VEEL PLUSPUNTEN, MAAR OOK KNELPUNTEN

Resultaten van Triozorg

M.J.E. JENSTER, A. POOL, C.J. IJZERMANS[1]

In Nederland lijkt in toenemende mate behoefte te bestaan aan het invoeren van de functie van praktijkverpleegkundige. De doelen die met deze functie worden beoogd zijn divers: werkdrukvermindering voor de huisarts, intensivering van de controle van chronisch zieken en coördinatie van zorg in de eerste lijn. De invoering van de functie praktijkverpleegkundige zou bovendien de moeizame samenwerking tussen huisarts en wijkverpleging een nieuwe impuls kunnen geven.

Er lopen in Nederland verschillende projecten waarbij een praktijkverpleegkundige wordt geïntroduceerd in de huisartspraktijk; Triozorg was één van deze projecten.

TRIOZORG Triozorg startte begin 1996 in Amsterdam en Diemen. De praktijkverpleegkundigen in dit project waren allen wijkverpleegkundigen die naast het werk in de huisartsenpraktijk ook werk voor de thuiszorg verrichtten.

Kenmerkend voor Triozorg (de naam zegt het al) is dat naast de huisarts en de praktijkverpleegkundige, de praktijkassistent nadrukkelijk betrokken is.

Huisartsen, 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.

In totaal namen 62 huisartsen, 49 praktijkassistenten en 14 praktijkverpleegkundigen deel aan het project.

Triozorg werd betaald uit flexigeld[2] en is na de projectperiode een structurele voorziening geworden.

ONDERZOEK Triozorg is onderzocht door een samenwerkingsverband van de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, de afdeling Verplegingswetenschap van de Universiteit Utrecht en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).[3]

Voor het onderzoek werd gebruikt gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden.

Er zijn interviews gehouden met 18 hulpverleners (6 huisartsen, 6 assistenten en 6 praktijkverpleegkundigen). Daarnaast is aan alle hulpverleners die deelnamen aan Triozorg een vragenlijst gestuurd. Van de ingevulde vragenlijsten bleken 86 geschikt voor analyse. Bij 44 patiënten is telefonisch een vragenlijst afgenomen.

Verder zijn er observaties gemaakt van vergaderingen ten behoeve van Triozorg en zijn er inhoudsanalyses uitgevoerd van de notulen van deze vergaderingen en van de overeengekomen protocollen.

RESULTATEN De resultaten vallen uiteen in pluspunten en knelpunten.

- *Pluspunten.* De hulpverleners toonden zich tevreden en de meesten zagen een meerwaarde van Triozorg omdat zij een verbetering van de kwaliteit van zorg constateerden: patiënten werden nu regelmatig gecontroleerd, terwijl ze eerst alleen de huisarts bezochten als ze klachten hadden.

Bij de hulpverleners bleken de taken verschoven te zijn. Praktijkassistenten die hun taken konden uitbreiden, waren vaak enthousiast. De praktijkverpleegkundigen vonden het doorgaans een uitdaging om spreekuren te houden. De huisarts kreeg daarbij meer een positie op de achtergrond, met een consulent- en een managementfunctie. De meeste huisartsen waren tevreden met deze taakverschuiving.

Bijna alle patiënten met diabetes mellitus of cara waren tevreden over Triozorg. Zij waardeerden dat ze goede informatie kregen, regelmatig gecontroleerd werden en terecht konden met vragen.

Zowel hulpverleners als patiënten zagen een positief effect van het project 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 was verbeterd.

Eenderde van de huisartsen gaf aan dat Triozorg tijdwinst had opgeleverd. In de meeste praktijken werden nu namelijk méér taken uitgevoerd, taken waar de huisarts voorheen niet of nauwelijks aan toekwam. De helft van de huisartsen toonde zich echter optimistisch over mogelijke tijdbesparing 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 Triozorg 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 de eigen verpleegkundige rapportage. Niet alle huisartsen waren het hier mee eens. In sommige praktijken leidde dit tot een competentiestrijd.

Ook structureel overleg vormde een probleem. Vooral de praktijkverpleegkundigen hadden behoefte aan informatie over patiënten en over 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 gemeenschappelijke doelen na, zoals verbetering van kwaliteit van zorg. Soms ble-

Merel de Kruif-Jenster heeft in haar huidige functie van beleidsmedewerker bij de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een inventarisatie gemaakt van de projecten met het inzetten van een praktijkverpleegkundige in huisartsenpraktijken. Er liepen en lopen verspreid over het land zo'n 20 projecten. Volgens Merel de Kruif kan alleen al uit dit aantal afgeleid worden dat er behoefte bestaat aan een dergelijke functie. De projecten zijn opgezet met verschillende doeleinden: verbetering van de kwaliteit van de zorg, werkdrukverlichting voor de huisarts, verschuiving van de zorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Soms ook was het doel verbetering van de samenwerking met de thuiszorg.
De functie van praktijkverpleegkundige wordt zeer uiteenlopend ingevuld. Merel de Kruif: 'In Oost-Groningen bijvoorbeeld, heeft de thuiszorg zich gekoppeld aan een aantal huisartsengroepen, zodanig dat de patiëntenpopulatie van beiden gelijk is. De wijkverpleegkundigen doen het 'normale' thuiszorgwerk onder de naam praktijkverpleegkundige. In West-Brabant loopt een project waarbij de wijkverpleegkundige gedeeltelijk in de thuiszorg en gedeeltelijk in de huisartspraktijk werkt - een combinatiefunctie dus. In de meeste gevallen zijn verpleegkundigen door de thuiszorg gedetacheerd om part time mee te werken in de huisartspraktijk. Het vervullen van de liaisonfunctie naar thuiszorg of ziekenhuis kan tot hun taken behoren.'
De taken van de praktijkverpleegkundige zijn - zo constateerde de Kruif - vaak gericht op ouderen en chronisch zieken, soms ook op specifieke ziektebeelden, zoals diabetes en COPD of astma. De verpleegkundige richt zich daarbij vooral op voorlichting en begeleiding.
Het idee dat de huisarts bepaalt wat de praktijkverpleegkundige doet is niet conform de werkelijkheid, zegt De Kruif. 'Vaak weet de huisarts niet precies wat de verpleegkundige allemaal te bieden heeft. Verpleegkundigen moeten daarom zelf het initiatief nemen, voorstellen doen over de aanpak van de populatie, hun functie zelf inhoud geven. Dat is ook de beste manier om een prrofessionele samenwerkingsrelatie te ontwikkelen.'
Natuurlijk komen er in nieuwe situaties en zeker in het begin, ook knelpunten voor. Dat blijkt ook uit de inventarisatie van De Kruif. De meeste huisartspraktijken zijn bijvoorbeeld niet ingericht op de aanwezigheid van een praktijkverpleegkundige. Ook het ontbreken van voldoende onderling overleg wordt - vooral door verpleegkundigen - als knelpunt genoemd. Goed overleg is van groot belang en het biedt verpleegkundigen overigens ook een uitstekende mogelijkheid zich als praktijkverpleegkundige te profileren. Een volgend aandachtspunt is dat praktijkverpleegkundigen die niet op bepaalde ziektebeelden gespecialiseerd zijn, een bijscholing nodig hebben voordat zij zich kunnen gaan bezighouden met specifieke patiëntenpopulaties.
Merel de Kruif-Jenster heeft inmiddels een goed inzicht ontwikkeld in de manier waarop de functie van praktijkverpleegkundige in ons land gestalte krijgt. Zij vindt het een heel belangrijke ontwikkeling en een belangrijke kans voor verpleegkundigen om een aandeel te leveren in de gezondheidszorg. 'Het is belangrijk dat die functie er komt. Het aantal ouderen en chronisch zieken neemt toe en brengt veel werk met zich mee. Werk dat juist verpleegkundigen heel goed kunnen. Van groot belang is dus dat ze zich hierin actief opstellen.'

ken zij ook doelen na te streven die de belangen van de eigen beroepsgroep dienden. Professionele doelstellingen hoeven op zich niet te botsen, maar tijdens het project Triozorg gebeurde dat soms wel. Vooral de belangen van de praktijkassistenten waren veelal strijdig met die van de praktijkverpleegkundigen. Praktijkassistenten gaven vaak aan hun taken te willen uitbreiden en geen belang te hebben bij de introductie van de functie praktijkverpleegkundige. Op de vraag of de assistente dacht dezelfde taken als de praktijkverpleegkundige te kunnen uitvoeren, antwoordde een aantal van hen bevestigend. Zij verbonden hieraan wel de voorwaarde dat zij daarvoor voldoende bijgeschoold zouden moeten worden en voldoende tijd zouden moeten hebben. Er waren ook assistenten die naar aanleiding van de ervaring met Triozorg concludeerden dat ze kennis en vaardigheden tekort kwamen om hetzelfde werk als een praktijkverpleegkundige te kunnen doen. De competentiestrijd tussen assistenten en praktijkverpleegkundigen speelde op de werkvloer nauwelijks, omdat in het algemeen in onderling overleg een taakverdeling overeen werd gekomen.

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

De hulpverleners hebben ook in de eigen deskundigheid obstakels ervaren. Zo werden praktijkverpleegkundigen vooral gehinderd door een gebrek aan kennis bij de start van de spreekuren omdat ze niet vooraf, maar tijdens het project nascholing kregen. Voor de praktijkassistenten 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 had te maken met het gegeven dat de cara-patiënten niet goed in kaart waren gebracht. Vaak was de diagnose niet duidelijk. Voordat de behandeling kon worden bepaald en de patiënt kon instromen in het Triospreekuur moest onderscheid worden gemaakt tussen astma, COPD of hooikoorts.

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 en het prettig vonden om regelmatig op controle te kunnen komen en vragen te kunnen stellen.

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

In de samenwerking tussen huisarts, assistent en praktijkverpleegkundige behoeven 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, uitgesproken te worden en dient de taakverdeling in onderling overleg vastgesteld te worden. De NHG-standaard 'Diabetes Mellitus type-II' was in de samenwerking bij Triozorg het beste uitvoerbaar.

NOTEN

[1] Drs. M.J.E. jenster is verpleegkundige en verplegingswetenschapper. Ten tijde van het onderzoek was zij als onderzoeker verbonden aan AMC/Universiteit van Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde. Dr. A. Pool is programmacoördinator Verpleging bij het NIZW en senior wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Verplegingswetenschap van de Universiteit Utrecht. Dr. C.J. IJzermans is universitair hoofddocent, afdeling Huisartsgeneeskunde AMC/Universiteit van Amsterdam.

[2] Flexigeld is 3 procent van het ziekenfondsbudget dat besteed mag worden aan zorgvernieuwing.

[3] Het in april 1998 verschenen onderzoeksrapport over het project Triozorg is uitverkocht. Een verkorte versie van het rapport is te verkrijgen bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), tel. 030-2306311.