

# De meerwaarde van trio zorg voor hulpverleners en patiënten

M.J.E. Jenster, C.J. IJzermans en A. Pool

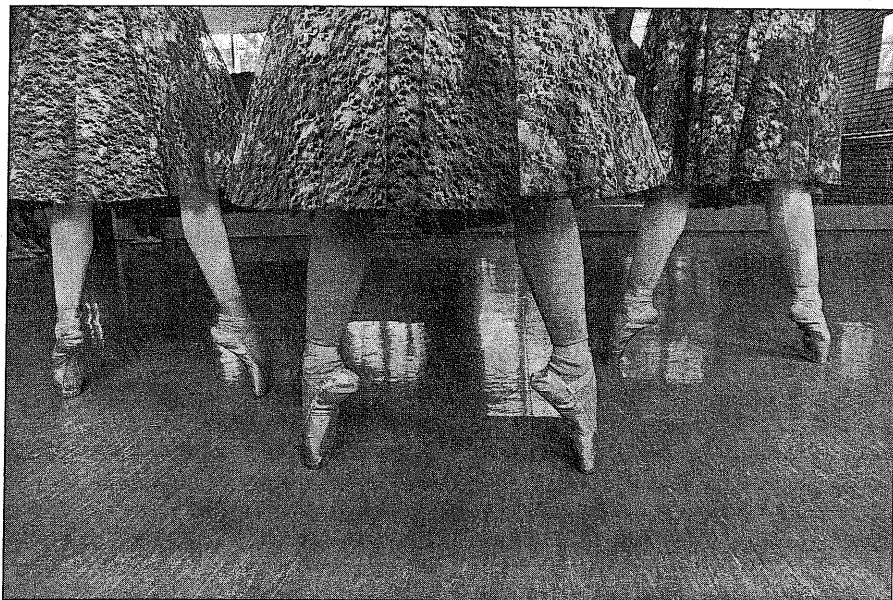


Foto: Loek Zuyderduin

*Er lopen in Nederland verschillende projecten waarbij een praktijkverpleegkundige wordt geïntroduceerd in de huisartspraktijk. Bij het project Trio zorg is de praktijkassistente als derde partij nadrukkelijk betrokken in de opzet. Het doel van het begeleidende onderzoek was na te gaan wat trio zorg oplevert voor hulpverleners en patiënten.*

**I**N AMSTERDAM en Diemen startte in begin 1996 het project Trio zorg. Het doel van dit project was de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. Huisartsen, hun assistenten en praktijkverpleegkundigen werkten in dit project samen op basis van protocollen, afgeleid van de NHG-standaarden voor diabetes mellitus type-II en cara. De praktijkverpleegkundigen hielden een aantal uren per week spreekuur bij een huisarts, naast hun reguliere werk in de thuiszorg. Naar dit project is onderzoek verricht door een samenwerkingsverband van de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, de afdeling Verplegingswetenschap van de Universiteit van Utrecht en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

## Achtergrond

Begin jaren zestig werd in Groot-Brittannië de functie 'practice nurse' ingevoerd om de werkdruk van huisartsen te verminderen. Inmiddels lijkt in Nederland in toenemende mate behoefte te bestaan aan een vergelijkbare functie. De doelen die met de functie praktijkverpleegkundige worden beoogd, zijn divers: werkdrukvermindering voor de huisarts, intensivering van de controle van chronisch zieken en coördinatie van zorg in de huisartspraktijk. Bovendien kan het aanstellen van praktijkverpleegkundigen de moeizame samenwerking tussen huisarts en wijkverpleging een nieuwe impuls geven.

Er lopen in Nederland verschillende projecten waarbij een praktijkverpleegkundige wordt geïntroduceerd in de huisarts-

praktijk. Bij het project Trio zorg is de praktijkassistente als derde partij nadrukkelijk betrokken in de opzet. Het project werd afgerond in april 1997, waarna trio zorg een structurele voorziening werd, gefinancierd uit flexigeld (3 procent van het ziekenfondsbudget dat ook kan worden besteed aan zorgvernieuwing).

In totaal namen er 62 huisartsen, 49 praktijkassistentes en 14 wijkverpleegkundigen aan deel.

Het doel van het begeleidende onderzoek was, na te gaan wat trio zorg oplevert voor hulpverleners en patiënten.

## Methoden van onderzoek

Voor het onderzoek werden zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden gebruikt.


Er zijn interviews gehouden met 18 hulpverleners (6 huisartsen, 6 assistenten en 6 praktijkverpleegkundigen). Daarnaast werd aan alle hulpverleners die deelnamen aan Trio zorg een vragenlijst gestuurd; 86 vragenlijsten bleken geschikt voor analyse. Bij 44 patiënten is telefonisch een interview gehouden.

Daarnaast zijn er vergaderingen ten behoeve van Trio zorg geobserveerd, inhoudsanalyses uitgevoerd van de notulen van deze vergaderingen en van de overeengekomen protocollen.

## Resultaten

### Positieve punten

De hulpverleners toonden zich tevreden en de meesten zagen een meerwaarde van trio zorg omdat er een verbetering van de kwaliteit van zorg werd geconstateerd: patiënten werden regelmatig gecontroleerd, terwijl eerst alleen de huisarts werd bezocht als er klachten waren.

Bij de hulpverleners bleken de taken te verschuiven. Praktijkassistentes die hun taken konden uitbreiden, waren vaak enthousiast. De praktijkverpleegkundigen vonden het doorgaans een uitdaging om spreekuren te houden. De huisarts kreeg meer een positie op de achtergrond: een consulentfunctie en managementfunctie. De meeste huisartsen waren tevreden met deze taakverschuiving. 

Bijna alle patiënten met diabetes mellitus of cara waren tevreden over de triozorg. Patiënten waardeerden dat ze goede informatie kregen, regelmatig werden gecontroleerd en terechtkonden met vragen. Zowel hulpverleners als patiënten zagen een positief effect van de triozorg op de therapietrouw van patiënten. Bijna de helft van de patiënten zei zich makkelijker te kunnen houden aan leefregels en een aantal van hen was zelfs van mening dat hun gezondheid verbeterd.

Slechts éénderde van de huisartsen gaf aan dat triozorg tijdwinst opleverde. In de meeste praktijken werden nu namelijk taken uitgevoerd waar de huisarts voorheen niet of nauwelijks aan toekwam. De

gemeenschappelijke doelen na, zoals de verbetering van de kwaliteit van zorg. Soms bleken zij doelen na te streven die de belangen van de eigen beroepsgroep dienden. Professionele doelstellingen hoeven op zich niet te botsen, maar tijdens het project gebeurde dat soms wel. Met name de belangen van de praktijkassistentes bleken strijdig met die van de praktijkverpleegkundigen. Praktijkassistentes gaven vaak aan hun taken te willen uitbreiden en geen belang te hebben bij de introductie van de functie van praktijkverpleegkundige. De competentiestrijd op de werkvloer tussen assistentes en praktijkverpleegkundigen speelde echter nauwelijks, omdat in onderling overleg tot

zakelijk in kaart te brengen of de patiënt bijvoorbeeld astma, COPD of hooikoorts had.

### Conclusie

Het onderzoek heeft aangetoond dat Triozorg positief werd beoordeeld door de betrokkenen. Zowel hulpverleners als patiënten waren tevreden: hulpverleners gaven aan dat de kwaliteit van zorg toenam, patiënten waren tevreden omdat ze meer informatie kregen, het prettig vonden om regelmatig op controle te komen en vragen te kunnen stellen.

De hulpverleners waren over het algemeen tevreden met de opgetreden taakverschuiving. Er zijn aanwijzingen dat Triozorg de verschuiving van zorg van het ziekenhuis naar de huisarts mogelijk maakte, een positief effect op de therapietrouw heeft gehad en in de toekomst tijdsparing voor de huisarts kan verwezenlijken.

Bij de samenwerking tussen de huisarts, assistent en praktijkverpleegkundige heeft de rapportage, het overleg en de deskundigheid van de praktijkverpleegkundige en de assistente aandacht. Daarnaast dienen de doelen die ieder met een dergelijke samenwerking heeft, te worden uitgesproken. De NHG-standaard Diabetes mellitus type-II was voor de samenwerking van Triozorg het best uitvoerbaar. •

*drs. M.J.E. Jenster,*  
verpleegkundige en verplegingswetenschapper;  
ten tijde van dit onderzoek als onderzoeker verbonden aan AMC/Universiteit van Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde. thans: beleidsmedewerker LHV

*dr. C.J. IJzermans,*  
universitair hoofddocent, afdeling Huisartsgeneeskunde AMC/Universiteit van Amsterdam

*dr. A. Pool,*  
programmacoördinator Verpleging bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn; senior wetenschappelijk medewerker projectorganisatie Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht

\* De rapportage van dit onderzoek zal eind 1998 verschijnen bij het NIZW, tel. 030 - 2306311.

## Volgens de hulpverleners kan triozorg substitutie van de tweede naar de eerste lijn bewerkstelligen

helft van huisartsen toonden zich echter optimistisch over mogelijke tijdsparing in de toekomst.

Volgens de hulpverleners kan triozorg substitutie van de tweede naar de eerste lijn bewerkstelligen. Ruim de helft van de hulpverleners gaf aan dat er tijdens het project een dergelijke verschuiving van zorg was opgetreden. In een aantal praktijken werden zelfs diabetespatiënten ingesteld op insuline. Voor substitutie is echter de medewerking van medisch specialisten noodzakelijk. Hierover waren niet altijd afspraken gemaakt.

### Knelpunten

Praktijkverpleegkundigen bleken niet tevreden over de rapportage van de huisarts. De dossiers boden volgens hen onvoldoende informatie. Een aantal praktijkverpleegkundigen maakte daarom gebruik van hun eigen verpleegkundige rapportage. Huisartsen waren het hier soms niet mee eens. In een aantal praktijken leidde dit tot een competentiestrijd.

Structureel overleg vormde soms een probleem. Vooral praktijkverpleegkundigen hadden behoefte aan informatie over patiënten en het beleid van de huisarts. Er werden verschillende redenen genoemd voor het gebrek aan overleg, zoals parttime dienstverbanden en de slechte bereikbaarheid van betrokkenen. Opvallend hierbij was dat hulpverleners die in gezondheidscentra werkten minder positief waren over de bereikbaarheid van collegae dan hulpverleners die in solo- of duopraktijken werkten.

De hulpverleners streefden niet alleen

een taakverdeling was gekomen. Op de vraag of de assistente dacht dezelfde taken als de praktijkverpleegkundige te kunnen uitvoeren, antwoordde een aantal assistenten bevestigend. Zij verbonden hieraan wel de voorwaarden dat zij hiervoor voldoende bijscholing zouden krijgen en voldoende tijd. Maar er waren ook assistentes die naar aanleiding van de ervaring met triozorg concludeerden te hebben om hetzelfde werk als een praktijkverpleegkundige te kunnen doen.

Een aantal huisartsen gaf aan met triozorg te streven naar een betere samenwerking met de thuiszorg. Slechts een vijfde van de huisartsen gaf aan dat dit is uitgekomen. Gezien de opzet van het project is dit begrijpelijk. Het uitgangspunt was het uitvoeren van de NHG-standaarden en niet de herkenbaarheid en bereikbaarheid van de thuiszorg.

De hulpverleners kwamen obstakels tegen in hun deskundigheid. Praktijkverpleegkundigen werden vooral gehinderd door een gebrek aan kennis bij de start van de spreekuren omdat ze niet vooraf, maar tijdens het project werden bijgeschoold. Voor de praktijkassistentes was geen bijscholing georganiseerd.

Bij het uitvoeren van de standaard 'Cara' bleek de taakverdeling en samenwerking moeizaam te verlopen, in vergelijking met de diabetesstandaard. Dit was omdat de carapatiënten niet goed in kaart waren gebracht. Vaak was de diagnose niet gesteld. Voordat de behandeling kon worden bepaald en de patiënt in het Triospreekuur in kon stromen, was het nood-