



Landelijke Huisartsen Vereniging



nederlands huisartsen  
genootschap

## NHG/LHV-STANDPUNT HET (ONDERSTEUNEND) TEAM IN DE HUISARTSEN- VOORZIENING

### Actualisering van het NHG/LHV-Standpunt 'Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening' uit 2005

*Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 9 juni 2011*

#### **Voorwoord**

NHG en LHV formuleren samen, in samenspraak met de achterban, standpunten over huisartsenzorg en praktijkorganisatie in het kader van de concretisering van hun toekomstvisie.<sup>1</sup> Het NHG legt hierbij het accent op de inhoudelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskundige zorg en de LHV op de randvoorwaarden.

Dit Standpunt 'Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening' is een actualisering van het eerdere NHG/LHV-Standpunt uit 2005. De afgelopen vijf jaar zijn er diverse ontwikkelingen geweest ten aanzien van het ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening die deze herziening nodig maakten. De belangrijkste zijn:

- de behoefte aan inzet van de praktijkverpleegkundige in de complexe c.q. ouderenzorg<sup>2</sup> en in de geestelijke gezondheidszorg (de POH-GGZ)<sup>3</sup>;
- de evaluaties van de proefprojecten met nurse practitioners en physician assistants in de huisartsenzorg<sup>4</sup>;
- de actualisering van competentieprofiel en eindtermen van de POH<sup>5</sup>;
- nieuwe ontwikkelingen in het onderwijs voor de verschillende functies.

Met dit Standpunt geven LHV en NHG hun actuele visie op de verschillende functies in de huisartsenvoorziening om richting geven aan de innovatie in de huisartsenzorg. Het biedt helderheid over de gewenste opleiding van de praktijkverpleegkundige en er wordt een standpunt ingenomen ten aanzien van de relatief nieuwe functies van verpleegkundig specialist en physician assistant<sup>6</sup>.

In 2012 verschijnt de geactualiseerde Toekomstvisie Huisartsenzorg, waarin de visie op de huisartsenzorg voor 2022 uiteen wordt gezet. Het Standpunt (Ondersteunend) Team in de huisartsenvoorziening wordt eerder uitgebracht in verband met belangrijke ontwikkelingen van de functies binnen het team, maar wordt bij de formulering van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 betrokken. De beroepsgroep wil met dit Standpunt actief sturing geven aan de organisatie van huisartsenzorg. Politieke keuzen zoals het toekennen van

voorschrijfbevoegdheid aan verpleegkundig specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen én ontwikkelingen binnen de beroepsgroep van verpleegkundigen vragen nu om een duidelijke positiebepaling.

Op korte termijn moet gestart worden met het vormgeven van gepaste opleidingen. De voorbereidingstijd die dit veranderingsproces vraagt is immers groot. LHV en NHG geven met dit Standpunt studenten en huidige zorgprofessionals die willen starten met een opleiding helderheid over de beroepsperspectieven.

Het Standpunt schetst de richting voor de vernieuwing van de praktijkorganisatie van de huisartsenzorg. Huisartsenpraktijken bestaan uit een kernteam van de praktijkassistent, de praktijkverpleegkundige en de huisarts. Op basis van specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie kunnen optioneel de volgende functies worden toegevoegd: POH-GGz, praktijkmanager, verpleegkundig specialist.

Dit standpunt beschrijft de visie van de beroepsgroep en geeft richting aan de ontwikkeling van de organisatie van de huisartsenzorg. Het Standpunt is geen norm waar de beroepsgroep zich aan moet houden. Het kan pas de norm worden als er daadwerkelijk aan de gestelde randvoorwaarden wordt voldaan en het veld zich hier in herkent (zie voor de randvoorwaarden hoofdstuk 4).

**Belangrijkste randvoorwaarden voor de realisatie van dit standpunt zijn:**

- **adequate financiering van de huisartsenvoorziening om de plannen te kunnen realiseren;**
- **beschikbaarheid van voldoende personeel;**
- **een opleiding (inclusief stageplaatsen) tot generalistisch werkende verpleegkundige huisartsenpraktijk;**
- **een overgangsregeling voor huidige praktijkondersteuners.**

Dit Standpunt wijkt op een aantal punten af van de huidige situatie in de huisartsenvoorziening. Met de visie die NHG en LHV voor ogen hebben en die hier uiteengezet wordt, streeft de beroepsgroep naar een vorm waarin de huisartsenzorg een kwalitatief hoogwaardig antwoord geeft op de veranderende en groeiende zorgvraag. Om de veranderingen die in het Standpunt beschreven worden in de huisartsenzorg mogelijk te maken, is een door NHG en LHV op te stellen implementatieplan, inclusief een tijdsplanning/fasering en prioriteiten essentieel.

## **Leeswijzer**

In hoofdstuk 1 worden de doelstelling en vraagstelling van dit Standpunt omschreven en wordt ingegaan op de kern van de huisartsenzorg, de huidige functies, de veranderende en groeiende zorgvraag, het veranderend aanbod en de toekomstige functies in de huisartsenvoorziening.

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de uitgangspunten van dit Standpunt.

Hoofdstuk 3 bevat een uitwerking van deze uitgangspunten met aanbevelingen. In de paragrafen 3.2 tot en met 3.7 worden de verschillende ondersteunende functionarissen in de huisartsenpraktijk beschreven. In paragraaf 3.8 wordt aandacht besteed aan de opleidingen.

Hoofdstuk 4 beschrijft de randvoorwaarden om de uitgangspunten te kunnen realiseren. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van alle aanbevelingen. In de bijlagen is achtergrondinformatie toegevoegd.

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>1</b>
<b>Leeswijzer</b>	<b>2</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1. Doelstelling	4
1.2. Vraagstelling	4
1.3. De kern van de huisartsenzorg	5
1.4. Veranderende en groeiende zorgvraag	5
1.5. Veranderend aanbod in de huisartsenvoorziening	7
1.6. Veranderende functies	8
<b>2. Uitgangspunten Standpunt</b>	<b>11</b>
<b>3. Uitwerking uitgangspunten met aanbevelingen</b>	<b>12</b>
3.1. Generalisme is een essentieel kenmerk van huisartsenzorg en betreft de competenties van de huisarts, praktijkassistent en praktijkverpleegkundige	12
3.2. Huisarts, praktijkassistent en praktijkverpleegkundige vormen het kernteam van de huisartsenvoorziening	12
3.3. De praktijkverpleegkundige heeft zorgtaken bij chronische aandoeningen, complexe zorgvragen, preventie, leefstijlbegeleiding en proactief populatiegericht werken	14
3.4. Voor overstijgende taken kan de huisartsenvoorziening de verpleegkundig specialist inzetten	19
3.5. Overgangperiode en doorgroeimogelijkheden POH naar PVH	21
3.6. Lid van het team van de huisartsenpraktijk is ook de POH-GGZ	22
3.7. Lid van het team van de huisartsenpost zijn ook de verpleegkundige ANW en de triage-assistent	24
3.8. Voor niet-zorggebonden taken in de huisartsenvoorziening kan de praktijkmanager (manager huisartsenzorg) een rol vervullen	25
3.9. Het delegeren en overdragen van taken vraagt om op de huisartsenzorg toegesneden opleidingen voor de teamleden	25
3.10. De praktijkverpleegkundige werkt nauw samen met de wijkverpleegkundige	31
<b>4. Randvoorwaarden</b>	<b>33</b>
4.1. Blijvende financiële grondslag en andere voorwaarden voor voldoende ondersteunend personeel	33
4.2. Een goede bachelor- en masteropleiding voor verpleegkundige in de huisartsenpraktijk	36
<b>5. Overzicht van aanbevelingen</b>	<b>37</b>
5.1. Aanbevelingen voor de huisartsenvoorziening/huisarts	37
5.2. Aanbevelingen voor NHG en LHV (samen met partners)	38
<b>Bijlagen</b>	
1. Achtergrondinformatie: cijfers over zorgvraag en zorgaanbod	39
2. Standpunten Toekomstvisie Huisartsenzorg	44
3. Totstandkoming van het NHG/LHV-Standpunt	45
4. Afkortingen (en relevante websites)	46
5. Literatuur	47
<b>Noten</b>	<b>49</b>

## 1. INLEIDING

In 2005 publiceerden het NHG en de LHV het Standpunt 'Ondersteunend personeel in de huisartsenzorg.' De kern daarvan is dat de huisarts (academisch niveau), praktijkondersteuner (hbo-niveau) en doktersassistent (mbo-niveau) samen inspelen op de groeiende en veranderende zorgvraag. In dit Standpunt lag het accent op de ondersteunende functie van de praktijkondersteuner.

In dit herziene Standpunt verschuift het accent naar een situatie waarin de praktijkassistent (inhoudelijk dezelfde functie als doktersassistent), de praktijkverpleegkundige (als doorontwikkeling van de functie praktijkondersteuner) en de huisarts de centrale functies van de huisartsenzorg vervullen. Dit kernteam kan een wezenlijke bijdrage leveren aan het antwoord van de huisartsenzorg op de veranderende en groeiende zorgvraag. Gezamenlijk vormen de huisarts, praktijkassistent en praktijkverpleegkundige het kernteam. Naast het kernteam kunnen enkele andere functies naar keuze worden toegevoegd aan het kernteam, afhankelijk van de patiëntenpopulatie en keuzes van de huisartsenzorg. Gezien het grote aantal mensen met psychische klachten en gezien de verwevenheid van psychische en somatische klachten, heeft de functie POH-GGz een meerwaarde binnen de huisartsenzorg. Daarnaast kunnen ook de verpleegkundig specialist en de praktijkmanager huisartsenzorg worden ingezet. De rol van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn is anders dan in de tweede lijn.

Kenmerkend voor de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde is voortdurende aanpassing aan maatschappelijke ontwikkelingen. Niettemin behouden de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde al een halve eeuw lang onverminderd hun kracht: huisartsenzorg is generalistische, integrale, persoonlijke en contextgerichte zorg. Door aanpassingen als functiedifferentiatie en taakdelegatie kan de huisartsgeneeskunde antwoord bieden op de maatschappelijke vraag waarin de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde centraal blijven staan.

### 1.1. Doelstelling

Het doel van dit NHG/LHV-Standpunt is dat de beroepsorganisaties hun visie geven op de functies in de huisartsenzorg en daarmee een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van optimale huisartsenzorg en daaraan gerelateerde zorg in de eerste lijn. Het Standpunt biedt helderheid over de gewenste richting waarin de opleiding en de functies zich in de huisartsenzorg ontwikkelen. De functie praktijkverpleegkundige krijgt in dit standpunt de meeste aandacht. Daarnaast wordt een standpunt ingenomen ten aanzien van de relatief nieuwe, nog experimentele functies verpleegkundig specialist (voormalig nurse practitioner) en physician assistant in de huisartsenpraktijk.

### 1.2. Vraagstelling

Hoofdstuk 3 geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Hoe verhouden generalistische en gespecialiseerde functies zich tot elkaar in de huisartsenzorg?
2. Geeft het team bestaande uit huisarts (wo), praktijkassistent (mbo) en praktijkverpleegkundige (hbo) voldoende antwoord op de (veranderende en groeiende) zorgvraag, of is er behoefte aan inzet van andere zorgverleners als de verpleegkundig specialist en physician assistant?
3. Welke competenties dient de praktijkverpleegkundige te bezitten om de verschillende taken te kunnen uitvoeren? Is voor de complexe zorg een verpleegkundige opleiding noodzakelijk?
4. Hoe dient de opleiding van de praktijkverpleegkundige te worden ingericht om deze functionarissen optimaal voor te bereiden op de taken die hen wachten en de competenties die daarvoor nodig zijn?

5. Wat is het onderscheid tussen praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige en op welke wijze kunnen zij het best samenwerken en elkaar aanvullen?
6. Welke niet-zorggebonden taken dienen in de huisartsenzorg te worden vervuld en wie is daarvoor het best toegerust?

N.B. Dit Standpunt beperkt zich tot het personeel in de huisartsenzorg. De functionarissen buiten de huisartsenzorg vallen buiten het kader van het Standpunt. Voor de samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige in de zorg voor jeugdigen, wordt verwezen naar het NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd.<sup>8</sup>

### 1.3. De kern van de huisartsenzorg<sup>9</sup>

De functie van de huisarts is al in 1959 in de befaamde Woudschotenconferentie geformuleerd als 'het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen'.<sup>10</sup> Deze omschrijving heeft nog niets aan waarde ingeboet. Veertig jaar later beraadde de beroepsgroep zich op de toekomst van de huisartsenzorg in Nederland. In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 staan nog steeds dezelfde kenmerken centraal.<sup>11</sup> In de concretisering van de Toekomstvisie wordt de huisartsgeneeskunde gekarakteriseerd als generalistische en contextuele geneeskunde.<sup>12</sup> Het generalistische karakter van de huisartsgeneeskunde is terug te vinden in alle NHG-Standpunten die verschenen zijn als vervolg op en uitwerking van de Toekomstvisie.<sup>13</sup> Momenteel is een Standpunt Generalistische zorg in voorbereiding. Met dat Standpunt beoogt het NHG het belang van generalistische huisartsenzorg te expliciteren en richting te geven aan de wijze waarop het generalisme in de huisartsenpraktijk gestalte krijgt.

In 2002 publiceerde WONCA<sup>14</sup> de Europese definitie van de huisartsgeneeskunde. Daarin worden elf hoofdkenmerken beschreven, die zijn gebundeld tot zes kerncompetenties: eerstelijnszorgverlening, persoonsgerichte zorg, specifieke probleemoplossende vaardigheden, integrale aanpak, gerichtheid op de gemeenschap, en holistische benadering.<sup>15</sup>

De kracht van de generalistische huisartsenzorg ligt bij uitstek in de integrale zorg voor de *persoon*. De introductie van de marktwerking en productgerichte bekostigingssystematiek stimuleert daarentegen de geïntegreerde zorg van een *ziekte*.

### 1.4. Veranderende en groeiende zorgvraag<sup>16</sup>

De veranderende en groeiende zorgvraag is leidend voor de ontwikkeling van functies in de huisartsenzorg, met name voor de praktijkverpleegkundige. De ontwikkelingen in de eerstelijnszorg vragen een andere capaciteit en samenstelling van het team in de huisartsenzorg. De implementatie van richtlijnen voor patiënten met chronische aandoeningen (zoals diabetes mellitus en COPD) heeft geleid tot verbetering maar ook tot uitbreiding van de zorg. Door substitutie wordt het merendeel van deze zorg in de eerste lijn geboden. De kwaliteitsverbetering op het gebied van chronische aandoeningen zoals deze de afgelopen jaren is ingezet, zal worden voortgezet. Ook het proces van substitutie van tweede naar eerste lijn zal zich voortzetten. Deze ontwikkelingen vergroten het zorgaanbod. Een aanzienlijk deel hiervan kan professioneel worden opgevangen door praktijkverpleegkundigen.

De ontwikkeling in de zorgvraag en in het zorgaanbod heeft zes hoofdoorzaken:

1. demografische ontwikkelingen, die leiden tot een toenemend aantal (langer zelfstandig wonende) ouderen, meer mensen met een ziekte of beperking en een toename in de complexe zorg;
2. een stijging in het aantal patiënten met een chronische ziekte en met psychische klachten (met druk op de tweedelijns GGZ) en een toenemend beroep op de acute zorg (huisartsenposten)
3. meer ketenzorg en programmatische behandeling van aandoeningen;
4. de toenemende mogelijkheden in diagnostiek en behandeling;
5. meer aandacht voor preventie, nu de maatschappij naast individuele preventie ook om populatiegerichte preventie vraagt door proactief beleid gericht op de wijk en specifieke doelgroepen.
6. substitutie van zorg vanuit 2<sup>e</sup> naar de 1<sup>e</sup> lijn.

Daarnaast is er een verschuiving in prevalentie van ziektebeelden, bijvoorbeeld minder patiënten met acute infecties en meer patiënten met nabehandeling na een oncologische aandoening.

Ook de houding van patiënten verandert. Zij verzamelen zelf kennis over hun klacht en willen vaak actief meedenken over de behandeling van hun aandoening, wat nog meer dan nu al het geval is vraagt om meer en uitgebreide persoonsgerichte voorlichting. De zorgvraag groeit in volume, maar ook in complexiteit. Steeds meer patiënten lijden aan diverse ziekten en/of aandoeningen. Niet alleen stijgen hierdoor de zorguitgaven, maar ook het beslag op de capaciteit van de beroepsbevolking. De druk op zorgverleners neemt hierdoor toe. De toenemende arbeidsproductiviteit houdt hoogstwaarschijnlijk de groeiende zorgvraag niet bij. Inzet van zorgverleners in de huisartsenvoorziening moet zo effectief mogelijk zijn om aan de zorgvraag te voldoen.<sup>17</sup>

Voor een beter zicht op de veranderende zorgvraag in de huisartsenvoorziening, wordt er op de volgende 'clusters' zorgvragen dieper ingegaan:

- alledaagse klachten;
- psychische klachten;
- chronische aandoeningen;
- acute zorgvragen;
- preventie, individueel en populatiegericht;
- complexe zorg.

#### **Alledaagse klachten**

Veelvoorkomende alledaagse klachten of aandoeningen zijn een belangrijk onderdeel van het dagelijkse werk in de huisartsenpraktijk. Ze zijn niet direct levensbedreigend, maar zorgen door hun hoge frequentie voor een grote ziektelast bij de patiënt en een grote zorgvraag voor de huisarts. Alledaags is niet synoniem met 'eenvoudig' of 'van weinig belang'. Zo is bijvoorbeeld de veelvoorkomende klacht duizeligheid bij ouderen sterker bepalend voor de mogelijkheid tot zelfstandig wonen dan diabetes mellitus. Alledaagse klachten zijn ook niet per definitie kortdurend of beperkt tot een eenmalig consult, wel hebben zij vaak een 'self-limiting' karakter. Er bestaat een risico op overbehandeling al dan niet met schadelijke bijwerkingen, bijvoorbeeld overmatig gebruik van antibiotica, NSAID's en benzodiazepinen. Anderzijds kunnen onderbehandeling of een verkeerde aanpak leiden tot verergering van aandoeningen en/of chroniciteit, zoals bij lage rugklachten.

#### **Psychische klachten**

Het aantal mensen met psychische klachten neemt toe; depressieve klachten behoren inmiddels tot de top-10 in de huisartsenpraktijk. Regelmatig gaan psychische en sociale problemen schuil achter somatische klachten en vragen<sup>18</sup>, terwijl chronische aandoeningen de kans op psychische klachten bij mensen verhogen. Door deze verwevenheid van klachten wenden patiënten zich vaak in eerste instantie tot de huisarts. Het exploreren van de klachten en probleemverheldering zijn dan eerst essentieel. Huisartsen kunnen patiënten binnen de huisartsenzorg begeleiden, met medicatie behandelen, interventies toepassen die gebruik maken van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, ofwel doorverwijzen naar meer gespecialiseerde zorgverleners voor psychische klachten. De POH-GGZ kan in dit proces een belangrijke bijdrage leveren. Voor de patiënten met chronische psychische problematiek treden de huisarts en POH-GGZ op als begeleider of casemanager of simpelweg als 'steun en toeverlaat'.

#### **Chronische aandoeningen**

Het derde cluster wordt gevormd door de chronische aandoeningen.<sup>19</sup> Vele aandoeningen zijn chronisch zoals hooikoorts, migraine, ADHD, dementie. Voor diabetes mellitus, COPD en hart- en vaat-aandoeningen worden zorgprogramma's ontwikkeld. Deze leiden tot continuïteit en betere toepassing van de richtlijnen daarvoor. Preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling en geprotocolleerde begeleiding kunnen de impact van deze aandoeningen voor patiënt en populatie beperken en secundaire complicaties en onderbehandeling voorkomen. De zorgprogramma's werken proactief. Door patiënten actief bij de zorg te betrekken worden zelfzorg en het naleven van adviezen gestimuleerd. Patiënten met een chronische aandoening blijken de huisarts meer dan gemiddeld voor andere zorgvragen te raadplegen.<sup>20</sup>

### **Acute zorgvragen**

Voor acute zorg is de huisarts 24 uur per dag gedurende 7 dagen per week beschikbaar.<sup>21</sup> Buiten kantooruren is dat exclusief voor deze zorg, overdag is het onderdeel van het totale aanbod. De huisarts is bij uitstek de zorgverlener met expertise om uit het ongedifferentieerde aanbod van zorgvragen, de acute en levensbedreigende aandoeningen te destilleren.

### **Preventie, individueel en populatiegericht<sup>22</sup>**

Preventie en beïnvloeding van risicovol gedrag zijn veelvoorkomende zorgvragen in de huisartsenpraktijk, zo niet afkomstig van de patiënt dan wel van verzekeraars, werkgevers of de politiek.<sup>23</sup> Hoewel patiënten met risicovol gedrag niet snel tot gedragsverandering komen, is 'management' van risicofactoren een belangrijk aanbod van huisartsenvoorzieningen.

De heldere onderverdeling van het CVZ van de verschillende vormen van preventie (universeel, selectief, geïndiceerd en zorggerelateerd) wordt in de literatuur steeds meer gebruikt en ook in dit Standpunt gehanteerd. De huisarts richt zich op zorggerelateerde preventie, zoals bij de chronische aandoeningen, en op geïndiceerde preventie, zoals bij hypertensie en hypercholesterolemie. De jaarlijkse griepvaccinatie en cervixuitstrijkjes in de huisartsenpraktijk zijn voorbeelden van succesvolle selectieve preventie, die een nadrukkelijk grotere respons opleveren dan via de publieke gezondheidszorg.

Preventie in de huisartsenpraktijk gebeurt voornamelijk individueel, aansluitend bij de consultvraag van patiënt. De maatschappij vraagt steeds meer om vormen van outreachende en selectieve preventie. Indien mogelijk, zal de huisartsenpraktijk in de toekomst patiënten met een verhoogd risico meer outreachend en populatiegericht benaderen (proactief handelen gericht op doelgroepen in de wijk). De universele preventie, gericht op de algemene bevolkingsgroep, valt buiten het domein van de huisartsgeneeskunde.

### **Complexe zorg**

Tot slot is er zijn er patiënten met multimorbiditeit, zoals hoogbejaarde, terminale of dementerende patiënten<sup>25</sup> en patiënten met complexe psychosociale problemen (gedrags- en/of persoonlijkheidsstoornissen). Huisartsen hebben een signalerende functie ten aanzien van risicovolle gezinssituaties. De samenhang tussen wonen en zorg in de laatste levensfase vraagt van huisartsenpraktijken medische zorg in verzorgingshuizen. De complexiteit wordt bepaald door enerzijds de multimorbiditeit van kwetsbare ouderen en anderzijds de kaders van de zorginstelling. Bij de complexe zorg is de rol van een zorgcoördinator of casemanager van grote waarde gebleken.

## **1.5. Veranderend aanbod in de huisartsenvoorziening**

Maatschappelijke ontwikkelingen vragen voortdurend om aanpassing van het zorgaanbod van de huisartsenvoorziening. Generalistische, persoons- en contextgerichte, integrale huisartsenzorg is bij uitstek in staat antwoord op veranderingen in de zorgvraag te bieden.<sup>25</sup>

Om adequaat en flexibel te kunnen inspelen op de interne en externe ontwikkelingen in de huisartsenzorg is het noodzakelijk dat huisartsen en andere zorgverleners binnen en buiten de huisartsenvoorzieningen samenwerken. Huisartsenvoorzieningen kunnen afhankelijk van de lokale omstandigheden al dan niet in één gezamenlijk gebouw en al dan niet geïntegreerd met andere eerstelijnszorgaanbieders vorm gegeven worden.

In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012<sup>26</sup> en in de concretisering daarvan (Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening<sup>27</sup>) wordt het begrip 'huisartsenvoorziening' nader uitgewerkt. De huisartsenvoorziening beoogt enerzijds afstemming op de populatie waaraan zorg wordt geboden, anderzijds enige uniformiteit waardoor iedere Nederlander weet wat men van de huisartsenvoorziening mag verwachten. Met het oog op het waarborgen van continuïteit van zorg en de persoonsgerichte benadering kunnen daarin meerdere huisartsen de krachten bundelen. In de Toekomstvisie heeft een huisartsenvoorziening idealiter 10.000 tot 15.000 patiënten.

Nederland telt ruim 10.000 huisartsen (7.350 fte, zie bijlage 1), circa 1.550 fte POH en naar schatting 5.880 fte doktersassistenten. Vanuit circa 4.500 huisartsenpraktijken en 130 huisartsenposten bieden huisartsen lokaal

en regionaal huisartsenzorg. Zij werken met anderen samen binnen de huisartsenpraktijk en werken samen met andere disciplines in de eerste en tweede lijn. In de ketenzorg voor patiënten met chronische aandoeningen werken huisartsen in zorggroepen samen met andere zorgverleners. In het hele land bestaan al diabeteszorg-groepen. In toenemende mate richten de zorggroepen zich ook op andere chronische aandoeningen.<sup>28</sup> Door samenwerking, functiedifferentiatie, taakdelegatie en specialisatie kan de huisartsenvoorziening zo goed mogelijk inspelen op de toename en veranderingen in de zorgvraag. In aansluiting op de behoefte van de wijk, kan de huisartsenvoorziening aanvullend aanbod of bijzonder aanbod ontwikkelen.

In dit Standpunt worden de volgende definities gehanteerd:

- **Taakherschikking:** 'Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen beroepsgroepen' (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg en de Gezondheidsraad 2008)<sup>29</sup>
- **Functiedifferentiatie:** 'Het uitsplitsen van 'taken binnen een bestaande functie' (in casu van de huisarts), waardoor nieuwe functies met verschillende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ontstaan. De kenmerken van de huisartsenzorg bepalen de mogelijkheden van functiedifferentiatie binnen de huisartsenvoorziening'. Voor functiedifferentiatie gelden de volgende uitgangspunten:
  - de zorgverleners hebben een gedeelde visie op zorg en samenwerking en een gemeenschappelijk referentiekader;
  - de zorgverleners hebben gedeelde waarden en normen, voortkomend uit de essentiële kenmerken van huisartsenzorg;
  - er bestaat een heldere omschrijving van functies en noodzakelijke deskundigheden;
  - de regie, de (eind)verantwoordelijkheid en het hoofdbehandelaarschap zijn geregeld;<sup>30</sup>
  - fragmentatie van functies wordt vermeden;
  - de informatievoorziening richting patiënten is tijdig en adequaat.
- **Taakdelegatie:** 'Het door de huisarts overdragen van goed afgrensbare, te protocolleren medische handelingen aan, in dit geval, de praktijkassistent en praktijkverpleegkundige.'

## 1.6. Veranderende functies

Op dit moment vormen de doktersassistent, de praktijkondersteuner en de huisarts het kernteam in de meeste huisartsenpraktijken. Dit Standpunt geeft een visie voor de komende tien jaar en beschrijft dus niet de huidige situatie. In deze paragraaf wordt voor de begripsbepaling een korte toelichting gegeven op verschillende functies. De functie van de huisarts wordt niet in dit standpunt besproken, omdat dit in andere documenten wordt gedaan en de huisarts geen ondersteunende functie heeft.

In hoofdstuk 3 worden de functies uitgebreid besproken. De competenties behorende bij de verschillende functies worden in andere documenten beschreven<sup>31</sup>.

Vooraf een toelichting op de **Wet BIG**:

Door registratie volgens de wet BIG krijgen zorgverleners een eigen verantwoordelijkheid en een wettelijke, eigen tuchtrechtelijke toetsing. Een BIG-registratie biedt titelbescherming waarbij een afgeronde opleiding leidt tot een beroepstitel. Beroepsregistratie vindt plaats door verplichte opname in het register met periodieke herregistratie. Dit register is openbaar en biedt duidelijkheid over de bevoegdheid van de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsbewaking ligt bij de eigen beroepsgroep. Zij kan kwaliteitsnormen vaststellen en aan herregistratie kunnen eisen worden verbonden. Het deskundigheidsniveau en de opleidingseis is wettelijk vastgelegd.

### Van Doktersassistent naar Praktijkassistent

De laatste twee decennia is de functie van doktersassistente sterk geëvolueerd. Zij is verantwoordelijk voor het instroommanagement, geeft verantwoorde adviezen aan patiënten en het aantal uit te voeren medische handelingen is uitgebreid. De doktersassistent is onmisbaar in de huisartsenpraktijk. Het vak professionaliseert zich de komende jaren verder.



Het streven is om de term doktersassistent in de huisartsenvoorziening te vervangen door praktijkassistent. NHG en LHV vinden de functienaam praktijkassistent beter, omdat deze meer recht doet aan de zelfstandige rol in de huisartsenpraktijk. Het werk van de praktijkassistent komt aan de gehele huisartsenvoorziening ten goede. Hoewel de beroepstitel 'doktersassistent' blijft (zij is ook werkzaam in bijvoorbeeld het ziekenhuis), wordt de **functietitel** in de huisartsenpraktijk 'praktijkassistent'. Dit fenomeen van een verschillende naam voor beroep en functie doet zich ook bij andere beroepen en functies voor.

De doktersassistenten streven naar een BIG-registratie en herregistratie op basis van aangetoonde deskundigheidsbevordering.

### **Van Praktijkondersteuner naar Praktijkverpleegkundige**

Op dit moment zijn in huisartsenpraktijken, naast huisartsen en doktersassistenten, praktijkondersteuners (POH) werkzaam. Geleidelijk ontstaat een nieuwe situatie waarin praktijkverpleegkundigen in de huisartsenvoorziening (PVH) werkzaam zijn. De POH begeleidt patiënten met een chronische aandoening. De PVH heeft een breder takenpakket met zorgtaken bij chronische aandoeningen, complexe zorgvragen en ouderenzorg, preventie, leefstijlbegeleiding en proactief populatiegericht werken. De kerntaken van een PVH zijn: het begeleiden en ondersteunen van patiënten met aandoeningen of beperkingen en de preventieve zorg.

De **overgangssituatie** van POH naar PVH moet recht doen aan de hooggewaardeerde inzet van huidige POH bij de zorg voor patiënten met een chronische aandoening. Een POH kan door middel van een aanvullende opleiding praktijkverpleegkundige worden. Indien zij hier niet voor kiest, kan ze als POH werkzaam blijven; echter exclusief voor de geprotocolleerde chronische zorg.

De bestaande bedrijfsopleiding POH wordt op termijn vervangen door de vernieuwde HBO-V Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg (HBO-V Bachelor of Nursing Huisartsenzorg) Verpleegkundigen niveau 4 en doktersassistenten kunnen instromen en een verkorte opleiding volgen afgestemd op hun vooropleiding.

Praktijkverpleegkundigen voeren zelfstandig taken uit volgens protocollen en richtlijnen en hun eigen beroepscode. Bij zorgtaken zoals bij de complexe (ouderen)zorg wordt klinisch denken en protocoloverstijgend handelen gevraagd. Verpleegkundigen kennen binnen de begrenzing van de aan hen gedelegeerde zorgtaken enige autonomie in hun zorgverlening en hebben een eigen beroepsverantwoordelijkheid. De eindverantwoordelijkheid voor huisartsenzorg ligt bij de huisarts. Om te waarborgen dat verantwoorde huisartsenzorg wordt geboden is enerzijds regie en toezicht van de huisarts en anderzijds terugkoppeling en verantwoording van de verpleegkundige noodzakelijk. In deze zin is er sprake van taakdelegatie en niet van taakoverdracht binnen de huisartsenpraktijk.

### **De Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant**

Sinds 2009 is de verpleegkundig specialist (VS) een nieuwe zorgprofessional met een wettelijk, beschermde titel.<sup>32</sup> Een VS volgens artikel 14 van de Wet BIG onderscheidt zich van een verpleegkundige volgens artikel 3 van de Wet BIG door zelfstandigheid (zelfstandig vormgeven van het zorgproces), deskundigheid (expert op deelgebied) en beroepsontwikkeling (proactief, reflectie op beroepsuitoefening en wetenschappelijke beroepsontwikkeling).

De VS heeft een HBO-V opleiding gevolgd door een Master of Advanced Nursing Practice (MANP), ofwel master verpleegkundig specialist huisartsenzorg. Voorheen werd deze functie nurse practitioner (NP) genoemd maar deze term wordt niet meer gebruikt.

Er bestaan vijf deelgebieden: preventieve zorg bij somatische aandoeningen, acute zorg bij somatische aandoeningen, intensieve zorg bij somatische aandoeningen, chronische zorg bij somatische aandoeningen en geestelijke gezondheidszorg.

Een verpleegkundig specialist biedt verpleegkundige én medische zorg. Een VS wordt op het niveau van expert ingezet voor een omschreven groep patiënten met wie zij individuele behandelrelaties aangaat. Hij/zij is be-

voegd tot het stellen van diagnoses en instellen van behandelingen en kan taken van de arts overnemen. Care en cure worden geïntegreerd aangeboden.<sup>33</sup> De verpleegkundig specialist heeft recent formeel bevoegdheid verkregen om zelfstandig medicatie voor te schrijven, het zelfstandig kunnen indiceren en het zelfstandig injecties geven.<sup>34</sup> VS bieden dus niet alleen verpleegkundige maar ook medische zorg d.w.z. diagnostiek en instellen van behandeling.

Overigens dient een verpleegkundig specialist (masteropgeleid) onderscheiden te worden van een gespecialiseerde verpleegkundige (aanvullende scholingen op deelgebieden als DM, COPD, etc.), die niet in dit standpunt is opgenomen.

Momenteel zijn er huisartspraktijken waar verpleegkundig specialisten werken en patiënten met alledaagse klachten behandelen.

Een andere nieuwe, mastersopgeleide zorgverlener die soms ingezet wordt in huisartsenpraktijken is de de Physician Assistant (PA). De PA neemt taken over van de arts en levert medische zorg: afnemen anamnese, verrichten lichamelijk onderzoek, aanvragen aanvullend onderzoek, stellen van een differentiaal diagnose, opstellen en uitvoeren van een behandelplan. De werkzaamheden vinden plaats onder supervisie van een arts. De reikwijdte wordt bepaald door afspraken met de superviserend arts. In de huisartsenzorg worden in beperkte mate PA's ingezet voor de behandeling van laagcomplexere alledaagse klachten. De physician assistant heeft recent formeel bevoegdheid verkregen om zelfstandig medicatie voor te schrijven en voorbehouden handelingen te verrichten<sup>35</sup>.

Opleiding van de PA is een willekeurige HBO-opleiding in de gezondheidszorg met werkervaring als paramedicus (diëtië, logopedie, fysiotherapie e.a.), gevolgd door een masteropleiding Physician Assistant. Voor de huisartsenzorg is de PA masteropleiding gericht op behandeling van laagcomplexere alledaagse klachten en aandoeningen.

Hoewel de VS en PA in de tweede lijn wél worden ingezet voor diagnostiek en behandeling wordt voor de huisartsenzorg niet gekozen voor inzet van VS / PA in het medische domein.

Dit LHV/NHG Standpunt schetst een situatie waarbij een deel van de praktijkverpleegkundigen een masteropleiding volgt tot (het beroep) verpleegkundig specialist (VS). Naar analogie van de kaderhuisartsen gaat de voorkeur uit naar de inzet van de masteropgeleide verpleegkundige als kaderverpleegkundige: voor kwaliteitsprojecten, organisatorische taken, advisering, coaching en supervisie, management taken, overstijgende taken in de ketenzorg etc. De VS is niet gericht op de behandeling van alledaagse, laagcomplexere aandoeningen en is ook niet gericht op een beperkte patiëntengroep maar is gericht op de dagelijkse zorg overstijgende taken (zie paragraaf 3.4). Enkel op basis van praktijk- of populatiekenmerken kunnen sommige praktijken er echter toch voor kiezen om VS in te zetten voor specifieke zorgtaken.

## 2. UITGANGSPUNTEN STANDPUNT ‘HET (ONDERSTEUNEND) TEAM IN DE HUISARTSENVORZIENING’

Het Standpunt heeft de volgende uitgangspunten, die in hoofdstuk 3 worden uitgewerkt.

**RANDVOORWAARDEN:** De onderstaande visie kan alleen worden gerealiseerd als er ook een blijvende financiële grondslag komt voor het opleiden en aanstellen van voldoende praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen. Zie hoofdstuk 4. Randvoorwaarden.

- 2.1. **Generalisme is een essentieel kenmerk van huisartsenzorg en betreft de competenties en attitude van de huisarts, de praktijkassistent en de praktijkverpleegkundige. Zie verder par. 3.1.**
- 2.2. **Huisarts, praktijkassistent en praktijkverpleegkundige vormen het kernteam van de huisartsenvoorziening.**
- 2.3. **De praktijkverpleegkundige heeft zorgtaken bij chronische aandoeningen, complexe zorgvragen, preventie, leefstijlbegeleiding en proactief populatiegericht werken. Zie verder par. 3.3.**
- 2.4. **Voor overstijgende taken kan de huisartsenvoorziening de verpleegkundig specialist inzetten. Zie verder par. 3.4.**
- 2.5. **Overgangperiode en doorgroeimogelijkheden POH naar PVH.**
- 2.6. **Lid van het team van de huisartsenpraktijk is ook de POH-GGZ. Zie verder par. 3.5.**
- 2.7. **Lid van het team van de huisartsenpost zijn ook de verpleegkundige ANW en de triage-assistent. Zie verder par. 3.7.**
- 2.8. **Voor niet-zorggebonden taken in de huisartsenvoorziening kan de praktijkmanager (manager huisartsenzorg) een rol vervullen. Zie verder par. 3.8.**
- 2.9. **Het delegeren vraagt om op de huisartsenzorg toegesneden opleidingen voor de teamleden. Zie verder par. 3.9.**
- 2.10. **De praktijkverpleegkundige werkt nauw samen met de thuiszorg, c.q. wijkverpleegkundige. Zie verder par. 3.10.**

### 3. UITWERKING VAN DE UITGANGSPUNTEN MET AANBEVELINGEN

#### 3.1. Generalisme is een essentieel kenmerk van huisartsenzorg en betreft de competenties en attitude van de huisarts, de praktijkassistent en praktijkverpleegkundige

De huisartsenvoorziening is toegankelijk voor alle gezondheidsvragen en -problemen. Generalistische huisartsenzorg is veelzijdig en complex. Het gaat om een orgaanoverstijgende benadering van de patiënt waarbij diens persoonlijke situatie en achtergrond mee in beschouwing worden genomen. Deze integrale benadering is te kenschetsen als 'het werken aan onderdelen met aandacht voor het geheel'.<sup>36</sup> Daarbij spelen de langdurige relatie tussen arts en patiënt en het waarborgen van continuïteit tijdens de levensloop een belangrijke rol. De brede toegankelijkheid voor het uitgebreide scala aan gezondheidsvragen, continuïteit van zorg en contextuele benadering maken dat de huisartsenzorg integrale en persoonlijke (horizontale) zorg kan bieden. De huisarts gaat in zijn werkwijze heen en weer tussen breedte en diepte, het subjectieve en objectieve, actie en reflectie.<sup>37</sup>

De generalistische werkwijze is een essentieel kenmerk van huisartsenzorg als voorziening en betreft daarom naast de huisarts óók de praktijkassistent en praktijkverpleegkundige. Weliswaar worden zorgtaken van de huisarts naar een nieuwe functie met andere expertise gedelegeerd, maar doordat deze functionaris meerdere zorgtaken kan verrichten blijft het generalisme gewaarborgd. Generalisme en adaptatie aan een veranderende zorgvraag vragen om zorgverleners die breed geschoold zijn en antwoord kunnen geven op zorgvragen die een uitgebreid gebied beslaan. Doordat één persoon voor meerdere zorgproblemen beschikbaar is, wordt voldaan aan een belangrijke randvoorwaarde voor persoonsgerichte, integrale, contextgerichte zorg en continuïteit. Door een brede basiskennis over gezondheid, aandoeningen en zorgverlening is de zorgverlener in staat om ook bij een gewijzigde zorgvraag een aangepast aanbod huisartsenzorg te leveren.

Uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid van zorg is het van belang om de verhouding tussen specialistische en generalistische zorg niet uit het oog te verliezen. Specialistische zorg vraagt een verticale, ziektegerichte benadering, waarbij de zorgverlener zich op één doelgroep of probleem richt. Specialistische en generalistische zorg zijn complementair, er dient een goede samenwerkingsrelatie en afstemming tussen beide te bestaan. Wanneer de aard van de aandoening het terrein van de generalistische zorgverlener overstijgt, wordt eerstelijns of tweedelijns specialistische zorg ingeschakeld. De generalistische zorgverlener houdt overzicht over de totale zorg. Dit neemt niet weg dat er tevens op een specifiek aandachtsgebied gewerkt kan worden.

#### Aanbevelingen voor de huisartsenvoorziening

- De huisartsenvoorziening heeft als uitgangspunt dat alle medewerkers van het kernteam een generalistische werkwijze hebben.

#### 3.2. Huisarts, praktijkassistent en praktijkverpleegkundige vormen het kernteam van de huisartsenvoorziening.

Om ervoor te zorgen dat huisartsenpraktijken daadwerkelijk toegankelijk blijven voor alle patiënten en een kwalitatief goed antwoord geven op de veranderende en groeiende zorgvraag, delegeren huisartsen zorgtaken, aan andere leden van het team van de huisartsenvoorziening. Binnen de huisartsenvoorziening zijn functies op drie niveaus te onderscheiden: de huisarts (academisch niveau), de praktijkverpleegkundige (hbo-niveau) en de praktijkassistent (mbo-niveau). Binnen de functies is een onderscheid te maken in zorggebonden en niet-zorggebonden taken. De zorggebonden taken hebben betrekking op de zorgverlening aan patiënten. Niet-zorggebonden taken hebben betrekking op het werk dat nodig is voor het (laten) functioneren van de gehele huisartsenvoorziening. Gezondheids- en zorgvragen van patiënten verschillen sterk in complexiteit: het kun-

nen enkelvoudige, laagcomplexe zorgvragen betreffen, maar ook intensieve, hoogcomplexe zorgvragen (zoals terminale zorg) en de hele range daartussen. De drie deskundigheidsniveaus in de huisartsenzorg kunnen hier samen antwoord op geven. Een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling is een randvoorwaarde voor verantwoorde zorg.<sup>38</sup>

Het kernteam van huisarts, praktijkassistent en praktijkverpleegkundige is gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitvoering van het basisaanbod (het aanbod dat elke huisartsenzorg biedt), aanvullend aanbod (het aanbod dat een huisartsenzorg biedt voor haar specifieke populatie) en eventueel bijzonder aanbod (aanbod dat niet gerekend mag worden tot de standaard huisartsenzorg maar op basis van extra expertise geboden kan worden). Het bijzonder aanbod overstijgt reguliere kwalificatie-eisen van het personeel. De huisarts en zo nodig de praktijkverpleegkundige of -assistent ontwikkelen hier de passende competenties bij, bijvoorbeeld door het volgen van een aanvullende, gecertificeerde opleiding.

De huisarts kan afhankelijk van de patiëntenpopulatie (relatief veel jongeren, ouderen, grote stedenproblematiek) en de morbiditeit personeel inzetten voor de zorg waaraan behoefte is. Verandering in de patiëntenpopulatie kan in de loop van de tijd een wijziging in de inzet van het personeel vragen.<sup>39</sup>

#### Aanbeveling voor de huisartsenzorg

- Elke huisartsenzorg heeft een kernteam van huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten. Samen geven zij antwoord op de voor hun praktijksituatie specifieke zorgvragen.

### 3.2.1. Huisarts en praktijkassistent<sup>40</sup>

Huisartsen zijn verantwoordelijk voor het bewaken van de essentiële kenmerken van de huisartsenzorg. Ook hebben zij de eindverantwoordelijkheid voor het totale aanbod van de huisartsenzorg. Zij dienen het werk in de huisartsenzorg zodanig in te richten dat het zorgaanbod op een kwalitatief verantwoorde wijze wordt uitgevoerd, en daarop toe te zien. Dit betekent dat de huisarts de algemene regie heeft over zorg die door de leden van het team wordt geboden.

Kern van huisartsgeneeskunde is generalisme en de huisarts is in principe beschikbaar voor alle gezondheidsvragen. Desalniettemin zijn er taken van de academisch opgeleide huisarts met drie jaar specialisatie verschoven naar hbo- of mbo-functies in de huisartsenzorg. Taakdelegatie stelt de huisarts in staat om de 'gewonnen' tijd te besteden aan reguliere patiëntenconsulten en complexe zorgverlening voor onder meer ouderen en patiënten met multimorbiditeit.

Expliciete taken van de huisarts zijn de vraagverheldering, diagnostiek en het op grond daarvan formuleren van het behandelingsbeleid en het in- en extern verwijzen. De zorggebonden taken van de huisarts zijn af te leiden van de kwalificatie-eisen zoals beschreven in de Eindtermen Huisartsopleiding. Vanuit het perspectief van generalisme en persoonsgerichte zorg dient de huisarts laagdrempelig toegankelijk te blijven voor gezondheidsvragen. Als gevolg van taakdelegatie zullen huisartsen patiënten met bepaalde aandoeningen of klachten minder zelf begeleiden. Inhoudelijk goed op de hoogte blijven van de zorgverlening bij deze aandoeningen, vraagt extra aandacht van de huisarts.

Huisartsen kunnen zich ontwikkelen tot kaderhuisartsen door middel van het volgen van één van de kaderopleidingen voor deelgebieden van huisartsenzorg. Daarmee dragen ze bij aan verdieping van de kennis van huisartsgeneeskunde op deelgebieden. Zij bieden op dit terrein consultatie aan collega-huisartsen. De eigen huisarts van de patiënt blijft daarbij de feitelijke zorg leveren.

De **praktijkassistent** verricht zorggebonden taken op drie terreinen<sup>41</sup>:

- De *zorgverlening* waarbij de assistent patiënten deskundig (telefonisch) advies en voorlichting geeft bij eenvoudige hulpvragen. De assistent voert eenvoudige medisch-technische, goed te protocolleren handelingen uit zoals wrattenbehandeling, oren uitspuiten, het geven van injecties en wondverzorging. Ook het maken van uitstrijkjes of tappen bij een enkeldistorsie.
- De *organisatie van de zorg* door praktijkvoering en planning. In de afgelopen jaren is het maken van af-

spraken steeds verder geprofessionaliseerd: van een 'inloopspreekuur met nummertjes' naar instroommanagement. De assistent heeft de taak om te bepalen welke soort contact op welke termijn nodig is en zorgt ervoor dat een patiënt op het juiste moment een afspraak krijgt bij de juiste persoon. Een goede regulering van de patiëntenstroom is noodzakelijk om de toegankelijkheid voor de totale populatie te waarborgen.

- *De organisatie van de praktijk*, waaronder de zorgadministratie.

Het vak praktijkassistente heeft zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld en kan nog verder professionaliseren. Eenvoudige, laagcomplexere aandoeningen die goed te protocolleren zijn, zoals keelpijn of diarree, kunnen onder supervisie van de huisarts als gedelegeerde taak uitstekend behandeld worden door de praktijkassistente. Het zou getuigen van 'omgekeerde substitutie' wanneer dergelijke klachten of aandoeningen overgedragen worden aan masteropleide verpleegkundigen.

De professionalisering van praktijkassistenten is in ontwikkeling. Dit proces heeft zowel een meerwaarde voor de huisartsenvoorziening (toename van de mogelijkheden van taakdelegatie) als voor de praktijkassistente. Haar functie krijgt meer verdieping en wordt gevarieerder. De professionalisering dient tot uiting te komen in de omschrijving van het deskundigheidsniveau, de opleidingseisen, het beroepsprofiel en de kwaliteitsnormen van de NVDA in samenwerking met NHG en LHV. Registratie via de Wet BIG vereist kwaliteitsbewaking door de eigen beroepsgroep. Ook dit draagt bij aan de professionalisering van het beroep.

Het dreigende tekort aan praktijkassistenten is een groot probleem voor de huisartsenvoorziening. Voor het aantrekken én het behoud van praktijkassistenten in de huisartsenpraktijk is een interessante, gevarieerde functie van belang. Doktersassistenten zijn onmisbaar voor de huisartsenvoorziening. De mogelijkheid tot door groei van beginnende naar ervaren praktijkassistenten met uitbreiding van gedelegeerde taken sluit aan bij het deskundigheidsniveau van praktijkassistenten en biedt groei- en carrièreperspectief.

#### **Aanbeveling voor de huisarts**

- De huisarts draagt goed afgrensbare, te protocolleren medische handelingen over aan praktijkassistent.

#### **Aanbeveling voor LHV en NHG**

- Een sterk, evenwichtig en kosteneffectief team in de huisartsenvoorziening heeft belang bij verdere professionalisering van de praktijkassistente. LHV en NHG zorgen samen met de beroepsorganisatie NVDA voor beschrijving van beroepsprofiel, deskundigheidsniveau en kwaliteitsnormen. De opleidingen zorgen samen met LHV, NHG en NVDA voor beschrijving van de opleidingseisen.

### **3.3. De praktijkverpleegkundige heeft zorgtaken bij chronische aandoeningen, complexe zorgvragen, preventie, leefstijlbegeleiding en proactief populatiegericht werken.**

#### **3.3.1. De generalistische praktijkverpleegkundige<sup>42,43</sup>**

De huisarts delegeert momenteel in toenemende mate, na de vraag te hebben verhelderd en zelf de diagnose te hebben gesteld, de geprotocolleerde monitoring, begeleiding, voorlichting en educatie bij specifieke groepen patiënten, in het bijzonder patiënten met **chronische aandoeningen** zoals diabetes mellitus of astma/COPD, aan de praktijkondersteuner (POH). Ook het cardiovasculaire risicomanagement wordt aan de POH gedelegeerd. De NHG-Standaarden bieden hierbij houvast. Mede door de komst van, inmiddels 3.000 praktijkondersteuners heeft de huisartsenzorg een grote ontwikkeling doorgemaakt: de kwaliteit van zorg voor enkele chronische aandoeningen is verbeterd, de organisatie van de chronische zorg is veranderd en taakdelegatie en -differentiatie zijn gemeengoed geworden.<sup>44,45</sup>

Naast geprotocolleerde zorgtaken is er behoefte aan het overdragen van méérdere zorgtaken aan één zorgverlener en daarmee aan dóórontwikkeling van de hbo-functie zoals die nu door de POH wordt ingevuld. Praktijkverpleegkundigen kunnen breder ingezet worden. Kijkend naar de aard van de zorgtaken, is er behoefte aan goede generalistische verpleegkundige zorg vanuit de huisartsenvoorziening.

De keuze voor verpleegkunde als basis wordt ingegeven door de basale competenties van een verpleegkundige. In algemene zin liggen de competenties op het terrein van zorgverlening, voorlichting, praktijkvoering, organisatie van het zorgproces, samenwerking, het hanteren van professionele rollen en de kwaliteitszorg. Een verpleegkundige heeft vier belangrijke taken: (1) het bevorderen van gezondheid, (2) het voorkomen van ziekten (3) het herstellen van gezondheid en (4) het verlichten van het lijden.

De verpleegkundige zorg bestrijkt een breed werkerterrein.<sup>46</sup> Dit komt tot uiting in de kerntaken die het beroepsprofiel opsomt (in willekeurige volgorde):

- observeren en signaleren;
- verzorgen (in complexe situaties)
- begeleiden;
- verpleegtechnisch handelen;
- informeren en adviseren;
- preventie en voorlichting geven;
- coördineren.

De verpleegkundige heeft als doel om 'de zorgvrager in staat te stellen optimaal te leven op een voor hem bevredigende wijze' en 'haar zorg [te] richt[en] op meerdere dimensies van het leven van de zorgvrager. De zorgverlening van de verpleegkundige is een aanvulling op en sluit aan bij de zorg die iemand in principe zelf verricht.'<sup>47</sup>

Tijdens de verpleegkundeopleiding wordt brede (generalistische) medische basiskennis opgedaan. Een verpleegkundige biedt zowel ondersteuning aan de arts (het uitvoeren van medische handelingen) als ondersteuning aan de patiënt. Na de medische diagnose en de behandelkeuze door de arts, stelt een verpleegkundige zo nodig een verpleegkundige diagnose.

Eén van de verpleegkundige kerngebieden is het begeleiden van patiënten bij het omgaan met (gediagnosticeerde) aandoeningen en beperkingen en het voorkomen van complicaties. Praktijkverpleegkundigen richten zich op de gevolgen van gezondheidsproblemen en<sup>48</sup>. werken met zorgplannen. Zeker bij de grote groep patiënten met **complexe zorgvragen** is hier behoefte aan. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen hebben in deze zorg ieder een eigen rol en zijn complementair.

Onder complexe zorg wordt verstaan de zorg voor het geheel van problemen met gezondheid, functioneren en welzijn als gevolg van een combinatie van:

- cognitieve beperkingen;
- functionele beperkingen en handicaps;
- multimorbiditeit en polyfarmacie;
- psychosociale problematiek;
- maatschappelijk isolement.

Bij deze complexe zorg staan de functionele beperkingen van een kwetsbare patiënt centraal, expliciet de oncologische patiënt. Méér dan om de diagnose gaat het om de kwaliteit van leven. Begeleiding van deze patiënten is door de complexiteit en door de wisselende combinaties van aandoeningen en beperkingen moeilijk te protocolleren. Dit vereist dan ook van de praktijkverpleegkundige dat zij in staat is protocoloverstijgend te denken en binnen de gestelde kaders autonoom te handelen. De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om functionaliteit en beperkingen te inventariseren en een zorgplan op te stellen in samenspraak met patiënt en andere zorgverleners. Bij de uitvoering van dit zorgplan speelt de praktijkverpleegkundige een belangrijke rol.

Bij deze patiëntengroep(en) verschuift de zorg van diseasemanagement (gericht op diagnose, behandeling en begeleiding van aandoeningen) naar casemanagement (complexe zorg gericht op functionaliteit en beperkin-

gen). Deze zorg vraagt van de verpleegkundige méér klinisch denken, vraagverheldering, inzet van observatie-instrumenten, probleemanalyse en een groter arsenaal aan ‘oplossingen’; de praktijkverpleegkundige als ‘patiëntondersteuner’, zeker in die situaties waarin de patiënt zelf de regie niet meer kan voeren. Wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn, kan de praktijkverpleegkundige een verbindende factor zijn in het waarborgen van een integrale aanpak en ketenzorg. Deze taken worden uitgevoerd in nauwe samenwerking met de huisarts die verantwoordelijk is voor het medische behandelplan.

Complexe zorg betreft vaak zorg aan ouderen met multimorbiditeit. De huisartsenvoorziening speelt een belangrijke rol in de zorg voor ouderen.<sup>49</sup> Zoals het NHG-Standpunt over ouderenzorg beschrijft, is naast behandeling ook proactief aandacht voor behoud van functionaliteit en zelfredzaamheid, voor vroegsignalering en integrale zorg en voor afspraken met andere partners over coördinatie in cure and care belangrijk.<sup>50</sup>

De praktijkverpleegkundige dient daartoe kennis te hebben van normale en pathologische veroudering, van veel-voorkomende ziektebeelden en problematiek bij ouderen als incontinentie, mobiliteitsverlies, vallen, voedingsproblematiek, cognitieve stoornissen, eenzaamheid, polyfarmacie en de risico's die genoemde problematiek met zich brengen. Het dagelijks functioneren van patiënt staat centraal. Om de functie van praktijkverpleegkundige in de huisartsenvoorziening adequaat te kunnen vervullen dient de basisopleiding verpleegkunde afgerond te worden met een differentiatie huisartsenzorg (paragraaf 3.8).

Naast de huidige geprotocolleerde zorg bij chronische aandoeningen en de bovengenoemde zorg voor (oude) patiënten met complexe of meervoudige problematiek, kan een breed opgeleide praktijkverpleegkundige ook taken op zich nemen die samenhangen met **preventie** vanuit de huisartsenvoorziening. De morbiditeit van de huidige bevolking is geleidelijk verschoven naar gezondheidsproblemen die samenhangen met individuele **leefstijl**factoren. Verbetering van conditie en preventie van (complicaties van) aandoeningen, vraagt om beïnvloeding van gedrag zoals roken, tekort aan bewegen of ongezonde voeding. Praktijkverpleegkundigen met expertise ten aanzien van gedragsbeïnvloeding en met expertise met betrekking tot gezondheidsvoorlichting (GVO) hebben méér dan huisartsen de mogelijkheid om leefstijl in samenhang met gezondheidsklachten te beïnvloeden. GVO maakt deel uit van de verpleegkundeopleidingen en behoort tot de competenties van verpleegkundigen.

De veranderende en toenemende zorgvraag vraagt om een meer **proactieve benadering** door de huisartsenpraktijk en om afstemming van het zorgaanbod op de specifieke **doelgroepen**.<sup>51</sup> Indien de huisartsenzorg steeds meer taken in deze richting op zich gaat nemen is daarbij een belangrijke taak voor de praktijkverpleegkundige weggelegd. Deze nieuwe benadering is afhankelijk van een aantal randvoorwaarden (zie het Voorwoord en hoofdstuk 4). Praktijkverpleegkundigen kunnen bijdragen aan het in kaart brengen en organiseren van een proactief aanbod. Ook kunnen zij patiënten ondersteunen bij hun streven naar autonomie, het maken van hun eigen keuzen en bij zelfmanagement (inclusief zelfmonitoring) van hun aandoeningen. Monitoring van kwetsbare ouderen is een voorbeeld van proactieve benadering waarvoor een praktijkverpleegkundige kan worden ingezet.

De gestructureerde zorg bij chronische aandoeningen en de meer proactieve benadering van specifieke doelgroepen zijn beide voorbeelden van een gewijzigde organisatie van het zorg(aanbod). De toegenomen behoefte aan inzet van praktijkverpleegkundigen hangt samen met deze wijziging in de organisatie.

Verpleegkunde is een brede, generalistische opleiding opleidend tot het beroep verpleegkundige met competenties waarmee op bovengenoemde uiteenlopende terreinen zorg kan worden verleend. Zowel de geprotocolleerde zorg bij enkelvoudige aandoeningen als de leefstijladvisering als de zorg bij complexe problematiek kan geboden worden. M.n. op het gebied van de care is het een generalistische functie waardoor patiënten met verschillende zorgvragen bij één zorgverlener terecht kunnen. Dit komt de persoonsgerichte zorg ten goede. Verpleegkundigen kijken net als huisartsen naar de patiënt in relatie tot zijn omgeving. Huisartsen-voorzieningen kunnen op basis van de specifieke populatie en de specifieke zorgvraag hun aanbod daarop afstemmen en de invulling van de praktijkverpleegkundige-functie variëren.



Zoals in de paragraaf 3.7.1 wordt beschreven, is er tijdens ANW-uren behoefte aan inzet van de praktijkverpleegkundige voor de laagcomplexere, enkelvoudige klachten en aandoeningen. De praktijkverpleegkundige huisartsenzorg kan deze zorgtaak vervullen; tijdens ANW-zorg en indien gewenst tijdens dagzorg. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er een onderscheid is tussen **alledaagse klachten** (bovenste LWI, UWI, etc.) en **ongedifferentieerde klachten** (buikpijn, duizeligheid, etc.). De zorg voor enkele alledaagse klachten kan eventueel door de huisarts gedelegeerd worden, voor de ongedifferentieerde klachten niet. Een specifieke masteropleiding leidend tot een aparte functie binnen de huisartsenzorg voornamelijk gericht op eenvoudige, alledaagse klachten (zoals in de experimenten met de huidige NPH en PA) lijkt niet geïndiceerd en leidt tot meerdere functies voor verschillende zorgtaken met het risico op fragmentatie. Het is onduidelijk of de zorg door de VS goedkoper of duurder wordt. Daartoe is het opstellen van een business case noodzakelijk. Dit standpunt kiest voor het onderbrengen van deze zorgtaak bij de praktijkverpleegkundige.

De functie praktijkverpleegkundige wordt door het brede takenpakket een interessante, afwisselende en uitdagende functie. Dit vergroot in tijden van schaarste de aantrekkingskracht van deze functie in de huisartsenzorg.

**Samengevat: In de huisartsenzorg is behoefte aan ontwikkeling van de huidige POH-functie naar een generalistische praktijkverpleegkundige. Taken op het brede terrein van chronische aandoeningen, complexe zorg en preventie (individueel en populatiegericht) kunnen door de praktijkverpleegkundige in de huisartsenvoorziening worden uitgevoerd. Het onderbrengen van verschillende taken in één functie doet recht aan het generalisme en is een randvoorwaarde voor de persoonsgerichte en contextuele benadering die huisartsenzorg kenmerkt.**

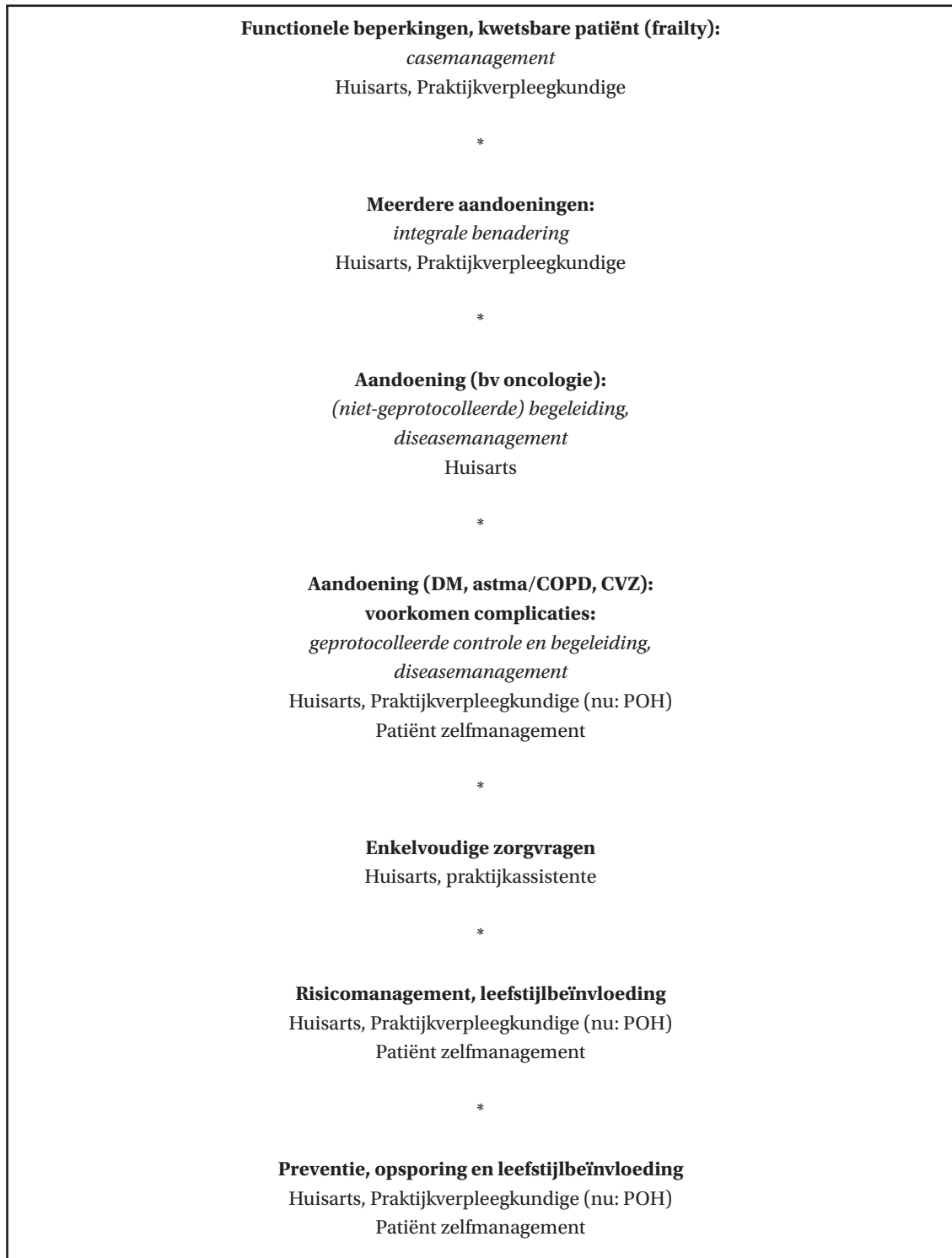
**Gelet op de veranderende en groeiende zorgvraag pleit de beroepsgroep in dit Standpunt voor breed opgeleide praktijkverpleegkundigen. Praktijkverpleegkundige is een BIG-geregistreerd beroep. De titelbescherming en beroepsregistratie volgens de wet BIG past bij een dergelijke functie die protocollorijstijgend werken met zich brengt.**

#### **Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening**

- De huisartsenvoorziening werkt met speciaal voor de huisartsenpraktijk opgeleide (generalistische) verpleegkundigen.
- De kerntaak van de praktijkverpleegkundige is het begeleiden en ondersteunen van patiënten met chronische aandoeningen, complexe zorgvragen en het bieden van preventieve zorg.

### **3.3.2. Consultatiemogelijkheden voor de praktijkverpleegkundige**

De praktijkverpleegkundige verwerft vakinhoudelijke kennis en vaardigheden benodigd voor de zorg voor specifieke patiëntengroepen door opleiding en deskundigheidsbevordering. Zij kan ook consultatie vragen binnen de eigen beroepsgroep bij een verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk (zie par. 3.4 hieronder) of bij een gespecialiseerde verpleegkundige, die door middel van aanvullende scholingen extra deskundigheid heeft verworven op een specifiek terrein, bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige, COPD-(long)verpleegkundige, reumaverpleegkundige, oncologieverpleegkundige, continetieverpleegkundige, wondverpleegkundige of stomaverpleegkundige.



Figuur 1. Rangschikking naar toenemende complexiteit:

**Gezondheidsproblemen/aandoeningen, aard van behandeling/begeleiding, zorgverleners**

### 3.4. Voor overstijgende taken kan de huisartsenvoorziening de verpleegkundig specialist inzetten.

In de afgelopen vijf jaar is er geëxperimenteerd met twee ondersteunende functies op hbo-masterniveau binnen de huisartsenvoorziening: de nurse practitioner huisartsenpraktijk (NP) en de physician assistant huisartsenpraktijk (PA).<sup>52</sup> De functietitel van nurse practitioner is door de overheid veranderd in de titel 'verpleegkundig specialist' (VS). Daarom spreekt dit standpunt verder over de VS. Voor een samenvatting van de functies, zie paragraaf 1.6.

De VS biedt verpleegkundige én medische zorg. Zij begeeft zich voornamelijk op de terreinen van ouderenzorg en de diagnostiek en behandeling van kleine kwalen. Een post-hbo-opleiding Master Advanced Nursing Practice Huisartsenzorg (MANP-H) na een initiële hbo-V-opleiding leidt hiertoe op.

De PA neemt taken over van de arts en levert medische zorg, waaronder het afnemen van anamnese, het verrichten lichamelijk onderzoek, het aanvragen aanvullend onderzoek, het stellen van de differentiaal diagnose en het opstellen en uitvoeren van een behandelplan. De PA krijgt tamelijk ongedifferentieerd patiënten toegewezen met uiteenlopende klachten. De PA bepaalt zelf welke klachten de eigen competentie overstijgen en alsnog door de huisarts gezien moeten worden. Formeel mag hij zelfstandig de diagnose stellen en medicijnen voorschrijven. Huisartsenpraktijken kunnen de PA eventueel inzetten op deelgebieden. De PA heeft een masteropleiding van tweeënhalf jaar gevolgd. De instroom bestaat uit hbo-verpleegkundigen en paramedici (fysiotherapeut, logopedist, diëtist e.a.) met ervaring in de gezondheidszorg.

Momenteel zijn er 132 VS, inclusief de VS in opleiding en 22 PA, werkzaam in huisartsenpraktijken en eerste lijns gezondheidscentra. Huisartsen hebben veelal voor deze functionarissen gekozen omdat er in hun gebied (tijdelijk) een huisartsentekort is, op basis van praktijkomvang, specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie, geografische kenmerken, specifieke deskundigheid en interesse van de huisarts zelf. Deze huisartsen zijn over het algemeen tevreden over de inzet van deze functies in hun praktijk.

Uit onderzoek met 12 NP in opleiding in 16 praktijken is gebleken dat ook patiënten over het algemeen tevreden zijn over onder andere de bejegening en de communicatie (Derckx 2009). De experimenten hebben laten zien dat delegeren van zorgtaken door huisartsen mogelijk is. Ten aanzien van het effect van het consult en de mate waarin NHG-standaarden werden opgevolgd zijn geen verschillen tussen de interventiegroep (NP) en referentiegroep (huisarts). In beide groepen werd de kwaliteit van zorg hoog gewaardeerd.

Een verpleegkundig specialist (VS) biedt verpleegkundige én medische zorg. Formeel volgens de Wet BIG is de VS een zorgverlener die actief is op één van de 5 deelgebieden: preventieve zorg bij somatische aandoeningen, acute zorg bij somatische aandoeningen, intensieve zorg bij somatische aandoeningen, chronische zorg bij somatische aandoeningen en geestelijke gezondheidszorg. Deze deelgebieden zijn passend bij taakoverdracht binnen de tweedelijns zorg waar de insteek specialistisch en dus niet generalistisch is. Verschillende VS die op deelgebieden huisartsenzorg leveren aan specifieke patiëntengroepen past niet binnen de visie op huisartsenzorg.

In dit Standpunt wordt **landelijk** beleid uitgestippeld voor het komende decennium en verder.

Daarbij wordt uitgegaan van benodigde competenties voor verpleegkundigen die werken vanuit een generalistisch huisartsenperspectief, waarbij de zorgvraag voorop staat. De keuze voor een praktijkverpleegkundige (bachelorniveau) is in de voorgaande paragraaf uitvoerig beschreven. Ook de keuze om meerdere zorgtaken bij één functie op hbo-niveau onder te brengen is beargumenteerd. Desalniettemin kan er in de huisartsenzorg wel degelijk ruimte zijn voor een masteropleide verpleegkundige (VS).

Er zijn een aantal zaken waarop de huisartsenvoorziening goed zal moeten letten bij het inzetten van praktijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten:

- De zorg voor patiënten dient zo min mogelijk te worden gefragmenteerd; patiënten dienen niet voor verschillende onderdelen van zorg naar verschillende zorgverleners in de huisartsenpraktijk te moeten.
- De toegankelijkheid van de huisarts moet gewaarborgd blijven.

- De zorg dient overzichtelijk te zijn georganiseerd en het aantal overdrachtsmomenten dient te worden geminimaliseerd wegens een grotere kans op fouten. Het instroommanagement dient niet te ingewikkeld te worden gemaakt.
- De taak- en verantwoordelijkheidsverdeling dient helder te zijn. Méér functies voor deelgebieden leidt al snel tot discussie over afbakening van taken en tot afstemming tussen verschillende functies.
- De 'overhead' voor de benodigde samenwerking - coördinatie, management - zal toenemen. De balans van investering en opbrengst moet in evenwicht blijven. Gezien de bezuinigingen en tekorten aan personeel op alle niveaus in de zorg moeten de krachten juist worden gebundeld en efficiëntie worden nagestreefd.

De huidige VS en PA worden voornamelijk ('aan de voordeur') ingezet voor de zorg bij alledaagse klachten. Delegeren van de zorg voor een aantal **laagcomplexen, enkelvoudige alledaagse klachten** maakt het mogelijk om méér tijd en aandacht van de academisch opgeleide huisarts te creëren voor de meer complexe zorg. Echter enkele van deze laagcomplexen, enkelvoudige klachten kunnen door de praktijkassistente worden opgevangen. Huisartsenpraktijken kunnen eventueel kiezen voor de inzet van een (bacheloropgeleide) praktijkverpleegkundige voor deze zorgtaak. Inzet van een masteropgeleide VS, zoals bij het experiment met de NP en PA, lijkt niet overal nodig. Dit zou betekenen dat de praktijken die (enkele) alledaagse klachten willen overdragen, hiervoor apart een VS moeten aanstellen terwijl voor andere (complexe) taken een (bachelor) praktijkverpleegkundige wordt ingezet. Mogelijk maakt dit de zorg duurder. Mogelijk maakt dit de zorg duurder.

Eenzijds creëert het delegeren van zorg voor laagcomplexen, enkelvoudige klachten ruimte voor de huisarts voor andere zorgtaken. Anderzijds moeten patiënten voor een breed scala aan klachten en aandoeningen laagdrempelig terecht kunnen bij de huisarts zelf. Dit heeft nadrukkelijk een meerwaarde. Vele contacten met patiënten met velerlei alledaagse klachten en aandoeningen leiden tot een snelle herkenning van een afwijkend en eventueel ernstig beloop. Wanneer jonge huisartsen (in opleiding) minder in aanraking komen met deze klachten, zal dat een handicap zijn om de specifieke generalistische deskundigheid en huisartsgeneeskundige attitude te ontwikkelen. Op termijn bestaat ook voor ervaren huisartsen het risico dat de specifieke huisartsgeneeskundige deskundigheid en attitude verschromelen.

Juist de generalistische deskundigheid van de huisarts maakt dat de patiënt voor verschillende klachten steeds dezelfde zorgverlener kan bezoeken. Hierdoor ontwikkelt en verdiept de relatie tussen huisarts en patiënt zich in de loop der tijd. Deze relatie maakt persoonsgerichte zorg mogelijk en geeft de huisarts zicht op de sociale en medische context van de patiënt.

Een belangrijke hoeksteen van de generalistische benaderingswijze is de diepte van de relatie met de patiënt als basis voor het begrijpen van lastig te duiden symptomen. Soms verricht de huisarts binnen die relatie veel verschillende laag-complexe taken om daarmee integrale actie op een hoger niveau op termijn mogelijk te maken.<sup>53</sup> Door het inzetten van functies voor of naast de huisarts (zoals bij de inzet van NP of PA) neemt de directe toegankelijkheid van de huisarts af. Dit Standpunt pleit daarom voor enige terughoudendheid bij het delegeren van de zorg voor alledaagse klachten

Ondanks dat klachten zich kunnen presenteren als alledaags dienen **ongedifferentieerde klachten** (bijvoorbeeld duizeligheid, moeheid of hoofdpijn) te worden onderscheiden van enkelvoudige, laagcomplexen, alledaagse klachten. Voor ongedifferentieerde klachten zijn vraagverheldering, diagnostiek en behandeling van de huisarts aangewezen. De zorg voor enkele alledaagse klachten kan eventueel door de huisarts gedelegeerd worden, de zorg voor de ongedifferentieerde klachten niet.

In de huisartsenzorg is het onwenselijk dat VS zelfstandig medische diagnoses stellen en geneesmiddelen voorschrijven. Wettelijk gezien mag een VS op basis van de Wet BIG zelfstandig werken op het medische terrein, maar om de verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk te houden blijft de huisarts verantwoordelijk voor de medische diagnostiek. Ook ten behoeve van helderheid naar patiënten over de taakverdeling wordt de scheiding tussen medische diagnostiek en behandeling door de huisarts en ondersteuning en begeleiding door verpleegkundigen gehandhaafd. Wanneer huisartsen op basis van een specifieke praktijksituatie of praktijk-

populatie er toch voor kiezen om een VS in te zetten voor diagnostiek en behandeling van alledaagse klachten, dan blijft de regie over de huisartsenzorg bij de huisarts maar heeft de VS op basis van de wet BIG een eigen professionele verantwoordelijkheid voor haar handelen. Deze professionele verantwoordelijkheid gaat verder dan die van een PVH.

Er lijkt weinig ruimte voor een VS voor behandeling van alledaagse klachten in de huisartsenpraktijk. Desalniettemin lijkt er wel ruimte voor masteropgeleide verpleegkundigen in de huisartsenzorg. Haar aanvullende expertise wordt daarbij ingezet voor brede en overstijgende taken zoals inhoudelijke coaching, opleiding en management, het uitvoeren van kwaliteitsprojecten (bijvoorbeeld in het kader van de NHG- Praktijkaccreditering), ketenzorgprojecten en consultatie voor collega-praktijkverpleegkundigen. VS dragen bij aan innovatie en kwaliteitsontwikkeling in de huisartsenzorg en aan verdieping van het vak praktijkverpleegkundige.<sup>54</sup> (Zie ook par. 3.9.) Zij functioneren naar analogie van de kaderhuisartsen. VS in de huisartsenzorg blijven óók taken als praktijkverpleegkundige uitvoeren.

Een verpleegkundig specialist is inzetbaar voor meerdere huisartsenpraktijken. Organisatorisch lijkt het niet haalbaar en ook niet zinvol dat elke huisartsenvoorziening een VS aanstelt. De keuze voor deze functie is aan de huisartsenvoorziening. Specifieke kennis die nodig is voor het uitvoeren van hoogwaardige verpleegkundige zorg kan waarschijnlijk beter op regionaal niveau georganiseerd worden. Een optie is om dergelijke expertise in te huren van een thuiszorgorganisatie of via zorggroepen. Wanneer een VS in meerdere praktijken werkt, zal dit de kruisbestuiving tussen kwaliteitsprojecten, tussen verpleegkundigen en tussen huisartsenpraktijken bevorderen. Ondanks bovenstaande kan een huisartsenpraktijk op basis van specifieke praktijkomstandigheden zoals een specifieke patiëntenpopulatie, besluiten om zelf een VS in dienst te nemen voor specifieke zorgtaken.

Goede afstemming en taakverdeling dient er te bestaan tussen de verpleegkundig specialist, en de praktijkmanager (zie verder par. 3.9) omdat ook de praktijkmanager een rol kan spelen bij kwaliteitsprojecten en coaching. Het is van belang dat de verpleegkundig specialist naast haar zorgoverstijgende taken, óók als praktijkverpleegkundige zorgtaken blijft vervullen.

Kortom: een deel van de praktijkverpleegkundigen kan na enkele jaren ervaring, een gerichte masteropleiding volgen. Het bestaan van een masteropleiding en masteropgeleide verpleegkundigen draagt bij aan verdieping en innovatie van het vak praktijkverpleegkundige. De inhoud van de huidige masteropleiding en de functies van de experimentele NP en PA verdienen echter aanpassing om te passen binnen de beschreven lijn. Er zal een schatting worden gemaakt van het aantal van deze masteropgeleide praktijkverpleegkundigen waaraan in de toekomst behoefte is. Carrière mogelijkheden voor de praktijkverpleegkundige zijn daarbij weliswaar aantrekkelijk, maar niet leidend. Dat is de combinatie van zorgvraag en zorgaanbod. Zie voor de opleiding par. 3.7.

#### **Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening**

- De huisartsenvoorziening kan een verpleegkundig specialist, inzetten voor organisatorische taken, inhoudelijke coaching, opleiding en management, kwaliteitsprojecten en overstijgende taken in de ketenzorg. De verpleegkundig specialist blijft daarnaast in de patiëntenzorg werkzaam als praktijkverpleegkundige.

### **3.5. Overgangsperiode en doorgroeimogelijkheden POH naar PVH**

Dit Standpunt schetst een toekomstperspectief waarbij de functie van POH zich ontwikkelt naar praktijkverpleegkundige. De bedrijfsopleiding POH gaat verdwijnen en wordt vervangen door instroom in de vernieuwde HBO-V opleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenzorg. Niet omdat huisartsen niet tevreden zijn over de functie POH maar juist omdat de beroepsgroep de deze functie verder wil ontwikkelen. De huidige opleiding dienst aangepast te worden aan de gewijzigde functie inhoud.

Zoals in par. 3.3 aangegeven, biedt de huidige POH geprotocolleerde zorg (begeleiding, monitoring, educatie, voorlichting) aan specifieke groepen patiënten - in het bijzonder patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus of COPD en cardiovasculair risicomanagement -, in nauwe samenwerking en afstemming met de huisarts. In de overgangperiode kunnen de huidige POH's de geprotocolleerde zorg voor chronische aandoeningen blijven uitvoeren en zij blijven daarmee lid van het team.

Via instroom in een verkorte HBO-V kunnen de POH's omgeschoold worden om de competenties van de praktijkverpleegkundige huisartsenzorg te verwerven. Dit geldt voor POH's met een doktersassistent én voor POH's met een verpleegkundige achtergrond. Hiermee worden zij op een breder zorgterrein inzetbaar. Indien zij hier niet voor kiezen, dan kunnen ze werkzaam blijven als POH-S voor de specifieke groep patiënten met een chronische aandoening maar kunnen niet ingezet worden voor de complexe zorgtaken van een praktijkverpleegkundige. Wanneer de praktijk waar zij werkzaam is, ook deze zorgtaak wil delegeren zal de praktijk hiervoor een aparte functionaris moeten aanstellen.

De competenties voor de meer complexe zorg worden namelijk niet in de huidige POH-opleiding opgedaan maar vooral tijdens de daaraan voorafgaande verpleegkunde opleiding.

Huidige praktijkassistenten die willen doorgroeien naar de functie van praktijkverpleegkundige wordt geadviseerd om de verkorte HBO-bacheloropleiding praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk te gaan volgen.<sup>55</sup> Zie verder par. 3.9.3.

De voortgaande professionalisering van de praktijkassistenten en verdere taakdelegatie naar haar maakt overigens een doorgroei in de eigen functie ook aantrekkelijker.

Doordat de POH-S bedrijfsopleiding verdwijnt en vervangen wordt door een opleiding praktijkverpleegkundige zal via natuurlijk verloop geleidelijk aan de huidige POH-S functie vervangen worden door een PV. De opleidingsduur voor een praktijkassistenten die instroomt in de vernieuwde HBO-V opleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenzorg zal naar verwachting nauwelijks langer zijn dan de 2 jaar die voor de huidige POH-opleiding staat.

De inhoud van de vernieuwde HBO-V opleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenzorg is in tegenstelling tot de huidige POH-S opleiding breder van opzet en niet beperkt tot geprotocolleerde zorg bij chronische aandoeningen. Momenteel verkrijgt de praktijkassistenten met de huidige POH opleiding een HBO-niveau. Met de vernieuwde HBO-V opleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenzorg verkrijgt de praktijkassistenten een HBO-diploma.

### **3.6. Lid van het team van de huisartsenpraktijk is ook de POH-GGZ**

Minstens 20% van de in de huisartsenpraktijk gepresenteerd klachten wordt (mede) veroorzaakt door psychische of psychosociale problemen. De presentatie van patiënt is meestal niet eenduidig. Huisartsen zijn bij uitstek de zorgverleners die merken hoe sterk psychische en somatische klachten met elkaar verweven zijn. Vooral bij lichamelijk onverklaarde klachten komt deze verwevenheid tot uiting. Diagnostiek, instellen van beleid en begeleiding van patiënten met GGZ-problematiek zijn (tijds)intensief.

De huisarts is verantwoordelijk voor de tot de huisartsenzorg behorende GGZ en dient zelf competenties te bezitten om de diagnostiek te doen, behandeling in te stellen en te bepalen wie de beste behandelaar is (huisarts, POH-GGZ, psycholoog, maatschappelijk werk, of tweedelijns GGZ).

Sinds 1 januari 2008 kunnen huisartsen beschikken over een praktijkondersteuner huisartsen geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). De POH-GGZ kan de huisarts werk uit handen nemen, waardoor de beschikbaarheid van huisartsen toeneemt. Het is een belangrijke keuze van de beroepsgroep om een POH-GGZ in het team onder te brengen en patiënten niet altijd te verwijzen naar een zorgverlener buiten de huisartsenvoorziening. Zo vinden de inhoudelijk positieve ervaringen die zijn opgedaan met een in de huisartsenpraktijk gedetacheerde SPV in de huisartsenzorg voortgang. Door positionering binnen de huisartsenvoorziening en aandacht voor

problemen op meerdere gebieden is integrale GGZ mogelijk. De POH-GGZ gaat uit van de gezonde kant c.q. kracht van de patiënt en betreft de context. Het aanbod is generalistisch: de POH-GGZ richt zich op een breed gebied van psychische of psychosociale problematiek bij verschillende leeftijdscategorieën. Het gaat om een uitgebreid scala aan klachten en aandoeningen.

De POH-GGZ verheldert de problematiek en hulpvraag, biedt steunende en/of oplossingsgerichte gesprekken, is alert op signalen van (ernstige) psychische decompensatie, en beheerst een aantal eerstelijns diagnostische instrumenten en vaardigheden. De door de POH-GGZ toegepaste interventies dienen zoveel mogelijk evidence based te zijn.<sup>56</sup> De POH-GGZ koppelt terug naar de huisarts, bij alarmsignalen schakelt hij direct de huisarts in. De POH-GGZ is goed bekend met het netwerk van GGZ-hulpverleners in het adherente gebied van de huisartsenpraktijk. Werk-/levenservaring is nodig om de functie goed te kunnen vervullen.

Voor patiënten die over matige of gebrekkige copingvaardigheden/aanpassingsstrategieën beschikken kan de POH-GGZ een langdurige laag frequente behandelrelatie bieden, cq. vertrouwenspersoon zijn, met als doel deze patiënten te ondersteunen bij psychosociale en maatschappelijke problemen. Dit is een typisch generalistische eerstelijns GGZ-taak. De formatie dient voldoende te zijn voor begeleiding van patiënten die een groot beroep doen op de huisarts voor psychische problematiek. Bij een beperkte formatie blokkeren langdurige behandelingen de toegang van nieuwe patiënten.

De huidige formatie POH-GGZ voorziet nauwelijks in een groeimogelijkheid voor nieuwe taken. Voor het casemanagement van chronische psychiatrische patiënten, m.n. psychiatrische patiënten die niet (meer) in tweedelijnszorg zijn en voor terugvalpreventie na bijvoorbeeld een doorgemaakte depressie is de formatie onvoldoende.

De meerwaarde van de POH-GGZ in de huisartsenvoorziening ligt in een laagdrempelige toegang naar de juiste zorgverlener bij psychische klachten. Patiënten die meer gespecialiseerde psychische hulp nodig hebben, worden tijdig verwezen voor geïndiceerde therapie bij een eerstelijnspsycholoog, een maatschappelijk werker, een SPV of een (eventueel gespecialiseerde) tweedelijns GGZ-instelling. Patiënten met lichte psychische klachten kunnen direct door de POH-GGZ begeleid worden. Interventies die hij hierbij kan toepassen zijn beschreven, zoals interventies die gebruik maken van technieken uit de cognitieve gedragstherapie.<sup>57</sup>

De taakomschrijving in het NHG-Standpunt over GGZ<sup>58</sup> geldt ook in de praktijk. De POH-GGZ vervult onder regie van de huisarts de volgende taken:

- probleemverheldering/inventarisatie;
- advisering aan de huisarts;
- behandeling
- begeleiding;
- casemanagement;
- processturing, mede op basis van kennis van het netwerk;
- liaisonfunctie naar de eerste en tweede lijn.

Het voorschrijven van medicijnen blijft voorbehouden aan de huisarts.

De POH-GGZ functie vereist dermate specifieke expertise dat deze niet te verenigen is met de andere taken in één functie op hbo-niveau. Vandaar de keuze voor de gespecialiseerde POH-GGZ binnen de huisartsenvoorziening. De naam van de functie praktijkondersteuner is mogelijk niet goed passend, maar een goede beschrijvende titel ontbreekt nog.<sup>60</sup>

Omdat in de huisartsenpraktijk klachten en diagnoses niet altijd scherp af te bakenen zijn, is het verschil tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg vaak diffuus. Het werkterrein van een praktijkverpleegkundige en een POH-GGZ kan daarom wel eens minder helder te onderscheiden zijn dan hier staat beschreven. Praktijkverpleegkundige en POH-GGZ zullen in de praktijk moeten ontdekken bij welke patiënten de een of de ander het best de zorg kan verlenen.

#### **Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening**

- Binnen de huisartsenvoorziening biedt de POH-GGZ de patiënt met psychische klachten hulp door de zorgvraag te verhelderen, behandeling te bieden, te geleiden naar een andere eerste- of tweedelijns zorgverlener en patiënten eventueel langdurig te begeleiden.

#### **Aanbeveling voor LHV en NHG**

- LHV en NHG monitoren de ontwikkeling van de relatief nieuwe POH-GGZ functie: taken, formatie en meerwaarde van de POH-GGZ

### **3.7. Lid van het team van de huisartsenpost zijn ook de verpleegkundige ANW en de triage-assistent**

#### **3.7.1. Verpleegkundige voor acute zorgvragen tijdens ANW-uren**

Huisartsenzorg is 7x24uurs zorg. Zorg op de huisartsenpost is dus onderdeel van huisartsenzorg. Er is een toename van **acute zorgvragen** tijdens ANW-uren die niet alle de deskundigheid van de huisarts behoeven. Het gaat hier om de niet-complexe, alledaagse klachten waarbij van een zekere protocollering sprake is. De huisarts binnen de grootschalige HAP-organisatie kan de zorg voor deze patiënten die voor een consult op de post komen (al dan niet als zelfverwijzer), delegeren aan een verpleegkundige. Het gaat om klachten zoals kleine verwondingen, verstuikte enkels, urineweg- en bovenste luchtweginfecties. Behandeling van deze acute zorgvragen buiten kantooruren vereist van een hbo-opgeleide functionaris expertise en zelfstandig handelen, onder supervisie van de huisarts. Huisartsen autoriseren de consulten, zijn beschikbaar voor consultatie en beoordelen zo nodig de patiënt zelf.

Een huisartsenpost kan momenteel voor deze taak een NPH of PAH inzetten, maar bij een adequate bacheloroopleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenzorg kan deze praktijkverpleegkundige dit werk doen tegen lagere kosten.

#### **Aanbeveling voor LHV en NHG**

- LHV en NHG werken in samenwerking met VHN de invulling van de functie van verpleegkundige voor acute zorgvragen tijdens ANW-uren verder uit.

#### **3.7.2. Triage-assistent**

Een belangrijke ondersteunende functie op de huisartsenpost wordt verricht door de triage-assistent. De telefonische beoordeling en eventuele afhandeling van zorgvragen (ruim 40% van alle contacten van een huisartsenpost), wordt door de haar gedaan. Deze functie, die een verbijzondering is van de huidige dagfunctie doktersassistent, kent een specifieke competentiebeschrijving, scholing en diploma. De taak van een assistent op de huisartsenpost bij de triage is van een hogere complexiteit dan het instroommanagement van de doktersassistent in de dagzorg. De competenties van de triage-assistent dienen daartoe toereikend te zijn. Huisartsen zijn direct beschikbaar voor consultatie en nemen zo nodig de triage van een moeilijk te beoordelen telefonische vraag over.



### **3.8. Voor niet-zorggebonden taken in de huisartsenzorg kan de praktijkmanager (manager Huisartsenzorg) een rol vervullen.**

Huisartsen besteden een aanzienlijk deel van hun tijd aan niet-zorggebonden taken, zoals ICT, personeelszaken, financiële zaken of praktijkorganisatie. Evenals de zorggebonden taken zijn de niet-zorggebonden taken van de huisarts ten aanzien van organisatie en praktijkvoering af te leiden van de kwalificatie-eisen zoals beschreven in de Eindtermen Huisartsopleiding. Met name taken op het gebied van operationeel management en facilitaire ondersteuning zijn deels of geheel te delegeren. Dat kan intern aan verschillende medewerkers (bijvoorbeeld administratief medewerker, systeembeheerder) of aan een praktijkmanager (in praktijk, HOED, Hagro of zorggroep). Taken kunnen ook extern aan een facilitaire organisatie worden uitbesteed. Hierdoor kan de beschikbare tijd voor patiëntenzorg toenemen. Strategisch management blijft een taak voor de huisarts zelf. Het heeft tot nu toe vooral ontbroken aan randvoorwaarden, die de functie van praktijkmanager kunnen verankeren in de eerste lijn.<sup>61,62</sup>

Een praktijkmanager (hbo-niveau), die werkt onder regie van de huisarts, faciliteert huisartsen om hun primaire taak optimaal te vervullen in een samenwerkingsverband. In de toekomstvisie wordt uitgegaan van huisartsenzorgvoorzieningen gericht op 10-15.000 patiënten. De praktijkmanager werkt samen met de huisarts(en) waarbij de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid bij de huisarts ligt en de randvoorwaardelijke en facilitaire kant bij de manager. Huisartsen kunnen niet-zorggebonden taken ook deels uitbesteden aan facilitaire organisaties.

Managers huisartsenzorg hebben een breed takenpakket in de huisartsenpraktijken c.q. gezondheidscentra.<sup>63</sup> Zij kunnen ook een belangrijke taak vervullen in coaching en kwaliteitstrajecten (praktijkaccreditering, verbeterplannen, innovatietrajecten). De huisartsenzorgvoorziening kan een aantal taken zoals eerder benoemd bij de verpleegkundig specialist, ook beleggen bij de praktijkmanager.

#### **Aanbeveling voor de huisartsenzorgvoorziening**

- De huisartsenzorgvoorziening kan niet-zorggebonden taken delegeren aan speciale medewerkers, zoals de manager huisartsenzorg.

### **3.9. Het delegeren en overdragen van taken vraagt om op de huisartsenzorg toegesneden opleidingen voor de teamleden.**

#### **3.9.1. Opleiding bachelor verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (initiële opleiding)**

Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, pleiten de beroepsverenigingen voor de overgang van praktijkondersteuners naar praktijkverpleegkundigen. Deze verschuiving wordt niet geïnitieerd omdat de praktijkondersteuners niet zouden voldoen, maar juist omdat zij succesvol zijn en met een praktijkverpleegkundige opleiding hun functie verder kunnen optimaliseren. Deze ontwikkeling zet zich voort door een uitbreiding van taken waarvoor een aansluitende opleiding nodig is:

- een brede medische basiskennis over fysiologie, pathologie en behandelingen;
- kennis over voorlichting en educatie (GVO);
- kennis over populatiegericht (wijkgebonden) werken;
- kennis, vaardigheden en attitude met betrekking tot het begeleiden en behandelen van beperkingen en gevolgen van aandoeningen, waaronder het kunnen opstellen en uitvoeren van een zorgplan en casemanagement.

De al opgezette opleiding Bachelor of Nursing Huisartsenzorg krijgt een herstart. Dit betreft een bacheloropleiding hbo-V waarbij men in het vierde jaar kan kiezen voor een differentiatie tot bachelor of nursing Huisartsenzorg ofwel: (huisarts-) praktijkverpleegkundige. Vooral het verrichten van taken in de complexe ouderenzorg

vraagt om rijpheid en levenservaring. Vaak zullen praktijkverpleegkundigen die direct na de opleiding in de praktijk komen, eerst een aantal jaren werkervaring nodig hebben voor ze die taken zelfstandig op zich kunnen nemen.

De keuze voor een verpleegkunde opleiding is gebaseerd op de gedachte dat deze hogere beroepsopleiding breed opleidt tot een generalistische functie. De opleiding biedt medisch- inhoudelijke vakken als anatomie, fysiologie en biedt een basis in sociale vakken, gezondheidsleer, medische theorie. Door deze brede basis kan een verpleegkundige op een breed terrein werkzaam zijn. Na de opleiding werken verpleegkundigen in uiteenlopende functies en organisaties: ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg (wijkverpleegkundigen), consultatiebureaus, psychiatrie (SPV) en andere. De brede opleiding van verpleegkunde sluit goed aan bij de brede, generalistische zorgvraag van de huisartsenzorg. Voor de praktijkverpleegkundige huisartsenzorg dient het laatste jaar van de verpleegkunde opleiding een differentiatie huisartsenzorg te bevatten zodat de functie toegesneden is op de praktijk.

#### **Aanbeveling voor LHV en NHG**

- LHV en NHG brengen samen met de hogescholen en het veld de benodigde competenties voor de praktijkverpleegkundige in de huisartsenzorg in kaart en stimuleren de hogescholen om de opleidingen daarop toe te snijden. LHV en NHG zetten zich samen met de HBO opleidingen, HBO raad en de huisartsenopleidingen in voor een goede opleiding voor praktijkverpleegkundigen.<sup>64</sup>

### **3.9.2. Opleiding verpleegkundig specialist in de huisartsenzorg (Master of Advanced Nursing Practice: MANP)**

Het heeft de voorkeur de huidige opleiding MANP op een enigszins andere wijze in te richten dan nu het geval is. De zorg voor patiënten met alledaagse klachten kan (desgewenst) aan de praktijkverpleegkundige worden gedelegeerd; de hierop gerichte modules kunnen dus uit het curriculum MANP verdwijnen. De mastersopleiding richt zich op zorgoverstijgende taken en verdieping.

#### **Aanbeveling voor LHV en NHG**

- LHV en NHG geven samen met de hogescholen verder vorm aan de opleiding van verpleegkundige specialist in de huisartsenzorg.

### **3.9.3. Opleiding praktijkassistent**

Weliswaar is de opleiding tot praktijkassistent een MBO-opleiding maar men kan op verschillende wijzen opgeleid worden. Er zijn voltijd of deeltijd studies mogelijk. De opleiding wordt via de ROC's aangeboden maar ook bestaan er particuliere en zelfs schriftelijke opleidingen. De opleidingstrajecten lopen uiteen en lang niet altijd is een opleiding niveau 4 gevolgd.

Het profiel van de praktijkassistent is de afgelopen jaren zwaarder geworden met méér verantwoordelijkheden. De verdere professionalisering met betrekking tot instroommanagement, gedelegeerde medische handelingen en gedelegeerde taken bij eenvoudige, laagcomplexe aandoeningen, dient tot uiting te komen in (de ontwikkeling van) de opleiding. Ten behoeve van eventuele doorstroming naar een hbo-opleiding dient goede afstemming met de hbo-V-opleiding te bestaan ten behoeve van studieduurverkorting en het maximaal benutten van de opleidingskennis.

Vanuit opleidingsperspectief bezien is het erg belangrijk dat mbo-opgeleide doktersassistenten kunnen doorstromen naar de (toekomstige) hbo-opleiding praktijkverpleegkundige met studieduurverkorting. Dit zal niet alleen aan studenten perspectief bieden, maar ook zittend personeel in de huisartsenpraktijk. Alle relevante

opleidingen, zoals mbo-verpleegkundige, mbo-doktersassistent, hbo-V, etc. moeten goed op elkaar worden afgestemd, zodat maximale benutting mogelijk is. Dit zal mede de wens tot professionalisering en imagoverbetering ondersteunen.

Het is eveneens erg belangrijk dat de doktersassistent na/in de reguliere mbo-opleiding desgewenst meteen kan studeren voor triage-assistent (specifiek voor de huisartsenpost). Dit zou bijvoorbeeld kunnen in de vorm van een differentiatie of verlenging van de opleiding doktersassistent.

### 3.9.4. Overgangssituatie opleiding praktijkondersteuner

Om naar de situatie van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenvoorziening toe te werken, zijn wijzigingen in de opleiding nodig. Momenteel zijn er een aantal mogelijkheden om POH te worden (zie ook het overzicht aan het eind van deze paragraaf):

- Mbo-verpleegkundigen (kwalificatieniveau 4), hbo-verpleegkundigen (kwalificatieniveau 5) en doktersassistenten (kwalificatieniveau 4) kunnen praktijkondersteuner (kwalificatieniveau 5) worden door het volgen van de beroepsopleiding/bedrijfsopleiding tot praktijkondersteuner. Voor mbo-verpleegkundigen en doktersassistenten duurt deze opleiding gemiddeld 2 jaar en voor hbo-verpleegkundigen 1 jaar.<sup>65</sup>
- Daarnaast bestaat de mogelijkheid praktijkondersteuner te worden na het afronden van de initiële hbo-V-opleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenzorg (Bachelor of Nursing Huisartsenzorg).

In Nederland is *verpleegkundige* een wettelijk beschermde beroepstitel die alleen mag worden gebruikt door mensen die hiertoe een erkende opleiding hebben genoten. Verpleegkundigen zijn geregistreerd in het BIG-register. De beroepsopleiding tot praktijkondersteuner huisartsenzorg is geen erkende verpleegkundige opleiding, waardoor zij de beroepstitel verpleegkundige niet mogen gebruiken.<sup>66</sup>

Om toe te werken naar de titel en functie van praktijkverpleegkundige zullen praktijkondersteuners met een doktersassistente achtergrond, als ze dat willen, een omscholing tot praktijkverpleegkundige moeten volgen middels een verkorte hbo-verpleegkunde.

Voor POH met een verpleegkunde achtergrond kan het, afhankelijk van de ervaring als verpleegkundige, noodzakelijk zijn om een aanvullende scholing gericht op casemanagement voor complexe (ouderen)zorg te volgen. Uitgangspunt is dat de praktijkverpleegkundige generalistisch werkt en voor meerdere verschillende zorgtaken (chronische aandoeningen, complexe zorg, preventie) beschikbaar is.

De beroepsgroep zal een overgangsregeling vormgeven voor de praktijkondersteuners. Onderdeel van de overgangssituatie is dat op een nader te bepalen moment wordt gestopt met de huidige bedrijfsopleidingen. Deze dienen omgezet te worden in een erkende hbo-opleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenpraktijk die toegankelijk is voor mbo-/ hbo-verpleegkundigen en doktersassistenten.

#### Aanbeveling voor LHV en NHG

- LHV en NHG maken zich met de organisaties voor doktersassistenten en praktijkondersteuners sterk voor een goede overgangsregeling voor de POH.

### 3.9.5. Opleiding POH-GGZ

Momenteel heeft de POH-GGZ minimaal een afgeronde hbo-opleiding (hbo-v, hbo-maatschappelijk werk, hbo-psychologie) en een post-hbo specialisatie tot POH-GGZ.<sup>67</sup>

Er bestaat een competentieprofiel. Dit moet nog worden aangevuld met eindtermen voor de opleiding. Dat zal de benodigde uniformiteit geven. In de huidige praktijk loopt de opleidingsduur van de post-hbo opleiding uiteen van enkele dagen of weken tot een heel jaar. Er bestaat een verkorte variant voor SPV-ers.<sup>68</sup>

De opleiding moet aan een aantal eisen voldoen:

- De opleiding moet de POH-GGZ leren om breed te kijken; de brede, generalistische blik in de huisartsenzorg is fundamenteel anders dan in de tweede lijn.
- De opleiding moet de POH-GGZ opleiden voor het gehele takenpakket, zie par. 3.6.

- Kennis van de psychiatrie is essentieel, maar ook van de brede sociale context. De post-hbo opleiding dient dus rekening te houden met de achtergrond van de deelnemer. Het hbo-MW biedt weinig kennis van de psychiatrie; de hbo-V te weinig op de brede sociale context.
- De modules richten zich op cliëntgebonden taken, organisatiegebonden taken en beroepsgebonden taken.

De voorkeur heeft een uniforme post-hbo-opleiding voor POH-GGZ, met een modulaire opbouw, afgestemd op de individuele student. Of een hbo-opleiding GGZ met differentiatie huisartsenzorg in de toekomst tot de mogelijkheden behoort, is niet duidelijk.

#### **Aanbeveling voor LHV en NHG**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• LHV en NHG geven samen met de hogescholen een voor de huisartsenpraktijk passende opleiding voor de POH-GGZ vorm. Samen met andere betrokken partijen zullen zij een opleidingsplan realiseren.</li> </ul> |
|---|

### **3.9.6. Opleiding voor acute zorgvragen tijdens ANW-uren**

#### **Verpleegkundige**

De praktijkverpleegkundige in de dagzorg en de verpleegkundige tijdens ANW hebben verschillende aandachtsgebieden. Desalniettemin is de basis voor beide functies verpleegkunde en zorg vanuit de huisarts-geneeskundige voorziening. De opleiding van beide functies is daarom hetzelfde: een (bachelor) opleiding verpleegkunde met differentiatie huisartsenzorg. De verpleegkundige voor de huisartspost dient na haar initiële opleiding een SEH-stage te volgen. Zij dient tevens de huisartsenzorg overdag te kennen, eventueel via stages. Dit geldt ook voor een eventuele SEH-verpleegkundige die ingezet wordt op de huisartsenpost; zij dient de epidemiologie van huisartsengeneeskunde te kennen.

Kennis en ervaring met behandeling van laagcomplexere alledaagse klachten en aandoeningen is voor de praktijkverpleegkundige vooral voor de ANW-zorg gewenst. Het bezitten van deze competenties maakt het mogelijk voor huisartsenvoorzieningen die dit wensen om de praktijkverpleegkundige ook overdag voor deze consulten in te zetten. Kanttekening daarbij is dat de brede beschikbaarheid van de generalistisch werkende huisarts niet in het gedrang moet komen.

#### **Triage-assistent**

Triage-assistent op de huisartsenpost vereist specifieke deskundigheid waarvoor óf tijdens de opleiding doktersassistente een differentiatie mogelijkheid moet zijn óf een aansluitende, aanvullende opleiding geboden moet worden.<sup>69</sup>

#### **Aanbeveling voor LHV en NHG**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• LHV en NHG geven samen met VHN en de hogescholen een voor de huisartsenposten passende differentiatiemogelijkheid voor de verpleegkundige ANW en de triage-assistent vorm.</li> </ul> |
|--|

### **3.9.7. Opleiding praktijkmanager huisartsenzorg, en randvoorwaarden**

De competenties en eindtermen voor de opleiding praktijkmanager zijn geformuleerd. Opleidingen zijn met meer en minder succes van start gegaan.<sup>70</sup> Tot op heden wordt de functie ingevuld door zeer verscheiden geschoolde managers.

#### **Aanbeveling voor LHV en NHG**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• LHV en NHG onderschrijven de toegevoegde waarde manager huisartsenzorg en geven samen met de hogescholen en het Landelijk Netwerk Eerstelijns managers vorm aan een opleiding tot manager huisartsenzorg.</li> </ul> |
|---|

### 3.9.8. Afstemming met de huisartsopleiding

Bij het vorm geven aan een bachelor- en masteropleiding voor praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk is een goede afstemming met de huisartsopleiding belangrijk, zowel inhoudelijk als organisatorisch. Samenwerking gaat niet vanzelf maar vraagt van alle partijen inbreng. Samenwerking leert men niet na een te sterk monodisciplinair-gerichte medische opleiding. De huisartsenopleiding en het universitaire geneeskundeonderwijs enerzijds en de hogescholen anderzijds zullen samenwerking moeten zoeken ten behoeve van afstemming over de functieomschrijving en om studenten van beide opleidingen voldoende bagage en ervaring mee te geven voor samenwerking met elkaar.

Het NHG voelt zich medeverantwoordelijk om de functie-inhoud van de (opleiding van de) praktijkverpleegkundige, zo goed als van de praktijkassistent, aan te laten sluiten bij de inhoud van de huisartsopleiding en het huisartsenvak. Dit kan onder andere door een goede afstemming op de NHG-Standaarden.<sup>71</sup>

### 3.9.9. Samenvatting: schematisch overzicht opleidingen

**Tabel 1a: Huidige situatie 2010: POH-S**

Initiële Opleiding	Vervolg-opleiding	Functie
MBO (niveau 4) Doktersassistente <sup>72</sup> 3 jaar	Bedrijfsopleiding tot Praktijkondersteuner HBO-niveau 2 jaar	Praktijkondersteuner Geen BIG-registratie
MBO (niveau 4) MBO-Verpleegkundige 4 jaar	Bedrijfsopleiding tot Praktijkondersteuner HBO-niveau 2 jaar	Praktijkondersteuner BIG registratie (verpleegkundige)
HBO (niveau 5) HBO-Verpleegkundige 4 jaar	Bedrijfsopleiding tot Praktijkondersteuner HBO-niveau 1 jaar	

**Tabel 1b: Huidige situatie 2010: POH-GGZ**

Initiële opleiding	Vervolg-opleiding	Functie
HBO-V SPV	Post-HBO POH-GGZ*	POH-GGZ BIG-registratie (verpleegkundige)
HBO- SPW HBO-MW	Post HBO POH-GGZ*	POH-GGZ Geen BIG registratie

**Tabel 1c: Overgangssituatie: Praktijkverpleegkundige en POH-S**

Initiële opleiding	Vervolgopleiding	Functie
HBO-V + POH-bedrijfsopleiding + ervaring in huisartsenzorg	Vernieuwde HBO-V opleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenzorg Verkort traject	Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg
Doktersassistent-opleiding + POH-bedrijfsopleiding + ervaring in huisartsenzorg	Vernieuwde HBO-V opleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenzorg Verkort traject	
Doktersassistent-opleiding + POH- bedrijfsopleiding	--	POH-S

**Toelichting:**

- De huidige opleiding Bachelor for Nursing dient aangepast / vernieuwd te worden op basis van de voor Praktijkverpleegkundigen huisartsenzorg gewenste competenties.
- De opleiding POH komt hierdoor te vervallen.
- Verkort traject: de vernieuwde verkorte opleiding Bachelor of Nursing Huisartsenzorg voor verpleegkundigen die al een hbo-V-opleiding gehad hebben, krijgt een andere inhoud dan de vernieuwde verkorte Bachelor of Nursing Huisartsenzorg voor doktersassistenten en MBO verpleegkundigen. 4e (laatste) jaar van de initiële opleiding.
- Zij worden geen PV en zijn daarmee niet bevoegd tot het uitvoeren van complexe zorg/ouderenzorg.

**Tabel 1d: Toekomstige Situatie Praktijkverpleegkundige**

Initiële opleiding	Vervolgopleiding	Functie	Specialisatie	Functie
Bachelor of Nursing Huisartsenzorg (niveau 5) 4 jaar	--	<b>Praktijk Verpleegkundige</b> Huisartsenzorg  BIG geregistreerd (art 3)	Masters Advanced Nursing Practice	<b>Verpleegkundig specialist</b> Huisartsenzorg  BIG geregistreerd (art 14)
Doktersassistent-opleiding MBO (niveau 4) 3 jaar	Initiële opleiding Bachelor of Nursing Huisartsenzorg (niveau 5) verkort traject (2 jaar) Initiële opleiding			
Verpleegkundige-MBO (niveau 4) 4 jaar	Bachelor of Nursing Huisartsenzorg (niveau 5) verkort traject (2 jaar)			

### 3.10. De praktijkverpleegkundige werkt nauw samen met de wijkverpleegkundige.

De wijkverpleegkundige is de hbo-opgeleide verpleegkundige (niveau 5), werkzaam bij patiënten thuis, in de wijk, met een breed takenpakket: 'een generalistische blik achter de voordeur'<sup>73</sup>. Het bij patiënten thuis werken is onderscheidend van andere hbo-opgeleide functionarissen in de eerste lijn. Soms is zij bijna niet in beeld in de zorg voor een patiënt, soms als enige, zeker in de terminale zorg. In een samenhangende, wijkgebonden eerstelijnszorg zijn huisarts, praktijkverpleegkundige (in de huisartsenpraktijk) en wijkverpleegkundige (bij patiënten thuis) complementair aan elkaar en samen verantwoordelijk voor een continuüm in de zorg.<sup>74,75</sup> Hun taakafbakening zal worden bepaald door de lokale omstandigheden en de wet- en regelgeving. Overigens kan ook de praktijkverpleegkundige in sommige gevallen bij mensen thuis langs gaan om gedelegeerde huisartsge-neeskundige zorg te verlenen.

In de complexe zorg werken huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige samen in het kader van een in onderling overleg opgestelde integraal zorgplan, waarin zij allen hun onderscheiden taken hebben. Een verschil is dat de praktijkverpleegkundige voor de totale populatie van de huisartsenvoorziening werkt, terwijl voor de wijkverpleegkundige hulp een indicatie moet worden gesteld. Zij komt pas in beeld als deze indicatie is afgegeven of naar verwachting binnen twee weken wordt afgegeven. Zij heeft dus alleen zicht op de patiënt die daadwerkelijk op indicatie in zorg komt. De praktijkverpleegkundige heeft zicht op de totale populatie van de huisarts en is dus ook in staat om preventieve interventies te plegen. De wijkverpleegkundige heeft meestal de differentiatie Maatschappelijke gezondheidszorg binnen de hbo-V gevolgd. Dit is een brede opleiding die de hbo-v studenten voorbereidt voor een generalistische taak in de wijk. De wijkverpleegkundige bekijkt de vraagstukken in een breed perspectief, biedt meerwaarde op het brede maatschappelijke denken, het werken vanuit het hele cliëntsysteem, een verantwoordelijkheid die ze bij de uitoefening van haar vak alleen moet dragen. Wijkverpleegkundigen vervullen in hun functie vijf rollen: die van zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar.

Wijkverpleegkundigen werken momenteel voornamelijk vanuit grootschalige thuiszorgorganisaties. In de meeste daarvan heeft vergaande specialisatie en differentiatie plaatsgevonden waardoor er geen vaste samenwerkingsrelatie meer bestaat tussen wijkverpleegkundige en huisarts, zoals dat vroeger wel het geval was. Door die functiedifferentiatie en specialisatie hebben patiënten (cliënten) met meerdere zorgverleners te maken. Een generalistisch werkende wijkverpleegkundige die regelmatig bij de cliënt thuis komt voor meerdere zorgtaken, ziet en hoort echter meer, en kent de cliënt beter dan verschillende gespecialiseerde verpleegkundigen en verzorgenden die de cliënt alleen maar af en toe zien. Een wijkverpleegkundige is prima in staat om eenvoudiger taken te delegeren aan verzorgenden met een lager deskundigheidsniveau, maar ook voldoende zorgtaken zelf uit te voeren om continuïteit in het contact met cliënt te behouden.

In de huidige discussie rond de wijkverpleegkundige komt de as huisarts-wijkverpleegkundige steeds ter sprake. Deze as is de afgelopen jaren om allerlei redenen afgebrokkeld en maatschappelijk is een zoektocht gaande om hem weer te herstellen. De generalistische rol van de wijkverpleegkundige is de kern van de heden ten dage zo sterk gevoelde behoefte de wijkverpleegkundige functie niet verloren te laten gaan. Er is een dringende vraag van zowel patiënten als wijkverpleegkundigen en huisartsen om meer wijkgebonden, patiëntgerichte en generalistische zorg. De wijkverpleegkundige en huisarts worden daarmee opnieuw gelijkgericht in hun aanbod.

In het algemeen zal het niet wenselijk zijn om de wijkverpleegkundige in het team van de huisartsenvoorziening op te nemen. Belangrijke argumentatie daarvoor is dat in de thuiszorg taakdelegatie plaatsvindt aan ziekenverzorgenden. De aansturing gebeurt door wijkverpleegkundigen. Ziekenverzorgenden zijn in dienst van thuiszorgorganisaties en het lijkt verstandig om dat ook zo te houden. De inbedding van wijkverpleegkundigen in een thuiszorgorganisatie samen met ziekenverzorgenden, met collega wijkverpleegkundigen en met gespecialiseerde verpleegkundigen (DM, wondverzorging e.a.) lijkt van meerwaarde voor de professionaliteit en ontwikkeling van wijkverpleegkundigen. Veel huisartsen ambiëren, tot slot, niet nóg meer werkgeverschap.

Het is voorstelbaar én wenselijk dat de ontwikkeling terug naar een generalistische wijkverpleegkundige met nauwe, vaste samenwerking met een huisarts, zich doorzet. Bij het bereiken van die situatie gaat er m.n. in de complexe (ouderen) zorg overlap ontstaan met de PVH en dan kan een integratie van functies wenselijk zijn. Er zijn experimenten in het land gaande waarin de functie wijkverpleegkundige en praktijkverpleegkundige in één persoon worden verenigd. Op dit moment is het nog te vroeg om hierop vooruit te lopen. Voor de opleiding tot PVH bestaat de gedachte om minder specifiek op te leiden tot PVH maar breder tot 'eerstelijnsverpleegkundige' waaronder ook de wijkverpleegkundige valt. Voor de student biedt dit een breder toekomstperspectief en voor de professional biedt het de mogelijkheid om tijdens de beroeps carrière te switchen. Door deze gezamenlijke opleiding wordt de ontwikkeling naar een eventuele integratie van de functie bevorderd.

#### **Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening**

- Huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige maken afspraken over de verdeling van taken en afstemming van zorg voor hun patiëntenpopulatie.



## 4. RANDVOORWAARDEN

De in dit NHG-Standpunt geformuleerde uitgangspunten voor het (ondersteunend) team in de huisartsenzorg zijn alleen te realiseren als aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. In dit laatste hoofdstuk worden deze kort beschreven.

In de Toelichting aan het begin van dit Standpunt is hierover een kader opgenomen.

### **Implementatie en randvoorwaarden**

Dit Standpunt geeft de visie weer en geeft richting aan de ontwikkeling. Het Standpunt is geen norm waar de beroepsgroep zich aan moet houden. Het kan pas de norm worden als er daadwerkelijk aan de gestelde randvoorwaarden wordt voldaan en het veld zich hierin herkent.

Dit Standpunt wijkt op een aantal punten af van de huidige situatie in de huisartsenzorg. Met de visie die NHG en LHV voor ogen hebben en die hier uiteengezet wordt, streeft de beroepsgroep naar een vorm waarin de huisartsenzorg een kwalitatief hoogwaardig antwoord geeft op de veranderende en groeiende zorgvraag.

Om de veranderingen die in het Standpunt beschreven worden in de huisartsenzorg mogelijk te maken, is een door NHG en LHV op te stellen implementatieplan, inclusief een tijdsplanning/fasering en prioriteiten essentieel.

De belangrijkste randvoorwaarden zijn:

- adequate financiering van de huisartsenzorg om de plannen te kunnen realiseren;
- beschikbaarheid van voldoende personeel;
- een opleiding tot generalistisch werkende verpleegkundige in de huisartsenpraktijk;
- een overgangsregeling voor huidige praktijkondersteuners die als praktijkverpleegkundigen willen werken.

### **4.1. Blijvende financiële grondslag en andere randvoorwaarden voor voldoende ondersteunend personeel**

De in dit Standpunt geformuleerde visie kan alleen goed worden gerealiseerd als er een blijvende financiële grondslag komt voor het opleiden en aanstellen van voldoende praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen.

#### **4.1.1. Praktijkassistenten**

In de huidige tarieven voor huisartsenzorg is (slechts) een formatie van circa 1,0 fte praktijkassistent opgenomen. Hoeveel fte assistentie kan worden ingezet, is echter afhankelijk van de inschaling van de praktijkassistent. Bij hoger ingeschaalde assistenten kan op basis van de huidige vergoedingen waarschijnlijk minder dan 1,0 fte worden ingezet. Een verhouding huisarts-praktijkassistent in een normpraktijk van 1:1,6 is echter nadrukkelijk gewenst. Redenen voor de noodzaak tot uitbreiding van de formatie praktijkassistent zijn:

- professionele triage en instroommanagement;
- toegenomen aantal telefonische contacten;
- eisen aan (continue) bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk;
- taakdelegatie van geprotocolleerde medische handelingen;
- advisering bij ongecompliceerde kleine kwalen door de praktijkassistent.

Sinds 2008 werkt de LHV samen met partner (beroeps-)organisaties aan het vergroten van het aantal praktijkassistenten om het huidige tekort terug te dringen en toekomstig tekort zo veel mogelijk te voorkomen. Met het doel om meer doktersassistenten op te leiden en in te zetten, is het Campagneteam Doktersassistent opge-

richt waarin werkgevers, werknemers en scholen werken aan de verbetering van de arbeidsmarkt voor dokters-assistenten. Het campagne-team richt zich hoofdzakelijk op drie thema's:

- arbeidsmarktonderzoek om de vacaturegraad van doktersassistenten te monitoren;
- huisartsen(praktijken) actief stimuleren om een bijdrage te leveren aan de opleiding van praktijkassistenten (voornamelijk door het bieden van stageplaatsen en stagebegeleidinginstrumenten);
- het imago van de praktijkassistent verbeteren<sup>77</sup>, het vak professionaliseren en doorgroeimogelijkheden bieden.<sup>78</sup>

In 2008 waren er 12.883 praktijkassistenten die gezamenlijk 6.629 FTE vervulden. Andere schattingen gaan uit van ca 5.800 fte (Zwaanswijk en Verhaak NIVEL 2009). De jaarlijkse arbeidsmarktbehoefte (uitbreiding en vervanging) aan praktijkassistenten in de huisartsenzorg wordt geraamd op 1.350 – 1.800 per jaar. Een formatie van 1,6 fte per huisarts leidt tot een uitbreidingsbehoefte van 630 praktijkassistenten per jaar. Er is een aanbod van 1.400 praktijkassistenten per jaar.<sup>80</sup>

#### 4.1.2. Praktijkverpleegkundigen

Per 1 januari 2011 is de financiering van de praktijkondersteuner voor de somatiek (POH-S) gewijzigd. De POH-tarieven worden vanaf die datum niet langer door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld. De POH-module-tarieven en de POH-consulttarieven zoals die tot dan golden, zijn komen te vervallen. Hiervoor in de plaats zijn vrije M&I-moduletarieven gekomen, waarover huisartsen en zorgverzekeraars afspraken kunnen maken.

Consulten van de POH-er kunnen niet langer worden gedeclareerd indien deze werkzaamheden reeds via deze M&I-module worden gefinancierd. Als huisartsen een POH-er echter zonder overeenkomst met de zorgverzekeraar inzetten, of als ze de POH-er méér uren inzetten dan met de zorgverzekeraar is overeengekomen, dan kunnen de consulten gedurende die mééruren wel worden gedeclareerd. Hiervoor gelden dan de reguliere consulttarieven, zoals de huisarts en de praktijkassistent gebruiken.

Voor de financiering van de praktijkverpleegkundige is van belang dat geprotocolleerde zorg bij chronische aandoeningen slechts een onderdeel van de praktijkverpleegkundige-functie is; tot het takenpakket horen ook complexe zorg/ouderenzorg en preventie. De financiering van een generalistische praktijkverpleegkundige dient de gehele functie te dekken. Ouderenzorg vraagt om langere consulten, meer visites, meer tijd voor samenwerking en overleg en meer overhead. De salarisinschaling van de praktijkverpleegkundige dient passend te zijn bij de opleiding en complexiteit van haar taken. Daarnaast vragen enkele randvoorwaarden zoals werkruimte, scholing, aansturing en personeelsmanagement ook om financiering.

Uitgaande van de beschrijving van de generalistische praktijkverpleegkundige in dit Standpunt is de huidige formatie onvoldoende. Gezien de ontwikkelingen in de zorgvraag (omvang, aard en complexiteit) zal de behoefte aan praktijkverpleegkundigen de komende jaren nog sterk groeien. De taken van de praktijkverpleegkundige op het gebied van chronische aandoeningen, complexe zorgvragen, preventie, leefstijlbegeleiding en proactief populatiegericht werken (zoals in paragraaf 3.3 beschreven) vragen een forse tijdsinvestering voor de huisartsenvoorziening.<sup>81</sup> De winst is dat de patiënt daadwerkelijk grotendeels dicht bij huis de zorg kan krijgen en signalering van gezondheidsproblemen in een vroeg stadium kan plaatsvinden. Rapporten van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg en het ministerie van VWS ondersteunen deze insteek. Niettemin kan deze groei alleen plaatsvinden als de financiering hierin volgt.

Diverse Standpunten die onderdeel zijn van concretisering van de Toekomstvisie refereren aan de noodzaak van voldoende praktijkverpleegkundigen. In het NHG-Standpunt over ouderenzorg bijvoorbeeld staat geschreven: 'Vooral de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen, vaak ouderen met complexe problematiek, vraagt om voldoende, goed opgeleid ondersteunend personeel: praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen.'<sup>82</sup> Dit moet vertaald worden in normen voor formatie per huisartsenpraktijk, en normen voor financiering.<sup>83</sup>

Een grove schatting van het aantal fte praktijkverpleegkundige om de eerder beschreven taken te verrichten binnen de huisartsenvoorziening komt op een verhouding huisarts-praktijkverpleegkundige van 1:1. In z'n algemeenheid; het kan uiteraard per praktijk verschillen. Dit zou in de komende jaren, uitgaande van de huidige situatie, een toename van het aantal praktijkverpleegkundigen betekenen van ca 3.000 (1.400 fte) naar 14.773 (6.894 fte), bijna een verviervoudiging.<sup>84</sup> Een meer precieze berekening kan enkel gemaakt worden op basis van uitgebreid onderzoek en een business case. Vervolgens zullen de LHV en NHG met het ministerie van VWS, ZN en andere partners kijken of en hoe deze groei te realiseren is. De realisatie roept nog vragen op. In dit proces verdienen ook de financiering van de managementtaken en het ondernemersrisico van huisartsen de aandacht.

Ook ten aanzien van de benodigde formatie aan masteropgeleide praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk dient een dergelijke berekening te worden gemaakt.

#### **4.1.3. Overig ondersteunend personeel**

- **POH-GGZ**

Een randvoorwaarde voor continuïteit van de functie van POH-GGZ in de toekomst is dat continuïteit van financiering gewaarborgd dient te zijn. De financiering dient aan de volgende eisen te voldoen:

- ze is adequaat ten aanzien van de toekomstige formatie behoefte aan de POH-GGZ (zie hieronder);
- ze is adequaat ten behoeve van salariëring van een POH-GGZ van voldoende opleidingsniveau;
- ze biedt voldoende continuïteit om een vast dienstverband met de POH-GGZ aan te kunnen gaan.

Eind 2010 zijn ruim 360 POH-GGZ in 1.915 huisartsenpraktijken (ongeveer 25% van alle huisartsen) werkzaam. In 2009 waren het er nog 150. Gezamenlijk verzorgen zij 12% van het maximale fte dat ingezet kan worden (bij 100% deelname van huisartsen en maximale inzet).<sup>85</sup> Het huidige aantal in te zetten fte is lang niet altijd voldoende voor bijvoorbeeld achterstandswijken of praktijken waar huisartsen veel GGZ-problematiek in eigen domein houden. Een berekening voor de benodigde formatie voor de taken zoals beschreven in par 3.6 dient gemaakt te worden.

Op organisatorisch vlak zijn voor een optimale uitoefening van de functie korte lijnen van de POH-GGZ met de huisarts essentieel. De POH-GGZ in de huisartsenvoorziening maakt deel uit van een breder netwerk van psychosociale hulpverlening in de eerste lijn. Voldoende tijd voor overleg met de huisarts en andere GGZ-zorgverleners is dus een randvoorwaarde. Het HIS moet zodanig ingericht zijn dat de POH-GGZ daarin kan werken, met aandacht voor de privacy en patiëntveiligheid.

- **Gespecialiseerde verpleegkundige voor acute zorgvragen tijdens ANW-uren**

Een randvoorwaarde voor de functie van gespecialiseerd verpleegkundige op de huisartsenpost, ter ondersteuning van de triage assistent en de huisarts, is dat deze verpleegkundigen werken vanuit het huisartsenperspectief. Het is dus belangrijk dat deze aansluit op de praktijkverpleegkundige functie in de huisartsenvoorziening overdag. De organisatorische randvoorwaarden voor de opleiding van deze verpleegkundigen vragen een gezamenlijke voortrekkersrol van de NHG, LHV en VHN.

- **Medewerkers voor niet-zorggebonden taken**

Voor de niet-zorggebonden administratieve krachten en managers huisartsenzorg geldt dat hier enkel voldoende werk en financiering voor is als het een samenwerking van meerdere huisartsen betreft. Het NHG en de LHV vinden het belangrijk dat de huisartsenzorg op financieel en organisatorisch vlak niet te ingewikkeld wordt en er niet te veel tijd, energie en geld aan randzaken worden besteed in plaats van aan de zorgverlening zelf. Anderzijds moeten huisartsen niet-zorggebonden taken delegeren om de handen vrij te houden voor daadwerkelijke zorg. Tussen beide zal een juiste balans moeten worden gezocht.

## **4.2. Een goede bachelor- en masteropleiding voor verpleegkundige in de huisartsenpraktijk**

### **4.2.1. Bacheloropleiding praktijkverpleegkundige**

De haalbaarheid van de groeiende inzet van praktijkverpleegkundigen is sterk afhankelijk van de aanwas van nieuwe studenten en van de opleidingen. Onderzoek is nodig naar de groei van de functie met betrekking tot interesse van huidige praktijkverpleegkundigen om in een huisartsenvoorziening te werken en interesse van niet-praktijkverpleegkundigen om de opleiding te volgen.

Een succesvolle doorstart van de initiële opleiding Bachelor of Nursing Huisartsenzorg vraagt om realisering van een aantal randvoorwaarden:

- duidelijkheid over het beroepsperspectief van praktijkverpleegkundige;
- stroomlijning van het aanbod aan opleidingen voor functies in de huisartsenzorg;
- verruiming van de opleidingscapaciteit van hogescholen en een grotere instroom van studenten;
- vergroting van het aantal stageplaatsen in de huisartsenpraktijk;
- verruiming van de mogelijkheid van coaching door een masteropgeleide verpleegkundige.

Een aandachtspunt is de jonge leeftijd van net afgestudeerde studenten, m.n. voor de inzetbaarheid bij de complexe zorg.

### **4.2.2. Masteropleiding praktijkverpleegkundige**

Leidend bij de inrichting van de masteropleiding en het aantal benodigde masteropgeleide verpleegkundigen is de behoefte aan consultatie, de verdieping van het vak en kwaliteitsprojecten. Het bieden van carrièremogelijkheden voor de praktijkverpleegkundige is aantrekkelijk en legitiem maar niet bepalend.

Voor de dagelijkse patiëntenzorg is geen masteropleiding praktijkverpleegkundige noodzakelijk. Voor de zorgoverstijgende taken hoeft slechts een deel van de praktijkverpleegkundigen door te stromen naar de masteropleiding.

## 5. OVERZICHT VAN AANBEVELINGEN

### 5.1. Aanbevelingen voor de huisartsenvoorziening/huisarts

#### Par. 3.1

- De huisartsenvoorziening heeft als uitgangspunt dat alle medewerkers van het kernteam een generalistische werkwijze hebben.

#### Par. 3.2

- Elke huisartsenvoorziening heeft een kernteam van huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten. Samen geven zij antwoord op de voor hun praktijksituatie specifieke zorgvraag.
- De huisarts draagt goed afgrensbare, te protocolleren medische handelingen over aan praktijkassistent.
- Een sterk, evenwichtig en kosteneffectief team in de huisartsenvoorziening heeft belang bij verdere professionalisering van de praktijkassistente. LHV en NHG zorgen samen met de beroepsorganisatie NVDA voor beschrijving van beroepsprofiel, deskundigheidsniveau en kwaliteitsnormen. De opleidingen zorgen samen met LHV, NHG en NVDA voor de beschrijving van de opleidingseisen

#### Par. 3.3

- De huisartsenvoorziening werkt met speciaal voor de huisartsenpraktijk opgeleide (generalistische) verpleegkundigen.
- De kerntaak van de praktijkverpleegkundige is het begeleiden en ondersteunen van patiënten met aandoeningen en beperkingen en het bieden van preventieve zorg.

#### Par. 3.4

- De huisartsenvoorziening kan een verpleegkundig specialist inzetten voor organisatorische taken, inhoudelijke coaching, opleiding en management, kwaliteitsprojecten en overstijgende taken in de ketenzorg. De verpleegkundig specialist blijft daarnaast in de patiëntenzorg werkzaam als praktijkverpleegkundige

#### Par. 3.6

- Binnen de huisartsenvoorziening biedt de POH-GGZ de patiënt met psychische klachten hulp door de zorgvraag te verhelderen, behandeling te bieden, te geleiden naar een andere eerste- of tweedelijns zorgverlener en patiënten eventueel langdurig te begeleiden.

#### Par. 3.8

- De huisartsenvoorziening kan niet-zorggebonden taken delegeren aan speciale medewerkers, zoals de manager huisartsenzorg.

#### Par. 3.10

- Huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige maken afspraken over de verdeling van taken en afstemming van zorg voor hun patiëntenpopulatie.

## 5.2. Aanbevelingen voor NHG en LHV (samen met partners)

### Par. 3.6

- LHV en NHG monitoren de ontwikkeling van de relatief nieuwe POH-GGz functie: taken, formatie en meerwaarde van de POH-GGz.

### Par. 3.7

- LHV en NHG werken in samenwerking met VHN de invulling van deze functie van gespecialiseerd verpleegkundige voor acute zorgvragen tijdens ANW-uren verder uit.

### Par. 3.9

- LHV en NHG onderschrijven de toegevoegde waarde manager huisartsenzorg en geven samen met de hogescholen en het Landelijk netwerk Eerstelijns managers vorm aan een opleiding tot manager huisartsenzorg.

### Par. 3.9

- LHV en NHG brengen samen met de hogescholen en het veld de benodigde competenties voor de praktijkverpleegkundige in de huisartsenvoorziening in kaart en stimuleren de hogescholen om de opleidingen daarop toe te snijden. LHV en NHG zetten zich in voor een goede initiële opleiding voor praktijkverpleegkundigen.
- LHV en NHG geven samen met de hogescholen verder vorm aan de opleiding voor verpleegkundige specialist in de huisartsenvoorziening.
- LHV en NHG maken zich met de organisaties voor doktersassistenten en praktijkondersteuners sterk voor een goede overgangsregeling voor de POH
- LHV en NHG geven samen met de hogescholen een voor de huisartsenpraktijk passende opleiding voor de POH-GGZ vorm. Samen met andere betrokken partijen zullen zij een opleidingsplan realiseren dat de beroepsgroep als minimum ziet.
- LHV en NHG geven samen met VHN en de hogescholen een voor de huisartsenposten passende differentiatiemogelijkheid voor de verpleegkundige ANW en de triage-assistent vorm.

## BIJLAGE 1. ACHTERGRONDINFORMATIE: CIJFERS OVER ZORGVRAAG EN ZORGAANBOD<sup>86</sup>

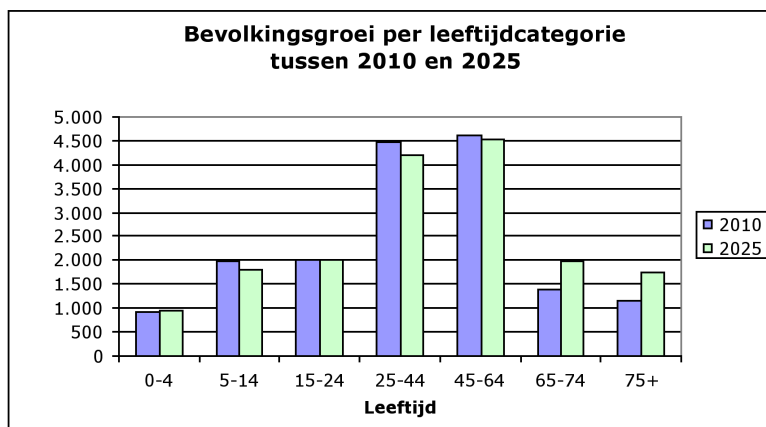
Onderstaande tabellen zijn gebaseerd op bestaande cijfers van het CBS, RIVM, het Capaciteitsorgaan en NIVEL (LINH) en zijn in de LHV Position Paper (2010) gepubliceerd. Het Capaciteitsorgaan heeft in haar reactie op de conceptversie van dit standpunt aanvullende informatie over de cijfers van de zorgvraag en het zorgaanbod geboden. Deze zijn berekend ten behoeve van het nieuwe concept Capaciteitsplan Huisartsenzorg 2011.

### Zorgvraag

#### Demografie

De verandering van de zorgvraag hangt nauw samen met de verandering van de demografie. Het Capaciteitsorgaan: "In vergelijking met de CBS bevolkingsprognose uit 2007 neemt de bevolkingsomvang iets sneller toe dan verwacht. De belangrijkste bijdrage aan deze toename wordt veroorzaakt door gestegen immigratie. De levensverwachting blijft echter ook toenemen, ten opzichte van 2007 met + 1,7 jaar voor mannen en + 1,4 jaar voor vrouwen<sup>87</sup>. Oorzaken hiervan zijn daling van de sterfte aan hart- vaatziekten en een generieke daling van de sterfte op hoge leeftijd. Dit veroorzaakt een stijging van het aantal geprognoseerde inwoners ouder dan 65 jaar, waarbij vooral het aandeel inwoners ouder dan 80 jaar toeneemt. De verwachting van het CBS over de ontwikkeling van het aantal inwoners boven de 65 jaar tussen 2007 en 2022 is een toename van 35%, oftewel 2,3 % per jaar. De parameter demografie is op basis van de nieuwe gegevens van het CBS aangepast naar +10,4%. Dat is 1,6% hoger dan in het Capaciteitsplan 2008."

Tabel 1: Bevolkingsgroei



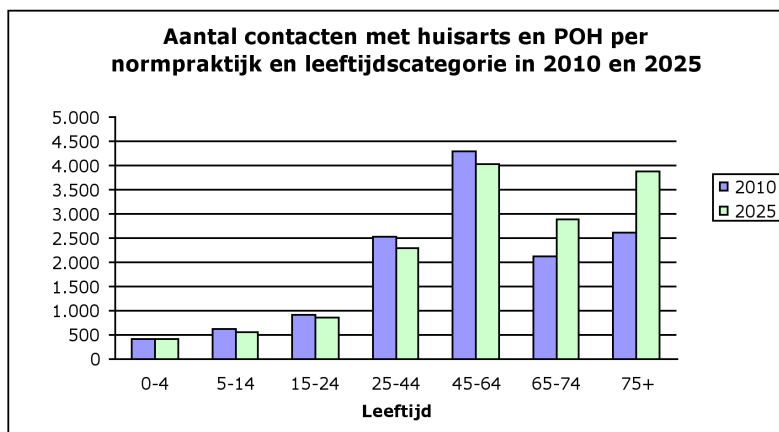
Bron CBS, zie ook LHV Position Paper 2010.

Het Capaciteitsorgaan verwijst naar het Nivel voor de groei van de zorgvraag voor huisartsen op basis van demografische ontwikkelingen: van 6% tot 2020, van 8,4% tot 2025 en 10,4% tot 2030 volgens de cijfers van het CBS.

## Zorgvraag in de huisartsenzorg

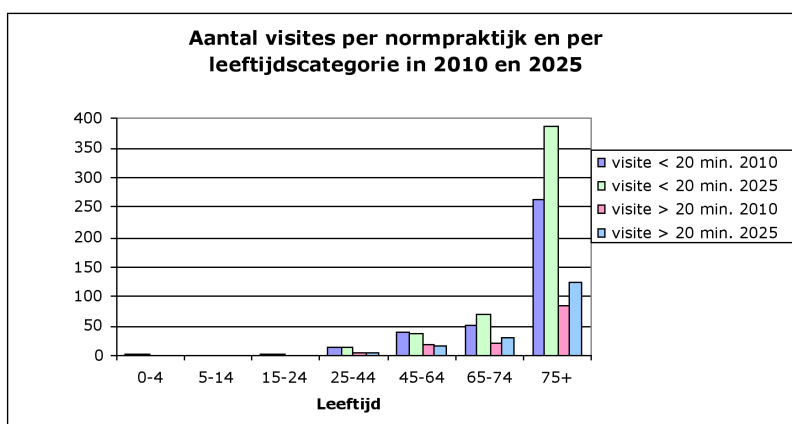
Het aantal contacten tussen patiënt en de huisartsenpraktijk neemt toe. De contacten die het meeste toenemen betreffen de visites (LHV Position Paper 2010).

**Tabel 2: Toename aantal contacten**



Bron: CBS en Nivel (LINH), zie ook LHV Position Paper (2010). Deze berekeningen zijn gebaseerd op het aantal contacten per 1000 patiënten in 2008 (LINH) doorgerekend met bevolkingsprognoses van CBS. Aanname hierbij is dat alle andere variabelen hetzelfde blijven.

**Tabel 3: Toenamen aantal visites**

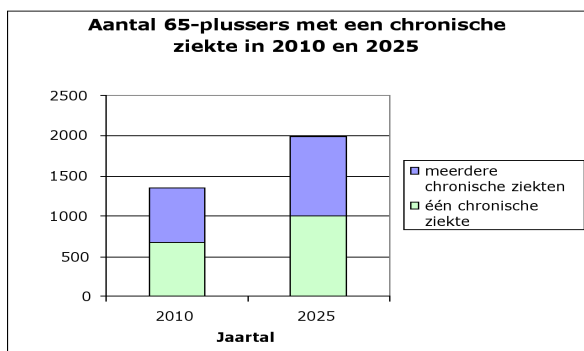


Bron: CBS en Nivel (LINH). Deze berekeningen zijn gebaseerd op het aantal contacten per 1000 patiënten in 2008 (LINH) doorgerekend met bevolkingsprognoses van CBS. Aanname hierbij is dat alle andere variabelen hetzelfde blijven.

Alleen al door het effect van de bevolkingsgroei zal het aantal 65-plussers met één of meerdere chronische aandoeningen de komende 15 jaar sterk stijgen. Volgens het Capaciteitsorgaan “is er een toename van diabetes mellitus en de prevalentie van kanker. Deze kán leiden tot een toename van de zorgvraag, maar de verbetering van de volksgezondheid en de kwaliteit van leven (het Capaciteitsorgaan verwijst naar RIVM studies) doen dit effect teniet. Door de demografische ontwikkelingen, is er een grote toename van het aantal patiënten met dementie in de nabije toekomst. Verder wordt de groep gezonde chronische zieken steeds ouder”. Het Capaciteitsorgaan handhaaft daarom de parameter epidemiologie op + 0,3% tot + 0,6%.

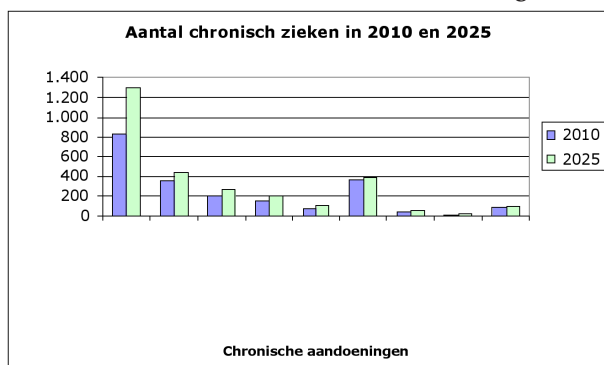


**Tabel 4: Aantal chronische aandoeningen**



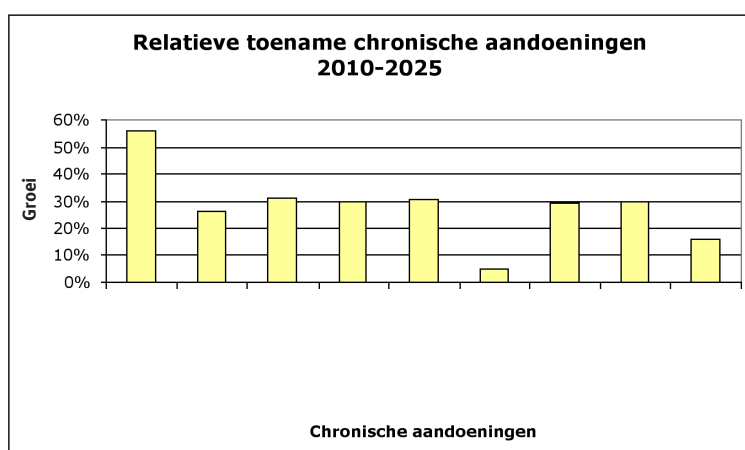
Bron: CBS en RIVM, zie ook LHV Position Pater (2010). Deze berekeningen zijn gebaseerd op het relatieve aantal chronisch zieken en mensen met multimorbiditeit tussen 2003 en 2007 (RIVM) doorgerekend met bevolkingsprognoses van CBS. Aanname hierbij is dat alle andere variabelen hetzelfde blijven.

**Tabel 5: Toename aantal chronische aandoeningen**



Bron: RIVM, zie ook LHV Position Paper (2010). Prognoses 2005 en 2025 op aanvraag verkregen van het RIVM. Gegevens doorgerekend naar 2010. Cijfers voor Diabetes zijn uit 2007, de andere aandoeningen zijn uit 2003. Eind maart 2010 verwacht het RIVM nieuwe cijfers te presenteren.

**Tabel 6: Relatieve toename chronische aandoeningen**



Bron: RIVM, zie ook LHV Position paper (2010). Prognoses 2005 en 2025 op aanvraag verkregen van het RIVM. Gegevens doorgerekend naar 2010. Cijfers voor Diabetes zijn uit 2007, de andere aandoeningen zijn uit 2003. Eind maart 2010 verwacht het RIVM nieuwe cijfers te presenteren.

Tot slot wijst het Capaciteitsorgaan op enkele sociaal culturele ontwikkelingen die de zorgvraag beïnvloeden. In de studies van het SCP<sup>88</sup> en FELICE<sup>89</sup> wordt beargumenteerd dat een aanzienlijk deel van de vraag, die louter op grond van de veroudering van de bevolking wordt voorspeld, niet tot expressie zal komen. Beide studies stellen dat deze onderconsumptie momenteel ook al optreedt en vooral geldt voor ouderen met een hoger opleidingsniveau. Omdat het opleidingsniveau van de toekomstige ouderen – en ook hun inkomen en opleidingsniveau – hoger zal zijn, is het aannemelijk dat deze onderconsumptie zal toenemen<sup>90</sup>.

De zorgconsumptie wordt daarnaast ook beïnvloedt door de huishoudensituatie. De FELICE studie voorspelt dat het aantal ouderen zonder partner en/of kinderen zal afnemen, waardoor een groter beroep op informele zorg kan worden gedaan. Dit geldt in het bijzonder voor mannen. Oudere mannen zullen naar verhouding minder vaak alleenstaand zijn. De kans om opgenomen te worden in een verpleeghuis is geringer wanneer zijn partner nog in leven is. Het omgekeerde geldt ook: de kans dat een vrouw wordt opgenomen in een verpleeghuis wanneer haar partner nog leeft is veel kleiner dan bij een alleenstaande vrouw.

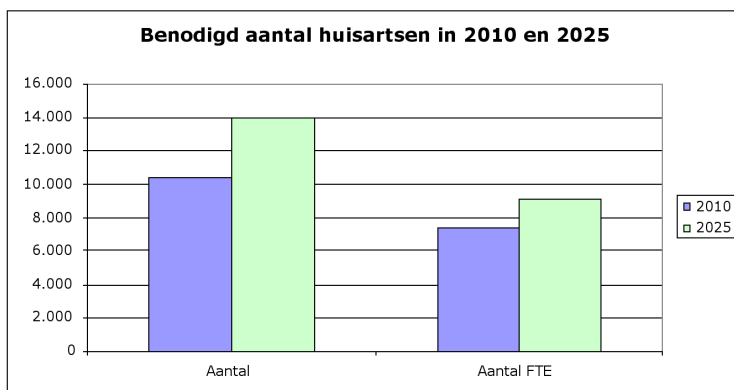
### Zorgaanbod

De beroepsbevolking krimpt, maar er zijn meer zorgverleners nodig om de stijgende zorgvraag op te vangen. Dit betekent dat meer zorg zal moeten worden verleend door minder mensen.

Het Capaciteitsorgaan: “Het aantal werkzame huisartsen in 2010 wordt door het NIVEL geschat op 10.371. Als we ervan uit mogen gaan dat de percentages werkzame vrouwen en mannen identiek zijn aan de percentages geregistreerde vrouwen en mannen, beschikt de beroepsgroep over 7.353 fte aan capaciteit. In het Capaciteitsplan 2008 werd nog uitgegaan van 7.062 fte. Bij voldoende instroom van aios vanaf 2012 zal het totale aantal fte’s huisartsen vanaf 2014 weer gaan groeien en in 2025 24% hoger uitkomen op 8.988 fte. Dat komt overeen met ruim 13.000 werkzame huisartsen”.

In de vooruitblik op 2025 wordt in het LHV Position Paper de verwachting uitgesproken van een toename van het aantal huisartsen van 34% tot 2025.

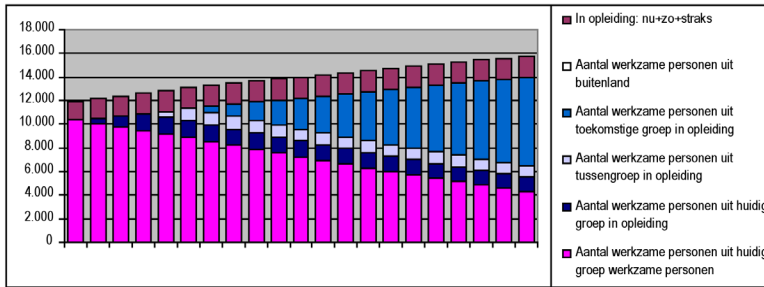
### Benodigd aantal huisartsen



Bron: Capaciteitsorgaan, zie ook LHV Position Paper (2010).

Het Capaciteitsorgaan licht haar verwachtingen toe met berekeningen van de deeltijdsfactor en de verhouding tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke huisartsen: “Per 1 januari 2010 bedraagt het percentage vrouwen onder de 11.121 geregistreerde huisartsen 41,9 %. Eerder is al aangegeven dat 74 % van de huidige 1.660 aios vrouw is. Dit overtreft het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten. Een verdere toename van het percentage vrouwelijke aios wordt niet meer verwacht. De geregistreerde beroepsgroep zal door de instroom van vrouwelijke huisartsen de komende jaren met ongeveer + 2,0 % per jaar blijven feminiseren.

De deeltijdfactor is ten opzichte van 2008 niet toegenomen. Eerder is geconstateerd dat de vrouwelijke huisartsen gemiddeld 0,55 fte werkten en mannelijke huisartsen 0,82 fte. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op 0,71 fte”.



## BIJLAGE 2. STANDPUNTEN TOEKOMSTVISIE HUISARTSENZORG

### ***Verschenen (2005/2006/2007/2008/2009/2010)***

- Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn; met uitwerkingen voor patiënten met diabetes mellitus (2005) en astma/COPD (2005) en voor cardiovasculair risicomanagement (2007)
- De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg (2005)
- Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening (in samenwerking met de LHV) (2005)
- Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg (2006)
- Huisartsgeneeskunde voor ouderen (2007)
- GGZ in de huisartsenzorg (2007)
- Huisartsenzorg en jeugd (2008)
- Huisarts en palliatieve zorg (2009)
- Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD). Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling (in samenwerking met de LHV) (2010)

### ***In voorbereiding***

- Actualisering Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening (in samenwerking met de LHV) (2011)
- Generalistische zorg (2011)
- Actualisering De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg (2011)

### BIJLAGE 3. TOTSTANDKOMING VAN HET NHG/LHV-STANDPUNT

Dit Standpunt werd voorbereid door een werkgroep bestaande uit de volgende leden:

- mevrouw N. Gruijters, huisarts, vice-voorzitter NHG-Verenigingsraad, voorzitter
- mevrouw drs. A. ter Brugge, senior-beleidsmedewerker NHG
- mevrouw mr. S. Kooij, beleidsmedewerker LHV
- mevrouw drs. C.C. Pronk, beleidmedewerker LHV
- K. Rosmalen, huisarts, afdelingshoofd LHV Beleid en Ontwikkeling
- mevrouw drs. L. Tolsma, beleidsmedewerker NHG
- drs. R.S.M. Helsloot, senior-beleidsmedewerker NHG, secretaris

De werkgroep startte haar werkzaamheden op 4 november 2009. Op 31 maart 2010 organiseerde de werkgroep een Invitational Conference met als doel om van een aantal experts in het veld input te krijgen over de invulling en organisatie van de praktijkverpleegkundige taken binnen de huisartsenzorg, met aandacht voor:

- laagcomplex - hoogcomplex zorg;
- geprotocolleerde, gedelegeerde taken - zelfstandige taken;
- generalisten - specialisten;
- ondersteuning - care;
- bestaande realiteit en toekomstperspectief;
- de relatie praktijkverpleegkundige - wijkverpleegkundige.

De brede commentaarronde vond plaats van 21-10-2010 tot 22-11-2010. Er zijn in deze externe commentaarronde xx reacties ontvangen.

Vermelding als referent betekent niet dat de referent het NHG/LHV-standpunt op elk detail onderschrijft.

In xxx is het standpunt vastgesteld door het NHG-bestuur en het LHV-bestuur.

Op xxx is het standpunt bekrachtigd door de Algemene Ledenvergadering van het NHG en op xxx is het vastgesteld door de LHV-Ledenraad.

## BIJLAGE 4. AFKORTINGEN (EN RELEVANTE WEBSITES)

ActiZ	organisatie van zorgondernemers
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ANW	avond-, nacht- en weekend-
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVA	cerebrovasculair accident
CVZ	College voor zorgverzekeringen - <a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a>
ECG	elektrocardiogram
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
Hagro	huisartsengroep
HAP	huisartsenpost
Hbo	hoger beroepsonderwijs
HDS	huisartsendienstenstructuur
HOED	huisartsen onder één dak
HOES	huisartsen onder één systeem
IOH	Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (NHG)
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging - <a href="http://www.lhv.nl">www.lhv.nl</a>
LTA	Landelijke Transmurale Afspraak (NHG)
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn - <a href="http://www.lvg.org">www.lvg.org</a>
Mbo	Middelbaar beroepsonderwijs
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap - <a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg - <a href="http://www.nivel.nl">www.nivel.nl</a>
NP	nurse practitioner
NPH	nurse practitioner huisartsenzorg
NPV	Netwerk Praktijkverpleegkundigen (ouderenzorg) - <a href="http://www.netwerkpraktijkverpleegkundigen.nl">www.netwerkpraktijkverpleegkundigen.nl</a>
NSAID	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug
NVAO	Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten - <a href="http://www.nvda.nl">www.nvda.nl</a>
NVvPO	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners - <a href="http://www.nvppo.nl">www.nvppo.nl</a>
PA	physician assistant
PAH	physician assistant huisartsenzorg
POH	praktijkondersteuner huisartsenzorg
PVK	praktijkverpleegkundige
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - <a href="http://www.rivm.nl">www.rivm.nl</a>
RNUH/LEO	RegistratieNetwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omstreken
ROC	Regionaal opleidingscentrum
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg - <a href="http://www.rvz.net">www.rvz.net</a>
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau - <a href="http://www.scp.nl">www.scp.nl</a>
SPW	Sociaal-pedagogisch werk
STOOM	Stichting Onderzoek en Ondersteuning Maatschappelijke gezondheidszorg - <a href="http://www.stoom.org">www.stoom.org</a>

TIA	Transient Ischaemic Attack
UMCU	Universitair Medisch Centrum Utrecht
V&VN	Verplegenden & Verzorgenden Nederland - <a href="http://www.venvn.nl">www.venvn.nl</a>
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland - <a href="http://www.vhned.nl">www.vhned.nl</a>
VS	verpleegkundig specialist
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - <a href="http://www.minvws.nl">www.minvws.nl</a>
Wo	wetenschappelijk onderwijs

## BIJLAGE 5. LITERATUUR

- Oude Avenhuis I, Tijdhof A, Dam N. Verpleging in de eigen omgeving. Een onderzoek naar de samenstelling en omvang van deze doelgroep. Enschede: Bureau Hoekstra, Homans en Menting.
- College voor zorgverzekeringen. Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ. Diemen: CVZ, 2009.<sup>91</sup>
- De Leeuw JRJ e.a. Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: Introductie van de Physician Assistant. Utrecht: UMCU Juliuscentrum, 2008.
- Derckx EWCC. Hulpkrachten in de huisartsenpraktijk. In: Keeman JN, Mazel JA, Zitman FG. Het medisch jaar 2008/2009. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009; hoofdstuk 6. Ondersteuning in de huisartsenpraktijk, par. 1 (144-59).
- Dierick-van Daele ATM, Metsemakers JFM, Derckx EWCC, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJM. Nurse practitioner in de huisartsenpraktijk, het onderzoeksrapport. Maastricht: Maastricht UMC+, 2008.
- Dierick-van Daele ATM. The Introduction of the Nurse Practitioner in General Practice [dissertatie]. Maastricht: Maastricht UMC+, 2010.
- Gezondheidsraad. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/25.
- Gruijters PLML, Helsloot RSM. Huisarts, praktijkverpleegkundige en praktijkassistente: allen voor een, een voor allen. Eenduidige en efficiënte inzet van ondersteunende medewerkers in de huisartsenzorg. In: Keeman JN, Mazel JA, Zitman FG. Het medisch jaar 2008/2009. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009; hoofdstuk 6. Ondersteuning in de huisartsenpraktijk, par. 2 (160-8) (1).
- Gruijters PLML, Helsloot RSM. Geen taakverlichting, wel kwaliteitsverbetering door inzet praktijkondersteuner: iedereen tevreden. In: Keeman JN, Mazel JA, Zitman FG. Het medisch jaar 2008/2009. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009; hoofdstuk 6. Ondersteuning in de huisartsenpraktijk, par. 4 (181-7) (2).
- KNMG e.a. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG, 2010. <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm>
- Landelijke Huisartsen Vereniging. LHV-Handreiking De as huisartsen-wijkverpleegkundigen. Samenhangende zorg in de eerste lijn. Utrecht: LHV, 2007. In opdracht van V&VN, LHV en NHG. Utecht: LHV, 2007. <http://lhv.artsennet.nl/LHV-handreiking/Handreiking-Samenwerking-huisartsen-en-wijkverpleegkundigen.htm>
- Landelijke Huisartsen Vereniging. LHV-Handreiking Praktijkondersteuner - competentieprofiel en eindtermen. Utrecht: LHV, 2010. <http://lhv.artsennet.nl/LHV-handreiking/Handreiking-Competentieprofiel-en-eindtermen-Praktijkondersteuner.htm>
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Utrecht: LVG, april 2007 (1). Zie: [www.lvg.org/Landelijk/ggz.htm](http://www.lvg.org/Landelijk/ggz.htm)
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. Profiel van de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de geïntegreerde eerste lijn [rapport voorstudie]. Utrecht: LVG, 2010.
- Leistra E e.a. Beroepsprofiel van de verpleegkundige.1999.
- Maes A. Ouderenzorg, zorg van huisarts en praktijkondersteuner. Modern Medicine 2010(2):18-20.
- Nederlandse Associatie Physician Assistants. Beroepsprofiel Physician Assistant. Utrecht: NAPA, 2007.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- STOOM en ActiZ. De Wijkverpleegkundige in de eerste lijn. Utrecht, ActiZ, mei 2010.
- V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners en Netwerk Praktijkverpleegkundigen Ouderenzorg. Concept-Beroepsprofiel en eindtermen Praktijkverpleegkundige Ouderenzorg. Utrecht: V&VN en VPV, mei 2010.
- V&VN. Op één lijn komen. Visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg. Utrecht: V&VN, december 2010.
- Zwaanswijk M, Verhaak PFM. Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: een kennis-synthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening. Utrecht: NIVEL, 2009.



## NOTEN

1. Voor nadere toelichting op de Toekomstvisie van de beroepsgroep wordt verwezen naar Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012, NHG/LHV, 2002 en het rapport Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening, NHG/LHV, 2003.
2. Zie het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
3. Zie het NHG-Standpunt GGZ in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2007.
4. Dierick-van Daele e.a. 2008. Dierick-van Daele 2010. De Leeuw e.a. 2008.
5. LHV 2010.
6. De functie die voorheen nurse practitioner werd genoemd, wordt nu de verpleegkundig specialist genoemd.
7. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002.
8. NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd. Utrecht: NHG, 2008.
9. Zie ook het NHG-Standpunt Generalistische huisartsenzorg [werktitel], dat in 2011 zal verschijnen
10. Huygen FJA. NHG-Quo Vadis? Huisarts Wet 1959;2:187-91.
11. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002.
12. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, uitwerking Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2003.
13. Voor een overzicht van de verschenen Standpunten wordt verwezen naar bijlage 2.
14. The European Society of General Practice/Family Medicine
15. Deze is deels in het Nederlands vertaald. Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie. Utrecht: NHG/WONCA/VVH, 2003.
16. In het hier volgende wordt aangesloten bij Gruijters en Helsloot 2009 (1).  
Zie ook: Ravensbergen J. Maatschappelijke Opgaven en Volksgezondheid en Gezondheidszorg. Leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda voor de gezondheidssector. Den Haag: ministerie van VWS, 2006. De vijf maatschappelijke opgaven zijn: Anticiperen op een groeiende en veranderende zorgvraag; Langer leven in gezondheid; Houdbare kwaliteit en patiëntveiligheid; Grenzen aan zorg en omgaan met schaarste en risico's;  
Versnellen van ontwikkeling en toepassing van innovatieve medische producten.  
En zie ook: Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. Bijdrage universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde aan de maatschappelijke opgaven volksgezondheid en gezondheidszorg. Utrecht/Den Haag: IOH i.s.m. VWS en NHG, maart 2008.
17. François Sc hellevis e.a , Huisarts en generalistische zorg. H&W december 2010: In een gemiddelde huisartsenpraktijk vinden gemiddeld 50 contacten per dag plaats. Daarvan zijn 15 contacten vanwege chronische ziekten, 6 contacten vanwege infectieziekten, 6 contacten vanwege aandoeningen van het bewegingsapparaat, en 5 contacten vanwege psychische problemen.
18. Zie ook het NHG-Standpunt GGZ in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2007.
19. Zie ook het NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn. Utrecht: NHG, 2005. Van dit Standpunt zijn uitwerkingen gemaakt voor de zorg voor diabetespatiënten (2005) en COPD-patiënten (2005) en voor cardiovasculair risicomanagement (2007).
20. Calsbeek H e.a. Kerngegevens 2005, Nationaal panel chronisch zieken en gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2005.
21. Zie ook het NHG-Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg. Utrecht: NHG, 2005.
22. Zie: CVZ. Van preventie verzekerd. Diemen: CVZ, 2007. En zie ook: Van der Lucht F, Polder JJ. Van gezond naar beter. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
23. VWS. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: ministerie van VWS, 2007.
24. Zie ook het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.

25. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002. Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening, uitwerking Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2003.  
Zie ook de uitstekende serie over Primary Care en de huisartsgeneeskundige benadering van K. Stange e.a. die recentelijk in de *Annals of Family Medicine* is verschenen:
- 1.) [www.annfammed.org/cgi/reprint/7/2/100](http://www.annfammed.org/cgi/reprint/7/2/100);
  - 2.) [www.annfammed.org/cgi/reprint/7/3/198](http://www.annfammed.org/cgi/reprint/7/3/198)
  - 3.) [www.annfammed.org/cgi/reprint/7/4/293](http://www.annfammed.org/cgi/reprint/7/4/293)
  - 4.) [www.annfammed.org/cgi/reprint/7/5/387](http://www.annfammed.org/cgi/reprint/7/5/387)
  - 5.) [www.annfammed.org/cgi/reprint/7/6/484](http://www.annfammed.org/cgi/reprint/7/6/484)
  - 6.) [www.annfammed.org/cgi/reprint/8/1/4](http://www.annfammed.org/cgi/reprint/8/1/4)
  - 7.) [www.annfammed.org/cgi/reprint/8/2/100](http://www.annfammed.org/cgi/reprint/8/2/100)
- In de uitgebreide literatuurverwijzingen wordt ook gerefereerd aan het werk van B. Starfield.
26. Zie noot 5 voor de referenties.
27. Zie noot 5 voor de referenties.
28. LHV, VHN en NHG hebben het initiatief genomen tot de Adviesgroep Ketenzorg. Met dit initiatief ondersteunen zij zorggroepen waarvan de huisarts de regisseur is. Zie [www.adviesgroepketenzorg.nl](http://www.adviesgroepketenzorg.nl).  
Zie ook Van Til JT, De Wildt JE en Struijs JN. De organisatie van zorggroepen anno 2010. Huidige stand van zaken en ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven/Utrecht: RIVM/LVG, 2010. Rapport 260332001/2010.
29. De RVZ definieerde taakherschikking: 'Bij taakherschikking staat niet de functie centraal. Taken worden niet anders over functies verdeeld, maar over beroepen of beroepsgroepen.' (RVZ 2002). De Inspectie van de Gezondheidszorg schreef: 'Onder taakherschikking verstaat de Inspectie in deze Staat van de Gezondheidszorg taken die structureel verschuiven van een arts naar een niet-arts (zoals NPH of gespecialiseerd verpleegkundige), of van een gespecialiseerde naar een generalistische arts' (IGZ 2007).
30. Begin 2010 hebben de KNMG en andere partijen eisen geformuleerd die aan samenwerkingsverbanden worden gesteld, buiten de praktijk (ketenzorg), maar ook binnen de praktijk (KNMG e.a. 2010). Bij het delegeren van taken moeten niet alleen de voorwaarden van de Wet BIG in acht worden genomen, maar ook de eisen die aan samenwerkingsverbanden worden gesteld. De Handreiking is nu al van kracht, er is ook al jurisprudentie, maar dan meer over ziekenhuissettings. In 2013 moeten alle samenwerkingsverbanden goed geregeld zijn.
31. De Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) heeft een beroepsprofiel met bijbehorende competenties van de doktersassistente opgesteld (2005). Diverse organisaties waaronder de LHV en het NHG hebben gezamenlijk het document 'Competenties en Eindtermen Praktijkondersteuner opgesteld (2010).
32. Een VS volgens artikel 14 van de Wet BIG onderscheidt zich van een verpleegkundige volgens artikel 3 van de Wet BIG door zelfstandigheid (zelfstandig vormgeven van het zorgproces), deskundigheid (expert op deelgebied) en beroepsontwikkeling (proactief, reflectie op beroepsuitoefening en wetenschappelijke beroepsontwikkeling).
33. VOBC Algemeen competentieprofiel en specifieke deelprofielen Verpleegkundig Specialist. Werkgroep 'Competentieprofiel verpleegkundig specialist'. Utrecht 16 januari 2008.
34. Het wetsvoorstel voor de zelfstandige bevoegdheid tot voorbehouden handelingen is door de Tweede Kamer geaccepteerd en zal in mei 2011 door de Eerste Kamer hoogstwaarschijnlijk worden aangenomen. Dit gaat met name om de voorschrijfbevoegdheid, het zelfstandig kunnen indiceren en het zelfstandig injecties geven.
35. Zie voetnoot 1.
36. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(4):267-8. Letterlijk: 'working on the parts while paying attention to the whole'.
37. Heath I. Uncertain clarity: contradiction, meaning, and hope. *Br J Gen Pract* 1999;(49)445:651-7. Letterlijk: 'It involves iterating (going back and forth) between breadth and depth, the subjective and the objective, action and reflection.'

38. Begin 2010 hebben de KNMG en andere partijen eisen geformuleerd die aan samenwerkingsverbanden worden gesteld, buiten de praktijk (ketenzorg), maar ook binnen de praktijk (KNMG e.a. 2010). Bij het delegeren van taken moeten niet alleen de voorwaarden van de Wet BIG in acht worden genomen, maar ook de eisen die aan samenwerkingsverbanden worden gesteld. De Handreiking is nu al van kracht, er is ook al jurisprudentie, maar dan meer over ziekenhuissettings. In 2013 moeten alle samenwerkingsverbanden goed geregeld zijn.
39. Onderzoek laat zien dat verdere taakdelegatie naar praktijkassistenten en praktijkondersteuners/ praktijkverpleegkundigen een effectief middel is om de werkbelasting van huisartsen binnen de perken te houden. Dat blijkt ook uit de positieve ervaring van huisartsen. Ook de groei in praktijkgrootte wordt hiermee in verband gebracht. Er is een duidelijke ontwikkeling gaande dat huisartsen graag meer taken, vooral ook niet-medische taken, delegeren. (Engels Y, Mokkink H, Van den Hombergh P, et al.) Het aantal taken van de praktijkassistent in de huisartsenpraktijk is toegenomen. (Huisarts Wet 2004; 7:325-330.) De mogelijkheden van taakdelegatie naar praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen kunnen goed worden uitgebreid, mits aanpassingen voortvloeiend uit schaalvergroting (meer fte's medewerkers en management en grotere praktijkruimte) worden gerealiseerd.
- De *kwantitatieve bijdrage* van praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen aan werklastvermindering is tot nu toe niet aantoonbaar. (Laurant MGH, Hermens RPMG, Braspenning JCC, Sibbald B, Grol RPTM. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ*;2004;328;927-33.) De huisarts blijkt taken op zich te nemen, die waren blijven liggen (bijvoorbeeld het implementeren en naleven van NHG-Standaarden). Wel is de subjectieve werkdruk van de huisartsen aantoonbaar afgenomen, wat een van de primaire doelstellingen van de introductie van de praktijkondersteuner was. (Engels Y, Mokkink H, Van den Hombergh P, et al. De werkbelasting van de huisarts neemt af. *Huisarts Wet* 2003; 9: 482-7.) De eis tot grotere samenwerkingsverbanden (met meer dan twee huisartsen) leidde tot grotere samenwerkingsverbanden (HOED/HOES).
- Met het aanstellen van praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen worden *significante kwaliteitsverbeteringen* gerealiseerd, met name op het gebied van chronische aandoeningen. Diabetescontroles worden bijvoorbeeld frequenter uitgevoerd. Ook blijkt de tevredenheid van patiënten over de huisartsenzorg toe te nemen. Patiënten waarderen ook zeer dat de praktijkondersteuners meer tijd aan de belevingsaspecten besteden. (Toekomstverkenning Eerstelijnszorg 2020. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2005.) Zie ook Gruijters en Helsloot 2009 (2).
40. Deels overgenomen uit: Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.
41. Op dit moment worden de voorbereidingen getroffen om een BIG registratie aan doktersassistenten toe te kennen. De LHV verwacht dat doktersassistenten binnen enkele maanden een BIG registratie zullen hebben en juicht deze ontwikkeling toe.
42. In 2000 startte de LHV het project Implementatie Praktijkondersteuning (POH). Dit project beoogde dat in 2004 bij 80 procent van de huisartsen een POH werkzaam zou zijn. Door ontbrekende financiering werd de implementatie vanaf begin 2003 ernstig belemmerd. In 2006 werd een doorstart mogelijk door de invoering van een financieringsmodule POH als opslag op het abonnementstarief van de zorgverzekeraars. Nu, tien jaar na de start van het project, werkt ongeveer 80 procent van alle huisartsenpraktijken met een POH. Er zijn circa 3000 POH. Ongeveer de helft van hen is van oorsprong praktijkassistent en ongeveer de helft verpleegkundige. (De POH-GGZ zijn hierbij niet mee meegerekend.)
43. Zie voor de opleiding par. 3.7.1.
44. Zie Gruijters en Helsloot 2009 (2).
45. Zie LHV 2010.
46. Leistra e.a. 1999. Dit beroepsprofiel moet volgens de beroepsgroep zelf geactualiseerd worden. Zie het Meerjarig strategisch beleidsplan van de V&VN, pagina 7.
47. Zo overgenomen (met bovenstaande noot) uit Van der Meer FM, Mastenbroek CG. Verpleegkundige zorg 'in de wijk': van samenhang verzekerd [Conceptrapport]. Diemen: CVZ, 2010.
48. V&VN 2010.
49. Zie onder andere het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
50. Zie ook de NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg. Utrecht: NHG, 2009.

51. Zie bijvoorbeeld het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
52. Zie voor een uitgebreidere beschrijving Gruijters en Helsloot 2009 (1) en Derckx 2009. Zie verder: Dierick-van Daele e.a. 2008. Dierick-van Daele 2010. De Leeuw e.a. 2008. En ook:
  - Derckx EWCC, Van Leeuwen YD, Toemen T, Legius MJM. Tussen cure en care. Nurse practitioner in de huisartspraktijk verdient zichzelf terug. Med Contact 2005;49:1992-5.
  - Ter Brugge A, Helsloot RSM, In 't Veld CJ. Ruim baan voor de praktijkverpleegkundige. Med Contact 2006;9:371.
  - Roodbol P. Nurse practitioners in Nederland: wat hangt de huisarts boven het hoofd? Huisarts Wet 2006;49(6):321-3.
  - Zwart S, Fillipo M. Verzet LHV en NHG tegen nieuwe functies in de eerste lijn berust op koudwaterrees. Huisarts Wet 2006;49(12):632-4.
  - De Feijter C. Experiment bewijst de meerwaarde van de inzet van nurse practitioners. Financiering nurse practitioner blijft struikelblok. Huisarts in praktijk; november 2007:40-2.
53. Stange KC. The Generalist Approach. Ann Fam Med 2009;7 : 198-203. Letterlijk: 'Sometimes the generalist way involves doing multiple low-level tasks to enable higher level integrative action over time.'
54. Deze masteropleiding is analoog aan de kaderopleiding op een deelgebied van huisartsenzorg. Ook hier ontwikkelt de huisartsenzorg expertise en biedt een consultatiefunctie voor collega's. Aanvullende expertise zorgt voor verdieping van het vak.
55. Naast deze doorgroeimogelijkheid kunnen dokters- en praktijkassistenten ook doorgroeien naar de functie van triage-assistent. De opleiding is zowel in (grotere) huisartsenvoorzieningen als in de huisartsenposten van grote waarde. Zie verder par. 3.6.2. en 3.7.3.
56. Zwaanswijk M, Verhaak PFM 2009.
57. Zwaanswijk M, Verhaak PFM 2009.
58. NHG-Standpunt GGZ in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2007.
59. Zie voor een uitgebreide uitwerking van deze taken LVG 2007. En zie ook LVG 2010.
60. In het NHG-Standpunt GGZ in de Huisartsenzorg is (voorlopig) gekozen voor de naam GGZ-ondersteuner huisartsenzorg, om geen verwarring te krijgen met de generalistisch werkende POH-Somatiek. Maar deze naam heeft ook niet aangeslagen.
61. In het UK is het een duidelijke functie, met een eigen beroepsvereniging en cultuur.
62. Veel praktijkmanagers maken deel uit van het Landelijk netwerk Eerstelijns managers.
63. Bij het Landelijk Netwerk Eerstelijnsmanagers zijn ongeveer 50 van dergelijke managers aangesloten.
64. In januari 2010 heeft een invitationaal plaatsgevonden over de samenwerking huisartsopleiding - HBO opleiding. Samenwerking tussen de HBO opleidingen, huisartsopleidingen en HBO-raad is evident.
65. De opleiding POH is een niet-bekostigde opleiding, dat wil zeggen niet bekostigd door de overheid. Bijkomstigheid is dat deze opleidingen in principe niet worden gevisiteerd door het NVAO en dus geen keurmerk van kwaliteit bezitten. Niet-bekostigde opleidingen kunnen echter wel een visitatie aanvragen via de NVAO, en bij een positieve beoordeling een keurmerk krijgen en zo een bekostigde opleiding worden.
66. Zie de vorige noot.
67. Al bij de eerste update in 2010 was zichtbaar dat meer SPV'ers de functie gaan bekleden en minder AMW'ers. Deze ontwikkeling heeft zich ook in het tweede en deels derde kwartaal van dit jaar voortgezet. Bijna 71% van de POH-GGZ heeft een SPV-achtergrond (in april was dit nog 63%). Het aantal POH-GGZ met algemeen maatschappelijk werk als achtergrond is 8%. Een toename zien we bij de POH-GGZ met een psychologische achtergrond (hbo-psychologie, basispsycholoog of eerstelijnspsycholoog). Dit is inmiddels 13% (was in april 10%). (Bron: LVG Nieuwsbrief POH-GGZ, oktober 2010. Zie: [www.lvg.org/Landelijk/ggz\\_rapporten\\_nieuwsbrieven.htm](http://www.lvg.org/Landelijk/ggz_rapporten_nieuwsbrieven.htm).)
68. Zie LVG 2009.
69. Zie onder andere <http://vhn.artsennet.nl/Dossiers/Projecten/Diplomerings-triageassistenten.htm>
70. De opleiding voor praktijkmanagers aan de InHolland Hogeschool bijvoorbeeld lijkt van goede kwaliteit om deze functie verder te professionaliseren. In Nijmegen is ermee gestart, maar de opleiding is ook al weer gestopt door onvoldoende aanmeldingen onder andere ten gevolge van de onzekerheid over de toekomst van het beroep.

71. Het NHG besteedt ook aandacht aan goede scholing en goed materiaal voor de praktijkassistent en de praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige. Voorbeelden hiervan zijn:
- de NHG-TelefoonWijzer ten behoeve van de triage in de huisartsenpraktijk en huisartsenpost;
  - de NHG-PraktijkWijzers voor de praktijkorganisatie (vooral voor de praktijkondersteuners/ praktijkverpleegkundigen bedoeld ten behoeve van hun zorg voor patiënten met een chronische aandoening);
  - de NHG-Webprogramma's: e-learning voor praktijkondersteuners;
  - het boek 'NHG-Standaarden voor de praktijkassistent', verschijnt jaarlijks in een herziene versie, zowel voor de opleidingen als voor het ondersteunend personeel in de praktijk.
- Zie verder [www.nhg.org](http://www.nhg.org).
72. Op dit moment worden de voorbereidingen getroffen om een BIG registratie aan doktersassistenten toe te kennen. De LHV verwacht dat doktersassistenten binnen enkele maanden een BIG registratie zullen hebben en juicht deze ontwikkeling toe. De BIG registratie betreft een registratie als doktersassistent, niet als verpleegkundige.
73. V&VN Op één lijn komen. December 2010
74. Zie STOOM en ActiZ 2010 en LHV 2007.
- De vragen die centraal staan in de rapportage van STOOM en ActiZ zijn: Welke rol kan de wijkverpleegkundige in onze hedendaagse eerste lijn vervullen? Welke toegevoegde waarde heeft de wijkverpleegkundige voor de eerste lijn? En wat is nodig om deze toegevoegde waarde te verzilveren?
75. In de LHV-Handreiking staat praktische informatie over de verpleegkundigen in de eerste lijn, samenwerkingsvarianten en hulpmiddelen bij het organiseren van samenwerking, communicatie en coördinatie, en externe voorwaarden.
76. Het samenvoegen van de functie praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige heeft ook nadelen, zoals de verantwoordelijkheid om ook ziekenverzorgenden aan te sturen (gebeurd nu door wijkverpleegkundigen) en de extra belast van met personeelsaansturing voor de huisarts.
77. Verbetering van de randvoorwaarden (waaronder een passende salariering) is de belangrijkste factor voor imagoverbetering.
78. In het recentelijk gelanceerde Campagneteam Doktersassistent, een initiatief van VHN, NVDA, LVG, LHV, vakbonden CNV en FNV en Calabris, werken werkgevers en werknemers in de eerstelijnszorg samen om de arbeidsmarkt van doktersassistenten in kaart te brengen en het tekort aan doktersassistenten op te lossen. Het team richt zich op het creëren van goede stageplekken en het aantal doktersassistenten zo snel mogelijk, zonder kwaliteitsverlies, te laten toenemen.
79. Prismant 2009 'De Arbeidsmarkt van Doktersassistenten'
80. Door een extra toename van het aantal leerlingen in 2009 zal het aanbod de komende jaren met ongeveer 10% toenemen. Het aantal nieuwe studenten bij de ROC's bedroegen in 2008 3.300 studenten en in 2009 3.700 studenten (Calibris BPV-Barometer AG opleidingen 2010).
81. De maatschappij vraagt steeds meer om vormen van outreachende en selectieve preventie. Het is onduidelijk in hoeverre de huisartsenvoorziening aan deze wens kan voldoen, gezien de toenemende zorgvraag enerzijds maar bezuinigingen anderzijds.
82. Zie het NHG/LHV-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening'. Utrecht: NHG, 2005.
83. NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
84. Zie: Maes A. Ouderenzorg, zorg van huisarts en praktijkondersteuner. Modern Medicine 2010, nr. 2:18-20. Maes noemt daarin een aantal van 6.894 normpraktijken (2.350 patiënten) > 6.894 praktijkondersteuners somatiek/ouderenzorg. Afgaande op de huidige verhouding aantal praktijkverpleegkundige/te praktijkverpleegkundige van 3.000/1.400, dus ca 15.000 praktijkverpleegkundigen
85. Nieuwsbrief POH-GGZ, oktober 2010 en december 2010  
Zie: [www.lvg.org/Landelijk/ggz\\_raporten\\_nieuwsbrieven.htm](http://www.lvg.org/Landelijk/ggz_raporten_nieuwsbrieven.htm).) In 2011 is het tarief gebaseerd op dienstverlening 1 FTE POH-GGZ aan 18.800 patiënten.
86. Cijfers afkomstig van: LHV Position paper 2010
87. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010: RIVM; 2010
88. SCP publicatie: Verpleging en verzorging verklaard; oktober 2004

89. Future Elderly Living Conditions In Europe; september 2006
90. STG: Medische ouderenzorg in de toekomst:anticiperen op ziekte en welbevinden: Vulto, M. ,Koot, J.; 2007
91. In 2010 werkt CVZ aan een vervolgrapport Verpleegkundige zorg 'in de wijk': van samenhang verzekerd.