

taak ook uit, maar de resultaten zijn pover. Het doel van het onderzoek was de beste (nascholings)strategie te vinden om dit te verbeteren. Daarvoor randomiseerde de promovenda huisartsen over drie soorten interventies: het toesturen van de NHG-richtlijnen (A), het toesturen van NHG-richtlijnen en een nascholing van twee keer twee uur (B), en behalve de richtlijnen en nascholing ook een individueel behandeladvies voor elk kind met astma dat in de onderzoeksgroep zat (C). Na een jaar werden door middel van dagboekjes symptomen gemeten en werd aan de ouders gevraagd een symptomen-vragenlijstje in te vullen over het afgelopen jaar. Ten slotte werd aan het begin en een jaar na de interventie de Bronchiale Hyper Reactiviteit (BHR) gemeten met een methacholinetest. In totaal 362 kinderen completeerden het onderzoek, wat op zich een groot compliment waard is. Weinig onderzoekers weten het klaar te spelen om zo'n grote groep kinderen in de huisartsenpraktijk een jaar lang te vervolgen na een interventie.

Helaas zijn de resultaten enigszins voorspelbaar. Door het onderzoek waren alle collega's tijdelijk meer gespitst op de behandeling van astma. Kinderen in alle drie groepen verbeterden iets op tenminste een van de parameters. Verder was er een duidelijke trend van een grotere verbetering in de groep die individueel advies kreeg. Bij deze groep verbeterde de BHR statistisch 'highly significant' zoals de auteur zegt, maar de klinische relevantie hiervan is mij minder helder. Deze grotere verbetering hing samen met het intensievere gebruik van inhalatiecorticosteroiden door de kinderen.

Een van de hoofdstukken gaat verder in op de relatie tussen BHR en symptomen. De conclusie van dit hoofdstuk is dat symptomen geen goede voorspeller zijn van BHR en dat een deel van de kinderen met ernstige BHR geen of weinig symptomen rapporteert. Hoewel dit ook al bekend is uit onderzoeken die bij volwassenen zijn gedaan, vind ik de aanbeveling aan het eind van dit hoofdstuk erg voorbarig. De auteur stelt dat symptomen blijkbaar onvoldoende worden gerapporteerd en

stelt daarom voor de behandeling van deze kinderen op geleide van een marker van inflammatie te doen zoals BHR. Dat laatste kan in ieder geval nog niet uit haar onderzoek worden geconcludeerd.

Tijdens het onderzoek werd onder andere ook de inhalatietechniek van de kinderen gemeten en de kinderen kregen zo nodig opnieuw instructie. Na een jaar werd gekeken of deze instructie had bijgedragen aan een verbeterde techniek. Veel kinderen maakten fouten bij het inhaleren, maar het goede nieuws is dat meer dan 80% van de kinderen bij de meerderheid van de inhalatoren de essentiële handelingen goed verrichtten. Tevens bleek dat instructie de techniek duidelijk verbeterde. Alleen de dosisaërosol zonder voorzetskamer werd door maar 20% van de kinderen juist gebruikt. Hoewel ook dit iets verbeterde na een jaar gebruik is dit een extra reden om altijd een voorzetskamer voor te schrijven bij een dosisaërosol.

Commentaar

Het is een mooi proefschrift geworden waarbij de rauwe werkelijkheid van de huisartsenpraktijk goed naar voren komt. In de dagelijkse praktijk kan je van alles willen maar ondanks veel inzet zijn de resultaten soms pover. Solitaire interventies zoals het sturen van een folder en nascholing hebben vaak geen invloed op patiëntuitkomsten. Dat is direct ook mijn commentaar op de onderzoeksopzet; ook tijdens de opzet van het onderzoek was dit al bekend.³ Groep A en B zijn daarom geen werkelijke interventiegroepen maar meer een controlegroep. Liever had ik gehad dat deze controlegroep ook daadwerkelijk usual care vertegenwoordigde. Verder lijkt het in de diverse hoofdstukken of de auteurs een zekere vooringenomenheid hebben tegen het meten van symptomen en voor het meten van BHR. Juist dat laatste is erg lastig in de praktijk en het eerste erg makkelijk. Hoewel hun meest intensieve interventiegroep – de groep met het individuele advies – dit advies kreeg op grond van BHR, is het niet vergeleken in een onderzoek met begeleiding op grond van symptomen. Het is nu dus nog te kort door de bocht

om BHR tot gouden standaard voor de begeleiding te verkiezen boven symptomen. Mijn voorstel zou zijn om eerst te komen tot een goede meting en registratie van die symptomen. In ieder geval is dat waarmee we het moeten doen in de huisartsenpraktijk, zeker in een meer perifeer gelegen plaats als Tjuchem (Groningen). De simpele constatering dat dit niet voldoet is mij een beetje te simpel.

Thys van der Molen

- 1 Rabe KF. *Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study*. *Eur Respir J* 2000;16:802-7.
- 2 Partridge MR, Van der Molen T, Myrseth S-E, Busse WW. *Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study*. *BMC Pulm Med* 2006;6:13.
- 3 Veninga CC, Lagerl PØ, Wahlström R, Muskova M, Denig P, Berkhof J, et al. *Evaluating an educational intervention to improve the treatment of asthma in four European countries*. *Drug Education Project Group*. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:1254-62.

Taakherschikking in de huisartsenpraktijk

Miranda Laurant. *Changes in skill mix. The impact of adding nurses to the primary care team* [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2007. 232 pagina's. ISBN 978-90-76316-44-4.

Dit proefschrift van Miranda Laurant draagt bij aan de evidence over de inzet van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. Hoewel onderdelen uit haar onderzoek mogelijk alweer gedateerd zijn, bevat het werk van Laurant toch een aantal belangrijke uitkomsten die kunnen helpen bij de verdere uitwerking van de zogenaamde taakherschikking in de huisartsenpraktijk.

Het eerste deel van het proefschrift geeft een uitvoerige omschrijving van het concept taakherschikking in de eerstelijnsgezondheidszorg op basis van gegevens uit de internationale literatuur. Belangrijke factoren die leiden tot de ontwikkeling van taakherschikking zijn stijgende kosten van de gezondheidszorg, toegenomen

zorgvraag, schaarste aan (huis)artsen en ervaren werkdruk van artsen. Laurant onderzocht met een enquête de kenmerken van vier modellen in de Nederlandse situatie in het jaar 2000: de praktijkassistentie plus, de gespecialiseerde wijkverpleegkundige, de praktijkondersteuner en de gespecialiseerde (transmurale) verpleegkundige. De modellen vertoonden overeenkomsten en verschillen en daarnaast variaties per model. Kortom 'de praktijkondersteuner' bestond niet en bestaat waarschijnlijk nog steeds niet. In het tweede deel beschrijft Laurant de uitkomsten van een clustergerandomiseerd onderzoek naar de effecten van de inzet van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. Gedurende de onderzoeksduur van 18 maanden (periode 1999-2000), werden 5 ervaren wijkverpleegkundigen ingezet als praktijkondersteuner in 20 huisartsenpraktijken in Zuid-Nederland. Het onderzoek laat een aantal opmerkelijke bevindingen zien. Allereerst bleek dat de praktijkondersteuners de huisartsen konden ondersteunen bij de zorg voor zowel chronische patiënten, waarbij veelal volgens protocol gewerkt werd, als bij patiënten die meer complexe zorg nodig hadden. In de interventiegroep bleek de kwaliteit van de zorg verbeterd te zijn. Dit kwam onder meer tot uiting in betere monitoring van COPD-patiënten en in het vaker uitvoeren van longfunctiemetingen zoals de NHG-Standaard die aanbeveelt. De inzet van

de praktijkondersteuner verminderde de objectieve en subjectieve werkdruk van de huisarts niet. Een verklaring hiervoor is dat de praktijkondersteuner vaker extra taken uitvoerde (supplementatie) dan dat zij taken overnam (substitutie). Patiënten waren in het algemeen tevreden over de zorg van de praktijkondersteuners, maar zij gaven de voorkeur aan de zorg van huisartsen als het gaat om medische zorg en meer complexe problematiek. Het derde deel van het proefschrift beschrijft de uitkomsten van een systematisch literatuuronderzoek naar de effecten van twee verschillende taakherschikkingmodellen: substitutie en supplementatie. De onderzochte reviews betroffen Engelse en Nederlandstalige onderzoeken. In geval van substitutie (16 trials) bleek dat praktijkondersteuners even goede kwaliteit van zorg leverden als de huisartsen en dezelfde gezondheidsresultaten bereikten. Het effect op kosten en werkdruk was onduidelijk. De onderzoeken (32 trials) naar effecten van supplementatiemodellen waarbij de praktijkondersteuner extra taken uitvoerde, lieten ook verbetering zien van de kwaliteit van de zorg. De kwaliteitsverbetering betrof zowel preventieve zorg, als management van chronische ziekten. Ook van supplementatiemodellen was de kosteneffectiviteit onduidelijk. Taakherschikking in de huisartsenpraktijken in Nederland is nog altijd volop in beweging. Laurant geeft met haar

proefschrift geen adviezen voor de beste mix van zorgverleners en competenties in de huisartsenpraktijk. Wel geeft haar onderzoek kennis en inzicht ten aanzien van een aantal belangrijke aspecten van taakherschikking, zoals kwaliteit van zorg, kosteneffectiviteit en de werkdruk van huisartsen. De inzet van een praktijkondersteuner verhoogt de kwaliteit van zorg. Substitutie veronderstelt kostenreductie en werkdrukverlaging. Laurant maakt duidelijk dat deze twee niet zonder meer bereikt worden. Lagere productiviteit van praktijkondersteuners en het generen van nieuwe zorgvragen door de praktijkondersteuner spelen daarbij een rol. Laurant geeft terecht aan dat meer onderzoek nodig is naar kosteneffectiviteit en mogelijkheden voor werkdrukverlaging voor huisartsen. En toch blijft ook de kwaliteit van zorg rondom taakherschikking aandacht vragen, zoals Houweling en anderen ook schrijven in dit tijdschrift¹ naar aanleiding van hun onderzoek naar taakverschuiving in de diabeteszorg in de eerste lijn. Al met al een leerzaam proefschrift en aan te bevelen voor iedere huisarts die zich bezighoudt met het ontwikkelen van taakherschikking in de huisartsenpraktijk.

Inge Nobacht

1 Houweling ST, Kleefstra N, Van Ballegooie E, Verhoeven S, Bilo HJG, Meyboom-de Jong B. Taakverschuivingen in de eerstelijns diabeteszorg. *Huisarts Wet* 2006;49:118-22.