (12,8)	38,0 (18,2)	10,6 (9,6)	11,1 (13,0)
- periode 1: 1-6 mnd	36,6 (25,0)	39,5 (16,0)	43,8 (22,3)	18,6 (22,7)	21,8 (24,4)
- periode 2: 7-12 mnd	23,5 (18,1)	27,5 (12,5)	37,0 (16,8)	10,1 (7,4)	10,7 (9,8)
- periode 3: 13-18 mnd	24,9 (19,4)	31,3 (10,9)	36,6 (17,0)	9,6 (5,3)	8,7 (9,7)

pleegkundigen. Afhankelijk van de patiënt hield dit in dat de patiënt na een jaar werd opgeroepen voor een controleafspraak. Andere patiënten bezochten de praktijkverpleegkundige wekelijks.

### Beschouwing

We onderzochten welke ondersteuning een praktijkverpleegkundige de huisarts kan bieden, met name welke taken de huisartsen feitelijk delegerden en welke zorg de praktijkverpleegkundigen verleenden. De resultaten laten zien dat een praktijkverpleegkundige de huisarts niet alleen kan ondersteunen in de zorg voor patiënten met een chronische ziekte, waarbij veelal een duidelijke geprotocolleerde aanpak voorhanden is, maar ook in de zorg voor patiënten die meer complexe zorg nodig hebben. Begeleiding van patiënten is veruit de belangrijkste taak van de praktijkverpleegkundigen. Naarmate de praktijkverpleegkundigen langer werkzaam waren in de praktijk, verwezen de huisartsen meer patiënten en ook het aantal patiëntcontacten per maand nam sterk toe.

Mede op grond van ervaringen in het buitenland hebben we in ons project vooraf een takenpakket voor de praktijkverpleegkundigen opgesteld en hen op die terreinen bijgeschoold. We zagen echter dat de verpleegkundigen toch een opstartperiode nodig hadden. In de loop van de tijd traden veranderingen op in de verleende zorg. Allereerst verschoof het accent van de verleende zorg naarmate een patiënt langer in zorg was bij de praktijkverpleegkundige. In de eerste contacten lag, mede afhankelijk van de hulpvraag, het accent op ondersteuning bij de diagnostiek, de inventarisatie en de voorlichting. In latere contacten kwam het accent op de begeleiding te liggen. Daarnaast nam de gemiddelde tijdsduur per contact af naarmate de praktijkverpleegkundigen langer in de praktijken werkzaam waren. Dit kan worden opgevat als een leerproces, waarbij de praktijkverpleegkundige naarmate ze meer ervaring heeft, minder tijd nodig heeft. Een andere verklaring is dat de praktijkverpleegkundige het steeds drukker krijgt naarmate ze langer werkzaam is. De meeste patiënten blijven in de zorg van de praktijkverpleegkundige, waardoor de praktijkverpleegkundige minder tijd aan een contact kan besteden. Naar verwachting spelen beide aspecten een rol. In vergelijking met de huisartsen besteedden zij echter ook in de laatste periode meer tijd aan één patiënt.

In vergelijking met de overige patiëntengroepen, werden praktijkverpleegkundigen vaak ingeschakeld bij de zorg voor patiënten met COPD of astma. Deze aandoening komt ook het vaakst voor

in de huisartsenpraktijk: de prevalentie van astma is 13 en van COPD 12-20 per 1000 patiënten per jaar;<sup>9</sup> bij dementie bijvoorbeeld is dat 1,1 per 1000 patiënten per jaar.<sup>12</sup> Een aanvullende verklaring voor deze frequentie is dat de zorg voor patiënten met COPD of astma in vergelijking met de zorg voor de overige patiëntengroepen duidelijk geprotocolleerd is en daardoor ook makkelijker te delegeren aan praktijkverpleegkundigen.

### Abstract

Laurant MGH, Hermens RPMG, Braspenning JCC, Grol RPTM. The role of nurse practitioners in general practice? An example. *Huisarts Wet* 2002;45(12):652-7.

**Objective** To describe the care provided by nurse practitioners to patients referred to them by general practitioners.

**Design** According to agreed guidelines, general practitioners were able to delegate to nurse practitioners the care of patients with COPD, asthma, dementia or cancer, and those waiting for admission to a nursing home. Nurse practitioners were permitted to undertake the following tasks: diagnostic tests; problem identification; health education; guidance of the patient and family; and co-ordination of care. For an eighteen month period, thirty general practitioners working in twenty general practices and five nurse practitioners recorded information about the management of delegated patients.

**Results** General practitioners referred 1793 patients and the nurse practitioners contacted those patients 9942 times. These contacts consisted of consultations in the doctors' office (14%), house calls (45%), consultations by phone (24%), and consultations with other providers (e.g. general practitioner, community nurse) about the patient (17%). The mean number of contacts varied from 3.0 for COPD and asthmatic patients, to 12.5 for patients waiting for admission to a nursing home. The tasks delegated by general practitioners to nurse practitioners varied according to the disease of the patient. Nurse practitioners shifted from performing diagnostic tests, problem inventories and health education, towards guidance of the patient. The number of referrals and consultations increased over the course of the project, while the time spent per consultation decreased. The time per consultation varied according to its location. In the final six months, nurse practitioners spent on average 31.3 minutes (SD 10.9) per consultation in the doctors' offices and 36.6 minutes (SD 17.0) per house call. Less than 10 minutes were spent on telephone consultations and consultations with other providers.

**Conclusion** Nurse practitioners can support general practitioners, not only in the management of chronically ill patients but also in the care of patients with complex needs.



De variatie tussen huisartsen in het aantal verwijzingen is groot. Dit kan worden verklaard doordat de huisartsen als huisartsengroep deelnamen en niet als individuele huisarts. Huisartsen binnen een huisartsengroep hoeven niet allemaal evenveel behoefte te hebben aan praktijkondersteuning. Dit blijkt ook uit gesprekken met huisartsen en praktijkverpleegkundigen: sommige huisartsen ervoeren bijvoorbeeld geen hoge werkdruk en vonden het daardoor onnodig zorg te delegeren; anderen werkten zelfstandig en vonden het niet prettig dat zij zich door de komst van de praktijkverpleegkundigen moesten verantwoorden. Weer anderen vonden het niet gepast patiënten – met name kankerpatiënten in een terminale fase – te belasten met de komst van de praktijkverpleegkundige. Tot slot waren er ook huisartsen die het moeilijk vonden zorg uit handen te geven.

Een aantal huisartsen gaf in de loop van het project aan ook de zorg voor andere patiëntengroepen te willen delegeren. Dit verklaart mogelijk de toename van het aantal taken dat buiten het takenpakket valt. Over deze taken werden overigens wel afspraken gemaakt tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige en enkele taken werden beschreven in protocollen (bijvoorbeeld hypertensie).

#### LANDELIJKE IMPLEMENTATIE VAN PRAKTIJKONDERSTEUNERS

Vanaf 1999 is er financiering voor huisartsen beschikbaar om praktijkondersteuners aan te nemen voor de levering van reguliere huisartsenzorg en in het bijzonder de zorg aan specifieke patiëntencategorieën zoals chronische patiënten.<sup>14</sup> Met de uitgave van de NHG-Praktijkhandleiding Diabetes Mellitus type 2<sup>15</sup> en de dit jaar nog uit te brengen Praktijkhandleiding Astma en COPD wordt aan een belangrijke randvoorwaarde voor het inzetten van praktijkondersteuners voldaan, namelijk de beschikbaarheid van een takenpakket. Uitbreiding van praktijkhandleidingen naar andere veelvoorkomende ziekten ligt voor de hand. Het takenpakket biedt praktijkverpleegkundigen een zekere mate van houvast en bovendien de mogelijkheid tot bijscholing. Desondanks dient bij de introductie van de praktijkverpleegkundigen op grotere schaal rekening te worden gehouden met de genoemde opstartperiode.

#### Dankbetuiging

Met dank aan de DHV Midden Brabant en Thebe Thuiszorg, de initiatiefnemers van het pilot project en aan CZ Actief in Gezondheid en VGZ Midden Brabant die dit onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt. Ook gaat onze dank uit naar de deelnemende praktijkverpleegkundigen en huisartsen.

#### Literatuur

- 1 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equal care to doctors. *BMJ* 2002;324:819-23.
- 2 Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. Audit of the effect of a nurse run asthma clinic on workload and patient morbidity in general practice. *Br J Gen Prac* 1991;41:227-31.
- 3 Carr EK, Kirk BA, Jeffcoate WJ. Perceived needs of general practitioners and practice nurses for the care of diabetic patients. *Diabetic Medicine* 1991;8:556-9.
- 4 Jewell D, Hope J. Evaluation of a nurse-run hypertension clinic in general practice. *Practitioner* 1988;232:484-7.
- 5 Rees M, Kinnersley P. Nurse-led management of minor illness in a GP surgery. *Nursing Times* 1996;92:32-3.
- 6 Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane M, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2000;7241:1038-43.
- 7 Koperski M, Rogers R, Drennan V. Nurse practitioners in general practice – an inevitable progression? *Br J Gen Prac* 1997;47:696-8.
- 8 Welling N, Delnoij D. De praktijkverpleegkundige in de Britse huisartspraktijk. *Lessen voor Nederlandse experimenten. Verpleegkunde* 1997;3:131-9.
- 9 Geijer RMM, Thiadens HA, Smeele IJM, Van der Zwan AAC, Sachs APE, Bottema BJAM, et al. NHG-Standaard COPD en Astma bij Volwassenen: Diagnostiek. *Huisarts Wet* 1997;40:416-29.
- 10 Geijer RMM, Van Schayck CP, Van Weel C, Sachs APE, Van der Zwan AAC, Bottema BJAM, et al. NHG-Standaard COPD: Behandeling. *Huisarts Wet* 1997;40:430-42.
- 11 Geijer RMM, Van Hensbergen W, Bottema BJAM, Van Schayck CP, Sachs APE, Smeele IJM, et al. NHG-Standaard Astma bij Volwassenen: Behandeling. *Huisarts Wet* 1997;40:443-54.
- 12 De Bruyne GA, Meyboom-de Jong B, Muskens JB, Veltman MTM, Weijtens JTNM, Wind AW. NHG-Standaard Dementiesyndroom. *Huisarts Wet* 1991;34:598-607.
- 13 Wemekamp H, Gualthérie van Weezel LM, Den Hollander MHJ. Cahier voor deskundigheidsbevordering. Begeleiding van patiënten met kanker, psychosociale aspecten. Aandachtspunten voor de huisarts. Utrecht: NHG, 1996.
- 14 Convenant LHV, ZN en VWS inzake de versterking van de huisartsenzorg. 30 juni 1999.
- 15 In 't Veld K. NHG-Praktijkhandleiding Diabetes mellitus type 2: Succes ermee! *Huisarts Wet* 2002;45:217.