

Inschakeling van praktijkassistentes bij het opsporen van patiënten met hypertensie en bij de follow-up

W. A. VAN VEEN, HUISARTS TE AMSTERDAM*

Verhoogde bloeddruk is een van de meest frequente, belangrijke en best gedocumenteerde chronische aandoeningen. Evenals elders zijn nu ook in Nederland pogingen ondernomen tot een aanvaardbare standaardisering van handelwijzen ten aanzien van verhoogde bloeddruk te komen. Het logische gevolg van standaardisering is meer delegeren. Doelmatige delegatie heeft als belangrijkste criterium dat de taken goed moeten zijn omschreven. Op grond van literatuurgegevens en beperkte eigen ervaringen menen wij dat delegatie van deeltaken bij de opsporing en follow-up van personen met verhoogde bloeddruk doelmatig is. Een aantal voorbeelden van te delegeren taken en voorziene problemen en de hierop te ondernemen actie worden geschetst.

In 1971 schetste *Huygen* de rol die praktijkassistentes kunnen hebben bij het bedrijven van anticiperende geneeskunde. In wijder verband bestudeerde *Weisz* de vraag welke soorten taken door artsen en tandartsen doelmatig kunnen worden gedelegeerd. *Bruins* en *Weisz* beschreven onlangs de perspectieven van meer delegeren in de huisartspraktijk. Zij besluiten hun artikel met een oproep tot het maken van duidelijke omschrijvingen van te delegeren deeltaken, bijvoorbeeld in de vorm van „flow-charts” (stroombewegingen). De werkgroep die na deze oproep werd samengesteld, verzocht een aantal praktijkassistentes en huisartsen zich te beraad over de vraag welke taken bij de opsporing en follow-up van hypertensiepatiënten zouden kunnen worden gedelegeerd. In het navolgende wordt verslag uitgebracht van hun bevindingen.

Anticiperen op hypertensie: praktijkorganisatorische consequenties

Anticiperen op hypertensie vergt naast medisch-wetenschappelijke en ethische bezinning op de effecten ervan, beantwoording van praktijkorganisatorische vragen. Het opzetten en uitvoeren van een surveillancesysteem heeft personele, administratieve en organisatorische implicaties. De risicogroep zal in kaart moeten worden gebracht, oriënterende bloed-

drukmetingen zullen moeten worden verricht, veelal zal herhaling van de bloeddrukmeting en enige nadere diagnostiek nodig zijn, terwijl de follow-up, de zingeving van alle eerdere stappen, de grootste aandacht zal vragen. Systemen ter signalering van de „at risk“-personen, die in de screeningsperiode niet werden gezien, en ter signaleering van niet nagekomen afspraken, moeten worden opgebouwd en geëffectueerd wil het surveillancesysteem sluitend zijn. Met dit al zijn factoren zoals de praktijkomvang, de efficiëntie van het (afsprak)spreekoursysteem, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde praktijkassistent(s) en van geschikte outillage voor haar-, samenwerkingsaspecten, laboratorium- en elektrocardiografie-faciliteiten, en het waarborgen van de continuïteit in het geding.

Tudor Hart (1971, 1974) en *Van der Feen* (1975, 1976) tonen aan dat anticiperen op hypertensie door de huisarts binnen het gewone praktijkgebeuren haalbaar is. De ervaringen van deze zeer gemotiveerde huisartsen kunnen echter niet worden generaliseerd, zonder dat er sprake is van een op anticiperende geneeskunde ingestelde praktijkorganisatie, waarbij participatie van praktijkassistentes die voldoende nascholing hebben ontvangen een wezenlijk element is.

Het belang van reorganisatie van de praktijkuitoefening als consequentie van een meer op anticiperen ingestelde hulpverlening bij patiënten met verhoogde bloeddruk wordt duidelijk aangetoond door *Finney et al.* (1973 a), zij het in de setting van hypertensiopoliklinieken. Met betrekkelijk eenvoudige middelen als verkorting

van wachttijden door het invoeren van een afsprakspreekuur, en het centraal stellen van een continue en persoonlijke relatie tussen de patiënt en de arts en verpleegkundige daalde het percentage patiënten dat twee of meer achtereenvolgende afspraken voor follow-up niet nakwam aanzienlijk.

Omdat het niet gemakkelijk zal zijn de geschetste praktijkorganisatorische condities te realiseren, zal slechts op beperkte schaal kunnen worden begonnen. Veel zal hierbij afhangen van de benodigde „enigszins andere, ruimere denkwijze“ van de huisarts (*Huygen*) en van het overwinnen van de weerstand deeltaken te delegeren. Intussen geeft de literatuur ruime steun aan de opvatting dat inschakeling van praktijkassistentes kan bijdragen tot verbetering van de hulpverlening aan patiënten met verhoogde bloeddruk.

Efficiëntie en betrouwbaarheid van de bloeddrukmeting

Uit een uitvoerige arbeidsanalyse in de groepspraktijk van *Lane* uit Florida blijkt dat het minder tijd kost wanneer de assistente volgens een standaardprotocol de bloeddruk meet dan wanneer de huisarts af en toe op indicatie de bloeddruk bepaalt. Met één bloeddrukmeting per huisarts per dag is meer geld gemoeid dan wanneer de assistente gedurende een dag bij alle volwassenen de bloeddruk meet.

De bloeddrukmeting door een assistente geeft in het algemeen betrouwbaarder waarden aan dan die welke een arts verkrijgt. Dit is voornamelijk het gevolg van de – met betrekking tot de arts – geringere invloed van de interactie tussen assistente en onderzochte op de variatie in de meetwaarden. Ontbreken van een therapeutische relatie tussen assistente en patiënt speelt hierbij ontgezegd een rol. Voorts heeft een assistente in het algemeen geen belang bij de meetwaarden, zodat zij niet of althans minder in de verleiding komt de meetwaarden „voordelig“ te interpreteren en te registreren. Al met al geschiedt de bloeddrukmeting door de assistente op onbevangener wijze.

Een opmerkelijk verschijnsel bij kwaliteitscontroles tijdens epidemiologische onderzoeken is dat „ervaring“ nauwelijks van invloed is op de nauwkeurigheid van de meting; dezelfde waarnemer blijft

* Mede namens Kees Boot, huisarts te 's-Gravenhage, Tiny van den Brink-Koeman en Diny Jonker, beiden praktijkassistent te Amsterdam, en Joop Stam, huisarts te Amsterdam.

in de tijd meestal dezelfde duplofout houden (Valkenburg).

Relatie-aspecten

Cassee wijst erop dat er duidelijke verschillen in opvatting ten aanzien van ziekte bestaan tussen professionele gezondheidswerkers en grote groepen (potentiële) patiënten die een traditioneel-magische ziektebenadering hebben. Uit zijn bevindingen leidt Cassee de veronderstelling af dat huisartsen zich minder informatief gedragen en minder geneigd zijn over niet direct-medische zaken te spreken naarmate het verschil in cultuurpatroon groter is.

Nu is om uiteenlopende redenen te verwachten dat een traditioneel-magische ziekte-opvatting op zichzelf al tot een geringere mate van compliance leidt. Wanneer er bovendien weinig of geen sprake is van een open tweezijdige communicatie tussen arts en patiënt zal dit de non-compliance doen toenemen.

De praktijkassistent zal dichter bij de opvattingen van vele patiënten staan dan de huisarts, onder meer door het verschil in opleiding. De veel geringere mate van professionalisering van haar beroep geeft haar in het algemeen een „lagere drempel”. Finnerty *et al.* (1973b) knoepen aan de observatie dat vele patiënten zich beter konden identificeren met de praktijkverpleegkundigen dan met de artsen de consequentie vast zoveel mogelijk deeltakken aan haar te delegeren.

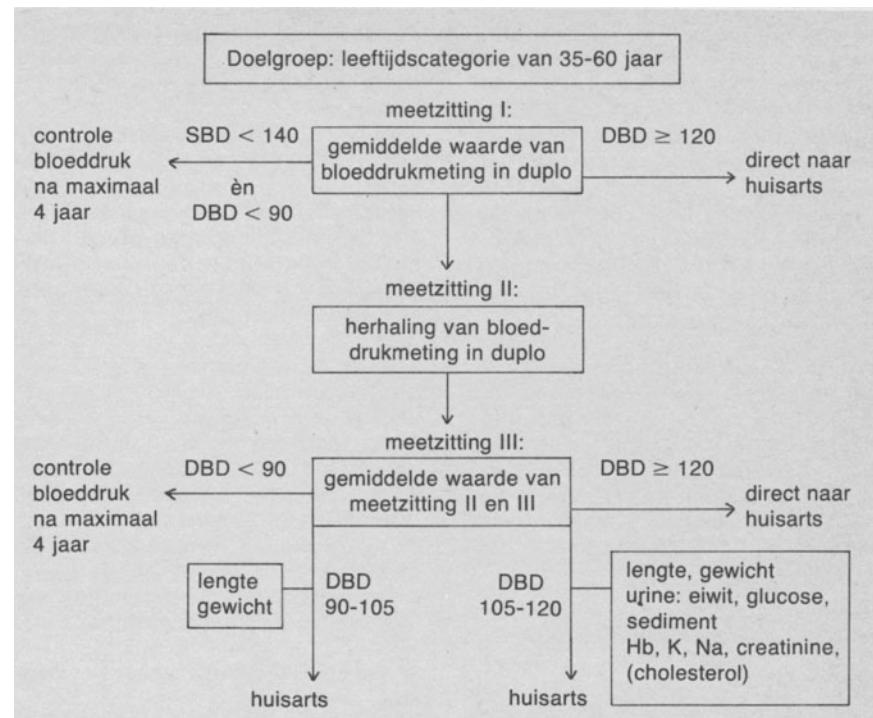
Zo waren de praktijkverpleegkundigen onder supervisie van een arts belast met het afnemen van een gedetailleerde anamnese, het meten van de bloeddruk en de polsfrequentie, het afnemen van een elektrocardiogram en het verstrekken van medicijnen. Wanneer de arts een handlingsplan had opgesteld werd de patiënt verder aan de hand van een protocol begeleid door een praktijkverpleegkundige.

Invloed op de compliance en bloeddrukcontrole

Uit het laatst genoemde onderzoek van Finnerty bleek dat in de opstelling waarin praktijkverpleegkundigen onder supervisie belangrijke deeltakken bij de „stepped-up care” verrichten, 84 procent van de patiënten na acht maanden nog onder behandeling was. Bij een „klassieke” benadering was dit percentage slechts 17. De diastolische bloeddruk was in 70, respectievelijk 10 procent van de gevallen onder controle.

Ook het onderzoek van Mc Kenney *et al.* toont aan dat de mate van compliance en bloeddrukcontrole aanzienlijk kan worden verhoogd. In dit onderzoek trok de apotheker die de artihypertensiva verstrekte maandelijks tijd uit om hiaten in de kennis en misvattingen over de aard van verhoogde bloeddruk en de behandeling ervan op te sporen, specifieke en gedetail-

Schema 1. Stroomdiagram screening op verhoogde bloeddruk door praktijkassistent, met grenswaarden voor systolische bloeddruk (SBD) en diastolische bloeddruk (DBD).



Schema 2. Taken praktijkassistent bij begeleiding van hypertensie-patiënten met stabiel ingestelde behandeling.

Basistaken	Voorziene problemen	Actie
1. Bloeddruk meten, liefst in duplo	BD > 160/95 of < 130/80: indien overschrijding grenswaarden tijdens twee achtereenvolgende afspraken:	vervroegde afspraak afpraak met huisarts
2. Uitschrijven en toe- lichting standaard- recept	het waarom, wat, hoe vaak, hoeveel, wanneer, of hoe lang van de be- handeling is nog niet duidelijk	nadere toelichting
3. Ongewenste neven- werkingen medicamenten?	afhankelijk van medicamenten	
4. Bijdragen tot een reëel begrip van de ernst van de aandoening en het belang van be- handeling en controle	onderschatting ernst/belang overschatting ernst/belang anderssoortige pro- blemen die compliance belemmeren	uiteleg uiteleg, geruststelling probleemoplossend gedrag ondersteunen en aanmoedigen.
5. Afspraak voor revisie	patiënt ziet af van be- handeling na rijp beraad afspraak wordt niet nagekomen	respecteren oproepen voor gesprek
6. Periodiek aanvullend onderzoek (K, creati- nine, glucose) aan- vragen, waarna af- spraak met huisarts	bedoeling onduidelijk	uiteleg

leerde informatie te verschaffen, repercusses zoals ongewenste nevenwerkingen van de medicamenten bespreekbaar te maken en de behandelend arts over eventuele therapiewijzingen te adviseren. In plaats van de apotheker zou even goed de praktijkassistent een dergelijke aavullende rol kunnen hebben bij het doelgericht en systematisch toepassen van compliance-bevorderende technieken. De praktijkassistent heeft nog boven de apotheker het voordeel een centrale positie in te nemen in het praktijkgebeuren en dichter bij grote groepen patiënten te staan.

De meeste patiënten, zeker de chronisch zieken, brengen meer tijd door met de assistente dan met de arts. Zij kan zaken te horen krijgen die de arts niet te horen krijgt, maar die van belang kunnen zijn voor het bijsturen van het handelingsplan. Zij kan er toe bijdragen dat het doel van de arts en dat van de patiënt en eventuele discrepancies daartussen beter bespreekbaar worden.

Te delegeren deeltaken

1. Case-finding

Indien wordt besloten een „high risk”-groep te screenen op verhoogde bloeddruk, heeft case-finding onzes inziens de beste papieren als screeningsmethode (*Van Veen en Bruins*). Hierbij wordt aan allen die tot de „high risk”-groep behoren en in een bepaalde periode voor het eerst het spreekuur bezoeken, voorgesteld tevens de bloeddruk te meten. Als „high risk”-groep zou op arbitraire gronden kunnen worden omschreven: alle ingeschrevenen van 35-60 jaar. Desgewenst

kan om praktische redenen met kleinere leeftijdscohorten worden begonnen of bijvoorbeeld alleen met de mannen van 35-60 jaar. Alle taken bij case-finding kunnen onzes inziens door de praktijkassistent worden verricht, nadat een protocol is vastgesteld.

Schema 1 geeft schematisch de handelingen weer die uit een dergelijk protocol voortvloeien. De assistente verzorgt tevens de administratie en regelt de afspraken. Na 1 tot 2 jaar zal ongeveer driekwart van de doelgroep zijn bereikt. De restgroep kan schriftelijk worden uitgenodigd of thuis worden bezocht.

2. De groep met stabiel ingestelde antihypertensieve behandeling.

Wanneer een medicamenteuze behandeling is begonnen en de bloeddruk onder controle is gebracht, kan een aantal deeltaken bij de follow-up gedelegeerd worden (*schema 2*). Een protocol omschrijft nader de taakinhoud, de te verwachten problemen en de hierop te ondernemen actie. De huisarts beoordeelt periodiek de situatie en stelt zo nodig het handelingsplan bij.

3. De groep met licht verhoogde bloeddruk

Blijkenschema 1 wordt de groep met licht verhoogde bloeddruk (diastolische bloeddruk 90-105 mm Hg) in tweede instantie gezien door de huisarts. Indien een gerichte anamnese geen factoren aan het licht brengt die een verhoogde bloeddruk in de hand werken, kan voorhands worden volstaan met periodieke controle van de bloeddruk door de assistente. Wanneer in een gesprek met de patiënt wordt besloten te trachten een bloeddruk-

verhogende factor, bijvoorbeeld adipositas, te elimineren, kan de assistente tevens een aandeel hebben in de begeleiding daarbij. Dit ook weer onder de voorwaarde dat er duidelijke afspraken zijn over het streefniveau (bloeddruk, lichaamsgewicht), over actie bij overschrijding van bepaalde grenswaarden (bijvoorbeeld diastolische bloeddruk 105 mm Hg) en andere voorzienbare problemen. Na een bepaalde periode beoordeelt de huisarts met de patiënt de situatie en wordt zo nodig en desgewenst het handelingsplan bijgesteld.

Bruins, C. P. en F. H. Weisz (1976) Medisch Contact 31, 299.

Cassee, E. Th. Naar de dokter. Boom, Meppel, 1973.

Feen, J. A. E. van der (1975) huisarts en wetenschap 18, 406; (1976) Ibidem 19, 266.

Finnerty Jr. J. A. et al. (1973a) Circ. 47, 73; (1973 b) Circ. 47, 76.

Huygen, F. J. A. (1971) huisarts en wetenschap 14, 447

Mc Kenney, J. M. et al. (1973) Circ. 48, 1104.

Lane, W. (1973) Patiënt Care, april 15, 23.

Tudor Hart, J. (1971) Update 7, 963.

(1974) Ibidem 10, 981.

Valkenburg, H. A. Persoonlijke mededeling, 29 november 1976.

Veen, W. A. van en C. P. Bruins (1977) Medisch Contact 32, 569.

Weisz, F. H. On delegation in medicine and dentistry. Proefschrift. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1972.