

Dankbetuiging

Met dank aan Hans Bor en Jan van Doremalen voor de statistische ondersteuning, en aan de hoofden van de opleidingen huisartsgeneeskunde voor hun medewerking aan het onderzoek. Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van SGO/NWO.

Literatuur

- 1 Vroeghe NH. Het Woudschotenrapport. Huisarts Wet 1966;9:372-85.
- 2 Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. Med Care 1976;14:377-91.
- 3 Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann Fam Med 2003;1:134-43.
- 4 Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C, et al. Towards a theory of continuity of care. J R Soc Med 2003;96:160-6.
- 5 Schers HJ, Maat CC, Van de Ven C, Van den Hoogen HJM, Grol RPTM, Van den Bosch WJHM. Hoe denken huisartsen over continuïteit in de zorg? Huisarts Wet 2002;45:450-4.
- 6 Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. Br J Gen Pract 2001;51:712-8.
- 7 Schers H, Webster S, Van den Hoogen H, Avery A, Grol R, Van den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. Br J Gen Pract 2002;52:459-62.
- 8 Van Dierendonck D, Groenewegen PP, Sixma H. Burnout. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 9 Smith LF. Roles, risks, and responsibilities in maternity care: trainees' beliefs and the effects of practice obstetric training. BMJ 1992;304:1613-5.
- 10 Rashid A, Jagger C. Comparing trainer and trainee referral rates: implications for education and allocation of resources. Br J Gen Pract 1990;40:53-5.
- 11 Bain DJ. Practice research. Training for general practice: clinical behaviour in trainers and trainees. Br Med J (Clin Res Ed) 1984;288:762-4.
- 12 Schers H, Van Doremalen J, Van de Ven C, Van den Hoogen H, Grol R, Van den Bosch W. Family medicine trainees still value continuity of care. Fam Med 2004;36:51-4.
- 13 Landelijke Huisartsen Vereniging. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Utrecht: LHV, 2002. <http://www.lhv.nl/upload/15895/toekomstvisie1.pdf>
- 14 Dietrich AJ, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? J Fam Pract 1982;15:929-37.

Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartsenpraktijk is toegenomen

Yvonne Engels, Henk Mokkink, Pieter van den Hombergh, Wil van den Bosch, Henk van den Hoogen, Richard Grol

Samenvatting

Engels YMP, Mokkink HGA, Van den Hombergh P, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Grol RPTM. Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartsenpraktijk is toegenomen. Huisarts Wet 2004;47(7):325-30.

Inleiding Het is mogelijk een groot aantal taken in de huisartsenpraktijk door de praktijkassistente uit te laten voeren. Wij zijn nagegaan of het takenpakket van de praktijkassistente ook feitelijk veranderd is tussen 1997-1999 en 2002.

Methode Met behulp van gegevens verkregen bij een VIP-visite werd de omvang van het pakket van medisch-technische, voorlichtings- en administratief-organisatorische taken van de praktijkassistente in de periode 1997-99 vergeleken met 2002, evenals een aantal aan taakherschikking gerelateerde, praktijkorganisatorische aspecten. Om na te gaan of er sprake was van een eventuele trend keken we ook naar de tussentijdse jaren.

Resultaten Nagenoeg alle medisch-technische en voorlichtings-taken namen significant toe, evenals een aantal hieraan gerelateerde praktijkorganisatorische aspecten.

Conclusie Het takenpakket van de praktijkassistente is de afgelopen jaren fors toegenomen.

UMCN, afdeling Kwaliteit van Zorg, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: Y.M.P. Engels, gezondheidswetenschapper; dr. H.G.A. Mokkink, methodoloog; dr. P. Van den Hombergh, huisarts-onderzoeker; prof.dr. W.J.H.M. van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde; H. Van den Hoogen, statisticus; prof.dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar Kwaliteit van Zorg.

Correspondentie: y.engels@wok.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Sinds de tweede helft van de vorige eeuw is het takenpakket van de praktijkassistente flink toegenomen.¹⁻⁶ Aanvankelijk was zij vooral receptioniste en administratief medewerkster, in de loop der jaren heeft zij allerlei medisch-technische, voorlichtings- en organisatorische taken op zich genomen. Door de praktijkassistente breed in te zetten is een efficiëntere bedrijfsvoering mogelijk, kan de kwaliteit van zorg verbeteren, het zorgaanbod uitgebreid worden en het werk voor de praktijkassistente aantrekkelijker worden.⁷⁻¹⁰

Patiënten staan positief tegenover deze taakherschikking: de meesten vinden dat zij voor eenvoudige klachten ook contact op zouden kunnen nemen met een verpleegkundige of doktersassistente.¹¹ Zowel in de Verenigde Staten en Engeland, waar taakherschikking (aan *nurse practitioners* en *practice nurses*) al geruime tijd plaatsvindt, als in Nederland (met betrekking tot praktijkondersteuners) zijn de ervaringen overwegend positief.^{12,13}

Het laatste onderzoek naar de omvang van het takenpakket van de praktijkassistente stamt uit 1994.⁶ Sindsdien hebben er belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden, zoals een verschuiving van solo- naar meermanspraktijken, de uitbreiding van het takenpakket van de huisarts, de vergaande automatisering van de medische verslaglegging, een stijgend tekort aan huisartsen en de intrede van de praktijkondersteuner. De vraagstelling in dit artikel luidt dan ook: Hoe ziet het takenpakket van de praktijkassistente in 2002 er uit in vergelijking met 1997-99?

Methodie

Onderzoeksopzet en onderzoekspopulatie

Om onze vraagstelling te beantwoorden gebruikten we gegevens die met de VIP (VisitatieInstrument Praktijkvoering)¹⁴ in de huisartsenpraktijk verzameld zijn vanaf eind 1997. We vergeleken de gegevens van 1997 tot en met 1999 (255 praktijken) met die uit 2002 (355 praktijken) en analyseerden daarnaast de gegevens uit de tussenliggende jaren.

Variabelen en meetinstrumenten

We gebruikten gegevens uit de vragenlijsten die de praktijkassistenten en de praktijkvertegenwoordigende huisarts hadden ingevuld.

Praktijkassistente

Aan de praktijkassistente die het langst in de praktijk werkzaam was werd gevraagd of alle praktijkassistentes gediplomeerd zijn,

Tabel 1 Taken uitgevoerd door de praktijkassistente, in procenten

Taken	1997-99	2002	Taken	1997-99	2002
Medisch-technische taken	n=255	n=355	Voorlichtingstaken	n=93	n=355
<i>Gemiddelde med-techn, diagn. plus preventieve taken</i>	48	60*	<i>Gemiddelde voorlichtingstaken</i>	35	44 [‡]
1. Hechtingen verwijderen	83	93*	1. Voorlichting aan patiënten met diabetes, hypertensie	61	74 [‡]
2. Venapuncties uitvoeren	34	50*	2. Instructie over gebruik glucosemeter	27	46*
3. Oren uitspuiten	71	89*	3. Vaker dan 2-3 x /week voorlichtingsmateriaal geven	40	46
4. Wratten aanstippen N ₂	74	86*	4. Instructie en voorlichting astma /COPD	25	28
5. Lijmen van wondjes	38	48 [†]	5. Geven van dieetadviezen	53	64 [‡]
6. Compressieverband open been	38	47 [†]	6. Voorlichting allergie huisstofmijt en huisdieren	19	34 [‡]
7. Verwijderen van splinters	43	61*	7. Adviseren stoppen met roken (MIS)	3	14 [‡]
8. Verwijderen vuiltje uit oog	7	16 [‡]	8. Telefonisch advies aan de hand van NHG-telefoonkaarten	73	86*
9. Geven van injecties	93	99*			
10. Tappen van enkeldistorsie	35	38	Administratief-organisatorische taken	n=255	n=355
11. Uitstrijkjes voor bevolkingsonderzoek	42	65*	<i>Gemiddelde adm. en organisatorische taken</i>	70	70
12. Zelfstandige bloeddrukcontroles	60	74*	1. Typen van verwijsbrieven	32	29
13. Risicoprofiel hart- en vaatziekten bepalen [#]	16	26 [‡]	2. Invullen naw-gegevens op formulier	73	77
14. Controle ingestelde diabetespatiënten	49	59 [‡]	3. Oproepen risicopatiënten	69	70
15. Controle astma/COPD-patiënten	7	11	4. Sorteren en zelf afhandelen post	91	94
16. Telefonisch aangevraagde recepten voor alledaagse klachten uitschrijven	80	86 [†]	5. Aanvullen/bijhouden foldervoorraad	84	81
			6. Basisgegevens specialistenbrieven inschrijven/invoeren	89	91
			7. Bijvullen dokterstas	33	29
			8. Bediening antwoordapparaat	84	90 [†]
			9. Opzetten en bijhouden patiëntenbibliotheek	57	17*

* p<0,001; † p<0,05; ‡ p<0,01

In 2002 gaf 35% van de praktijken aan dat dit tot het takenpakket van de praktijkassistente behoorde; daarna daalde dit percentage weer.

Tabel 2 Organisatorische, aan taakuitvoering door de praktijkassistente gerelateerde aspecten in procenten, tenzij anders vermeld

	1997-99 n=255	2002 n=355
<i>Gemiddelde (1-11)</i>	44	54*
1. Alle praktijkassistentes hebben een schriftelijke arbeidsovereenkomst.	80	82
2. Alle praktijkassistentes zijn gediplomeerd.	69	68
3. Praktijkassistente heeft regelmatig (eenmaal per jaar) een functioneringsgesprek.	35	56 [†]
4. De praktijk heeft een nascholingsbeleid voor praktijkassistentes.	23	30
5. De praktijkassistente heeft een eigen werkruimte.	75	89*
6. Er wordt een verslag gemaakt van afspraken die voortkomen uit het overleg over praktijkorganisatorische zaken.	40	61*
7. Er zijn protocollen voor taken van de assistente met betrekking tot receptuur.	27	37 [‡]
8. Er zijn protocollen voor de uitvoering van de meest voorkomende behandelingen.	19	36 [†]
9. Er zijn protocollen voor de uitvoering van laboratoriumtaken.	17	26
10. Er zijn protocollen voor de procedure bij herhaalrecepten.	14	16
11. De praktijkassistente beschikt over de NHG-telefoonkaarten voor het beantwoorden van eenvoudige klachten van patiënten.	83	94 [†]
- Aantal uren per jaar besteed aan nascholing door praktijkassistente	14	16
- Aantal minuten per week praktijkorganisatorisch overleg huisarts met praktijkassistente (<i>volgens praktijkassistente</i>)	27	31
- Aantal minuten per week praktijkorganisatorisch overleg huisarts met praktijkassistente (<i>volgens huisarts</i>)	31	33

* p<0,001; † p<0,01; ‡ p<0,05

een schriftelijke arbeidsovereenkomst hebben en over een eigen werkruimte beschikken (ja/nee-vragen). Wij vroegen haar ook welke van 16 medisch-technische taken in haar takenpakket zitten. Wij informeerden bovendien of 8 voorlichtingstaken (pas beschikbaar vanaf 1999) en 9 administratief-organisatorische taken in haar pakket zitten (tabel 1). Ook werd naar een aantal praktijkorganisatorische aspecten gevraagd die een verantwoorde taakuitvoering door de praktijkassistente faciliteren (tabel 2). Wij informeerden bijvoorbeeld naar de overlegtijd (in minuten per week) tussen praktijkassistente en huisarts over praktijkorganisatorische zaken, of er een verslag wordt gemaakt van de afspraken die uit dit overleg voortkomen, of de praktijkassistente beslist of een hulpvraag van de patiënt wordt gehonoreerd met consult of visite en of zij beschikt over de NHG-telefoonkaarten voor het beantwoorden van eenvoudige klachten van patiënten. Bovendien werd gevraagd naar de aanwezigheid van protocollen in de behandelkamer, in het laboratorium en voor herhaalreceptuur. Ten slotte moest zij opgeven hoeveel uur per jaar zij besteedt aan nascholing, of er een beleid is voor nascholing en of er regelmatig (eenmaal per jaar) een functioneringsgesprek plaatsvindt.

Praktijkvertegenwoordigende huisarts

Ook aan de praktijkvertegenwoordigende huisarts werd gevraagd hoeveel minuten hij per week besteedt aan overleg met de praktijkassistente over praktijkorganisatorische zaken. Ook moest de huisarts aangeven of de praktijkassistente telefonisch advies aan patiënten geeft aan de hand van NHG-telefoonkaarten (tabel 1). Ten slotte vroegen we de huisarts naar enkele praktijkgegevens, zoals de praktijkvorm (solo versus niet-solo), de locatie (platteland, verstedelijkt platteland, kleine of middelgrote stad en grote stad), de beschikbare fte huisarts per 1000 patiënten en de beschikbare fte praktijkassistente per 1000 patiënten.

Analyses

Vanwege de geringe aantallen voegden we de gegevens uit 1997, 1998 en 1999 bij elkaar. We berekenden over de periode 1997-99 en over 2002 de gemiddelden van alle medisch-technische, voorlichtings- en administratief-organisatorische taken afzonderlijk,

Wat is bekend?

▶ Praktijkassistenten voeren al een aantal medisch-technische en voorlichtingstaken in de huisartsenpraktijk uit.

Wat is nieuw?

▶ Tussen 1997/99 en 2002 is het aantal medisch-technische en voorlichtingstaken van de praktijkassistente fors toegenomen.
▶ Daaraan gerelateerd blijken praktijkassistenten in 2002 ook vaker dan in 1997/99 te beschikken over een eigen werkruimte, zijn er vaker telefoonkaarten aanwezig en protocollen voor de uitvoering van diverse taken en hebben meer praktijkassistenten een jaarlijks functioneringsgesprek.

evenals van de praktijkorganisatorische aspecten. Daarnaast werd nagegaan of deze vier groepen als schalen beschouwd konden worden. Dit houdt in dat (met behulp van Cronbach's alpha) gekeken werd of de diverse taken van een groep dusdanig samenhangen, dat ze samengevoegd mogen worden. Vervolgens werden van de vier bovengenoemde groepen gemiddelden berekend over de periodes 1997-99 en 2002.

Met behulp van tweezijdige ongepaarde t-toetsen gingen we na of er tussen 1997/99 en 2002 significante verschillen waren in de gedelegeerde taken afzonderlijk, en in het gemiddelde van de vier groepen.

Een verschil in de omvang van het takenpakket zou mogelijk toegeschreven kunnen worden aan het feit dat de onderzochte praktijken in 1997-99 verschilden van die in 2002 (toegenomen aantal meermanspraktijken, andere verdeling wat betreft mate van urbanisatie, verschillende fte huisarts of praktijkassistentie per 1000 patiënten). Wij hebben een statistische methode (General Linear Model: GLM) toegepast om na te gaan of – ondanks deze verschillen in samenstelling – er een verschil in de tijd blijft bestaan. Naast de vergelijking van 1997/99 met 2002 hebben we, om een eventuele lineaire trend zichtbaar te maken, ook naar de gemiddelden van de 4 bovengenoemde groepen (taakgroepen (tabel 1) en praktijkorganisatorische aspecten (tabel 2)) in de tussenliggende jaren 2000 en 2001 gekeken.

Ten slotte werd de delegatie-index van Nijland (som van mate van delegatie van venapunctie, uitspuiten van oren, hechtlingen verwijderen, hypertensiecontrole en wratten aanstippen) voor 1997/99 en 2002 berekend, en vergeleken met de VIP-gegevens uit 1994.^{4,6}

Resultaten

Wij verzamelden de gegevens van 112 praktijken in 1997/98, 143 in 1999, 113 in 2000, 364 in 2001 en 355 in 2002. Er waren geen praktijken die tussen 1997 en 2002 meerdere

Tabel 3 Demografische variabelen Nederlandse Huisartsen Peilingen¹⁴ en onderzoeksgroepen

	Nederlandse Huisartsen Peiling (praktijkniveau)			Onderzoeksgroep		
	1998 n=4808	2002 n=4681	1997-99 n=255	2000 n=113	2001 n=364	2002 n=355
<i>Setting (percentage)</i>						
- solopraktijk	66,9	63,3	59,2	47,8	46,7	49,3
- duopraktijk	24,5	25,5	29	31,9	25,3	27,6
- groepspraktijk	8,4	11,2	11,7	20,3	28,0	23,1
<i>Urbanisatie (percentage)</i>						
- platteland			14,9	15,3	18,6	19,5
- verstedelijkt platteland			31	29,7	36,8	31,2
- kleine/middelgrote stad			24,3	29,7	30,2	28,7
- grote stad			29,8	25,2	14,4	20,6
Fte huisarts per 1000 patiënten			0,40	0,41	0,41	0,41
Fte assistente per 1000 patiënten			0,39	0,40	0,41	0,41

Tabel 4 Trend per jaar van de medisch-technische taken, de voorlichtingstaken, de administratief-organisatorische taken en de praktijkorganisatorische aspecten (gemiddelden)

Jaar	n	Medisch-technische taken	n	Voorlichting	n	Administratief-organisatorische taken	n	Praktijkorganisatorische aspecten
1997/98	104	0,46	0		39	0,69	0	
1999	143	0,50	92	0,35	142	0,70	90	0,42
2000	111	0,59	112	0,39	112	0,71	108	0,48
2001	359	0,57	361	0,42	360	0,72	350	0,51
2002	354	0,60	353	0,44	352	0,70	342	0,53

Tabel 5 Delegatie-index van Nijland.¹⁶ Percentage praktijkassistentes die deze taak tot hun takenpakket rekenen

	VIP 1994	VIP 1997/99	VIP 2002*
Venapunctie verrichten	0,46	0,34	0,50*
Oren uitspuiten	0,53	0,71	0,89*
Hechtingen verwijderen	0,65	0,83	0,93*
Hypertensiecontrole	0,35	0,60	0,74*
Wratten aanstippen	0,57	0,74	0,86*
Totaal	2,56	3,22	3,92*

* p<0,001 (1997/99 versus 2002)

keren gevisiteerd zijn.

In *tabel 3* is te zien dat er onder de onderzochte praktijken uit 2002 aanmerkelijk minder solopraktijken waren en meer groepspraktijken dan in 1998. Bovendien zaten in de onderzoeksgroep zowel in 1999 als in 2002 in vergelijking met de Nederlandse huisartsenpopulatie minder solisten en meer groepspraktijken.¹⁵

Daarnaast blijkt er een lichte toename van zowel de fte huisarts (van 0,40 naar 0,41) als de fte praktijkassistente (van 0,39 naar 0,41) per 1000 patiënten tussen 1997/99 en 2002.

Medisch-technische taken

Alle in de VIP opgenomen medisch-technische taken werden in 2002 vaker door de praktijkassistente uitgevoerd dan in 1997/99 (*tabel 1*). De grootste stijging vonden we bij het verrichten van uitstrijkjes voor het bevolkingsonderzoek: van 42% in 1997/99 naar 65% in 2002. Bepaling van het risicoprofiel voor hart- en vaatziekten steeg van 16% naar 35% in 2000, maar was in 2002 weer gezakt naar 26%.

Alle medisch-technische taken samen vormden een schaal ($\alpha=0,75$). De GLM wees uit dat het verschil in de tijd ook na correctie voor de samenstelling bleef bestaan.

Wanneer we naar de gemiddelden van de vier periodes (1997-99, 2000, 2001 en 2002) kijken, blijkt er met name de eerste 2 jaren sprake te zijn van een stijging; de laatste 3 jaren is de omvang van het takenpakket nagenoeg constant gebleven (*tabel 4*).

De delegatie-index van Nijland laat eveneens een stijgende trend zien: deze was in 1994, 1997/99 en 2002 respectievelijk 2,6, 3,2 en 3,9 (*tabel 5*).

Voorlichtingstaken

In 2002 gaf een groter aantal praktijken aan dat allerlei voorlichtingstaken tot het takenpakket van de praktijkassistente behoren dan in 1997/99 (*tabel 1*). Ook deze taken, met uitzondering van het geven van telefonisch advies aan de hand van NHG-telefoonkaarten, vormden een schaal ($\alpha=0,71$). Uit de GLM bleek dat ook hier de stijging in de tijd bleef bestaan na correctie voor de verschil-

len in samenstelling tussen beide periodes. Ook hier blijkt er sprake te zijn van een trend (*tabel 4*).

Administratief-organisatorische taken

Van de afzonderlijke administratief-organisatorische taken vonden we een significante daling in het opzetten en bijhouden van een patiëntenbibliotheek. Het bedienen van het antwoordapparaat behoorde in 2002 juist vaker tot het takenpakket van de praktijkassistente. Delegatie van de overige taken bleef nagenoeg constant (*tabel 2*).

De administratief-organisatorische taken, met uitzondering van het opzetten en bijhouden van een patiëntenbibliotheek, konden samengevoegd worden tot een schaal, echter met een lage betrouwbaarheid ($\alpha=0,37$).

Tabel 4 laat zien dat de gemiddelde omvang van het administratief-organisatorische takenpakket nagenoeg constant bleef in de gehele periode.

Praktijkorganisatorische aspecten

Behalve het al dan niet gediplomeerd zijn van alle praktijkassistentes bleken al deze aspecten te zijn toegenomen tussen 1997-99 en 2002 (*tabel 2*). De grootste stijging (van 40% naar 60%) zagen we bij de verslaglegging van afspraken die voortkomen uit overleg over praktijkorganisatorische zaken. In 2002 bleken nagenoeg alle praktijkassistentes (94%) te beschikken over NHG-telefoonkaarten voor triage. De overlegtijd tussen huisarts en praktijkassistente was niet significant toegenomen.

Na correctie voor de verschillen in samenstelling met behulp van GLM bleef er een stijging in de tijd bestaan. Als we rekening houden met de tussenliggende jaren blijkt de stijging ook hier onderdeel te zijn van een trend (*tabel 4*).

Beschouwing

In de door ons onderzochte populaties bleek het takenpakket van de praktijkassistente op medisch-technisch en voorlichtingsgebied tussen 1997-99 en 2002 zich duidelijk te hebben uitgebreid. Daarnaast vonden we een significante toename van praktijkorganisatorische aspecten die van belang zijn voor een goede taakuitoefening van de praktijkassistente, zoals een jaarlijks functioneringsgesprek, het hebben van een werkruimte en het beschikbaar zijn van protocollen. Deze uitbreiding kan niet enkel toegeschreven worden aan het verschil in samenstelling van de groepen die met elkaar vergeleken zijn, omdat na correctie hiervoor de tijd toch een belangrijke verklarende variabele bleef.

Dat taakdelegatie toeneemt is al eerder beschreven;²⁻⁶ onze bevindingen laten zien dat dit proces nog steeds doorgaat en de ontwikkelingen in Engeland en de Verenigde Staten volgt.¹²

Het takenpakket van de praktijkassistente blijkt de afgelopen twee jaren echter minder sterk te zijn uitgebreid dan daarvoor. Dit kan te maken hebben met het feit dat rond 2000 de eerste praktijkondersteuners aan het werk gingen en sommige taken van praktijk-assistentes overnamen. Hierbij valt te denken aan medisch-technische taken als het zelfstandig controleren van de bloeddruk, het bepalen van het risicoprofiel voor hart- en vaatziekten, de controle van ingestelde diabetes- en astma/COPD-patiënten. Hetzelfde geldt voor een aantal voorlichtingstaken. Toch blijft er een stijgende trend bestaan in het aantal door de praktijkassistente uitgevoerde taken. Gedeeltelijk kan deze stijging verklaard worden doordat in veel praktijken de praktijkassistente zich laat bijscholen tot praktijkondersteuner en daardoor geleidelijk meer taken op zich neemt. Maar omdat we al een stijging in de delegatie-index vanaf 1994 vonden, lijkt er daadwerkelijk sprake te zijn van een progressie in de professionalisering van de praktijkassistente, zoals Nijland al in 1991 aangaf.¹⁶

Wat betreft het bepalen van het risicoprofiel voor hart- en vaatziekten vonden we een piek in 2000. Deze piek met daarna weer een lichte afname kan mede verklaard worden door het project Preventie-maatwerk, dat in 2000 stopgezet werd.¹⁷

Gezien de door ons gevonden uitbreiding van gedelegeerde taken zou het logisch geweest zijn als de overlegduur tussen huisarts en assistente ook was toegenomen, omdat taakdelegatie nu eenmaal goed overleg en samenwerking vraagt. Ook vanuit patiëntenperspectief is overleg tussen praktijkassistente en huisarts een belangrijk aspect; patiënten vinden het belangrijk dat bij taakherschikking verantwoordelijkheden en deskundigheid in het oog gehouden worden.¹¹ We dienen echter voorzichtig te zijn met het interpreteren van deze discrepantie. Er werd gevraagd naar praktijkorganisatorisch overleg; het is onduidelijk of er daarnaast nog overleg over medisch-inhoudelijke zaken heeft plaatsgevonden, waar misschien wel meer tijd aan is besteed. Ook is het mogelijk dat voornamelijk het geformaliseerde overleg is genoemd, terwijl er daarnaast altijd nog sprake is van overleg in de wandelgangen of tijdens de lunch- of koffiepauze.¹⁸

Het administratief-organisatorische takenpakket bleef nagenoeg gelijk. Dit kan verklaard worden doordat een groot aantal van deze taken al grotendeels door de praktijkassistente verricht werd aan het begin van de onderzoeksperiode, waardoor hier minder winst te halen was. Dat praktijkassistentes zelfs wat minder verwijsbrieven typten, komt waarschijnlijk doordat huisartsen op zeer eenvoudige wijze zelf vanuit het HIS een verwijsbrief kunnen genereren. De sterke afname van het percentage praktijkassistentes dat een patiëntenbibliotheek opzet en bijhoudt kan worden verklaard doordat andere informatiebronnen, vooral internet, meer ingang vonden en geschikter zijn. Hoewel het aantal administratief-organisatorische taken ongeveer gelijk bleef, zal waarschijnlijk de tijd die aan deze taken besteed wordt afgenomen zijn door de toegenomen automatisering. De daarmee behaalde tijdwinst zullen de

Abstract

Engels YMP, Mokkink HGA, Van den Hombergh P, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Grol RPTM. Over the years General Practitioners in the Netherlands have been delegating more tasks to their practice assistants. *Huisarts Wet* 2004;47(7):325-30.

Introduction One of the professionals providing patient care in general practice in the Netherlands is the person known as the 'practice assistant'. This is not a nursing role as such but includes work that covers administration, medico-technical tasks (e.g. removing sutures, taking an ECG), preventive work, collection of information recording data. The most recent information about task delegation dates from 1994. Since then several significant changes have taken place in general practice, such as a reduction in the percentage of solo practices, an increase in the number of tasks performed by the GP, electronic medical registration, shortage of GPs and – recently – the introduction of the practice nurse. It is clear that task delegation is also part of the development taking place in primary care. In this study we looked at developments in the numbers and sorts of tasks between 1997/98 and 2002 (the period just before the practice nurses were introduced on a wide scale).

Method We used data collected by the 'VIP' (an instrument used in practice visits to collect data on management) from 1997/98 to 2002. Unpaired t-tests and GLM analyses were used to look for differences in task delegation (medical-technical, patient information and administrative tasks) and aspects related to professionalisation of the practice assistant in this period. We also analysed data collected in 1999, 2000 and 2001 in a search for trends.

Results A significant increase was found in the reported number of almost all medical-technical and patient information tasks, and in organisational aspects related to professionalisation of the practice assistant. There was no change in administrative tasks.

Conclusions There has been a significant increase in the number of tasks that practice assistants undertake in primary care. In addition, their job has become more professional. These developments, in combination with the introduction of the practice nurse, follows developments in Britain and the United States, where practice nurses and nurse practitioners have been members of the practice teams for the last few decades.

praktijkassistentes gebruikt hebben voor de extra medisch-technische en voorlichtingstaken.

Beperkingen

We willen graag enkele kanttekeningen zetten bij het onderzoek. Zo vormen de praktijken die wij beschrijven, geen aselechte steekproef. Bovendien hebben we niet een herhaalde meting gedaan bij eenzelfde groep praktijken, maar twee verschillende groepen praktijken vergeleken. De onderzoeksgroep wijkt wat betreft praktijkvorm af van de gemiddelde Nederlandse huisartsenpraktijk¹⁴ en veranderde in de loop van de onderzoeksperiode: het aantal groepspraktijken steeg ten koste van het aantal solopraktijken. Echter, de gemiddelden per jaar bevestigen dat de gevonden toenames in delegatie van medisch-technische en voorlichtingstaken en professionaliseringsaspecten, ook na correctie voor achtergrondkenmerken, onderdeel uitmaken van een trend en dus

waarschijnlijk geen toevalstreffers zijn.

Op de tweede plaats zijn de gegevens verkregen door zelfrapportage van praktijkassistenten en huisartsen. Mochten de gegevens afwijken van de feitelijke mate van delegatie, dan zal dit voor alle jaren gelden, waardoor dit geen invloed heeft op de door ons gevonden trend.

De derde beperking is dat de VIP in de door ons onderzochte periode nog niet in een vragenlijst voor de praktijkondersteuner voorzag. Omdat in een groot aantal praktijken in 2002 al een praktijkondersteuner werkzaam was, zal de werkelijke taakdelegatie niet alleen een groter, maar ook een breder takenpakket betreffen.

Conclusie en aanbevelingen

Het takenpakket van de praktijkassistente is duidelijk veranderd; ze heeft meer medisch-technische taken en geeft ook meer voorlichting. Deze veranderingen passen in de gesignaleerde (internationale) tendens tot taakdelegatie van de taken van de huisarts en de professionalisering van de praktijkassistente.

Vanwege de ingrijpende veranderingen in de huisartsenzorg die momenteel plaatsvinden, denken we dat de door ons gevonden trend zeker nog zal doorzetten. De taakverschuiving zal een extra impuls krijgen door de komst van de praktijkondersteuner, die bovenop de bestaande formatie assistentie komt. Daardoor zal het scala aan gedelegeerde taken uitbreiden. Ook zal er delegatie aan anderen gaan plaatsvinden. Zo wordt er in Tiel een samenwerkingsverband tussen huisartsen en zorgverzekeraar opgezet, waarbij de huisartsen geen omkijken meer hebben naar de administratieve en organisatorische werkzaamheden.¹⁹

Waar wij in ons onderzoek niet naar gekeken hebben, is de invloed op de kwaliteit van zorg en de kosteneffectiviteit van deze taakherschikking.⁸ Om dit te evalueren moeten duidelijke en nieuwe parameters ontwikkeld worden, waarbij ook rekening gehouden moet worden met juridische aspecten van taakdelegatie.

Hoewel patiënten over het algemeen taakherschikking steunen, hebben zij behoefte aan informatie over de deskundigheid van zorgverleners.¹⁰ Het is daarom niet alleen van belang dat zowel de overheid als de huisartsenpraktijken zelf de patiënten hierover informeren, maar ook dat de verantwoordelijkheid en het deskundigheidsgebied van de praktijkassistente duidelijk omschreven worden.

Intermezzo

Nog iets langer geleden was de taak van de praktijkassistente wel erg anders. Taylor geeft in *Good general practice*, een van de eerste boeken over praktijkvoering, een lijstje van 40 taken. Naast de nog steeds gebruikelijke taken rond de organisatie van het spreekuur en visites en de medische administratie zijn er ook enkele wel heel opvallende taken: 'unlocking the waiting-room ten minutes before the start of the surgery, (...) locking the waiting-room after surgery; acting as chaperon for the examination of female patients;

Literatuur

- 1 Ten Cate RS. De praktijkhulp van de huisarts [Proefschrift]. Leiden: Stenfort Kroese, 1956.
- 2 Ten Cate RS. Handboek voor de doktersassistente. Leiden: Stenfort Kroese, 1974.
- 3 De Haan J. Verrichtingen van een doktersassistente. Huisarts Wet 1988;31:228-31.
- 4 Nijland A, Groenier K, Meyboom-de Jong B, De Haan J, Van der Velden J. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente. Huisarts Wet 1991;34:484-7,519.
- 5 De Haan J, Meyboom WA, Dijkers FW. Handboek Praktijkvoering. Utrecht: NHG, 1993.
- 6 Van den Hombergh P, Grol R, Van Eijck TCM, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Taken van de praktijkassistente. Huisarts Wet 1997;40:193-8.
- 7 Werkorganisatie en taakverdeling van assistenten. Een praktijkwijzer voor huisartsen en assistenten onder één dak. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1999.
- 8 Raad voor de Volksgezondheid (RVZ). Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- 9 Visie Zorgverzekeraars op herstructurering eerste lijnszorg. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 2002.
- 10 Van den Hombergh P, Dalhuysen J, Grol R, Dijkers F, Van der Voort H. Checklist Praktijkvoering. Een overzicht van de relevante elementen van de praktijkvoering van de huisarts. Utrecht: NHG, 1994.
- 11 Jacobs C, Van Nobelen D, Broerse A. Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad van de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de Gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- 12 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 2002;324:819-23.
- 13 Van den Berg M, De Bakker D. Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Meta-analyse. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 14 Van den Hombergh P. Practice visits. Assessing and improving management in general practice [Proefschrift]. Nijmegen: KUN, 1998.
- 15 Kenens R, Hingstman L. Huisartsen Peiling 2002; cijfers uit de registratie van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2002.
- 16 Nijland A. De praktijkassistente in de huisartspraktijk. Progressie in professionalisering. [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
- 17 Van Leest LATM, Schattenberg G, Mulder J, Van Doremalen JHM, Tiersma W, Tsang S, et al. De effecten van invoering van preventie van hart- vaatziekten. Eindrapport. Evaluatie van het LHV/NHG project 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten; 1998-2000'. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2001.
- 18 Van den Bosch W, Doveren M, Mark A, Van Damme R. Veranderingen in de huisartspraktijk vragen om managementondersteuning. Huisarts Wet 2003;46:547-51.
- 19 Crommentuyn RJH. Zorgverzekeraar neemt huisartsen werk uit handen. Med Contact 2004;59:5.

paying staff, perhaps including the doctor's domestic staff; paying the doctor his pocket-money and perhaps his wife her house-keeping money', en als laatste: 'seeing that car and driving licences and insurances are regularly renewed.' Welke assistente geeft haar baas nu nog zakgeld en verlengt zijn rijbewijs? (JZ)

Taylor S. *Good general practice. A report of a survey.* London: Oxford University Press, 1954.