

Taakverschuivingen in de eerstelijns diabeteszorg

Een enquête onder ruim vierhonderd praktijkondersteuners

ST Houweling, N Kleefstra, E van Ballegooie, S Verhoeven, HJG Bilo, B Meyboom-de Jong

Inleiding

Diabetes mellitus type 2 (DM2) is een chronische, progressieve aandoening die een groot risico op het krijgen van vasculaire complicaties met zich meebrengt.¹ Dit is de reden dat in de huidige Nederlandse diabetesrichtlijnen niet alleen meer wordt gekeken naar de glucoseregulatie van de patiënt, maar ook naar andere bijkomende risicofactoren zoals hoge bloeddruk en vet-spectrumstoornissen.² In de meest recente herziening van de NHG-Standaard DM2 op pagina 137 van dit nummer, is dat niet anders. Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan het opsporen en eventueel behandelen van de gevolgen van diabetes. Ook neemt het aantal mensen met DM2 fors toe.³ Dit alles heeft ertoe geleid dat de zorg voor DM2-patiënten de laatste jaren steeds intensiever en zwaarder is geworden. Om de werkdruk van huisartsen te verminderen zijn sinds een aantal jaar praktijkonder-

steuners (POH's) ingezet. In hoog tempo zijn tussen 2000 en 2003 honderden POH's in huisartsenpraktijken gaan werken. Door deze ontwikkeling is de huisartsgeneeskundige zorg behoorlijk veranderd. De POH verleent gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg, in het bijzonder aan patiënten met een chronische aandoening, zoals diabetes mellitus.⁴ Eind 2003 werkten 3160 huisartsen met een POH, waarmee al ruim 40% van de huisartsen over enige capaciteit aan POH's beschikte.⁵ In totaal gaat het zo om een injectie aan personeelsbezetting van 660 fte's tot en met 2003. Dit is substantieel, afgezet tegen de 7700 huisartsen in 2000 met 6385 fte's. Volgens de laatste officiële telling van de LHV eind 2003 zijn er 1037 POH's werkzaam. Volgens de LHV stond bij 57% van de huisartsen in het *Plan van aanpak* POH dat zij ervoor hadden gekozen om de POH voor de DM2-patiëntengroep in te zetten.

Samenvatting

Houweling ST, Kleefstra N, Van Ballegooie E, Verhoeven S, Bilo HJG, Meyboom-de Jong B. Taakverschuivingen in de eerstelijns diabeteszorg. Een enquête onder ruim vierhonderd praktijkondersteuners. *Huisarts Wet* 2006;49(3):118-22.

Doel Een overzicht geven van de werkzaamheden van praktijkondersteuners (POH's) op het gebied van diabetes mellitus type 2 (DM2): welke taken voeren zij uit; hoeveel tijd besteden zij aan de verschillende onderdelen. Daarnaast onderzochten wij wat de rol van de huisarts in diabeteszorg is, of er rekening wordt gehouden met de wet- en regelgeving en of er verschil is tussen de POH's met een achtergrond als verpleegkundige en POH's die eerder als doktersassistente werkten.

Methoden Elektronische enquête met 72 vragen onder 760 praktijkondersteuners.

Resultaten Er was een respons van 402 POH's (53%) verdeeld over het gehele land. Achtennegentig procent van de POH's was vrouw en de gemiddelde leeftijd was 41,2 jaar (SD 8,0). Van de POH's was 44% eerder werkzaam als doktersassistente en 52% als verpleegkundige. Vierentachtig procent van de POH's gaf aan voldoende bekwaam te zijn in het uitvoeren van haar taken; 33% van de POH's gaf aan zelfstandig recepten uit te schrijven waarbij zij óf volledig geautoriseerd waren om elektronisch recepten uit te schrijven óf er geen controle door de arts plaatsvond of deze maar een formaliteit was. Daarbij ging het recept rechtstreeks naar de apotheek zonder dat de arts het onder-

ogen kreeg. Op de vraag of de huisarts zijn diabetespatiënten minimaal één keer per jaar op een reguliere diabetescontrole zag, antwoordde 51% ontkennend. Vijfennegentig procent van de POH's voerde de driemaandelijkse controle uit en 71% de jaarcontrole. Eenenvijftig procent van de POH's gaf aan wel eens een patiënt in te stellen op insuline.

POH's met een achtergrond als verpleegkundige verschilden van hun collega's met een achtergrond als doktersassistente. Wat hierbij het meest opvalt is dat voormalige doktersassistenten meer recepten uitschreven dan verpleegkundigen, maar daarbij minder vaak schriftelijke protocollen gebruikten dan verpleegkundigen.

Conclusie Deze steekproef laat zien dat met het instellen van de functie van POH het doel van de Landelijke Huisarts Vereniging (LHV) is bereikt: een professional in de huisartsenpraktijk integreren die (gedelegeerd) medische taken overneemt van de huisarts. Wel moet erop worden toegezien dat de kwaliteit gewaarborgd blijft en dat de huisarts haar expertise op het gebied van diabetes mellitus type 2 niet verliest.

Rijksuniversiteit Groningen, disciplinegroep Huisartsgeneeskunde: S.T. Houweling en N. Kleefstra, artsen in opleiding tot onderzoeker en huisarts; prof.dr. B. Meyboom-de Jong, huisarts; Stichting Langerhans, Zwolle: dr. E. van Ballegooie en dr. H.J.G. Bilo, internisten; dr. S. Verhoeven, huisarts. Correspondentie: Houweling@langerhans.com
Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Er zijn twee soorten POH's geïntroduceerd: praktijkondersteuners met als achtergrond dokterassistente (POH-DA) en met een verpleegkundige achtergrond (POH-VK).

We weten niet wat POH's in de praktijk nu precies doen op het gebied van DM2. Wij wilden dan ook met ons onderzoek een overzicht geven van de werkzaamheden van POH's op het gebied van DM2: welke taken voeren zij uit, hoeveel tijd besteden zij aan de verschillende onderdelen. Daarnaast gingen wij na wat de rol van de huisarts in de diabeteszorg is, of de wet- en regelgeving in acht wordt genomen en of er verschil is tussen de POH-VK en de POH-DA.

Methode

Gegevensverzameling

Voor dit onderzoek is een speciale internetmodule ontwikkeld waarmee het mogelijk is om mensen via een website een elektronische enquête te laten invullen. Ingevoerde e-mailadressen krijgen een unieke code in een database en deze adressen krijgen deze code toegestuurd via een automatisch gegenereerde e-mail. Hierdoor is het mogelijk om per e-mailadres één keer de enquête in te vullen. De Stichting Langerhans die als doelstelling heeft kennis over diabetes mellitus onder professionals te verspreiden, verzamelt sinds januari 2003 e-mailadressen van diabetesprofessionals via de website www.diabetes2.nl. Op deze site kunnen mensen zich inschrijven voor een elektronische nieuwsbrief. Tijdens deze inschrijving wordt ook gevraagd naar de functie van de professional. Tot oktober 2004 heeft de Stichting Langerhans 750 e-mailadressen van POH's binnengekregen. Verder hebben we via de beheerder van de site www.praktijkondersteuning.nl aanvullend nog een tiental e-mailadressen gekregen. Aan deze 760 adressen hebben wij in oktober 2004 een e-mail gestuurd met de vraag de enquête in te vullen op voorwaarde dat degene ook daadwerkelijk POH was. Deelnemers hadden één maand de tijd om deze enquête in te vullen.

De respons op de enquête was hoog: 416 mensen (55%) hebben de enquête ingevuld. Van deze 416 gaven er 14 aan dat ze geen praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige waren. De resultaten gaan dus over 402 POH's.

De enquête is ingevuld door POH's uit het gehele land. Alle 12 provincies zijn vertegenwoordigd, waarvan bijna 60% van de POH's uit Gelderland, Noord- en Zuid-Holland of Brabant afkomstig is en slechts 2,5% uit Groningen of Zeeland. Het aantal POH's dat op het platteland, in het verstedelijkt platteland, in een kleine stad of in een grote stad werkzaam is, is ongeveer gelijk (respectievelijk 27%, 30%, 16% en 27%). Van de POH's is 98% vrouw en de gemiddelde leeftijd is 41,2 jaar (SD 8,0). Vierenvertig procent van de POH's is doktersassistente geweest en 52% heeft een verpleegkundige achtergrond. De overige POH's hebben een paramedische achtergrond. De meeste POH's staan in dienst van meerdere artsen: 45% is werkzaam in een groepspraktijk, 20% werkt in een duopraktijk en 21% is werkzaam voor verschillende zelfstandige huisartsen. Vierenvijftig procent van de POH's werkt als enige POH in de betreffende praktijk en 66% geeft aan zich meer dan helft van de werktijd bezig te houden met DM2.

Wat is bekend?

▶ In hoog tempo zijn tussen 2000 en 2003 honderden POH's in huisartsenpraktijken gaan werken.

Wat is nieuw?

- ▶ POH's hebben veel medische taken op het gebied van diabetes mellitus type 2 overgenomen van huisartsen.
- ▶ De kwaliteitswaarborgen bij het voorschrijven van geneesmiddelen zijn niet altijd even goed verankerd.
- ▶ Ruim de helft van de huisartsen die een POH in dienst hebben, ziet niet minimaal 1 keer per jaar haar patiënten met diabetes mellitus type 2 op een reguliere controle.

De enquête

De enquête bestond uit 56 multiplechoicevragen – waarvan bij 11 vragen de mogelijkheid bestond af te wijken van de al gegeven antwoorden – en 16 open vragen. De vragen zijn deels gebaseerd op een schriftelijke vragenlijst van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV) waarvoor wij toestemming kregen.⁶ Wij werkten de vragenlijst verder uit op het gebied van DM2 en stuurden deze daarna ter commentariëring naar de leden van de werkgroep Praktijkondersteuning van de Diabetes Huisarts Adviesgroep (de DiHAG) en naar een POH.

Statistische bewerking

Statistische analyses voerden wij uit met SPSS 11.0 voor Windows. Voor normaal verdeelde variabelen gebruikten we de Student t-toets en voor categorale variabelen de chikwadrattoets.

Resultaten

In *tabel 1* worden de belangrijkste resultaten van de enquête gepresenteerd over de opleiding en het kennisniveau, over de samenwerking met de huisarts, diabetesverpleegkundige en diëtist, over de werkzaamheden op het gebied van DM2 en over het afwijken van de eerste herziening van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Vierentachtig procent van de POH's voelde zich voldoende bekwaam om diabetestaken uit te voeren. De driemaandelijke controle hoorde bij 95% tot het takenpakket en 71% voerde de jaarcontrole uit. Eenenvijftig procent van de POH's stelde patiënten in op insuline. In 84% van de praktijken waar POH's werkzaam zijn, werd gebruikgemaakt van nieuwe diabetesgeneesmiddelen die (nog) niet in de NHG-Standaard DM2 staan.

Tabel 2 toont de resultaten van het voorschrijfgedrag. Hieruit blijkt dat 33% van de POH's zelfstandig recepten uitschreef waarbij zij óf volledig geautoriseerd waren om elektronisch recepten uit te schrijven waarbij het recept rechtstreeks naar de apotheek ging en de arts het recept niet meer zag, óf er geen controle door de arts plaatsvond of deze maar een formaliteit was. Van de POH's die geen recepten uitschreven, gaf bijna 60% (n=28) als reden op dat dit wettelijk niet is toegestaan of dat ze hiervoor niet geautoriseerd zijn.

Tabel 3 geeft weer hoeveel tijd de POH's aan bepaalde onderdelen van de diabeteszorg besteedden.

Tabel 1 Gegevens over opleiding en kennisniveau, de samenwerking met huisarts, diabetesverpleegkundige en diëtist, werkzaamheden op het gebied van DM2 en gebruik van NHG-Standaard (n=402), in procenten

<i>Opleiding en kennisniveau</i>	
1-jarige opleiding	48
2-jarige opleiding	36
Losse bijscholingen, opleiding diabetes educator van de SSSV of een gemodificeerde opleiding van 1,5 jaar	14
POH-DA met 1-jarige opleiding	16
Heeft onvoldoende kennis en vaardigheden op gebied van diabeteszorg opgedaan tijdens de opleiding om daar in de praktijk mee aan de slag te gaan.	31
Heeft het gevoel voldoende bekwaam te zijn tot het uitvoeren van de diabetestaken.	84
<i>Medische handelingen</i>	
Werkt met schriftelijke protocollen bij het uitvoeren van medische taken.	92
Is schriftelijk geautoriseerd door huisarts voor uitvoeren van medische taken.	39
Beantwoordt de vraag 'Mogen volgens de huidige wetgeving receptgeneesmiddelen gestart worden door POH's?' met 'nee'.	96
Beantwoordt de vraag 'Mogen volgens de wetgeving receptgeneesmiddelen qua dosering gewijzigd worden door POH's?' met 'nee'.	79
<i>Samenwerking met huisarts</i>	
Vindt dat de huisarts voldoende kennis heeft van DM2 om POH te kunnen superviseren.	82
Kan op ieder gewenst moment makkelijk overleggen met huisarts.	85
Vindt dat huisarts en POH duidelijke afspraken gemaakt hebben over taken en werken complementair aan elkaar.	94
Beantwoordt de vraag 'Ziet de huisarts zijn/haar diabetespatiënten nog wel minimaal 1 keer per jaar?' met 'nee'.	51
<i>Werkzaamheden op het gebied van DM2</i>	
Voert de driemaandelijke controle uit.	95
Voert de jaarcontrole uit.	71
Ziet nieuwe patiënten met diabetes waarbij de huisarts nog geen medicatie heeft gestart en dit aan de POH overlaat.	77
Stelt patiënten in op insuline:	51
– alleen 1 dd insulineregimes;	11
– alleen 1-2 dd insulineregimes;	27
– 1, 2 of 4 dd insulineregimes.	13
Past zelfstandig insulinedoseringen aan.	49
Vindt dat huisarts voldoende kennis heeft van insulinebehandeling.	61
Houdt zich bij patiënten met DM2 bezig met:	
– alleen glucoseregulatie;	4
– glucose- en bloeddrukregulatie;	2
– glucose-, bloeddruk- en vetspectrumregulatie.	94
<i>Samenwerking met diabetesverpleegkundigen en diëtisten</i>	
Werkt samen met diabetesverpleegkundige.	45
Is tevreden tot zeer tevreden over de samenwerking met de diabetesverpleegkundige.	93
Verwijst iedere nieuwe patiënt met diabetes naar een diëtist.	74
Heeft enkele keren per maand tot enkele keren per jaar professioneel overleg met een diëtist.	65
Is tevreden tot zeer tevreden over de samenwerking met de diëtist.	84
<i>Afwijken van NHG-standaard DM2</i>	
Werkt in de praktijk met een standaard of protocol:	100
– alleen met NHG-Standaard DM2;	12
– zowel met NHG-Standaard DM2 als met Protocollaire diabeteszorg; ¹⁰	76
– lokaal gemaakt protocol.	11
In de praktijk wordt gebruikgemaakt van nieuwe diabetesgeneesmiddelen die niet in de vigerende NHG-Standaard staan.	84
In de praktijk wordt gebruikgemaakt van nieuwe orale diabetesgeneesmiddelen (zoals rosiglitazon en pioglitazon) die nog niet in de toen vigerende NHG-Standaard stonden:	69
– op grote schaal;	2
– alleen bij een bepaalde groep patiënten;	43
– uitzonderlijk;	24
– nieuwe middelen worden op initiatief van POH voorgeschreven.	6
In de praktijk wordt gebruikgemaakt van nieuwe insulines (glargine en/of detemir):	60
– op grote schaal;	5
– alleen bij een bepaalde groep patiënten;	36
– uitzonderlijk;	18
– nieuwe insulines worden op initiatief van POH voorgeschreven.	29

SSSV: Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen; POH-DA: praktijkondersteuners met als achtergrond dokterassistent

Tabel 2 Voorschrijfgedrag van POH's, in procenten

Vult wel eens een recept voor medicatie in, nog los van de vraag wie dit recept ondertekent:	88
– Werkt met schriftelijk vastgelegde regels bij het uitschrijven van een recept.	51
– Schrijft ook nieuwe medicatie uit (dus niet alleen herhaalrecepten).	67
– Neemt zelf wel eens het initiatief tot het uitschrijven van receptplichtige medicijnen.	41
Schrijft wel eens zelfstandig een geneesmiddel voor waarbij achteraf geen toestemming wordt gevraagd aan een arts (bijvoorbeeld door middel van een handtekening) of is volledig geautoriseerd waarbij het recept rechtstreeks via e-mail naar de apotheek gaat en de arts het recept niet meer ziet.	23
Neemt wel eens zelf initiatief tot het uitschrijven van een receptplichtig geneesmiddel waarbij achteraf wel controle plaatsvindt door een arts. Echter de controle is een formaliteit en er vindt door de arts geen toetsing meer plaats.	10

Tabel 4 betreft de verschillen tussen de voormalige doktersassistenten en verpleegkundigen. De voormalige doktersassistenten waren relatief jonger, vulden vaker recepten in en werkten min-

der met schriftelijke protocollen. Ook deden ze langer over de jaarcontrole, konden makkelijker overleggen met een huisarts en hadden meer contact met diëtisten. Verder stelden ze minder

Tabel 3 Tijdsinvestering in minuten van verschillende onderdelen van de diabeteszorg door POH, gemiddelde \pm SD

Overleg tussen POH en huisarts per week	41 \pm 28
Overleg tussen POH en huisarts per gewerkt uur van de POH	2,2 \pm 1,7
Driemaandelijke controle	22 \pm 6
Jaarcontrole	33 \pm 9
Eerste bezoek nieuwe patiënt	39 \pm 13

patiënten in op insuline, ze pasten minder vaak insulinedoseringen aan en waren minder vaak werkzaam in een praktijk waarbij de huisarts al aan insulinebehandeling deed voor de komst van de POH. Ook vonden zij dat de huisarts vanuit haar kennis van DM2 beter kan superviseren.

Beschouwing en conclusie

Uitgaande van het aantal POH's dat eind 2003 in huisartsenpraktijken werkte, heeft 39% van hen deze enquête ingevuld. Ons onderzoek geeft geen informatie over de kwaliteit van zorg van POH's. Wat wel blijkt is dat huisartsen de kwaliteit moeten blijven bewaken. Daar zijn ze namelijk ook toe verplicht volgens de Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBG0). Ook al heeft de POH een eigen verantwoordelijkheid, toch blijft de huisarts verantwoordelijk voor de zorg die de POH levert.⁷

Bijna alle POH's wisten dat de huidige wetgeving het niet toestaat dat zij zelfstandig een medicamenteuze behandeling beginnen. Maar 21% van de ondervraagde POH's wist niet dat dit ook geldt voor het ophogen van de dosering van geneesmiddelen.

Op dit moment overtreden een aantal praktijken de wet als het gaat om het uitschrijven van geneesmiddelen. In ons onderzoek schreven 132 POH's (33%) wel eens recepten uit waarbij zij óf volledig geautoriseerd waren om elektronisch recepten uit te geven, waarbij het recept rechtstreeks naar de apotheek ging en de arts het recept niet meer zag, óf er geen controle door de arts plaatsvond of deze maar een formaliteit was. In deze gevallen is de vraag dan ook wie daadwerkelijk let op de zorgvuldigheidscriteria die nodig zijn bij het voorschrijven van geneesmiddelen (contra-indicaties en/of interacties): de huisarts, de POH, beide of niemand? Van de 58% die met schriftelijk vastgelegde regels werkt bij het voorschrijven van geneesmiddelen hebben we geen

gegevens over de kwaliteit van deze regels en weten we niet of alle zorgvuldigheidscriteria bij het voorschrijven van geneesmiddelen daadwerkelijk worden doorlopen.

Opvallend is dat er bij het uitschrijven van recepten en het uitvoeren van medische taken met een protocol een verschil is tussen de POH-DA en de POH-VK. Voormalige doktersassistenten schrijven meer recepten uit dan verpleegkundige POH's en gebruiken minder vaak schriftelijke protocollen dan verpleegkundigen, terwijl juist de doktersassistenten een kwetsbare positie hebben binnen de huidige wetgeving (ze zijn niet opgenomen in de Wet BIG).⁷ Opvallend is ook dat 16% van de POH-DA de 1-jarige opleiding gevolgd heeft terwijl het de bedoeling was dat deze POH's de 2-jarige opleiding zouden doen.

Een tweede opvallend resultaat is het gegeven dat 51% van de huisartsen die een POH in dienst heeft diabetespatiënten niet (meer) minimaal één keer per jaar regulier ziet. Het kan natuurlijk wel zijn dat patiënten buiten de reguliere diabetescontroles de huisarts bezoeken, maar dit is een zorgvorm die de DiHAG niet aan huisartsen adviseert. De DiHAG heeft hiervoor nog een dringende oproep gedaan in *Medisch Contact*: 'De huisarts dient zelf voldoende kennis en ervaring te houden ten aanzien van bijvoorbeeld het opstellen van de gewenste therapieschema's of het beoordelen van de voeten van mensen met DM2. Juist wanneer een verpleegkundige met veel enthousiasme en kennis de diabeteszorg 'overneemt', bestaat het gevaar dat de huisarts zich na verloop van enkele jaren dermate onthand voelt, dat hij zich niet meer in staat acht up-to-date diabeteszorg te verlenen. Wat voor veel aandoeningen geldt, geldt ook voor DM2: een voldoende aantal patiëntencontacten is noodzakelijk om de praktische kennis op peil te houden.' De DiHAG vindt het erg belangrijk dat de huisarts tijdens een jaarcontrole in een dubbelconsult de tijd neemt om alle onderdelen van de behandeling en controle samen met de patiënt te bespreken.⁸

Het werken met protocollen lijkt goed te verlopen: 92% van de ondervraagde POH's gaf aan met een standaard of protocol te werken. Het feit dat zo veel POH's de NHG-Standaard DM2 hanteren of het boek *Protocollaire diabeteszorg*⁹ dat voornamelijk op de

Tabel 4 Verschillen tussen POH's die doktersassistente en die verpleegkundige waren, in procenten tenzij anders vermeld

	POH-VK (n=207)	POH-DA (n=176)	Vershil	95%-BI
Vult wel eens een recept voor medicatie in, nog los van de vraag wie dit recept ondertekent.	82,6	93,8	11,1	4,7-17,5
Gebruikt schriftelijke protocollen voor het uitvoeren van taken die vroeger door de huisarts werden gedaan.	96,1	88,1	8,1	2,7-14,0
Heeft de 1-jarige post-hbo-opleiding tot POH gevolgd.	93,3	18,2	75,1	67,4-80,7
Duur van de jaarcontrole, minuten \pm SD	31,9 \pm 8,1	34,7 \pm 9,0	2,9	0,8-5,0
Leeftijd, in jaren	42,4 \pm 7,2	39,4 \pm 8,7	3,0	1,4-4,6
Kan gemakkelijk met een huisarts overleggen op ieder gewenst moment	80,7	89,8	9,1	1,9-16,1
Heeft als praktijkondersteuner zelden tot nooit professioneel contact met een diëtist.	27,5	43,8	16,2	6,6-25,5
Stelt patiënten in op insuline.	59,4	42,6	16,8	6,8-26,4
Past zelfstandig insulinedoseringen aan.	52,7	31,3	21,4	11,5-30,7
De huisarts stelde voordat de POH in de praktijk kwam wel eens zelfstandig patiënten in op insuline.	43,5	31,8	11,7	1,9-21,0
De huisarts voor wie de POH werkzaam is, heeft voldoende kennis van diabetes om te kunnen superviseren.	78,3	86,4	8,1	0,4-15,6

POH-VK: praktijkondersteuners met als achtergrond verpleegkundige; POH-DA: praktijkondersteuners met als achtergrond doktersassistente

Abstract

Houweling ST, Kleefstra N, Van Ballegooie E, Verhoeven S, Bilo HJG, Meyboom-de Jong B. Shifts in responsibility in first-line diabetes care. An investigation of more than four hundred practice supporters. *Huisarts Wet* 2006;49(3):118-22.

Aim To obtain insight into the day-to-day duties of practice supporters (PSs) in the area of diabetes mellitus type 2 (DM2): what tasks are performed and how much time is spent on the different aspects of diabetes care. In addition we investigated the role of the general practitioner, the role of Dutch legislation and whether there are any differences between the PSs with a nursing background and those with a practice assistant background.

Methods Electronic questionnaire with 72 questions sent to 760 PSs.

Results A total of 402 PSs responded (53%) from all over the Netherlands. Of these, 98% were women and the average age was 41.2 years (SD 8.0). Forty-four percent of the PSs were practice assistants and 52% had a nursing background. Eighty-four percent claimed to be sufficiently proficient to carry out their tasks. Thirty-three percent of the PSs indicated that they write prescriptions independently, supervision being merely a formality or without oversight on the part of the GP, or they are fully authorised to forward electronic prescriptions directly to the pharmacy. Fifty-one percent of PSs indicated that the GPs do not see their patients with diabetes even once per year for follow-up. A number of differences were found between the PSs with a nursing background and those with a practice assistant background.

The most striking difference is that the former practice assistants write more prescriptions but make less use of written protocols than the PSs with a background in nursing.

Conclusion This sample survey shows that the establishment of the function of PS has achieved the goal of the LHV (Dutch Association of General Practitioners): that of integrating into the general practice setting a professional who is able to take over tasks delegated by the GP. Care should be taken to protect the quality of care and to maintain the GP's expertise in the area of DM2.

NHG-Standaard is gebaseerd, houdt niet in dat nieuwe ontwikkelingen hun weg niet weten te vinden in de praktijk. Maar liefst 84% van de praktijken gebruikt nieuwe geneesmiddelen die niet in de toen geldende standaard genoemd worden. Het is hierbij vooral zorgelijk dat de POH in veel gevallen het initiatief neemt deze nieuwe geneesmiddelen te gaan gebruiken. Wat betekent dit: staat de POH onder grotere invloed van de farmaceutische industrie, of is de huisarts haar expertise aan het verliezen?

Beperkingen

Ons onderzoek heeft een aantal zwakke punten. Ten eerste hebben we een niet-gevalideerde vragenlijst gebruikt. De vragenlijst

is wel deels gebaseerd op een vragenlijst van het LCVV die al eerder is afgenomen onder verpleegkundigen.⁶ We hebben de vragenlijst niet van tevoren laten invullen door een aantal proefpersonen. We weten dus niet exact of alle items duidelijk waren, de vragen niet cultuurgebonden waren en of vragen duidelijk waren geformuleerd. Een ander probleem dat ontstaat bij enquêtes is de zogenaamde *non-responder bias*: wie waren de non-responders? Is dit een specifieke groep die bij invulling van de enquête andere antwoorden zou hebben gegeven? Verder hebben we bij deze enquête te maken met selectiebias. Alleen de POH's van wie het e-mailadres bij ons bekend was konden meedoen aan de enquête. We hebben dus geen gegevens over de non-responders en ook niet van de overige POH's van wie we het e-mailadres niet hadden.

Deze grote steekproef laat zien dat met het instellen van de functie van POH het doel van de LHV is bereikt: een professional in de huisartsenpraktijk integreren die gedelegeerd medische taken overneemt van de huisarts.

Dankbetuiging

We bedanken Ymte Groeneveld en Lisette Romijn van de DiHAG en Irene de Graaf, praktijkondersteuner in Almere, voor het becommentariëren van de vragenlijst.

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van de Stichting Langerhans.

Literatuur

- 1 Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, Chait A, Eckel RH, Howard BV, et al. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1999;100:1134-46.
- 2 Rutten GEHM, Verhoeven S, Heine RJ, De Grauw WJC, Cromme PVM, Reenders K, et al. NHG-Standaard DM2 (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1999;42:67-84.
- 3 Ubink-Veltmaat LJ, Bilo HJG, Groenier KH, Houweling ST, Rischen RO, Meyboom-de Jong B. Prevalence, incidence and mortality of type 2 diabetes revisited: a prospective population-based study in The Netherlands. *Eur J Epidem* 2003;18:793-800.
- 4 Werkdocument Competenties & Eindtermen. De landelijke Toetsings- & Begeleidingscommissie Praktijkondersteuning, april 2001: www.lhv.nl.
- 5 Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg 2000-2004-2012. Een tussenrapportage met beleidsscenario's. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2004.
- 6 Scholten C, IJzerman M, Algera M. Taakverschuivingen van arts naar verpleegkundige. Maarsen/Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV, 1999.
- 7 Houweling ST, Raas GPM, Bilo HJG, Meyboom-de Jong B. Verschuiven van taken is tegen de regels. *Med Contact* 2003;58:1647-50.
- 8 Groeneveld Y, Rutten GEHM, De Grauw WJC, Valk GD, Reenders K. Gestructureerd teamwork, diabeteszorg volgens protocol. *Med Contact* 2001;56:1148-5.
- 9 Houweling ST, Kleefstra N, Verhoeven S, Van Ballegooie E, Bilo HJG. Protocolaire diabeteszorg. Mogelijkheden voor taakdelegatie. Zwolle: Stichting Langerhans, 2004.