



**Praktijkondersteuners (POH's) in beeld:
Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland**

Daniël van Hassel
Ronald Batenburg
Lud van der Velden

Het NIVEL onderzoekt de gezondheidszorg. Dat onderzoek kijkt mee met de mensen die zorg krijgen en de mensen die de gezondheidszorg vormgeven en leveren: patiënten, de overheid, zorgverleners en verzekeraars, zorgorganisaties en toezichthouders. Zij bepalen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

NIVEL-onderzoek heeft maatschappelijke en wetenschappelijke impact. Dat is de dubbele missie van het NIVEL. Wetenschap en praktijk versterken elkaar. Het onderzoeksproces van het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd. Elk NIVEL-onderzoek leidt tot een openbare publicatie. Dat is vastgelegd in de statuten. Tegelijkertijd zoekt het NIVEL voortdurend naar interactie met de mensen die de resultaten van zijn onderzoek kunnen gebruiken. Bij het NIVEL werken ruim 150 mensen, van wie ruim honderd onderzoekers.

Colofon

Dit is een rapport van het Capaciteitsorgaan

Postbus 20051 | 3502 LB Utrecht
info@capaciteitsorgaan.nl | www.capaciteitsorgaan.nl
T 030-2823840

Uitvoering

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Capaciteitsorgaan door het NIVEL

maand/jaartal: *september 2016*

ISBN 978-94-6122-408-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Het NIVEL is door het Capaciteitsorgaan gevraagd om voor het Capaciteitsplan Huisartsenzorg 2016 onderzoek te doen naar de arbeidsmarkt van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH's). Inzicht in aantallen, kenmerken en geografische spreiding van POH's is vooral van belang voor een inschatting 'hoeveel' taakherschikking van huisarts naar POH al heeft plaats gevonden en in de toekomst nog gerealiseerd kan worden. Het voorliggende rapport beschrijft de uitkomsten van dit arbeidsmarktonderzoek. De analyses zijn gebaseerd op data uit de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie waaruit het aantal (FTE) POH's per praktijk bekend is en data die met een eigen enquête onder ruim 1.300 POH's is verzameld en waarmee inzicht is verkregen in hun persoons- en baan-kenmerken.

Op deze plaats willen we alle POH's die hebben meegedaan aan het onderzoek bedanken voor hun deelname. Ook willen we de leden van de kamer Huisartsen van het Capaciteitsorgaan en Laurens Brongers, beleidsmedewerker van het Capaciteitsorgaan, bedanken voor hun opmerkingen over de opzet, uitvoering en afronding van het onderzoek.

Utrecht, september 2016

Samenvatting

Dit onderzoek geeft nieuw inzicht in de aantallen, kenmerken en geografische spreiding van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH's) in Nederland. Deze gegevens zijn nodig voor het Capaciteitsplan Huisartsenzorg 2016 en zijn vooral belangrijk voor een schatting van 'hoeveel' taakherschikking van huisarts naar POH's heeft plaatsgevonden en nog gerealiseerd kan worden. Voor dit onderzoek is een enquête uitgezet onder POH's en zijn gegevens over POH's in praktijken uit de NIVEL-huisartsenregistratie gebruikt. Een belangrijke conclusie is dat de functie POH de afgelopen jaren opnieuw ruim is gegroeid in vergelijking met de laatste uitgebreide studie naar de omvang van de arbeidsmarkt van POH's uit 2011. Zowel de POH somatiek als de POH GGZ vormt meer dan eens een vast onderdeel van het team in de huisartsenpraktijk.

Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste arbeidsmarktgegevens van POH's uit dit onderzoek en de betekenis hiervan voor het Capaciteitsplan 2016.

Aantal FTE, trends en regionale spreiding

Voor 2016 schatten we, gebaseerd op de gewogen data uit de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie, het aantal FTE POH's somatiek op bijna 3000 en het aantal FTE POH's GGZ op 1300. In 2011 was het aantal FTE POH's nog circa 1900 (onderscheid in typen POH's was toen niet mogelijk).

Naast de groei van het aantal POH's in Nederland is er ook een hoger aandeel praktijken waar een of meerdere POH's werken. In 2016 is in 88% van de praktijken een POH somatiek en in 81% van de praktijken een POH GGZ aanwezig. In 2011 was het aandeel praktijken met een POH nog 74%.

In 2016 zijn er geringe verschillen wat betreft het aandeel praktijken met een POH-(somatic en bij GGZ) naar verstedelijkt gebied. Wel valt in 2016 op dat er wat betreft het aandeel praktijken met een POH-(somatic en bij GGZ) soms grote verschillen tussen de provincies zijn.

Persoons- en baankenmerken van POH's

De POH's zijn, gebaseerd op de POH-enquête 2016, voornamelijk vrouw (96%) en ongeveer de helft van degenen die deze functie uitoefent is 50 jaar of ouder. De opleidingsachtergronden van POH's zijn divers. Veelgenoemde richtingen zijn de opleiding voor doktersassistente bol (mbo-niveau) en verpleegkunde (op mbo- of hbo-niveau). Veel POH's hebben de eenjarige of tweejarige opleiding tot POH gevolgd.

Wat betreft de werkomvang van POH's laten de resultaten van de enquête onder meer zien dat zij gemiddeld drie volledige dagen per week werken. Van deze werktijd wordt driekwart besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten. Gevraagd naar deze patiëntgebonden taken gaat het met name om periodieke controles van chronisch zieken en voorlichting en educatie. Maar ook niet patiëntgebonden activiteiten als samenwerking met andere zorgverleners en meedenken bij de ontwikkeling van richtlijnen ter verbetering van patiëntenzorg of bedrijfsvoering behoren tot hun takenpakket. Dit laat zien dat de POH binnen het huisartsteam breed wordt ingezet.

Verschillen naar werkervaring van POH's

Er is duidelijk onderscheid tussen startende POH's (< 5 jaar ervaring) en ervaren POH's (meer dan 10 jaar ervaring). Op basis van de enquête-data uit 2016 hebben we een profielschets opgesteld. Deze laat onder meer zien dat starters vaker als POH GGZ in een huisartsenpraktijk werken, terwijl hun ervaren collega's vaker POH somatiek zijn. De werkweek van starters is korter en gemiddeld zien zij ook minder patiënten per dag. Aan de andere kant wordt door starters meer tijd aan een spreekkamerconsult besteed in vergelijking tot ervaren POH's.

Naast deze twee groepen hebben we ook *beginnend-ervaren POH's* (5 tot 10 jaar ervaring) als aparte groep onderscheiden. Zij lijken het meest op de ervaren POH's.

Onze profielschets laat zien dat startende en ervaren POH's verschillen in hun werkweek en baan-kenmerken. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre deze taakprofielen door de tijd veranderen. Inzicht hierin in combinatie met gegevens over de samenstelling van POH's wat betreft hun werkervaring kan helpen bij het schatten van het huidige en toekomstige aanbod van POH's.

Betekenis voor de Capaciteitsraming huisartsen 2016

Huisartsen delegeren een deel van hun werk naar POH's. Dit wordt taakherschikking genoemd. De gerealiseerde en potentiële taakherschikking hebben we doorgerekend in het kader van het aantal op te leiden huisartsen, waarover het Capaciteitsorgaan dit najaar aan het ministerie van VWS een advies zal uitbrengen. Op basis van het aantal FTE POH's uit deze studie en FTE huisartsen uit de NIVEL-huisartsenregistratie schatten we dat momenteel minimaal 11% en maximaal 34% van de huisartsentaken wordt "herschikt". Negen jaar geleden was dit minimaal 4% en maximaal 14%. De extra taakherschikking die in de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden, is dus substantieel. In de huisartsenraming van het Capaciteitsorgaan uit 2008 is die ontwikkeling onderschat, evenals de ontwikkeling van de totale zorgvraag.

Een voor de raming huisartsen belangrijke maar moeilijk te beantwoorden vraag is wat er vanaf nu nog op het gebied van taakherschikking kan gebeuren. De les uit het verleden lijkt dat de totale groei van de huisartsgeneeskundige zorg en specifiek het deel dat door aanverwante disciplines kan worden verzorgd, vermoedelijk groter is dan gedacht. In de afgelopen negen jaar is de totale omvang van de zorg gestegen met minimaal 3,7% tot maximaal 6,6% per jaar. Daarbij geldt dat de geleverde zorg door huisartsen met 2,6% per jaar is gestegen en van de ondersteuners met 30,6% per jaar. In de nabije toekomst kan vooral het aantal POH-GGZ nog wel eens snel gaan groeien, gelet op de hogere aantallen patiënten die met (lichte) psychische klachten de afgelopen jaren bij de huisarts kwamen en waar nog geen eind aan lijkt te zijn gekomen. Maar ook de groei van de POH somatiek lijkt nog niet te zullen stoppen. Voor het Capaciteitsplan 2016 over het aantal op te leiden huisartsen is het daarom logisch om ook rekening te houden met een scenario waarbij huisartsen meer ondersteuners in dienst zullen nemen. Vooral als de groei van de zorgvraag hoog wordt geschat.

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding en achtergrond	9
1.2 Doel en vraagstellingen	10
1.3 Opbouw van dit rapport	11
2 POH's in de NIVEL huisartsenpraktijkregistratie: aantallen, trends en werkomvang	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Methode	13
2.3 Resultaten	14
3 Een enquête onder POH's in Nederland: persoons- en baankenmerken	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Methode	22
3.3 Resultaten	23
4 Conclusie: de resultaten samengenomen	31
4.1 Inleiding	31
4.2 Aantal FTE POH in praktijken en regionale spreiding	31
4.3 Persoons- en baankenmerken van POH's	32
4.4 Betekenis resultaten voor de Capaciteitsraming huisartsen 2016	34
Literatuur	37
Bijlagen:	
Bijlage 1 Vragenlijst POH-enquête 2016	41
Bijlage 2 Resultaten relevante variabelen POH's uit NIVEL Panel Verpleging & Verzorging	45
Bijlage 3 Ontwikkelingen in aantal FTE van huisartsen en ondersteuners	49

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

Voor het Capaciteitsplan en de raming huisartsen 2016 die het Capaciteitsorgaan zal uitvoeren voor het Ministerie van VWS, is inzicht nodig in de aantallen, kenmerken en spreiding van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH's). Deze gegevens zijn hiervoor van groot belang, omdat zij de basis vormen voor met name een inschatting 'hoeveel' taakherschikking van huisarts naar POH al heeft plaats gevonden en in de toekomst nog gerealiseerd kan worden.

De POH is een relatief jonge functie die in 1999 werd geïntroduceerd en sindsdien niet meer is weg te denken uit de huisartsenpraktijk. Het aantal POH's is de afgelopen jaren snel toegenomen. Gegeven dat beroepsstructuren in de zorg vaak maar langzaam veranderen, heeft het beroep op de praktijkondersteuner zich juist snel doorgezet.¹ Een POH is meestal een verpleegkundige of doktersassistente met een aanvullende opleiding op HBO-niveau. POH's leveren een belangrijke bijdrage aan het aanbod van huisartsenzorg en zij vormen een belangrijke schakel in het behandelen van chronische en specifieke patiëntengroepen binnen de eerste lijn.

Binnen de huisartsenvoorziening behandelt en begeleidt de POH patiënten op zelfstandige basis, maar onder verantwoordelijkheid van de huisarts.² Er zijn twee 'hoofdgroepen' POH's te onderscheiden waarvoor financieringsregelingen bestaan: de POH geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de POH somatiek. De huidige POH somatiek vormde de eerste beroepsgroep of -functie onder de koepelnaam POH en richt zich sinds 2000 op patiënten met lichamelijke chronische aandoeningen. De POH GGZ werd in 2008 geïntroduceerd om de toenemende vraag naar psychische en psychosociale hulp binnen de huisartsenzorg en de hoge kosten in de tweede lijn op te vangen. Sinds 1 januari 2014 is de rol van de POH GGZ binnen de huisartsenzorg in één keer nog veel groter geworden, doordat patiënten met lichte psychische klachten alleen nog bij de huisarts terecht kunnen.³

Naast de POH somatiek en POH GGZ hebben veranderingen in de financiering en organisatie van de zorg ertoe geleid dat er recent nieuwe subgroepen POH's zijn ontstaan om de huisarts te ondersteunen. Zo beschikken verschillende praktijken over een POH jeugd GGZ; een gespecialiseerde praktijkondersteuner vanwege de grotere rol van huisartsen ten aanzien van jongeren met psychische klachten. Een ander voorbeeld is de POH ouderenzorg. Deze subgroep wordt belangrijker binnen de huisartsenzorg door vergrijzing en een toenemend aantal kwetsbare ouderen dat zorg nodig heeft.

Er zijn verschillende onderzoeken naar de POH gedaan (zie Heiligers et al. 2012). Zo deden Noordman en collega's (2014) in 2010/2011 een verdiepende studie naar levensstijladvisering door POH's in de huisartsenpraktijk. Daarbij werd onder meer onder 17 POH's een video-feedback methode getest om hun algemene communicatievaardigheden met patiënten verder te verbeteren. Daarbij ging het specifiek om het verbeteren van vaardigheden voor motiverende

¹ <http://www.caransscoop.nl/nieuws/praktijkondersteuning-ontwikkelingen-poh-op-een-rij-156>

² <http://www.poh-ggz.nl/over-poh-ggz/functieprofiel>

³ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>

gespreksvoering en klinische aspecten, met name het opvolgen van richtlijnen/NHG standaarden. Er is momenteel beperkt onderzoek beschikbaar over de aantallen en kenmerken van POH's die werkzaam zijn in Nederland. Het meest recente cijfer dat het NIVEL kon berekenen op basis van een steekproef uit haar huisartsenpraktijkregistratie was dat in 2014 bij 80% van de huisartsenpraktijken een POH somatiek werkzaam was en bij 65% van de praktijken een POH GGZ (Van Hassel et al. 2015). Voor het aantal werkzame POH's en hun achtergrondkenmerken moeten we verder terug in de tijd. In 2011 heeft het NIVEL in het kader van een overzichtsstudie apart onderzoek gedaan naar de arbeidsmarkt van POH's en hun rol binnen de huisartsenzorg (Heiligers et al. 2012). Daaruit kwam naar voren dat in het afgelopen decennium, op praktijk- én individueel niveau, het aantal POH's flink was gestegen. Voor 2006 werd het aantal POH's geschat op minimaal 2.500 en maximaal 3.300, terwijl deze schatting voor 2011 ligt tussen 3.700 en 4.700. Verder beschikte in 2011 circa 75% van de huisartsenpraktijken over 'een' POH, waarbij het per praktijk ging om een gemiddelde inzet van 0,4 FTE. Uit de cijfers van de NIVEL-huisartsenpraktijkenregistratie bleek dat de verhouding in de diverse praktijken 1 POH op 4 huisartsen was. Daarnaast bleek dat onder groepspraktijken relatief vaker een POH werkzaam was, namelijk 87% tegen 67% onder solistenpraktijken. De verschillen naar regio bleken eveneens groot.

De laatste studie over aantallen en kenmerken van alle POH's die in Nederland in de huisartsenpraktijk werken, dateert dus van zo'n 5 jaar geleden. Een beperking van dit onderzoek was bovendien dat er geen onderscheid gemaakt kon worden tussen de 'hoofdgroepen' POH's GGZ en POH's somatiek. Er is bij het Capaciteitsorgaan - maar ook bij veel andere partijen in het veld zoals beroepsverenigingen en opleidingen - behoefte aan recente en landelijke gegevens over de aantallen, kenmerken en spreiding van de verschillende POH-functies in de huisartsenpraktijk.

Met het oog op het Capaciteitsplan 2016 zijn gegevens over de arbeidsmarkt van POH's in 2016 verzameld, die in dit rapport worden gepresenteerd en geanalyseerd. Daarbij is ten eerste gebruikgemaakt van gegevens uit de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie waarin huisartsen voor hun praktijk het aantal en aantal FTE aan POH's hebben opgegeven. En ten tweede is een enquête onder POH's uitgezet met vragen over hun persoons- en baankenmerken.

1.2 Doel en vraagstellingen

Doelstelling van dit onderzoek is inzicht te geven in het aantal, de kenmerken en regionale spreiding van POH's in de huisartsenpraktijk met onderscheid naar de subgroepen POH somatiek en POH GGZ.

Voor dit doel zijn de volgende vier hoofdvragen geformuleerd, die betrekking hebben op het jaar 2016:

1. Hoeveel personen en hoeveel FTE POH somatiek en POH GGZ zijn in huisartsenpraktijken in Nederland werkzaam, en wat zijn de ontwikkelingen daarin?
2. Bij hoeveel afzonderlijke huisartsenpraktijken is een POH somatiek en een POH GGZ werkzaam? Hoeveel huisartsen (c.q. hoeveel huisartsenpraktijken) beschikken over één of meerdere POH's somatiek en POH's GGZ, en hoe vertaalt zich dat naar de diverse praktijkvormen?
3. Wat is in Nederland de geografische spreiding van huisartsenpraktijken waar POH's somatiek en POH's GGZ werken?
4. Wat zijn de persoonskenmerken (geslacht, leeftijd), opleidingsachtergronden en baankenmerken (type POH, werkomvang, taken en zorg voor patiëntengroepen) van POH's?

1.3 Opbouw van dit rapport

In hoofdstuk 2 worden de resultaten op basis van de huisartsenpraktijkregistratie van het NIVEL beschreven waarmee antwoord wordt gegeven op de eerste drie vragen van dit onderzoek over aantallen, kenmerken en spreiding van POH's. Om zicht te krijgen op hoe deze functie zich heeft ontwikkeld, wordt bij deze analyse een vergelijking gemaakt met het eerder genoemde POH-onderzoek uit 2011 (Heiliger et al. 2012), waarvoor eveneens gegevens uit de praktijkregistratie zijn gebruikt. Vervolgens gaat hoofdstuk 3 in op de persoons- en baankenmerken van POH's op basis van een eigen enquête die we onder deze doelgroep hebben uitgezet. Hiermee wordt de vierde vraag van dit onderzoek beantwoord. Bij deze analyse worden tevens drie groepen POH's op basis van hun werkervaring in de huisartsenpraktijk vergeleken. Werkervaring vormt een indicator voor de cohorten POH's die in de loop der jaren de arbeidsmarkt hebben betreden. Hoofdstuk 4 beschrijft de belangrijkste conclusies van dit onderzoek en vat de antwoorden op de vier hoofdvragen samen.

2 POH's in de NIVEL huisartsenpraktijkregistratie: aantallen, trends en werkomvang

Hoofdpunten

- Het aantal en aantal FTE POH's in Nederland is de afgelopen jaren flink toegenomen.
- In 2016 werken naar schatting tussen de 5.900 en 6.700 POH's somatiek en 2.500 en 5.200 POH's GGZ.
- Huisartsenpraktijken hebben in totaal zo'n 3.000 FTE POH somatiek en 1.300 FTE POH GGZ in dienst.
- In 88% van de praktijken zijn één of meerdere POH's somatiek aanwezig. Voor de POH GGZ is dit 81%. Deze percentages zijn lager voor solo- dan voor duo- en groepspraktijken.
- Huisartsenpraktijken hebben gemiddeld voor drie dagen (0,59 FTE) per week een POH somatiek in dienst en voor bijna 1,5 dag (0,26 FTE) per week een POH GGZ.
- Gebaseerd op alle praktijken met een POH is per FTE huisarts 0,50 FTE POH somatiek en 0,24 FTE POH GGZ in dienst.

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgens hoe de aantallen POH's zich de afgelopen jaren hebben ontwikkeld, hoe de verdeling per praktijk is, hoeveel FTE er per praktijk wordt gewerkt en hoe de praktijken verspreid zijn waarin POH's werken. Voor deze analyse is gebruik gemaakt van gegevens uit de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie.

2.2 Methode

Met de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie worden ieder jaar contactpersonen van alle huisartsenpraktijken in Nederland aangeschreven met de vraag om online gegevens over hun praktijk te controleren en zo nodig te actualiseren. Dit kunnen zij doen door in te loggen op een online applicatie/vragenlijst. Een van de vragen die we hen voorleggen is hoeveel personen én hoeveel FTE ondersteunend personeel er in totaal voor hun praktijk werkt. Voor deze analyse zijn 1.594 (31,6% van alle 5.043 praktijken in Nederland en die opgenomen zijn in de NIVEL-huisartsenregistratie) geselecteerd, die in de periode juni 2015 tot en met januari 2016⁴ deze vraag over hun ondersteunend personeel hebben gecontroleerd. Om voor heel Nederland uitspraken te kunnen doen, zijn de resultaten vervolgens gewogen naar de praktijkvorm (solo-, duo- en groepspraktijk). De in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens vormen dus schattingen, die met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

De resultaten uit 2016 zijn vergeleken met de resultaten uit een in 2011 uitgevoerde studie eveneens gebaseerd op gegevens uit de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie (Heiliger et al. 2012). Een beperking voor de vergelijking is dat in tegenstelling tot 2016 er in 2011 geen onderscheid

⁴ De gegevens hebben dus betrekking op de tweede helft van 2015 en begin 2016. Bij de cijfers in dit rapport zal dit worden aangeduid met het jaar 2016.

werd gemaakt tussen POH somatiek en POH GGZ.

2.3 Resultaten

2.3.1 Aantallen POH's en trends

De gegevens over POH's zijn op het niveau van de huisartsenpraktijken verzameld. Per praktijk is bekend hoeveel POH's er werkzaam zijn en hoeveel FTE deze POH's tezamen werken. Voor het aantal POH's moet rekening worden gehouden met het feit dat POH's in meerdere praktijken in dienst kunnen zijn. POH's kunnen dus 'dubbel geteld' worden als we de aantallen over alle praktijken heen sommeren. Dit probleem geldt niet voor het aantal FTE als dat over alle praktijken wordt gesommeerd. De werkzaamheid van een POH in meerdere praktijken wordt immers juist dan uitgedrukt in zijn/haar deeltijdtaanstelling (in FTE) per praktijk.

In deze analyse maken we voor de schatting van het aantal POH's in Nederland gebruik van een methode die ook in de studie uit 2011 door Heiligers en collega's is toegepast (box 1). Het afgeronde aantal POH somatiek ligt dan tussen de 5.900 en 6.700, terwijl het aantal POH GGZ uitkomt op 2.500 tot 5.200 (figuur 1). In 2011 werd het aantal POH's ruim lager geschat tussen de 3700 en 4700 en werd volgens in een andere studie (Verhaak et al. 2010) het aantal POH GGZ geschat op circa 150. Dit laat zien dat de beroepsgroep in aantallen de afgelopen jaren enorm is gegroeid, zowel POH somatiek als POH GGZ.

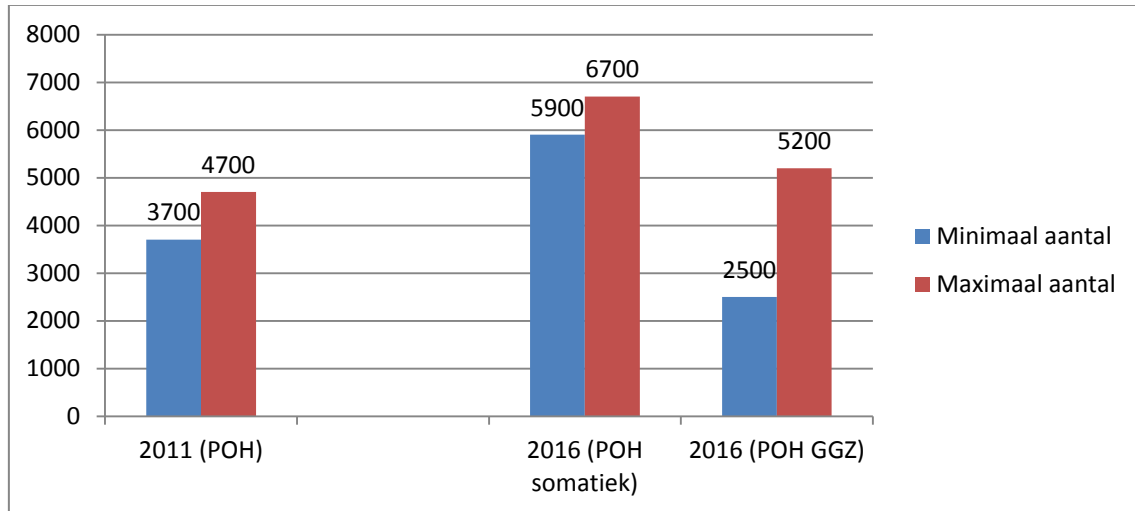
Box 1: Schattingsmethode aantal POH's in Nederland

Schatting 'maximaal' aantal POH's – Hierbij zijn alle opgegeven aantallen POH's in de huisartsenpraktijken bij elkaar opgeteld. Dit levert een maximum op, omdat onbedoeld dubbeltellingen worden gedaan (tenzij we er vanuit gaan dat alle POH's slechts in één praktijk werken).

Schatting minimaal aantal POH's – Hierbij is het totaal aantal FTE dat de huisartsenpraktijken hebben opgegeven gesommeerd en gedeeld door 0,5 FTE, de deeltijdfactor die in 2011 werd aangenomen voor 'de gemiddelde POH'.

Al deze uitkomsten zijn naar beneden afgerond op honderdtallen.

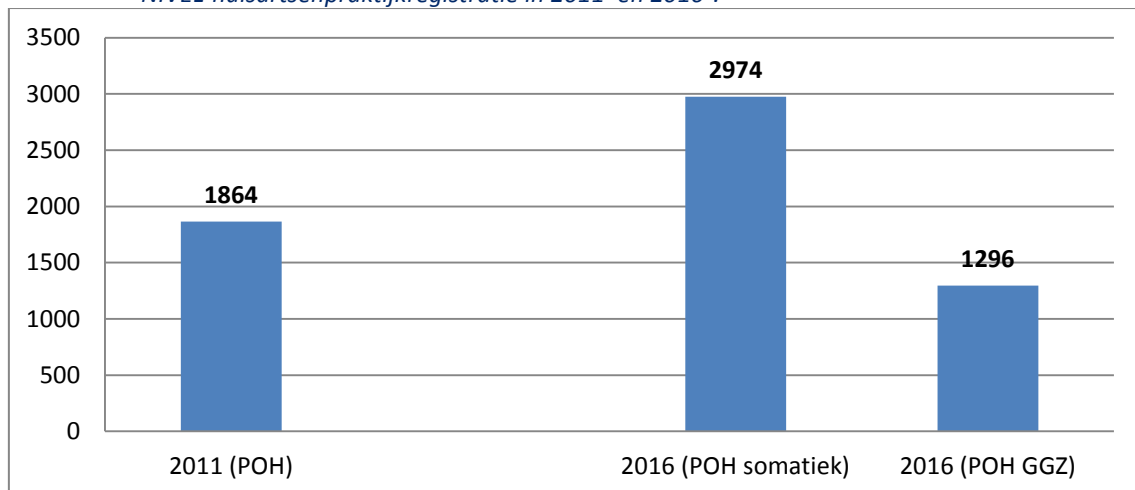
Figuur 1: *Schatting minimale en maximale (naar beneden afgeronde) aantallen POH's werkzaam in huisartsenpraktijken in Nederland, gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2011¹ en 2016².*



¹ Bron: Heiligers et al. 2012. ² Gebaseerd op 1594 praktijken, gewogen naar de verdeling van praktijkvorm van alle praktijken in Nederland.

Het aantal FTE POH's dat in Nederland in huisartsenpraktijken werkt kunnen we zoals gezegd eenduidig schatten, omdat dit per praktijk unieke eenheden FTE zijn. Zoals figuur 2 laat zien, komt in 2016 het aantal FTE POH somatiek met bijna 3.000 ruim hoger uit dan de circa 1.900 FTE uit 2011. Daarnaast schatten we dat in 2016 er voor bijna 1.300 FTE POH GGZ in huisartsenpraktijken aanwezig is.

Figuur 2: *Aantal FTE aan POH's werkzaam in huisartsenpraktijken in Nederland, gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2011¹ en 2016².*



¹ Bron: Heiligers et al. 2012. ² Gebaseerd op 1594 praktijken, gewogen naar de verdeling van praktijkvorm van alle praktijken in Nederland.

Box 2: *Invloed van aantal FTE POH voor taakherschikking bij de raming huisartsen*

Aan de hand van het aantal FTE aan POH's uit figuur 2 en het aantal FTE uit de NIVEL-huisartsenregistratie hebben we een inschatting gedaan van de taakherschikking van huisartsen naar POH's, die heeft plaatsgevonden en nog in de toekomst gerealiseerd kan worden. Daaruit komt naar voren dat deze taakherschikking nu hoger lijkt, dan waar in een eerdere raming van werd uitgegaan. Voor de toekomst lijkt het ook logisch rekening te houden met een groeiend aantal FTE POH's. In bijlage 3 staat gedetailleerd beschreven hoe we tot deze conclusie zijn gekomen en in de conclusie (hoofdstuk 4) van dit rapport komen we hier op terug.

Kijken we naar de aantallen POH's per praktijk (tabel 1), dan blijkt dat veruit het grootste deel van de praktijken minstens één POH in dienst heeft. Slechts 12% van de praktijken heeft geen POH somatiek en ruim 19% geen POH GGZ. Bij de praktijken zonder POH somatiek of zonder POH GGZ gaat het vooral om solopraktijken.

In 2011 was bij ongeveer een kwart van de praktijken geen POH werkzaam, ruim hoger dus dan in 2016. Verder laat de tabel zien dat de verdeling van het aantal praktijken met een specifiek aantal POH's uit 2011 redelijk overeenstemt met die van de POH GGZ in 2016. Bij de POH somatiek is in 2016 vooral het aandeel praktijken met tenminste twee POH's groter dan in 2011.

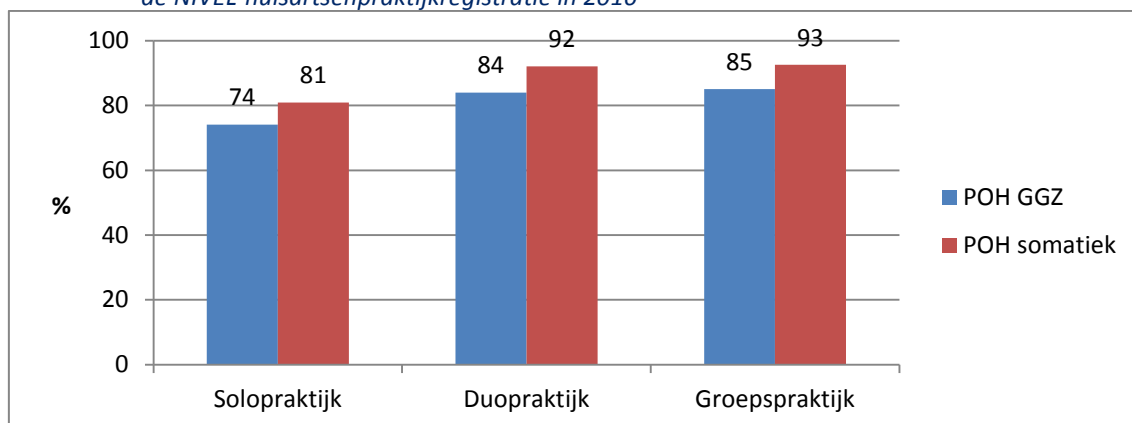
Tabel 1: *Verdeling aantal POH's per huisartsenpraktijk gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2011¹ en 2016²*

	2011 (POH)		2016 (POH somatiek)		2016 (POH GGZ)	
	N	%	N	%	N	%
Geen POH aanwezig	1213	25,8	606	12,0	983	19,5
Wel POH aanwezig	3481	74,2	4437	88,0	4060	80,5
1	2432	51,8	2670	52,9	3082	61,1
2	873	18,6	1341	26,6	794	15,7
3	142	3,1	317	6,3	155	3,1
4	23	0,5	100	2,0	18	0,4
5	7	0,2	3	0,1	7	0,1
6	4	0,1	6	0,1	4	0,1
Totaal	4694	100,0	5043	100,0	5043	100,0

¹Bron: Heiligers et al. 2012. ²Gebaseerd op 1594 praktijken, gewogen naar de verdeling van praktijkvorm van alle praktijken in Nederland.

Vergelijken we voor 2016 de aanwezigheid van POH's in praktijken naar praktijkvorm dan is er ook een duidelijk verschil tussen solopraktijken enerzijds en duo en groepspraktijken anderzijds (figuur 3). In bijna alle duo- en groepspraktijken werkt bijvoorbeeld een POH somatiek, terwijl dit 11 tot 12% lager ligt in solopraktijken.

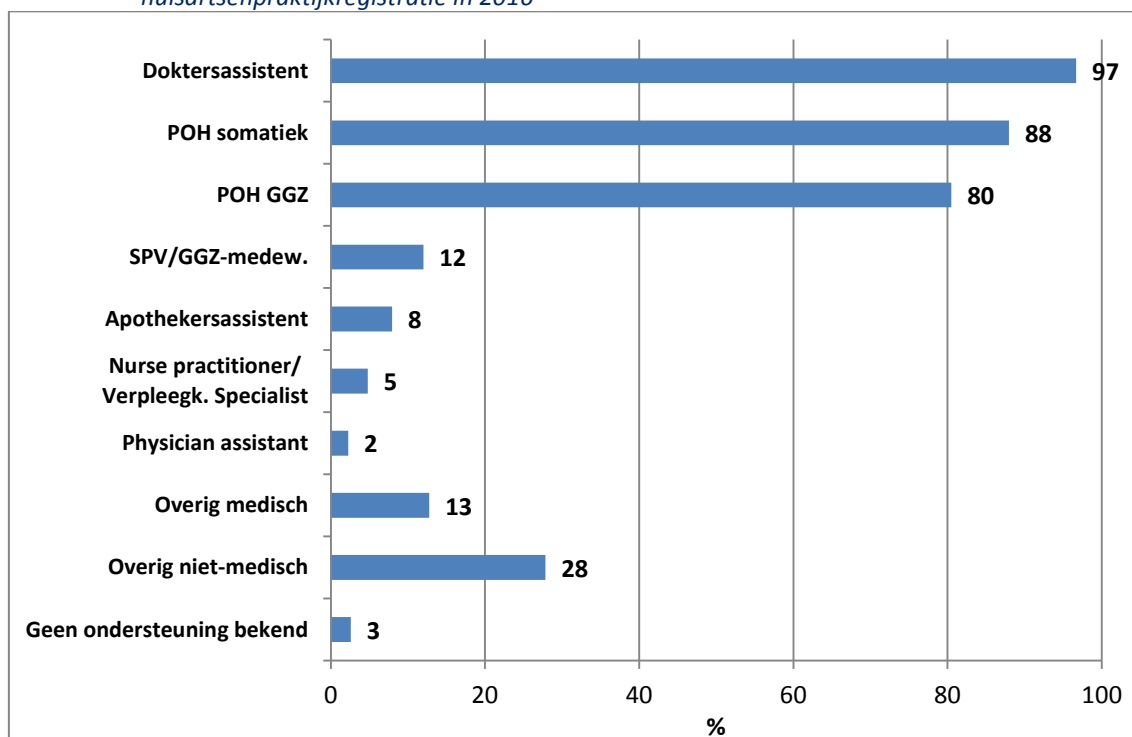
Figuur 3: Aandeel huisartsenpraktijken met één of meerdere POH's naar praktijkvorm gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2016¹



¹ Gebaseerd op 1594 praktijken.

Kijken we naar het overig ondersteunend personeel naast de POH, dan heeft anno 2016 nagenoeg iedere praktijk een doktersassistent in dienst (figuur 4). Verder is interessant om te zien dat 12% een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en 5% een Verpleegkundig Specialist in dienst heeft. Deze functiegroepen worden ook wel gezien als de voorloper van respectievelijk de POH GGZ en de POH-somatiek, maar deze bestaan dus nog steeds in de praktijk.

Figuur 4: Aandeel praktijken met ondersteunend personeel, gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2016¹



¹ Gebaseerd op 1594 praktijken, gewogen naar de verdeling van praktijkvorm van alle praktijken in Nederland.

2.3.2 Aantal en aantal FTE POH per praktijk

In 2016 werken er per praktijk gemiddeld 1,34 POH somatiek voor gemiddeld ongeveer drie dagen (0,59 FTE) per week (tabel 2). Ook werkte per praktijk ongeveer 1 POH GGZ voor bijna 1,5 dag (0,26 FTE) per week. Als we voor 2016 beide functiegroepen samen nemen dan ligt het aantal POH's per praktijk ruim hoger dan in 2011.

Hiervoor zagen we al dat in duo en groepspraktijken het vaakst een POH aanwezig is. Dit verschil tussen praktijkvormen is ook zichtbaar bij het gemiddelde aantal en aantal FTE POH. Zo ligt in 2016 in groepspraktijken het gemiddelde aantal FTE POH per groepspraktijk bijna twee maal zo hoog als in solopraktijken: 1,27 FTE POH in 2016 (0,89 FTE POH somatiek plus 0,38 FTE POH GGZ) tegenover 0,71 FTE POH in 2011.

Tabel 2: Gemiddeld aantal en aantal FTE POH per praktijk (alle praktijken) gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2011¹ en 2016²

	2011 (POH)		2016 (POH somatiek)		2016 (POH GGZ)	
	Gem. aantal	Gem. FTE	Gem. aantal	Gem. FTE	Gem. aantal	Gem. FTE
Solopraktijk	0,83	0,28	1,13	0,44	0,94	0,20
Duopraktijk	1,00	0,37	1,32	0,57	1,05	0,24
Groepspraktijk	1,39	0,71	1,74	0,89	1,21	0,38
Totaal	1,00	0,40	1,34	0,59	1,04	0,26

¹Bron: Heiligers et al. 2012; ²Gebaseerd op 1594 praktijken, gewogen naar de verdeling van praktijkvorm van alle praktijken in Nederland.

In tabel 3 staan de gemiddelde aantallen (FTE) POH's per praktijk gebaseerd op alleen de praktijken met een POH weergegeven. De verschillen tussen 2016 en 2011 zijn daarbij iets kleiner dan in tabel 2. Dit komt vooral door het hogere aandeel praktijken zonder POH in 2011, die hierbij niet zijn meegenomen.

Tabel 3: Gemiddeld aantal en aantal FTE POH per praktijk (alleen praktijken met POH) gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2011¹ en 2016²

	2011 (POH)		2016 (POH somatiek)		2016 (POH GGZ)	
	Gem. aantal	Gem. FTE	Gem. aantal	Gem. FTE	Gem. aantal	Gem. FTE
Solopraktijk	1,27	0,42	1,39	0,55	1,26	0,28
Duopraktijk	1,32	0,48	1,44	0,62	1,26	0,29
Groepspraktijk	1,60	0,81	1,89	0,96	1,43	0,45
Totaal	1,37	0,54	1,52	0,67	1,30	0,32

¹Bron: Heiligers et al. 2012. ²Gebaseerd op 1594 praktijken, gewogen naar de verdeling van praktijkvorm van alle praktijken in Nederland.

Gerelateerd aan het aantal FTE huisartsen en gebaseerd op alle praktijken met een POH is het opvallend dat juist in solopraktijken er meer FTE POH's werken dan in de andere twee duo- of groepspraktijken (tabel 4). In 2016 werkte er in totaal per FTE huisarts 0,50 FTE POH somatiek en 0,24 FTE POH GGZ. In 2011 ging het om 0,27 FTE POH per FTE huisarts.

Tabel 4: Aandeel FTE POH per FTE huisarts (alleen praktijken met POH) gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2011¹ en 2016²

	2011 (POH)	2016 (POH somatiek)	2016 (POH GGZ)
Solopraktijk	0,29	0,59	0,30
Duopraktijk	0,27	0,49	0,23
Groepspraktijk	0,26	0,39	0,18
Totaal	0,27	0,50	0,24

¹ Bron: Heiligers et al. 2012. ² Gebaseerd op 1594 praktijken, gewogen naar de verdeling van praktijkvorm van alle praktijken in Nederland.

2.3.3 Regionale spreiding

In 2016 zien we geringe verschillen tussen de verstedelijkte gebieden en het aandeel praktijken met een POH-somatiek (tabel 5). Dit varieert grofweg tussen 86% en 90% van de praktijken. Bij de POH-GGZ zijn de verschillen wel wat groter. Zo heeft in matig verstedelijkte gebieden 77% van de praktijken dit type POH in dienst, terwijl dit voor zeer sterk verstedelijkte gebieden uitkomt op 85%.

Vergelijken we de resultaten met 2011 dan is vooral in de zeer sterk verstedelijkte gebieden het aandeel praktijken met een POH nu groter.

Tabel 5: Aandeel praktijken met een POH naar verstedelijkt gebied gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2011¹ en 2016²

Stedelijkheid	2011 (POH)	2016 (POH somatiek)	2016 (POH GGZ)
Zeer sterk stedelijk	68,6	88,3	84,6
Sterk stedelijk	75,1	86,2	81,1
Matig stedelijk	77,9	89,3	76,6
Weinig stedelijk	77,3	89,2	79,6
Niet-stedelijk	74,8	87,6	78,1

¹ Bron: Heiligers et al. 2012; ² Gebaseerd op 1594 praktijken. De resultaten zijn gewogen naar de verdeling van praktijkvorm van alle praktijken in Nederland en dus niet naar regio.

Tabel 6 laat zien dat in de provincie Groningen het aandeel praktijken met een POH somatiek relatief het laagst (76%) is, in Noord-Brabant (93%), Zeeland (92%) en Limburg (92%) is dit het hoogst. Hoewel in 2011 gebruik werd gemaakt van een wat andere gebiedsindeling (niet in tabel), kunnen we vaststellen dat dit toen ook ongeveer de gebieden waren waar relatief het laagste en hoogste aandeel praktijken met een POH gevestigd waren.

Verder zien we in 2016 wat betreft het aandeel praktijken met een POH-GGZ ook soms grote verschillen tussen de provincies. In Friesland heeft bijvoorbeeld 66% van de praktijken een POH-GGZ, terwijl dit bijna 88% is voor de provincie Utrecht.

Tabel 6: Aandeel praktijken met een POH naar provincie gebaseerd op de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie in 2016¹

Provincie	POH somatiek	POH GGZ
Groningen	75,8	83,5
Friesland	84,1	65,6
Drenthe	84,3	72,5
Overijssel	89,9	83,5
Flevoland	83,2	82,2
Gelderland	88,4	80,7
Utrecht	90,6	87,8
Noord-Holland	83,4	82,2
Zuid-Holland	89,3	80,8
Zeeland	92,3	84,2
Noord-Brabant	93,0	76,1
Limburg	91,6	84,5

¹ Gebaseerd op 1594 praktijken. De resultaten zijn gewogen naar de verdeling van praktijkvorm van alle praktijken in Nederland en dus niet naar regio.

3 Een enquête onder POH's in Nederland: persoons- en baankenmerken

Hoofdpunten

Geslacht en leeftijd

- Veruit de meeste (96%) POH's zijn vrouw
- Bijna de helft (46%) van de POH's is 50 jaar of ouder.

Opleiding

- De opleidingsachtergronden van POH's zijn divers.
- Veel genoemde richtingen zijn de opleiding voor doktersassistente bol (mbo-niveau; 18%) en verpleegkunde (hbo-niveau; 28%).
- Een relatief groot deel heeft de eenjarige (41%) of tweejarige POH-opleiding (32%) gedaan.

Functie en werkplek

- 76% van de respondenten is POH somatiek, 14% POH GGZ en 12% POH ouderenzorg. Ervaren POH's zijn vaker POH somatiek, starters zijn vaker POH GGZ.
- 43% heeft een extra functie gerelateerd aan POH, meestal verpleegkundige en doktersassistente.
- De meeste POH's werken in een groepspraktijk.

Werkomvang en activiteiten

- Gemiddeld werken POH's 0,64 FTE en 24 uur per week. Ervaren POH's werken meer dan starters.
- 74% van de werktijd wordt besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten.
- Gemiddeld hebben POH's 19 contacten per dag: 12 in de spreekkamer of via een huisbezoek, 5 per telefoon en 2 per e-mail. Het aantal contacten is hoger voor ervaren POH's dan hun startende collega's.
- Een gemiddeld spreekkamerconsult duurt 26 minuten. Voor de starters ligt dit hoger dan voor de ervaren POH's.
- 76% van de POH's heeft eenmaal per week of vaker overleg met de huisarts
- De meeste POH's hebben te maken met patiënten met diabetes type II (80%) en patiënten met een cardiovasculair risicoprofiel ofwel patiënten met hart- en vaatziekten (78%). Het zijn vooral de ervaren POH's die met deze patiënten werken.
- De meeste genoemde activiteiten van POH's zijn overleg en samenwerking met huisarts (97%), rapportage in patiëntendossiers (97%) en voorlichting en educatie tijdens eigen spreekuur (96%).

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de persoons- en baankenmerken van POH's. Dit doen we aan de hand van een enquête die in 2016 is uitgezet en door ruim 1300 POH's is ingevuld. Achtereenvolgens beschrijven we hun persoonskenmerken zijnde geslacht en leeftijd, hun opleidingsachtergrond, hun functie en werkplek en hun werkomvang en werkzaamheden. Daarbij maken we

onderscheid in drie groepen POH's naar gelang hun ervaring in de huisartsenpraktijk, om na te gaan of werkervaring systematisch verschilt naar de genoemde persoons- en baankenmerken. Werkervaring is tevens een indicator voor de cohorten POH's die in de loop van de tijd de arbeidsmarkt hebben betreden. De driedeling is: starters (< 5 jaar), beginnend-ervaren POH's (5-10 jaar) en ervaren POH's (>=10 jaar).

3.2 Methode

3.2.1 Vragenlijst onder POH's in Nederland

In de periode maart tot en met mei 2016 is een vragenlijst onder POH's werkzaam in huisartsenpraktijken uitgezet met circa 20 vragen over onder meer hun functie, opleiding, werkzaamheden en werkomvang (bijlage 1). Doordat er geen landelijke database is waarin de namen van alle POH's zijn opgeslagen, hebben we POH's via de volgende drie manieren aangeschreven:

1. Contactpersonen van de huisartsenpraktijken uit de NIVEL-registratie (zie hoofdstuk 2) zijn per e-mail gevraagd om een uitnodiging met open link naar de enquête naar POH's uit hun praktijk door te sturen. Dit heeft 1126 ingevulde vragenlijsten opgeleverd.
2. In het NIVEL Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panelvenv) zijn tussen de 100 en 150 POH's opgenomen, van wie in de meeste gevallen ook het e-mailadres bekend is om hen te kunnen benaderen. Over hen zijn al een aantal arbeidsmarktgegevens verzameld, waarvan in bijlage 2 van dit rapport een overzicht is te vinden. Zij zijn daarom niet gevraagd om de enquête zelf in te vullen, maar alleen om de uitnodiging met link naar de enquête door te sturen naar hun collega's. Dit heeft 55 ingevulde vragenlijsten opgeleverd.
3. Er is samengewerkt met de beroepsverenigingen: Landelijke Vereniging POH GGZ, Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners (NvvPO) en de V&VN/Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners. Zij hebben de uitnodiging voor de enquête via hun nieuwsbrief, website en/of sociale media (Facebook en Linked-In) verspreid. Dit heeft in totaal 145 ingevulde enquêtes opgeleverd.

Alle respons bij elkaar opgeteld, hebben in totaal 1.326 POH's de enquête ingevuld (zie ook box 3 voor de bepaling van de respons).

Box 3: Bepaling van de respons op de enquête voor POH's in huisartsenpraktijken

Tot de respons rekenen we diegenen die zich in de enquête POH hebben genoemd, hebben aangegeven om welk type POH het gaat en van wie ook het geslacht en de leeftijd bekend zijn. Dit zijn de eerste vier vragen uit de enquête (bijlage 1).

3.3 Resultaten

3.3.1 Persoonskenmerken van POH's: geslacht en leeftijd

Bijna alle POH's die aan de enquête deelnamen, 96%, waren vrouw (tabel 7). De mannen vormen een klein deel, dit aandeel is wel wat groter bij de POH's met minder dan 5 jaar ervaring dan bij hun meer ervaren collega's.

Wat betreft de leeftijd is een klein deel (6%) jonger dan 30 jaar, maar ook valt maar een beperkt deel in de hoogste leeftijdscategorie 60 jaar of ouder (8%). De meeste POH's vallen dus in de tussenliggende leeftijdscategorieën, vooral tussen de 50 en 60 jaar (39%). Opvallend is dat de starters vaak ook al ouder zijn, waarschijnlijk doordat ze zijn doorgestroomd vanuit een andere gerelateerde functie. Zo is bij elkaar opgeteld ongeveer 60% van de starters 40 jaar of ouder.

Tabel 7: *Geslacht en leeftijd van POH's in huisartsenpraktijken totaal en naar werkervaring, gebaseerd op de POH-enquête in 2016.*

Werkervaring als POH in huisartspraktijk					
	Starters	Beginnend-ervaren	Ervaren	Onbekend	Totaal
	(N=434)	(N=452)	(N=409)	(N=31)	(N=1326)
<i>Geslacht</i>					
• Man	6,0	2,9	1,7	16,1	3,8
• Vrouw	94,0	97,1	98,3	83,9	96,2
<i>Leeftijd</i>					
• <30 jaar	16,6	2,2	0,0	6,5	6,3
• 30 tot 40 jaar	23,3	21,9	13,7	12,9	19,6
• 40 tot 50 jaar	29,3	28,3	25,4	35,5	27,9
• 50 tot 60 jaar	27,6	41,4	46,7	38,7	38,5
• 60 jaar of ouder	3,2	6,2	14,2	6,5	7,7

3.3.2 Opleiding van POH's

In de enquête is POH's gevraagd naar de opleidingen die ze hebben afgerond, waarbij zij meerdere opleidingen konden invullen. Tabel 8 laat dan zien dat de opleidingsrichtingen van POH's divers zijn. Na de eenjarige en tweejarige POH opleidingen, die door respectievelijk 41% en 32% gevolgd zijn, is de meest genoemde opleidingsrichting Verpleegkunde (12% op mbo en 28% op hbo-niveau) en de opleiding tot doktersassistente (mbo-niveau: 18%).

Ruim 41% heeft (ook) een andere opleiding dan de genoemde antwoordcategorieën ingevuld. Hier is een verscheidenheid aan opleidingen ingevuld, enkele veelgenoemde hiervan zijn de inservice opleiding Verpleegkunde en een opleiding tot diabetesverpleegkundige.

Vergelijken we de drie groepen POH's naar hun werkervaring, dan valt op dat een groter deel van de ervaren POH's de tweejarige opleiding tot POH hebben gevolgd in vergelijking met starters. De tweejarige opleiding tot POH onderscheidt zich van de eenjarige opleiding doordat deze toegankelijk is voor mbo-opgeleide verpleegkundigen en doktersassistenten⁵. Hieruit zouden we dus

⁵ Bron: <https://www.nvda.nl/poh-opleiding/>, geraadpleegd 9 augustus 2016, geraadpleegd 5 augustus 2016.

kunnen afleiden dat de oudere cohorten vaker de functie van POH zijn gaan bekleden via de ‘mbo-doorgroei-route’, terwijl de jongere cohorten vaker rechte reeks via het hbo in de functie van POH terecht zijn gekomen.

Tabel 8: Opleidingsachtergrond van POH's in huisartsenpraktijken, gebaseerd op de POH-enquête in 2016.¹

	Werkervaring als POH in huisartsenpraktijk				
	Starters (N=434)	Beginnend- ervaren (N=452)	Ervaren (N=409)	Onbekend (N=22)	Totaal (N=1317)
Mbo opleidingen					
• Mbo-opleiding doktersassistente beroepsopleidende leerweg (mbo-da / bol)	15,9	18,6	18,6	9,1	17,5
• Mbo-opleiding doktersassistente beroepsbegeleidende leerweg (mbo-da / bbl)	3,9	4,0	2,7	9,1	3,6
• Mbo-opleiding doktersassistente derde leerweg (mbo-da / dlw)	3,2	6,0	5,1	0,0	4,7
• Mbo-opleiding verpleegkundige (mbo-v)	12,0	10,8	14,4	9,1	12,3
Hbo-opleidingen					
• Hbo-opleiding verpleegkundige (hbo-v)	30,0	29,6	25,7	22,7	28,4
• Hbo-masteropleiding verpleegkundig specialist (hbo-manp)	0,7	0,2	0,7	0,0	0,5
• Hbo-opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening (mwd)	4,1	1,1	0,5	0,0	1,9
• Hbo-opleiding sociaal pedagogische hulpverlening (sph)	3,7	0,9	0,0	0,0	1,5
• Eenjarige opleiding praktijkondersteuner (poh-1)	39,9	41,4	41,3	36,4	40,8
• Tweejarige opleiding praktijkondersteuner (poh-2)	21,0	36,5	38,4	54,5	32,3
Wo-opleidingen					
• Wo-opleiding pedagogiek	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
• Wo-vervolgopleiding gezondheidszorgpsycholoog (gz-p)	0,5	0,4	0,0	0,0	0,3
Anders, namelijk²	49,1	36,5	38,1	36,4	41,2

¹ Percentages tellen op tot meer dan 100% omdat meerder antwoorden per respondent konden worden aangekruist.

² Hier zijn veel verschillende opleidingen met mbo, hbo of wo-niveau genoemd. Veel genoemden zijn o.a. inservice opleiding Verpleegkunde en opleiding tot diabetesverpleegkundige.

3.3.3 Functie en werkplek van POH's

In 2000 vlak nadat de POH als nieuwe functie in de huisartsenpraktijk werd geïntroduceerd, bestonden er voor de POH-functie geen aparte specialisaties. Het ging altijd om een POH somatiek. In de loop der jaren zijn nieuwe specialisaties ontstaan, onder meer de POH GGZ vanaf 2008. Aan de enquête-deelnemers is gevraagd welke benamingen (meerder antwoorden waren mogelijk) zij

hun huidige functie(s) als POH in de huisartsenpraktijk zouden geven. Daaruit blijkt dat veruit het grootste deel (76%) zich POH somatiek noemt (tabel 9). Daarna volgt de POH GGZ met 14%. Gelet op de geschatte aantallen uit het vorige hoofdstuk lijken deze POH's hier ondervertegenwoordigd. Ook beschrijft 12% de functie als "POH ouderenzorg". Het open antwoord dat 17% gaf, bestaat voornamelijk uit "praktijkverpleegkundige". Uitgesplitst naar werkervaring valt op dat de starters zich ten opzichte van de andere twee groepen vaker POH GGZ noemen en minder vaak POH somatiek.

Naast het werk als POH oefent 43% nog een andere functie uit, die hieraan is gerelateerd. Van alle enquête-deelnemers werkt 14% ook nog als doktersassistente en 15% als verpleegkundige. Naar werkervaring zien we hierin kleine verschillen.

In aansluiting op wat we in hoofdstuk 2 zagen (figuur 3) werken de meeste POH's in een groepspraktijk, al dan niet in combinatie met een werkplek in andere praktijkvormen.

Tabel 9: Aandeel POH's in huisartsenpraktijken per type, extra functie en praktijkvorm totaal en uitgesplitst naar werkervaring, gebaseerd op de POH-enquête in 2016.

	Werkervaring als POH in huisartsenpraktijk				
	Starters	Beginnend-ervaren	Ervaren	Onbekend	Totaal
<i>Type POH¹</i>	(N=434)	(N=452)	(N=409)	(N=31)	(N=1326)
• POH algemeen	6,9	9,3	9,8	3,2	8,5
• POH somatiek	57,1	82,5	87,3	80,6	75,6
• POH GGZ	30,6	9,3	1,0	12,9	13,8
• POH jeugd	1,4	0,2	0,0	0,0	0,5
• POH ouderenzorg	10,1	13,1	13,4	12,9	12,2
• POH jeugd-GGZ	2,8	0,2	0,0	0,0	1,0
• POH management	1,6	4,2	5,4	6,5	3,8
• Anders, namelijk ²	12,9	17,3	20,3	12,9	16,7
<i>Extra functie¹</i>	(N=434)	(N=452)	(N=409)	(N=27)	(N=1322)
• Doktersassistente	15,2	14,6	11,7	14,8	13,9
• Verpleegkundige	14,5	15,7	15,9	14,8	15,4
• Verpleegkundig specialist	0,7	1,3	2,7	3,7	1,6
• GZ-psycholoog	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
• Anders, namelijk ³	18,4	15,5	20,0	3,7	17,6
• Geen andere functie naast POH	54,6	58,8	57,0	66,7	57,0
<i>Praktijkvorm¹</i>	(N=429)	(N=451)	(N=407)	(N=15)	(N=1302)
• Solopraktijk	31,0	34,4	32,4	33,3	32,6
• Duopraktijk	31,0	29,7	33,9	40,0	31,6
• Groepspraktijk	55,2	55,9	51,1	40,0	54,0

¹ Percentages tellen op tot meer dan 100% omdat meerder antwoorden per zijn aangekruist. Het gaat hier om functies gerelateerd aan de functie POH.

² Ongeveer driekwart van de open antwoorden bestaat uit "praktijkverpleegkundige".

³ Hier zijn de open antwoorden zeer gevarieerd. Onder meer worden diabetesverpleegkundige, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en praktijkmanager relatief vaak genoemd..

3.3.4 Werkomvang en activiteiten

Een belangrijke vraag voor deze studie is hoe de werkweek van POH's er wat betreft duur, aantal en soort patiënten uitziet. Uit tabel 10 komt naar voren dat een POH volgens eigen opgave in de enquête gemiddeld ruim drie dagen (0,64 FTE) en ruim 24 uur per week werkt. Dat is hoger dan de 0,5 FTE waarvan uit werd gegaan in 2011 en waarvan ook is uitgegaan voor de schattingen van het totaal aantal POH's in 2016 (zie hoofdstuk 2).

De starters werken minder dan de andere twee groepen, het verschil is ongeveer 2 tot 2,5 uur. De gemiddelde POH besteedt ongeveer driekwart van de werktijd aan direct patiëntgebonden activiteiten. Voor ervaren POH's is dit iets minder in vergelijking tot hun startende collega's. Zoals kon worden verwacht vinden de meeste patiëntencontacten in de spreekkamer of tijdens huisbezoeken plaats. Per dag gaat het om gemiddeld ruim 12 patiënten. Daarnaast hebben de POH's gemiddeld op een dag met 5 patiënten per telefoon contact en met 2 via e-mail. In totaal gaat het dan om gemiddeld zo'n 19 patiëntencontacten per dag. Voor de ervaren POH's ligt dit iets hoger (21) dan de starters (17).

De starters zien gemiddeld minder patiënten, maar besteden wel gemiddeld meer tijd (28 minuten) aan een spreekkamerconsult dan de beginnend-ervaren (25 minuten) en ervaren POH's (23 minuten). Gemiddeld duurt een spreekkamerconsult van alle POH's 26 minuten. Ruim driekwart van alle POH's heeft standaard eenmaal per week of vaker overleg met de huisarts. Voor ongeveer 16% gebeurt dit elke twee of elke vier weken. Ruim 8% heeft zelden of nooit overleg met de huisarts.

Wat betreft patiëntengroepen richten de meeste POH's zich op patiënten met diabetes type II (80%), patiënten met een cardiovasculair risicoprofiel ofwel patiënten met hart- en vaatziekten (78%), patiënten met astma/COPD (69%) en ouderen (62%). Het zijn vooral de ervaren POH's die met deze patiënten werken.

Tot slot zijn de POH's een aantal taken/activiteiten voorgelegd en is hen gevraagd welke zij in de praktijk uitvoeren. De meeste genoemde activiteiten zijn dan overleg en samenwerking met de huisarts (97%), rapportage in patiëntendossiers (97%) en voorlichting en educatie tijdens eigen spreekuur (96%).

Vergelijken we de POH's naar hun werkervaring dan valt op dat de activiteiten van ervaren POH's vaker bestaan uit periodieke controles bij mensen met chronische aandoeningen, voorlichting en educatie tijdens huisbezoeken en opstellen of meedenken voor ontwikkeling van richtlijnen voor organisatie en patiënten.

Tabel 10: *Werkomvang en activiteiten van POH's in huisartsenpraktijken totaal en naar werkervaring, gebaseerd op de POH-enquête in 2016.*

	Werkervaring als POH in huisartsenpraktijk				
	Starters	Beginnend-ervaren	Ervaren	Onbekend	Totaal
<i>Werktijd in FTE</i>	(N=335)	(N=345)	(N=317)	(N=10)	(N=1007)
Gemiddeld FTE	0,59	0,66	0,66	0,77	0,64
<i>Werktijd in uren</i>	(N=424)	(N=448)	(N=402)	(N=15)	(N=1289)
Gemiddelde uren per week	22,7	24,9	25,4	26,1	24,3
<i>Verdeling werktijd over activiteiten</i>	(N=408)	(N=433)	(N=396)	(N=15)	(N=1252)
• Direct patiëntgebonden	74,8	73,1	72,3	78,3	73,5
• Indirect patiëntgebonden	15,3	15,8	16,0	11,5	15,6
• Niet-patiëntgebonden	9,9	11,1	11,7	10,1	10,9
<i>Gemiddeld aantal contacten per dag</i>	(N=400)	(N=429)	(N=390)	(N=15)	(N=1234)
• In spreekkamer of tijdens huisbezoek	11,1	12,7	13,2	11,3	12,3
• Telefonisch	3,9	5,1	5,1	4,3	4,7
• Per e-mail	1,7	2,3	2,3	1,9	2,1
<i>Consulttijd</i>	(N=406)	(N=430)	(N=389)	(N=14)	(N=1239)
Duur gemiddeld spreekkamerconsult in minuten	28,2	25,3	23,4	26,1	25,7
<i>Frequentie overleg met huisarts</i>	(N=404)	(N=430)	(N=393)	(N=15)	(N=1242)
• Eenmaal per week of vaker	73,5	75,3	79,1	73,3	75,9
• Elke twee weken	8,2	7,7	7,9	0,0	7,8
• Elke vier weken	9,4	6,7	7,1	20,0	7,9
• Zelden of nooit	8,9	10,2	5,9	6,7	8,4
<i>Patiëntengroepen van POH's¹</i>	(N=406)	(N=429)	(N=395)	(N=15)	(N=1245)
• Patiënten met diabetes type II (ouderdomsdiabetes)	60,6	86,5	91,9	86,7	79,8
• Patiënten met astma/COPD	50,5	77,6	79,0	60,0	69,0
• Patiënten met een cardiovasculair risicoprofiel / hart- en vaatziekten	60,8	83,7	88,4	93,3	77,8
• Patiënten met GGZ problematiek	33,7	12,4	4,3	13,3	16,8
• Ouderen	50,7	62,9	71,1	66,7	61,6
• Jeugd	14,0	6,8	2,8	0,0	7,8
• Anders, namelijk ²	9,6	21,0	28,1	13,3	19,4

¹ Percentages tellen op tot meer dan 100% omdat meerder antwoorden per zijn aangekruist.

² Bij ongeveer de helft van degenen die anders namelijk invulde, gaat het om het begeleiden van patiënten om te stoppen met roken.

Tabel 10 (vervolg): Werkomvang en activiteiten van POH's in huisartsenpraktijken totaal en naar werkervaring, gebaseerd op de POH-enquête in 2016.

	Werkervaring als POH in huisartsenpraktijk				
	Starters	Beginnend-ervaren	Ervaren	Onbekend	Totaal
<i>Taken van POH's¹</i>	<i>(N=404)</i>	<i>(N=426)</i>	<i>(N=395)</i>	<i>(N=15)</i>	<i>(N=1240)</i>
• Periodieke controles bij mensen met chronische aandoeningen	76,5	94,8	98,2	93,3	89,9
• Voorlichting en educatie tijdens eigen spreekuur	94,6	96,5	96,2	93,3	95,7
• Voorlichting en educatie tijdens huisbezoeken	78,7	90,1	91,9	86,7	86,9
• Rapportage in patiëntendossiers	95,0	97,2	99,0	93,3	97,0
• Samenwerking/overleg met huisarts(-en)	95,8	97,9	98,2	93,3	97,3
• Samenwerking/overleg met andere zorgverleners in eerstelijns ketenzorg	90,1	94,4	92,7	80,0	92,3
• Samenwerking/overleg met andere zorgverleners in tweedelijns ketenzorg	61,1	59,9	55,7	46,7	58,8
• Opstellen/meedenken voor ontwikkeling richtlijnen patiëntenzorg	52,7	66,0	71,4	53,3	63,2
• Opstellen/meedenken voor ontwikkeling richtlijnen organisatie/bedrijfsvoering	37,1	53,1	58,0	40,0	49,3
• Anders, namelijk ²	12,4	18,1	14,9	20,0	15,2

¹ Percentages tellen op tot meer dan 100% omdat meerder antwoorden per zijn aangekruist.

² Hier zijn veel verschillende open antwoorden ingevuld. Relatief wordt vaak o.a. de behandeling van patiënten met psychische klachten genoemd.

3.3.5 Lidmaatschap beroepsvereniging

Tot slot is ook in de enquête gevraagd van welke beroepsverenigingen POH's lid zijn, waarbij ze meerdere antwoorden konden geven. Van de responsgroep is de helft aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en ongeveer een derde bij de V&VN/Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners. Een klein deel is lid van de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten en de Landelijke Vereniging POH-GGZ. Hierbij geldt dat deze percentages voor een deel het gevolg zullen zijn van de respons en wervingsmethode waarbij ook is samengewerkt met beroepsverenigingen. Een representatief beeld voor heel Nederland kan hiermee niet worden gegeven.

Tabel 11: Aandeel POH's in huisartsenpraktijken dat lid is van een bepaalde beroepsvereniging totaal en naar werkervaring, gebaseerd op de POH-enquête 2016.¹

	Werkervaring als POH in huisartsenpraktijk				
	Starters (N=403)	Beginnend- ervaren (N=423)	Ervaren (N=393)	Onbekend (N=14)	Totaal (N=1233)
• Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners (NVvPO)	34,7	57,9	58,8	50,0	50,5
• Landelijke Vereniging POH-GGZ	10,9	4,5	0,0	0,0	5,1
• Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)	2,2	2,8	4,6	7,1	3,2
• Beroepsvereniging V&VN/ Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners	34,2	30,7	38,2	28,6	34,2
• Anders, namelijk ²	7,7	7,8	13,5	7,1	9,6
• Geen lid	22,3	9,5	8,1	14,3	13,3

¹ Percentages tellen op tot meer dan 100% omdat meerder antwoorden per zijn aangekruist.

² Van degenen die hier een open antwoord invulden, noemt ongeveer de helft EADV, de beroepsvereniging voor diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners met aandachtsgebied diabetes.

4 Conclusie: de resultaten samengenomen

4.1 Inleiding

Het doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in de aantallen, kenmerken en regionale spreiding van POH's (somatiek en GGZ) in Nederland. Hiervoor zijn analyses uitgevoerd op (1) gewogen data uit de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie gebaseerd op bijna 1600 praktijken in 2016 en (2) data verkregen uit een enquête die in 2016 onder ruim 1300 POH's is afgenomen. In dit hoofdstuk wordt de conclusie geformuleerd door een samenvatting van het antwoord op de hoofdvragen van dit onderzoek.

4.2 Aantal FTE POH in praktijken en regionale spreiding

Deze paragraaf geeft antwoord op de volgende drie vragen:

- *Hoeveel personen en hoeveel FTE POH somatiek en POH GGZ zijn in huisartsenpraktijken in Nederland werkzaam, en wat zijn de ontwikkelingen daarin?*
- *Bij hoeveel afzonderlijke huisartsenpraktijken is een POH somatiek en een POH GGZ werkzaam? Hoeveel huisartsen (c.q. hoeveel huisartsenpraktijken) beschikken over één of meerdere POH's somatiek en POH's GGZ, en hoe vertaalt zich dat naar de diverse praktijkvormen?*
- *Wat is in Nederland de geografische spreiding van praktijken waar POH's somatiek en POH's GGZ werken?*

Voor het antwoord op deze vragen kijken we naar de resultaten van de analyses op de huisartsenpraktijkdata uit 2016.

Toename POH's in Nederland

Het aantal POH's is de afgelopen jaren ruim toegenomen als we de resultaten vergelijken met de eerder uitgevoerde studie van Heiligers en collega's (2012). Voor 2016 schatten we, gebaseerd op de gewogen data uit de NIVEL-huisartsenpraktijkregistratie, het aantal POH somatiek op minimaal 5900 en het aantal POH GGZ op minimaal 2500. In 2011 werd het minimale aantal POH's nog op 3700 geschat (onderscheid in typen POH's was toen niet mogelijk). Bij deze berekeningen is de aanname gedaan dat iedere POH 0,5 FTE werkt. Het aantal FTE POH kan op basis van de praktijkregistratie eenduidiger geschat worden en is eveneens ruim toegenomen. Anno 2016 hebben de ruim 5.000 huisartsenpraktijken in Nederland 2974 FTE POH somatiek in dienst en 1296 FTE POH GGZ. In 2011 ging het nog om 1864 FTE POH.

In 2016 is gebaseerd op de NIVEL-praktijkregistratie in 88% van de praktijken een POH somatiek en in 81% van de praktijken een POH GGZ aanwezig. Hierbij geldt dat het in duo- en groepspraktijken vaker een POH aanwezig is, dan in solopraktijken. In 2011 was het aandeel praktijken met een of meerdere POH's nog 74%, wat dus laat zien dat de POH nog meer een vast onderdeel van het team in de huisartsenpraktijk is geworden.

De toename van POH's valt samen met meer taken voor de huisarts, waardoor de vraag naar zorg

in de praktijk en dus ook de behoefte aan ondersteuning is toegenomen. Met name valt op dat het aantal POH GGZ in 2016 substantieel is, terwijl dit aantal enkele jaren geleden nog veel lager werd geschat Verhaak (et al. 2010). Dit heeft te maken met de financiering van de POH GGZ, die nodig was vanwege de nieuwe inrichting van de GGZ in 2014 waarbij patiënten met psychische klachten bij de huisarts terecht komen⁶. Voor 2016 is ook het besluit genomen om de mogelijkheden voor de inzet van een POH GGZ verder te verruimen, van 0,3 FTE naar één FTE per normpraktijk⁷. Dit gezien het fors toegenomen aantal patiënten met psychische klachten dat bij de huisartsenpraktijk komt (Verhaak et al. 2014) en de behoefte van praktijken aan ondersteuning hiervoor. Tegenover de verruiming van inzet van de POH GGZ staat geen financiële compensatie, waardoor het nog wel de vraag blijft in hoeverre huisartsen hierin gaan investeren.

Regionale verschillen in aandeel praktijken met POH

In 2016 zien we wat betreft het aandeel praktijken met een POH-somatiek soms grote verschillen tussen de provincies, variërend van 76% (Groningen) tot bijna 93% (Noord-Brabant). Datzelfde geldt voor de POH-GGZ: 66% in Friesland tot 88% in Utrecht. Zoals door Heiligers en collega's (2012) werd genoemd, kunnen de gevonden regionale verschillen samenhangen met de financiering, die per zorgverzekeraar anders kan zijn.

4.3 Persoons- en baankenmerken van POH's

Deze paragraaf geeft antwoord op de volgende vraag:

- *Wat zijn de persoonskenmerken (geslacht, leeftijd), opleidingsachtergronden en baankenmerken (type POH, werkomvang, taken en zorg voor patiëntengroepen) van POH's?*

Voor het antwoord op deze vraag kijken we naar de resultaten op de enquête, die we in 2016 onder POH's hebben uitgezet. Hieronder worden de belangrijkste conclusies weergegeven.

POH's meestal vrouw

Gebaseerd op de POH-enquête 2016 is veruit het grootste deel (96%) van de POH's een vrouw. Bijna de helft (46%) van de POH's is 50 jaar of ouder.

Verschillende opleidingsachtergronden

De opleidingsachtergronden van POH's zijn verschillend. Maar de meest genoemde opleidingsrichtingen door POH's zijn verpleegkunde (mbo of hbo) en de opleiding voor doktersassistente bol (mbo). Dit laatste laat zien dat een substantieel deel van de POH's waarschijnlijk was doorgestroomd vanuit een functie als doktersassistente en daarbij een aanvullende relevante opleiding op hbo-niveau heeft gevolgd. Een groot deel van de respondenten heeft dan ook het diploma behaald voor de tweejarige POH-opleiding, die toegankelijk is voor studenten met een mbo-opleiding voor verpleegkunde of doktersassistent.⁸

Driekwart enquête-deelnemers POH-somatiek

Ruim driekwart (76%) van de respondenten op de enquête is POH somatiek, 14% is POH GGZ en

⁶ <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/verwijzen-naar-de-ggz-wat-er-anders>, geraadpleegd 18 juli 2016.

⁷ <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/uitbreiding-poh-ggz-vraagt-om-meer-budget>, geraadpleegd 18 juli 2016.

⁸ Bron: <https://www.nvda.nl/poh-opleiding/>, geraadpleegd 9 augustus 2016, geraadpleegd 9 augustus 2016.

12% POH ouderenzorg. Andere subgroepen als POH jeugd GGZ en POH management worden naar verhouding nauwelijks genoemd. Hoewel dit uit toekomstig onderzoek nog zal moeten blijken, is het goed mogelijk dat de nu nog kleinere subgroepen zullen groeien, gezien de verwachte toenemende vraag naar jeugd en ouderenzorg in de huisartsenpraktijk. Maar ook omdat de huisarts er in de afgelopen jaren meer taken bij heeft gekregen, waarvoor steeds vaker de praktijkondersteuner is ingezet en er nieuwe POH functies zijn ontstaan. De groei van deze subgroepen POH's zal aan de andere kant ook afhangen van de financiële compensatie hiervoor en de mogelijkheden van praktijken om deze subgroepen ondersteuners te kunnen inzetten.

POH's werken gemiddeld drie dagen per week in deze functie

Op basis van de respons op de enquête werken POH's gemiddeld ongeveer drie dagen (0,64 FTE) en 24 uur per week. Dat is een relatief korte werkweek in vergelijking tot veel andere zorgprofessionals, maar vaak wordt deze werkweek nog aangevuld met een andere functie die zij binnen de huisartsenzorg uitoefenen. In de meeste gevallen werkt men naast POH ook nog als verpleegkundige of doktersassistente.

Driekwart werktijd POH is directe patiëntenzorg

Verder blijkt uit de resultaten dat van de werktijd van POH's 74% besteed wordt aan direct patiëntgebonden activiteiten. Gemiddeld hebben POH's 19 contacten per dag, namelijk 12 in de spreekkamer of via een huisbezoek, 5 per telefoon en 2 per e-mail. Een gemiddeld spreekkamerconsult duurt 26 minuten. Dit laat zien dat POH's voor een aanzienlijk groot deel van hun tijd met patiënten bezig zijn, meer nog dan vaak bij andere beroepsgroepen en functies in de zorg het geval is.

Brede inzet POH

Uit de resultaten van de enquête kunnen we concluderen dat POH's breed worden ingezet in het team van de huisartsenpraktijk. Wat betreft de directe patiëntenzorg doet een groot deel van de POH's periodieke controles bij chronisch zieken (90%), voorlichting en educatie tijdens eigen spreekuur (96%) of tijdens huisbezoeken (87%). Ook zien zij verschillende typen patiënten, vooral noemt een groot deel van de respondenten patiënten met diabetes type II (80%), met hart- en vaatziekten (CVR) (78%). Maar ook noemt men 69% patiënten met astma/COPD, een doelgroep die steeds vaker een aandachtsgebied van POH's is (Heymans 2009). Dat deze patiëntengroepen het vaakst werden genoemd heeft deels te maken met dat veruit de meeste respondenten in de enquête zich POH-somatiek noemden en een relatief klein deel POH GGZ.

Naast deze directe zorg doen zij nog andere uiteenlopende taken die tot indirecte of niet-patiëntgebonden activiteiten gerekend kunnen worden. Het gaat bijvoorbeeld om samenwerking met andere zorgverleners en meedenken bij het verbeteren van patiëntenzorg of bedrijfsvoering.

Driekwart enquête-deelnemers minimaal eenmaal per week overleg met huisarts

Om adequate zorg te kunnen bieden, is de samenwerking tussen POH en huisarts van belang en op basis van onze gegevens kunnen we vaststellen dat dit ook regelmatig gebeurt. Zo is de samenwerking en overleg met de huisarts een activiteit die door nagenoeg alle POH's wordt genoemd. Daarnaast heeft ruim driekwart van de POH's structureel eenmaal per week of vaker overleg met de huisarts.

Profielen van POH's naar werkervaring

Ook hebben we de POH's vergeleken op hun werkervaring in deze functie in de huisartsenpraktijk. Daarbij zien we een duidelijk onderscheid tussen startende POH's (< 5 jaar ervaring) en ervaren POH's (10 jaar of meer ervaring). Op basis van de enquête-data uit 2016 ziet hun profielschets er als volgt uit:

- *Starters* – Zijn jonger dan hun ervaren collega's. Zij werken relatief vaak als POH-GGZ in een huisartsenpraktijk. Gemiddeld per week werken zij minder uren, hebben ze gemiddeld minder patiëntcontacten per dag, maar besteden ze meer tijd aan spreekkamerconsulten. Zij zien relatief vaak patiënten met GGZ-problematiek en vaker jonge patiënten.
- *Ervaren POH's* – Zijn zoals verwacht ouder dan starters en hebben vaker de tweejarige opleiding voor POH gedaan. Zij werken relatief vaak als POH-somatiek in een huisartsenpraktijk. Gemiddeld per week werken zij meer uren, hebben ze gemiddeld meer patiëntcontacten per dag, maar besteden ze minder tijd aan spreekkamerconsulten. Zij zien vaker patiënten met diabetes, astma/COPD, CVR en ouderen. Daarnaast bestaan hun activiteiten vaker uit periodieke controles bij mensen met chronische aandoeningen, voorlichting en educatie tijdens huisbezoeken, meedenken voor de ontwikkeling van richtlijnen voor organisatie en voor patiëntenzorg.

Naast deze twee groepen hebben we ook *Beginnend-ervaren POH's* (5 tot 10 jaar ervaring) als aparte groep onderscheiden. Zij zitten tussen de twee omschreven groepen in, maar lijken het meest op de ervaren POH's.

Bovengenoemde profielschets laat zien dat startende en ervaren POH's verschillen in hun werkweek en baankenmerken. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre deze taakprofielen door de tijd veranderen. Inzicht hierin in combinatie met gegevens over de samenstelling van POH's wat betreft hun werkervaring kan helpen bij het schatten van het huidige en toekomstige aanbod van POH's en de taakherschikking van huisarts naar POH. Verder zouden beroepsverenigingen voor POH's deze subgroep-indeling kunnen gebruiken om hun dienstverlening nader af te stemmen op de wensen van hun leden.

4.4 Betekenis resultaten voor de Capaciteitsraming huisartsen 2016

Huisartsen delegeren een deel van hun werk aan POH's. Dit wordt taakherschikking genoemd. Hoeveel taakherschikking anno 2016 al heeft plaatsgevonden, is afhankelijk van een schatting van de zogeheten substitutiefactor. Voor het aantal op te leiden huisartsen, waarover het Capaciteitsorgaan dit najaar aan het ministerie van VWS zal adviseren, is de gerealiseerde en potentiële taakherschikking doorgerekend. Hierbij is gebruik gemaakt van het aantal FTE POH dat uit deze studie naar voren is gekomen en het aantal FTE huisartsen uit de NIVEL-huisartsenregistratie. Bijlage 3 van dit rapport geeft een gedetailleerde beschrijving van deze analyse. In deze slotparagraaf gaan we in op de belangrijkste resultaten.

Een in onze ogen maximale substitutiefactor is dat de hoeveelheid zorg geleverd door 1 FTE POH net zo groot is als 1 FTE huisarts (1 FTE POH=1 FTE huisarts). Als we hier vanuit gaan dan wordt momenteel al 34% van de huisartsgeneeskundige zorg door POH's geleverd. Een in onze ogen minimale substitutiefactor is dat de hoeveelheid zorg geleverd door 1 FTE POH gelijk staat aan de

zorg van 0,25 FTE huisarts (1 FTE POH=0,25 FTE huisarts). In dat geval wordt nu 11% van de huisartsgeneeskundige zorg door POH's geleverd. Kortom, op dit moment wordt dus minimaal 11% en maximaal 34% van de taken "herschikt".

Voor de situatie anno 2007 (9 jaar geleden), waarvoor ook een dergelijke schatting gemaakt kon worden, varieert het antwoord tussen 4% en 14%. De extra taakherschikking die in de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden (van 4% naar 11% of van 14% naar 34%), is dus substantieel. In de raming die eerder is gemaakt (zie het Capaciteitsplan 2008), is het effect op de benodigde hoeveelheid huisartsen van een extra "inzet van aanverwante disciplines" onderschat. Indertijd is uitgegaan van een schatting van, als meest waarschijnlijke waarde, -0,6% tot hoogstens -1,2% per jaar. Afhankelijk van de substitutiefactor had echter gewerkt moeten worden met een effect van -0,8% per jaar tot -2,5% per jaar. De schatting van -0,8% geldt daarbij voor de substitutiefactor 1 op 0,25 en de schatting van -2,5% voor een 1 op 1 substitutie.

De ontwikkeling van de gehele vraag naar huisartsgeneeskundige zorg is indertijd overigens ook onderschat. Voor het geheel van de niet-demografische ontwikkelingen is indertijd uitgegaan van een extra groei van, als meest waarschijnlijke waarde, 1,6% tot hoogstens 3,2% per jaar. Feitelijk gaat het echter om minimaal 3,1% tot maximaal 5,9% per jaar, wat wederom afhankelijk is van de substitutiefactor.

Maar wat kan gezegd worden over wat er vanaf nu nog kan gebeuren? De les uit het verleden lijkt te zijn dat de totale groei van de huisartsgeneeskundige zorg en specifiek het deel dat door aanverwante disciplines kan worden verzorgd, groter kan zijn dan gedacht. In de afgelopen negen jaar is de totale omvang van de zorg gestegen met minimaal 3,7% tot maximaal 6,6% per jaar. Daarbij geldt dat de geleverde zorg door huisartsen met 2,6% per jaar is gestegen en van de ondersteuners met maar liefst 30,6% per jaar. In de nabije toekomst kan vooral het aantal POH-GGZ nog wel eens snel gaan groeien, gelet op de hogere aantallen patiënten die met (lichte) psychische klachten de afgelopen jaren bij de huisarts kwamen en waar nog geen eind aan lijkt te zijn gekomen. Maar ook aan de groei van de POH-somatiek lijkt nog geen einde te zijn gekomen. Voor het Capaciteitsplan 2016 over het aantal op te leiden huisartsen is het daarom logisch om ook rekening te houden met een hoge groei van de ondersteuners. Dit geldt met name als uitgegaan wordt van een hogere groei van de zorgvraag.

Literatuur

- Heiligers PJM, Noordman J, Korevaar JC, Dorsman S, Hingstman L, Van Dulmen AM, De Bakker DH. Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht, NIVEL, 2012.
- Heymans, M. Astma- en COPD-patiënt zeer tevreden met praktijkondersteuner. Huisarts en Wetenschap 2009, 52(8): p. 373.
- Noordman J, Van der Weijden T, Van Dulmen S. Effects of video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses: a pre-test posttest control group study Journal of Advanced Nursing, 2014, 70 (10): 2272–2283.
- Van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R en Schellevis F. Kennisvraag: De Toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL, 2015.
- Verhaak P, Van Beljouw I, Ten Have J. De opmars van de POH-GGZ Tijdschrift voor praktijkondersteuning, 2010, 5: 130-134.
- Verhaak, PFM, Magnée T, Hooiveld M, Ten Veen P, De Bakker, D. Gevolgen invoering Basis GGZ voor de psychische en sociale hulpvraag in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2014.

Websites:

- <http://www.caransscoop.nl/nieuws/praktijkondersteuning-ontwikkelingen-poh-op-een-rij-156>, geraadpleegd 16 oktober 2015.
- <http://www.poh-ggz.nl/over-poh-ggz/functieprofiel>, geraadpleegd 16 oktober 2015.
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>, geraadpleegd 16 oktober 2015.
- <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/uitbreiding-poh-ggz-vraagt-om-meer-budget>, geraadpleegd 18 juli 2016.
- <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/verwijzen-naar-de-ggz-wat-er-anders>, geraadpleegd 27 juli 2016.
- <https://www.nvda.nl/poh-opleiding>, geraadpleegd 9 augustus 2016

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst POH-enquête 2016

Bijlage 2: Resultaten relevante variabelen POH's uit NIVEL Panel Verpleging & Verzorging

Bijlage 3: Ontwikkelingen in aantal FTE van huisartsen en ondersteuners

Bijlage 1 Vragenlijst POH-enquête 2016

Hoofdsectie

Persoonskenmerken

1. Wat is uw geslacht?

- ☐ man
☐ vrouw

2. Wat is uw geboortjaar?

Huidige functie

3. Verricht u werkzaamheden als praktijkondersteuner (POH) in een huisartsenpraktijk?

- ☐ ja [\[Hoofdsectie I.4\].4. Welke benaming wordt er aan uw functie als POH in de huisartsenpraktijk gegeven? \(meerdere antwoorden mogelijk\)](#)
☐ nee

Deze vragenlijst is alleen bedoeld voor personen die werkzaam zijn als POH in een huisartsenpraktijk.

Omdat u in vraag 3 heeft aangegeven dat niet te zijn, is dit wellicht het einde van de vragenlijst. In dat geval willen wij u hartelijk danken voor uw deelname!

Druk op "Terug" als u eigenlijk wel werkzaam bent als POH in een huisartsenpraktijk en op "Verder" om de vragenlijst af te sluiten.

Beëindig vragenlijst

4. Welke benaming wordt er aan uw functie als POH in de huisartsenpraktijk gegeven?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ POH algemeen
☐ POH somatiek (POH-S)
☐ POH geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ)
☐ POH jeugd
☐ POH ouderenzorg
☐ POH jeugd-GGZ
☐ POH management
☐ anders, namelijk: _____

5. Hieronder staan een aantal functies, die u binnen of buiten de huisartsenpraktijk kunt uitoefenen naast uw werk als POH. Kunt u aangeven in welke van deze functies u op dit moment naast uw functie als POH werkt?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ doktersassistente
☐ verpleegkundige
☐ verpleegkundig specialist
☐ GZ-psycholoog
☐ anders, namelijk: _____
☐ geen andere functie naast POH

Als vr5(6) gelijk is aan 1  [\[Hoofdsectie I.1\] Afgeronde opleidingen, relevant voor uw werk in de huisartsenpraktijk](#)

6. Voert u onderstaande functie(-s) momenteel uit in een huisartsenpraktijk?

	Ja	Nee
1	☐	☐
2	☐	☐
3	☐	☐
4	☐	☐
5	☐	☐
6	☐	☐

Afgeronde opleidingen, relevant voor uw werk in de huisartsenpraktijk

7. Welke van onderstaande opleidingen, relevant voor uw werk als POH, hebt u afgerond?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ MBO-opleiding Doktersassistente | BeroepsOpleidende Leerweg (MBO-DA / BOL)
- ☐ MBO-opleiding Doktersassistente | BeroepsBegeleidende Leerweg (MBO-DA / BBL)
- ☐ MBO-opleiding Doktersassistente | Derde LeerWeg (MBO-DA / DLW)
- ☐ MBO-opleiding Verpleegkundige (MBO-V)
- ☐ HBO-opleiding Verpleegkundige (HBO-V)
- ☐ HBO-masteropleiding Verpleegkundig specialist (HBO-MANP)
- ☐ HBO-opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD)
- ☐ HBO-opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH)
- ☐ WO-opleiding pedagogiek
- ☐ WO-vervolgopleiding Gezondheidszorgpsycholoog (GZ-P)
- ☐ éénjarige opleiding Praktijkondersteuner (POH-1)
- ☐ tweejarige opleiding Praktijkondersteuner (POH-2)
- ☐ anders, namelijk: _____

Aantal jaren ervaring als POH

8. Hoeveel jaar werkt u nu bij elkaar opgeteld als POH? En hoeveel jaar daarvan als POH in een huisartsenpraktijk?
(graag afronden op halve of hele jaren)

	aantal jaar
werkzaam als POH	_____
werkzaam als POH in een huisartsenpraktijk	_____

Praktijkvorm

9. In welke huisartsenpraktijkvorm(-en) werkt u momenteel als POH? En om hoeveel praktijken gaat het?

	aantal praktijken werkzaam
solopraktijk (praktijk met één huisarts)	_____
duopraktijk (praktijk met twee huisartsen)	_____
groepspraktijk (praktijk met drie huisartsen of meer)	_____

Omvang werkzaamheden

10. Voor hoeveel FTE bent u in totaal als POH in de huisartsenpraktijk werkzaam?
(als u bijvoorbeeld 0,2 FTE werkt in de ene praktijk en 0,4 FTE in een andere, dan werkt u 0,6 FTE totaal)

aantal FTE:

11. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week als POH in de huisartsenpraktijk?

aantal uren per week:

Verdeling van de werktijd

12. Wilt u hieronder voor uw functie als POH in de huisartsenpraktijk aangeven welk deel van uw werktijd u naar schatting gemiddeld per week aan de volgende activiteiten besteedt?
(percentages moeten optellen tot 100%)

	gemiddeld % van werktijd/week
a. direct patiëntgebonden activiteiten (zoals consulten, huisbezoeken, e-mails en telefoontjes met patiënten)	_____
b. indirect patiëntgebonden activiteiten (zoals overleg over specifieke patiënten met beroepsbeoefenaren in de zorg en de registratie van patiëntgegevens)	_____
c. niet-patiëntgebonden activiteiten (zoals algemeen werkoverleg, opstellen richtlijnen en bij- en nascholing)	_____
Totaal (100%)	_____

Patiëntcontacten

13. Hoeveel patiëntcontacten hebt u ongeveer als POH in de huisartsenpraktijk gedurende een doorsnee werkdag?

	aantal per dag
face-to-face in spreekkamer of tijdens huisbezoek	
telefonisch	
per e-mail	

14. Hoe lang duurt doorgaans een normaal/gemiddeld spreekkamerconsult voor uw functie als POH in de huisartsenpraktijk?

aantal minuten:

Overleg met huisarts

15. Hoe vaak hebt u als POH in de huisartsenpraktijk normaal gesproken een structureel (face-to-face) overleg met de huisarts?

- ☐ eenmaal per week of vaker
☐ elke twee weken
☐ elke vier weken
☐ zelden of nooit

Patiëntgroepen

16. Met welke groepen patiënten werkt u als POH in de huisartsenpraktijk?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ patiënten met diabetes type II ('ouderdomsdiabetes')
☐ patiënten met astma / COPD
☐ patiënten met een cardiovasculair risicoprofiel / hart- en vaatziekten
☐ patiënten met GGZ-problematiek
☐ ouderen
☐ jeugd
☐ anders, namelijk:

Soort werkzaamheden

17. Wat houden uw werkzaamheden als POH in de huisartsenpraktijk in?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ periodieke controles bij mensen met chronische aandoeningen
☐ voorlichting en educatie tijdens eigen spreekuur
☐ voorlichting en educatie tijdens huisbezoeken
☐ rapportage in patiëntendossiers
☐ samenwerking/overleg met huisarts(-en)
☐ samenwerking/overleg met andere zorgverleners in eerstelijns ketenzorg
☐ samenwerking/overleg met andere zorgverleners in tweedelijns ketenzorg
☐ opstellen/meedenken voor ontwikkeling richtlijnen patiëntenzorg
☐ opstellen/meedenken voor ontwikkeling richtlijnen organisatie/bedrijfsvoering
☐ anders, namelijk:

Tot slot

18. Heeft u het afgelopen jaar in uw organisatie met één of meerdere vormen van e(mental)Health toepassingen gewerkt?

Met eHealth en eMental Health doelen we op het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën (ICT), en dan met name internet technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Voorbeelden zijn: telemonitoring, beeldbellen, elektronisch patiëntendossier, elektronische gegevensuitwisseling, etc.

nee, want:

☐

☐ ja, namelijk met: _____

19. Van welke beroepsvereniging(-en), bedoeld voor POH's, bent u lid?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Nederlandse Vereniging van PraktijkOndersteuners (NVvPO)
- ☐ Landelijke Vereniging POH-GGZ
- ☐ Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA)
- ☐ beroepsvereniging V&VN / Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners
- ☐ anders, namelijk: _____
- ☐ geen lid

Deelname aan het Panel Verpleging & Verzorging

Wilt u vaker uw mening geven over uw werk en ervaringen met ons delen? Misschien heeft u dan interesse om deelnemer te worden van het Panel Verpleging & Verzorging. Dit panel bestaat uit ongeveer 1.900 zorgverleners die werkzaam zijn in verschillende sectoren, waaronder praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken. Paneldeelnemers beantwoorden op vrijwillige basis twee tot vier keer per jaar via internet vragen over hun werk.

Het doel van het [Panel Verpleging & Verzorging](#) is om onderzoek te doen naar hoe zorgverleners hun werk ervaren. Bij de keuze van de onderwerpen kijken we naar wat voor de beroepsgroep belangrijk en actueel is. De ene keer gaan de vragen over arbeidsomstandigheden, zoals werkdruk en loopbaanmogelijkheden, en de andere keer gaan de vragen juist over de inhoud van het werk, zoals ondersteuning van zelfmanagement. Meer informatie over het panel vindt u [hier](#).

20. Bent u bereid deel te nemen aan het Panel Verpleging & Verzorging en via internet vragenlijsten in te vullen over uw werk?

- ☐ ja, ik wil deelnemer worden van het Panel Verpleging & Verzorging
- ☐ nee, ik wil geen deelnemer worden → [\[Hoofdsectie\]](#) [\[Einde vragenlijst\]](#)

21. Ten behoeve van uw deelname aan het Panel vragen we u enkele persoonlijke gegevens in te vullen.

Mijn naam is: _____

22. Via welk e-mailadres wilt u de digitale vragenlijsten ontvangen?

23. Op welk nummer kunnen wij u telefonisch bereiken? (dit wordt alleen gebruikt als we u een vraag willen stellen over uw deelname aan het Panel)

24. Wilt u hieronder uw adresgegevens invullen?

Straatnaam: _____

Huisnummer: _____

(eventuele) Toevoeging: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Land: _____

Dit is het einde van de vragenlijst. Dank voor uw deelname!

Druk op "Terug" als u nog iets wilt aanpassen of aanvullen en op "Verstuur" om de vragenlijst af te sluiten.

Bijlage 2 Resultaten relevante variabelen POH's uit NIVEL Panel Verpleging & Verzorging

Tabel B2.1: Persoonskenmerken van de POH's uit het Panel Verpleging & Verzorging

	N	%
<i>Leeftijd</i>		
< 30 jaar	5	4,0
30 tot 40 jaar	15	11,9
40 tot 50 jaar	42	33,3
50 tot 60 jaar	58	46,0
60 jaar of ouder	6	4,8
Totaal	126	100,0
<i>Geslacht</i>		
Man	8	6,4
Vrouw	117	93,6
Totaal	125	100

Tabel B2.2: Opleiding van de POH's uit het Panel Verpleging & Verzorging

	N	%
<i>Hoogste opleidingsniveau</i>		
MBO verpleegkundige	5	4,5
HBO verpleegkundige	44	40,0
Verpleegkundig specialist	4	3,6
MBO-opgeleide doktersassistent	2	1,8
Anders	13	11,8
POH	39	35,5
Anders HBO	3	2,7
Totaal	110	100,0
<i>Opleiding relevant voor werk in huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum</i>		
Eenjarige opleiding POH	48	42,9
Tweejarige opleiding POH	31	27,7
Losse modules over zorg bij mensen met chronische aandoeningen	6	5,4
Opleiding Advanced Nursing Practice	2	1,8
HBO-V	11	9,8
Verpleegkunde opleiding MBO-niveau	1	0,9
Anders	13	11,6
Totaal	112	100,0

Tabel B2.3: Baankenmerken van de POH's uit het Panel Verpleging & Verzorging.

	N	%
<i>Functie in huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum*</i>	(N=118)	
POH somatiek	80	67,8
POH GGZ	1	0,8
POH ouderenzorg	32	27,1
praktijkverpleegkundige	56	47,5
Anders	15	12,7
<i>Aantal personen in team waarin men werkt</i>		
Maximaal 7 personen	22	28,6
8-12 personen	28	36,4
13-17 personen	14	18,2
18-22 personen	2	2,6
23 of meer personen	2	2,6
N.v.t., werk niet in een team	9	11,7
Totaal	77	100,0
<i>Bij wie in dienst</i>		%
Thuiszorginstelling	1	0,9
Huisartsenpraktijk, gezondheidscentrum	104	92,9
Anders	7	6,3
Totaal	112	100,0
<i>Werkgebied waarin organisatie/praktijk zorg biedt</i>		
(zeer) Sterk verstedelijkt	37	29,4
Matig verstedelijkt	48	38,1
Niet of weinig verstedelijkt (platteland)	41	32,5
Totaal	126	100,0
<i>Uur per week</i>		
< 24 uur	32	25,4
24-32 uur	47	37,3
32-40 uur	38	30,2
40 uur of meer	9	7,1
Totaal	126	100,0

* Percentages tellen niet op tot 100% omdat meerdere antwoorden mogelijk waren.

Tabel B2.3 (vervolg): Baankenmerken van de POH's uit het Panel Verpleging & Verzorging.

	N	%
<i>Inhoud werkzaamheden huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum*</i>	(N=112)	
Periodieke controles van mensen met chronische aandoeningen	111	99,1
Voorlichting en educatie tijdens eigen spreekuur	111	99,1
Voorlichting en educatie tijdens huisbezoeken	105	93,8
Rapportage in patiëntendossiers	111	99,1
Samenwerking/overleg met huisarts(en)	110	98,2
Samenwerking/overleg met andere zorgverleners	102	91,1
Anders	25	22,3
 <i>Patiëntengroepen waarmee men werkt*</i>	 (N=112)	
Patiënten met diabetes type 2	102	91,1
Patiënten met COPD/Astma	91	81,3
Patiënten met cardiovasculair risico/hart- en vaatziekten	98	87,5
Anders	65	58,0
 <i>Cliënten waarmee men het meest heeft te maken*</i>	 (N=78)	
Dementie	20	25,6
Kanker	5	6,4
Chronische aandoeningen anders dan kanker	74	94,9
Algehele achteruitgang en kwetsbaarheid vanwege hoge leeftijd	47	60,3
Kortdurende lichamelijke problemen	5	6,4
Kortdurende psychische problemen	5	6,4
Een psychiatrische aandoening	3	3,8
Een verstandelijke beperking	1	1,3
Een lichamelijke beperking	3	3,8
Meervoudige (lichamelijke en verstandelijke) beperkingen	0	0,0
Anders	6	7,7

* Percentages tellen niet op tot 100% omdat meerdere antwoorden mogelijk waren.

Bijlage 3 Ontwikkelingen in aantal FTE van huisartsen en ondersteuners

Voor de raming van het benodigde aantal huisartsen is het onder andere van belang om te weten hoeveel van de huisartsgeneeskundige zorg door anderen dan huisartsen geleverd kan worden. Deze “taakherschikking” betreft zorg die door huisartsen, maar ook door praktijkondersteuners (POH’s), verpleegkundig specialisten of physician assistants (PA’s) geleverd kan worden. Die laatste groepen worden ook wel in zijn geheel aangeduid als “ondersteuners” of “aanverwante disciplines”.

De IAD-parameter

In het ramingsmodel is een parameter aanwezig waarmee met een percentage aangegeven kan worden welk deel van de zorg die nu nog door huisartsen geleverd wordt of, zonder extra taakherschikking, in de toekomst door huisartsen geleverd zou moeten worden, straks door de extra inzet van aanverwante disciplines niet meer door huisartsen geleverd hoeft te worden. Dit is de zogeheten “IAD”-parameter. Tot nu toe is deze parameter steeds ingeschat op 0% als minimale waarde, op -0,6% per jaar als meest waarschijnlijk waarde en op -1,2% als maximale waarde. Voor de nieuwe raming is het van belang om te weten op welk percentage deze parameter nu ingeschat moet worden. Daarom wordt in deze bijlage eerst gekeken welk van de in het verleden gehanteerde percentages van 0%, -0,6% of -1,2% corresponderen met de feitelijke ontwikkeling van het deel van het huisartsgeneeskundige werk dat door huisartsen of door aanverwante disciplines wordt uitgevoerd.

Ingewikkeld daarbij is dat het an sich niet gaat om welk deel van de huisartsgeneeskundige zorg door ondersteuners geleverd wordt of kan worden, maar om de verandering daarin. Als nu bijvoorbeeld al 10% van de huisartsgeneeskundige zorg door ondersteuners geleverd wordt en de IAD-parameter op 0% wordt ingeschat, dan wordt er in feite van uitgegaan dat in de toekomst nog steeds 10% van de zorg door ondersteuners geleverd zal worden. Daarbij kan het totale volume van de vraag naar zorg veranderen door bijvoorbeeld demografische ontwikkelingen, maar dat geldt zodoende in gelijke mate voor het deel dat door huisartsen én door ondersteuners wordt geleverd.

Soorten scenario’s

In het Capaciteitsplan 2008 is voor de huisartsen uitgegaan van een aantal soorten scenario’s. Eén daarvan is de zogeheten Basisvariant, waarin alles min of meer gelijk blijft, maar er wel rekening wordt gehouden met demografische ontwikkelingen in de bevolking.

In het Capaciteitsplan 2008 is ook gewerkt met de zogeheten Laag/Laag-combinatievariant. Daar waren verder nog twee alternatieven voor: de Laag/Laag-combinatievariant zonder en met extra inzet van aanverwante disciplines (“IAD”).

Bij de zogeheten Hoog/Hoog-combinatievariant zijn de verschillende niet-demografische ontwikkelingen wat hoger ingeschat dan bij de Laag/Laag-combinatievariant.

Substitutiefactor

Om na te gaan in hoeverre er sprake is van taakherschikking, moet eerst bedacht worden wat de zogeheten substitutiefactor is voor de diverse disciplines. Er moet namelijk een zelfde “noemer” zijn waarmee we het volume van zorg door de huisartsen en de ondersteuners kunnen vergelijken. Daarbij gaan we er vanuit dat 1 FTE van een ondersteuner maximaal gelijk is aan 1 FTE van een

huisarts. Verder gaan we ervan uit dat 1 FTE van een ondersteuner minimaal gelijk is aan 0,25 FTE van een huisarts. Daarnaast rekenen we ook nog met een verhouding van 1-op-0,5 en van 1-op-0,75 FTE.

Leeswijzer

In deze bijlage wordt getoond wat de feitelijke en verwachte ontwikkeling is geweest tussen 2007 en 2016 in aantallen FTE van huisartsen en ondersteuners. De verwachte ontwikkeling is daarbij gebaseerd op dat wat in het Capaciteitsplan 2008 werd verwacht als ontwikkeling vanaf 2007 volgens de verschillende soorten scenario's. De verwachte ontwikkelingen worden daarbij afgezet tegen de feitelijke ontwikkeling om na te gaan of deze corresponderen.

Die raming was overigens vooral gericht op 2019 en 2025. Maar in het ramingsmodel worden ook voor de tussenliggende jaren resultaten getoond. Voor de tabellen in deze bijlage is daarom alsnog opgezocht wat voor waarden verwacht werden voor 2016.

Naast het tonen van de feitelijke ontwikkeling en de indertijd verwachte ontwikkeling, is ook nog gekeken welke verwachtingen indertijd ingevuld hadden moeten worden om precies te voorspellen wat er feitelijk gebeurd is. Dat wordt hier als een "alternatieve variant" getoond.

Feitelijke ontwikkeling aantal FTE tussen 2007 en 2016

In 2007 werd de vraag naar huisartsen ingeschat op 7.162 FTE. Voor 2016 gaat het om 8.809 FTE. Dat is een groei van 1.647 FTE. Relatief gaat het om een groei van 23% in totaal en 2,6% per jaar.

In 2007 werd de vraag naar "ondersteuners" of "aanverwante disciplines" ingeschat op ongeveer 1.200 FTE. Dat betrof vrijwel enkel en alleen de toenmalige POH's. Voor 2016 gaat het om 4.500 FTE, waarvan bijna 4.300 FTE van POH's, 150 FTE van verpleegkundig specialisten en 60 FTE van PA's.

Als de substitutiefactor tussen de aanverwante disciplines en de huisartsen in wordt geschat op 1-op-1, dan zijn de 1.200 FTE in 2007 en de 4.500 FTE in 2016 gelijk aan even zo veel FTE van huisartsen. De omvang van het aantal ondersteuners in termen van "huisarts-equivalente" FTE, is dan dus respectievelijk 1.200 en 4.500 "HA"-FTE. De groei is dan 3.300 "HA"-FTE in negen jaar, wat neerkomt op een totale groei van 275% en een jaarlijkse groei van 30,6%.

Als de substitutiefactor in wordt geschat op bijvoorbeeld slechts 1-op-0,25, dan vertalen de aantallen van respectievelijk 1.200 en 4.500 FTE van ondersteuners zich naar een hoeveelheid van 300 en 1.125 "HA"-FTE. De absolute groei is dan minder, maar de relatieve niet.

Voor het totaal van de "huisarts-equivalente" FTE van huisartsen en ondersteuners samen, gaat het bij een substitutiefactor van 1-op-1 om $7.162 + 1.200 = 8.362$ "HA"-FTE in 2007 en $8.809 + 4.500 = 13.309$ "HA"-FTE in 2016. Dat is een absolute groei van 4.947 FTE en een relatieve groei van 59,2% in totaal en 6,6% per jaar.

Bij een substitutiefactor van 1-op-0,25 gaat het om een groei van 7.462 "HA"-FTE in 2007 naar 9.934 "HA"-FTE in 2016. Dat is een absolute groei van 2.472 FTE en een relatieve groei van 33,1% in totaal en 3,7% per jaar.

Feitelijke ontwikkeling FTE van huisartsen (HA) en aanverwante disciplines (AD)

Ontwikkeling FTE	2007 Feitelijk	2016 Feitelijk	Verschil	Verschil-%	Verschil-% / jaar
FTE HA (ongeacht substitutiefactor)	7.162	8.809	1.647	23,0%	2,6%
FTE AD (ongeacht substitutiefactor)	1.200	4.500	3.300	275,0%	30,6%
"HA"-FTE van AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	1.200	4.500	3.300	275,0%	30,6%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	900	3.375	2.475	275,0%	30,6%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	600	2.250	1.650	275,0%	30,6%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	300	1.125	825	275,0%	30,6%
"HA"-FTE van HA + AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	8.362	13.309	4.947	59,2%	6,6%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	8.062	12.184	4.122	51,1%	5,7%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	7.762	11.059	3.297	42,5%	4,7%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	7.462	9.934	2.472	33,1%	3,7%

Het aandeel van de totale zorg dat door ondersteuners wordt verzorgd, was in 2007 maximaal 14,4% bij een substitutiefactor van 1-op-1 (1.200 tov 8.362) en minimaal 4,0% bij een substitutiefactor van 1-op-0,25 (300 tov 7.462). In 2016 is dat gestegen naar maximaal 33,8% en minimaal 11,3%. De relatieve verandering is daarbij in feite wat groter in het geval gerekend met een verhouding van 1-op-0,25 dan met 1-op-1

Feitelijke aandeel van aanverwante disciplines (AD) in aantal huisarts-equivalente FTE ("HA"-FTE)

Aandeel in FTE	2007 Feitelijk	2016 Feitelijk	Verschil	Verschil-%	Verschil-% / jaar
Aandeel AD in "HA"-FTE van HA + AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	14,4%	33,8%	19,5%	135,6%	15,1%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	11,2%	27,7%	16,5%	148,1%	16,5%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	7,7%	20,3%	12,6%	163,2%	18,1%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	4,0%	11,3%	7,3%	181,7%	20,2%

Ontwikkeling aantal FTE tussen 2007 en 2016 volgens de Basisvariant

Volgens de Basisvariant in het Capaciteitsplan 2008, zou de vraag naar huisartsen gaan groeien van 7.162 FTE in 2007 naar 7.463 FTE in 2016. De Basisvariant heeft daarmee het benodigde aantal FTE van huisartsen met 15% onderschat. Impliciet werd voor de Basisvariant uitgegaan van een groei van 1.200 naar 1.250 FTE van aanverwante disciplines. De Basisvariant heeft daarmee het benodigde aantal FTE van de ondersteuners met 72% onderschat. Deze resultaten zijn daarbij overigens onafhankelijk van de substitutiefactor.

De aanname van de Basisvariant dat er, behalve demografische ontwikkelingen, verder geen andere ontwikkelingen zouden zijn die de behoefte aan huisartsen of ondersteuners bepalen, klopt dus duidelijk niet.

Ontwikkeling aantal FTE tussen 2007 en 2016 volgens de Laag/Laag-combinatievariant zonder IAD

Voor 2016 kwam de Laag/Laag-combinatievariant zonder IAD op een behoefte aan 8.537 FTE van huisartsen. De behoefte aan FTE van huisartsen werd daarmee met slechts 3% onderschat. Voor de

ondersteuners werd voor dit scenario een behoefte verwacht aan 1.430 FTE. De behoefte aan ondersteuners is daarmee met 68% onderschat.

De aanname van de Laag/Laag-combinatievariant zonder IAD dat er naast de demografische ontwikkelingen nog 1,6% extra groei per jaar zou komen in de behoefte aan huisartsen, klopt dus wellicht redelijk. Maar de aanname dat er geen extra taakherschikking richting ondersteuners zal komen, klopt niet.

Ontwikkeling aantal FTE tussen 2007 en 2016 volgens de Laag/Laag-combinatievariant mét IAD

Voor het scenario volgens de Laag/Laag-combinatievariant mét extra inzet van aanverwante disciplines, werd in het Capaciteitsplan uitgegaan van een groei in de behoefte van 7.162 FTE in 2007 naar 8.076 FTE in 2016. De behoefte aan FTE van huisartsen werd daarmee met 8% onderschat. Voor het aantal FTE van ondersteuners zou dit scenario neerkomen op een behoefte aan 1.891 FTE in het geval er een 1-op-1 substitutie is tot een behoefte van 3.274 FTE bij een 1-op-0,25 substitutie. Voor de ondersteuners loopt de onderschatting uiteen van 27% bij een substitutie van 1-op-0,25 tot 58% bij een substitutie van 1-op-1.

De aanname van de Laag/Laag-combinatievariant met IAD dat er naast de demografische ontwikkelingen nog 1,6% extra groei per jaar zou komen in de behoefte aan huisartsgeneeskundige zorg, maar dat er tegelijkertijd 0,6% per jaar minder huisartsen nodig zijn vanwege taakherschikking, klopt dus niet.

Ontwikkeling aantal FTE tussen 2007 en 2016 volgens de Hoog/Hoog-combinatievariant zonder IAD

Voor de Hoog/Hoog-combinatievariant zonder IAD, werd uitgegaan van een groei van 7.162 FTE in 2007 naar 9.612 FTE van huisartsen in 2016. Dit is een overschatting van 9%. Voor de ondersteuners zou dit neerkomen op een groei van 1.200 FTE naar 1.610 FTE. Dat is een onderschatting van 64%. De aanname van de Hoog/Hoog-combinatievariant zonder IAD dat er naast de demografische ontwikkelingen nog 3,2% extra groei per jaar zou komen in de behoefte aan huisartsen, leidt dus tot een overschatting. De aanname dat er geen extra taakherschikking richting ondersteuners zal komen, klopt zeker niet.

Ontwikkeling aantal FTE tussen 2007 en 2016 volgens de Hoog/Hoog-combinatievariant mét IAD

Voor de Hoog/Hoog-combinatievariant mét IAD is net als voor de Hoog/Hoog-combinatievariant zonder IAD uitgegaan van een extra groei van 3,2% per jaar in de totale zorgbehoefte, maar is er daarnaast rekening gehouden met een afname van -1,2% per jaar in de behoefte aan FTE van huisartsen door extra inzet van ondersteuners.

Als deze aannames expliciet worden doorgerekend, dan is te zien dat voor de huisartsen een groei werd verwacht van 7.162 FTE in 2007 naar 8.574 FTE in 2016. Voor de ondersteuners komt dit neer op een groei die, afhankelijk van de substitutiefactor, uiteenloopt van 1.200 FTE van ondersteuners in 2007 naar 2.648 FTE of 5.762 FTE in 2016.

Het totaal aantal huisarts-equivalente FTE zou dan, ongeacht de substitutiefactor, met 3,8% per jaar groeien.

Ontwikkeling FTE van HA en AD bij Hoog/Hoog-combinatievariant mét extra inzet AD (c.f. CP 2008)

Ontwikkeling FTE	2007 Feitelijk	2016 H/H mét	Verschil	Verschil-%	Verschil-% / jaar
FTE HA (ongeacht substitutiefactor)	7.162	8.574	1.412	19,7%	2,2%
FTE AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	1.200	2.648	1.448	120,7%	13,4%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	1.200	2.994	1.794	149,5%	16,6%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	1.200	3.686	2.486	207,2%	23,0%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	1.200	5.762	4.562	380,2%	42,2%
"HA"-FTE van AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	1.200	2.648	1.448	120,7%	13,4%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	900	2.246	1.346	149,5%	16,6%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	600	1.843	1.243	207,2%	23,0%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	300	1.441	1.141	380,2%	42,2%
"HA"-FTE van HA + AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	8.362	11.222	2.860	34,2%	3,8%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	8.062	10.820	2.758	34,2%	3,8%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	7.762	10.417	2.655	34,2%	3,8%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	7.462	10.015	2.553	34,2%	3,8%

Het aandeel van de ondersteuners in de "HA"-FTE zou, afhankelijk van de substitutiefactor, stijgen van 4% naar 14,4% bij een 1-op-0,25 substitutie of van 14,4% naar 23,6% bij een 1-op-1 substitutie.

Aandeel van AD in aantal "HA"-FTE volgens de H/H-variant mét extra inzet AD

Aandeel in FTE	2007 Feitelijk	2016 H/H mét	Verschil	Verschil-%	Verschil-% / jaar
Aandeel AD in "HA"-FTE van HA + AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	14,4%	23,6%	9,2%	64,5%	7,2%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	11,2%	20,8%	9,6%	85,9%	9,5%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	7,7%	17,7%	10,0%	128,9%	14,3%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	4,0%	14,4%	10,4%	257,8%	28,6%

De Hoog/Hoog-combinatievariant mét IAD heeft de behoefte aan FTE van huisartsen met slechts 3% onderschat. Voor de ondersteuners is, afhankelijk van de substitutiefactor, de verwachting een zware onderschatting of juist een overschatting. De onderschatting speelt vooral als uit wordt gegaan van een 1-op-1 substitutie (-41%), maar ook nog bij een substitutie van 1-op-0,5 (-18%). De overschatting speelt bij een substitutiefactor van 1-op-0,25: dan wordt de behoefte aan ondersteuners met 28% overschat.

Vergelijking feitelijke en verwachte ontwikkeling volgens de H/H-variant mét extra inzet AD

Verschil tov Feitelijke ontwikkeling	2016 Feitelijk	2016 H/H mét	Verschil	Verschil-%	Verschil-% / jaar
FTE HA (ongeacht subst.factor)	8.809	8.574	-235	-2,7%	-0,3%
FTE AD bij 1-op-1,00	4.500	2.648	-1.852	-41,1%	-4,6%
FTE AD bij 1-op-0,75	4.500	2.994	-1.506	-33,5%	-3,7%
FTE AD bij 1-op-0,50	4.500	3.686	-814	-18,1%	-2,0%
FTE AD bij 1-op-0,25	4.500	5.762	1.262	28,1%	3,1%

De aanname van de Hoog/Hoog-combinatievariant met IAD dat er naast de demografische ontwikkelingen nog 3,2% extra groei per jaar zou komen in de behoefte aan huisartsgeneeskundige zorg, maar dat er tegelijkertijd 1,2% per jaar minder huisartsen nodig zijn vanwege taakherschikking, klopt dus voor de huisartsen wellicht redelijk, maar, als de substitutiefactor 1-op-0,5 of hoger of ongeveer 1-op-0,25 is, voor de ondersteuners waarschijnlijk niet. Alleen als er met een substitutiefactor van ongeveer 1-op-0,4 zou zijn gerekend, zou er voor zowel de huisartsen als de ondersteuners een redelijke aansluiting zijn tussen de verwachte en de feitelijke ontwikkeling.

Ontwikkeling aantal FTE tussen 2007 en 2016 volgens een alternatieve variant mét IAD

Alhoewel op basis van de Hoog/Hoog-combinatievariant met IAD geconcludeerd zou kunnen worden dat een groei van 3,2% in de vraag naar huisartsgeneeskundige zorg én een afname van de behoefte aan huisartsen van -1,2% per jaar al aardig past bij de feitelijke ontwikkeling, mits er sprake is van een substitutiefactor van ongeveer 1-op-0,4. Is ook nog gezocht naar de meest optimale invulling van de parameterwaarden voor de vier varianten van de substitutiefactor. Voor een 1-op-0,25 substitutie bleek een groei van 3,1% in de zorgvraag en een IAD-parameter van -0,8% de oplossing. De bijstelling van 3,2% naar 3,1% voorkomt de -2,7% onderschatting van het benodigde aantal huisartsen en de bijstelling van -1,2% naar -0,8% voorkomt de overschatting van 28,1% van het benodigde aantal ondersteuners.

Voor de andere varianten van de substitutiefactor ging het om een min of meer flinke bovenwaartse bijstelling van de verwachte groei van de zorgvraag (naar 4,1% voor de 1-op-0,5 substitutie of zelfs 5,9% voor de 1-op-1 substitutie) en een gelijktijdige benedenwaartse bijstelling van het effect van de inzet van aanverwante disciplines (naar -1,5% voor de voor de 1-op-0,5 substitutie of -2,5% voor de 1-op-1 substitutie).

Het uitgangspunt was dat de behoefte aan FTE huisartsen in 2016 8.809 FTE zou moeten worden en voor de 4.500 FTE voor de ondersteuners. Voor de huisartsen is dat een groei met in totaal 23% en voor de ondersteuners met 275%. In de onderstaande tabel is dat dan ook te zien.

Het totaal aantal "HA"-FTE zou daarbij, afhankelijk van de substitutiefactor, minimaal groeien met 33% van 7.462 "HA"-FTE in 2007 naar 9.934 "HA"-FTE in 2016 als er een 1-op-0,25 substitutie is of met maximaal 59% van 8.362 "HA"-FTE naar 13.309 "HA"-FTE in 2016 als er sprake is van een 1-op-1 substitutie.

Ontwikkeling FTE van HA en AD bij alternatieve variant mét extra inzet AD

Ontwikkeling FTE	2007 Feitelijk	2016 Alt. mét	Verschil	Verschil-%	Verschil-% / jaar
FTE HA (ongeacht substitutiefactor)	7.162	8.809	1.647	23,0%	2,6%
FTE AD (ongeacht substitutiefactor)	1.200	4.500	3.300	275,0%	30,6%
"HA"-FTE van AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	1.200	4.500	3.300	275,0%	30,6%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	900	3.375	2.475	275,0%	30,6%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	600	2.250	1.650	275,0%	30,6%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	300	1.125	825	275,1%	30,6%
"HA"-FTE van HA + AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	8.362	13.309	4.947	59,2%	6,6%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	8.062	12.184	4.122	51,1%	5,7%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	7.762	11.059	3.297	42,5%	4,7%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	7.462	9.934	2.472	33,1%	3,7%

Het aandeel dat ondersteuners zouden leveren in de totale huisartsgeneeskundige zorg, zou daarmee stijgen van minimaal 4,0% naar 11,3% of maximaal van 14,4% naar 33,8%.

Aandeel van AD in aantal "HA"-FTE volgens de alternatieve variant mét extra inzet AD

Aandeel in FTE	2007 Feitelijk	2016 Alt. mét	Verschil	Verschil-%	Verschil-% / jaar
Aandeel AD in "HA"-FTE van HA + AD					
bij 1 FTE AD = 1,00 FTE HA	14,4%	33,8%	19,5%	135,6%	15,1%
bij 1 FTE AD = 0,75 FTE HA	11,2%	27,7%	16,5%	148,1%	16,5%
bij 1 FTE AD = 0,50 FTE HA	7,7%	20,3%	12,6%	163,2%	18,1%
bij 1 FTE AD = 0,25 FTE HA	4,0%	11,3%	7,3%	181,8%	20,2%

De groeiverwachting voor dit alternatieve scenario komt uiteraard precies overeen met de feitelijke groei.

Vergelijking feitelijke en verwachte ontwikkeling volgens de alternatieve variant mét extra inzet AD

Verschil tov Feitelijke ontwikkeling	2016 Feitelijk	2016 Alt. mét	Verschil	Verschil-%	Verschil-% / jaar
FTE HA (ongeacht subst.factor)	8.809	8.809	0	0,0%	0,0%
FTE AD (ongeacht subst.factor)	4.500	4.500	0	0,0%	0,0%