

Assistente en hypertensiebestrijding

Over een mogelijke rol van de doktersassistente bij de opsporing, controle en bewaking van hypertensiepatiënten

DR. J. W. VAN REE*

De huisarts kan een belangrijke bijdrage leveren aan de bestrijding van hypertensie. Voor een consequente opsporing, een adequate behandeling en een regelmatige controle van hypertensiepatiënten is echter een actief beleid nodig. In het Nijmeegs Interventie Project werd bestudeerd, in hoeverre de doktersassistente in staat is hierbij een rol te spelen.

Inleiding

Uit gegevens van de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie blijkt, dat in een standaardpraktijk** ongeveer vijfenvijftig mannen en honderd vrouwen bij de huisarts onder controle zijn wegens hypertensie.¹ Als men aanneemt dat deze personen drie à vier keer per jaar op het spreekuur komen, dan gaat het om vijf- tot zeshonderd consulten per jaar, dat is twee à drie consulten per dag. In termen van werklast is hypertensie dus belangrijker voor de huisarts dan bijvoorbeeld diabetes mellitus; volgens dezelfde bron telt een standaardpraktijk ongeveer zeventig diabetes, vijftientig mannen en vijfenveertig vrouwen.

Hypertensie is een risicofactor voor het ontstaan van met name cerebrovasculaire accidenten en decompensatio cordis, en behandeling kan de kans op deze complicaties verminderen. Dit geldt niet alleen bij ernstige hypertensie, maar evenzeer bij zogenaamde „mild hypertension”.²⁻⁴

Behandeling van hypertensie is relatief gemakkelijk⁵; met een juiste keuze van medicamenten is nagenoeg iedere vorm van hypertensie adequaat en zonder ernstige neveneffecten te bestrijden. Bovendien is uit Nederlandse onderzoeken nooit iets gebleken van een „medicaliserend” effect van de opsporing en bestrijding van hypertensie.⁶⁻⁸

Vrijwel altijd gaat het bij hypertensie om „essentiële” hypertensie.⁹ De opsporing en behandeling van hypertensiepatiënten kan daarom in handen blijven van de huisarts. Doordat hij continue zorg verleent, kan hij goede resultaten bereiken, terwijl de resultaten van opsporing door allerlei „screenende” instanties en de daaropvolgende begeleiding van hypertensiepatiënten bij de verwachtingen zijn achtergebleven.^{10 11} Institutionaliseren van de opsporing en behandeling van hypertensiepatiënten zou tot een verdere versnippering van het gezondheidszorgsysteem leiden. In tegenstelling tot de huisarts kunnen dergelijke instituties nooit de gehele bevolking bereiken en bovendien zouden opsporing en behandeling dan niet in één hand liggen. Bij screening zullen altijd fout-positieve waarnemingen plaatsvinden, waardoor de kans bestaat op een foutieve *labeling* van patiënten. In de huisartspraktijk bestaat de mogelijkheid tot het verrichten van een reeks metingen, waardoor voorkomen kan worden dat een patiënt ten onrechte als hypertensief wordt beschouwd.

Veel huisartsen onderschrijven de opvatting, dat zij de belangrijkste rol kunnen en moeten spelen bij de opsporing en behandeling van patiënten met hypertensie. Tegenstanders van deze rol menen dat het bewijs van een positief effect van hypertensiebehandeling niet is geleverd. Zij achten de nadelen groter dan de voordelen.

Hoe de argumenten pro en contra ook mogen luiden, het blijft een feit dat in de Nederlandse huisartspraktijk over het algemeen niet veel terecht komt van de opsporing en behandeling van hyper-

tensie.^{12 13} In het buitenland is dit trouwens weinig beter.¹⁴

Actief beleid en delegeren

Omdat slechts een consequente opsporing, gevolgd door een effectieve behandeling en consequente bewaking, uiteindelijk tot resultaat kan leiden, is een actief beleid noodzakelijk. Een essentiële vraag is of de huisarts, gezien zijn huidige werkbelasting, in staat is dit beleid alleen van de grond te krijgen.

Dat de huisarts veel kan bereiken, is duidelijk aangetoond.^{14 15} Het is echter de vraag of de inspanningen die daarvoor nodig waren, voor de gemiddelde Nederlandse huisarts uitvoerbaar en acceptabel zijn.

Een alternatief zou kunnen zijn: het delegeren van aspecten van dit beleid aan een goed geïnstrueerde doktersassistente. Zij moet gezien worden als de meest directe medewerkster van de huisarts en binnen dit samenwerkingsverband zou een verschuiving van bepaalde taken mogelijk kunnen zijn.

In het buitenland is reeds verschillende malen aangetoond, dat het delegeren van specifieke taken aan paramedische krachten zeer goed te realiseren is en zelfs effectief kan zijn.^{16 17} In Nederland is dit gedemonstreerd bij de behandeling van patiënten in een hypertensiepolikliniek.¹⁸ Ook is – op basis van literatuurgegevens en beperkte eigen ervaringen – geschreven over de mogelijkheid de praktijkassistente in te schakelen bij de bestrijding van hypertensie in de huisartspraktijk. In het desbetreffende artikel werd gesteld, dat „delegatie van deeltaken bij opsporing en follow-up van personen met hypertensie doelmatig is”.¹⁹

Inschakelen van de doktersassistente

In het Nijmeegs Interventie Project werd onder meer bestudeerd, of en in hoeverre het mogelijk is, in de huisartspraktijk een actief opsporings- en behandelingsprogramma uit te voeren waarbij specifieke (deel)taken worden gedelegeerd aan de doktersassistente.²⁰ In een zestal huisartspraktijken (met in totaal elf huisartsen) werden door de assistentes alle personen van 20-49 jaar met een ernstig verhoogd risico voor hart- en vaatziekten geselecteerd. Dit gebeurde door middel van een basiscreening van de praktijkpopulatie, volgens tevoren nauwkeurig vastgestelde regels. In vier praktijken werden de risicopatiënten vervolgens gedurende een

* Huisarts te Wijchen, part-time wetenschappelijk hoofdmedewerker Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen).
** Een praktijk van 2800 zielen met een leeftijds- en geslachtsopbouw als van de Nederlandse bevolking.

jaar systematisch vervolgd en begeleid door de assistentes, terwijl de zorg voor de opgespoorde patiënten in de andere twee praktijken werd overgelaten aan de huisartsen zelf. De vraagstelling luidde, of het programma uitvoerbaar was en of er een verschil in behandelingsresultaat zou zijn tussen de vier „studiepraktijken” (interventiegroep) en de twee „controlepraktijken” (controle-groep).

Zowel het onderzoek als de behandeling waren op verschillende risicofactoren gericht. In dit artikel zal alleen op de risicofactor hypertensie worden ingegaan. Vermeld moet worden, dat voor de duur van het project aan iedere praktijk een extra (half-time) assistente werd toegevoegd. Een en ander was mogelijk door financiële steun van de Nederlandse Hartstichting.

Voorafgaand aan het onderzoek volgden de assistentes een twee weken durende opleiding. Bovendien werden hun taken vastgelegd in een gedetailleerd protocol.

Bij de basisscreening onderzochten de assistentes alle personen die het normale spreekuur van de huisartsen bezochten. Soms gebeurde dit direct, soms – na afspraak – op een later tijdstip. Voor het eerste onderzoek waren ongeveer 30 minuten nodig. Dit onderzoek vond altijd plaats tijdens de normale werktijd van de assistentes.

De patiënten die behoorden tot de groep „hoogste risicodragers”, werden uitgenodigd op het spreekuur van de huisarts te komen. Daar werd dan, meestal in aanwezigheid van de assistente, een begeleidings- of behandelingsplan opgesteld. Daarna werd de desbetreffende persoon gedurende een jaar iedere twee maanden door de assistente gecontroleerd. Deze controleconsulten bleken ongeveer 10 minuten te vergen. In elke praktijk kon de assistente daartoe over een min of meer eigen werkruimte beschikken.

Als medicamenteuze behandeling nodig werd geacht, werd deze door de huisarts gestart en door de assistente vervolgd. Bij onvoldoende behandelingsresultaat werd de huisarts hierop door de assistente geattendeerd. De assistente bewaakte ook het nakomen van controleafspraken en rapporteerde eventuele problemen aan de huisarts. Indien een bloeddruk eenmaal goed was ingesteld, werd de verdere controle en bewaking geheel aan de assistente overgelaten.

De algemene indruk was, dat de metingen door de assistentes vaak lagere waarden te zien gaven dan de metingen

door de artsen. Dit zou verklaard kunnen worden door het geringere *pressor-effect* bij meting door anderen dan de arts. Zoals bekend leveren metingen in bijvoorbeeld een ziekenhuis vaak hogere waarden op dan metingen in de huisartspraktijk. Onze ervaring zou een argument te meer kunnen zijn om bloeddrukmetingen in de huisartspraktijk vooral door de assistente te laten uitvoeren, omdat de dan verkregen waarden de werkelijkheid weleens het meest zouden kunnen benaderen.

Situatie bij het begin en na één jaar

De stand van zaken met betrekking tot de opsporing en behandeling van hypertensiepatiënten was in deze praktijken al even matig als elders. Een belangrijke waarneming was, dat er tussen de praktijken aanmerkelijke – significante – verschillen bestonden. Dit kan mogelijk voor een deel worden verklaard uit de aard van de onderzochte praktijkpopulaties. Anderzijds dienen deze verschillen toch ook te worden toegeschreven aan verschillen in belangstelling of aan het ontbreken van een consequent beleid op dit gebied.

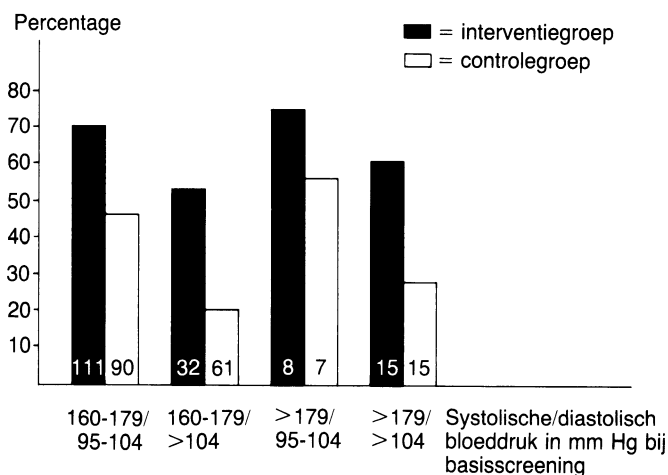
Bij de basisscreening bleek, gebruik makend van de criteria die door de huisartsen zelf in hun praktijken werden gehanteerd, dat de huisartsen in 468 gevallen niet op de hoogte waren van het bestaan van een hypertensie. Anders geformuleerd: 54 procent van de hypertensiegroep werd bij deze gelegenheid voor het eerst als hypertensiepatiënt gesignaleerd. Van de 391 reeds bekende hypertensiepatiënten werd ruim de helft niet of onvoldoende behandeld en van degenen die reeds onder medicamenteuze behandeling stonden, bleek nog 40 procent een te hoge bloeddruk te hebben. Vooral de behandelingsstatus van de jongere man-

nen liet veel te wensen over: bijna 85 procent was voorheen onbekend en van de overigen werd 80 procent niet of onvoldoende behandeld. De behandelingsstatus was voor alle sociale lagen gelijk.

Van de bekende hypertensiepatiënten hadden er nog elf een diastolische bloeddruk van meer dan 115 mm Hg. Van de nieuw opgespoorde hypertensiepatiënten had 85 procent een „matige” hypertensie (boven de 160/95 mm Hg, maar beneden de 180/105 mm Hg); 13 procent had een diastolische bloeddruk boven de 105 mm Hg. Een diastolische bloeddruk boven de 115 mm Hg werd bij twaalf nieuw ontdekte hypertensiepatiënten vastgesteld.

Deze gegevens wijzen op een matige toestand in deze praktijken ten aanzien van de opsporing en behandeling van hypertensie; zij zijn des te treffender als wij ons realiseren dat deze huisartsen tijdens de besprekingen die voorafgingen aan het onderzoek, overtuigd bleken van hun adequate aanpak van het hypertensieprobleem. Blijkbaar waren zij zich niet bewust van het feitelijk onvoldoende functioneren van hun eigen opsporings- en behandelingsbeleid. De situatie na één jaar is weergegeven in *figuur 1*. Het is duidelijk dat de resultaten in de vier studiepraktijken aanzienlijk beter waren dan in de twee controlepraktijken. In de studiepraktijken had 75 procent van de hypertensiepatiënten na één jaar een genormaliseerde bloeddruk, in de controlepraktijken bedroeg dat percentage slechts 39 procent. Dat ook bij reeds onder behandeling staande patiënten met de voorgestelde systematische aanpak nog veel te bereiken is, blijkt uit het feit, dat in de studiepraktijken de streefwaarde bij 84 procent van deze groep werd bereikt; in de controlepraktijken bedroeg dat percentage 59 procent.

Figuur 1.
Percentages personen in de interventiegroep (n = 166) en in de controlegroep (n = 172) die na één jaar de streefwaarde hadden bereikt.



Uitvoerbaarheid van het programma

Het programma bleek goed uitvoerbaar. De assistentes konden het controleschema volgens de vastgestelde regels uitvoeren en het geheel bleek goed in de dagelijkse praktijkvoering te passen.

De assistentes vonden dat zij goed op hun taak waren berekend en hebben dit werk als zeer bevredigend ervaren. Zij konden goed met de artsen samenwerken en ook de reacties van de patiënten vonden zij erg positief.

Ook de artsen achtten het programma goed uitvoerbaar en beoordeelden het functioneren van de assistentes en de reacties van de patiënten positief. Zij vonden dat zij de opsporing en controles geheel aan de assistentes konden overlaten; ondanks het zelfstandig functioneren van de assistentes, hadden zij naar hun mening het zicht op het geheel niet verloren.

Het inschakelen van de assistentes werd door 85 procent van de patiënten gunstig beoordeeld; slechts vijf personen wezen het inschakelen van de assistentes af. Veel patiënten merkten op, dat zij veel steun van de assistente hadden ondervonden bij het consequent opvolgen van de adviezen en het continueren van de behandeling.

Wij konden niet aantonen dat door dit opsporings- en behandlungsprogramma een grotere angst voor ziekte bij de interventiegroep ontstond, en ook van een toename van ongewenste consumptie was in deze praktijken geen sprake. Hoezeer de assistentes het programma zelfstandig hebben kunnen uitvoeren, blijkt uit *figuur 2*. Vanaf het tweede controleconsult is de begeleiding praktisch geheel door de assistentes uitgevoerd.

Slechts drieëntwintig personen (8 procent) van de voor hypertensie onder behandeling genomen patiënten stop-

ten om uiteenlopende redenen (zoals verhuizing) voortijdig de behandeling. Het vastgestelde controleschema met een frequentie van vijf controleconsulten binnen één jaar bleek praktisch altijd (99 procent) uitvoerbaar. Slechts drie hypertensiepatiënten werden naar een specialist verwezen, van wie één op eigen verzoek.

Bespreking

Hoewel er bij de aanvang van het onderzoek tussen de praktijken aanmerkelijke verschillen bestonden met betrekking tot het aantal onbekende hypertensiepatiënten en ten aanzien van de behandlungsstatus, was het eindresultaat in alle studiepraktijken even goed, en beter dan in de controlepraktijken. Hieruit kunnen we concluderen dat voor het slagen van een actief beleid een goed geïnstrueerde doktersassistente van meer belang kan zijn dan de inspanning van de arts zelf.

Het is een controversiële zaak, schijnbaar specifieke, „arts-eigen” handelingen over te laten aan paramedisch personeel. Duidelijk kwam dit naar voren tijdens een NHI-nascholingscursus over hypertensie, waarbij door de deelnemende huisartsen zeer verschillend werd gereageerd op het voorstel om de opsporing en follow-up van hypertensiepatiënten over te laten aan de assistentes.²¹ Ook in een recent Engels onderzoek bleek, dat het delegeren van taken aan paramedische krachten moeilijk kon worden geaccepteerd.²²

Hoewel slechts een minderheid van de artsen bezwaar had tegen het delegeren van specifieke taken, bracht niet meer dan 31 procent van de artsen deze opvatting ook consequent in praktijk; 44 procent deed dat soms.

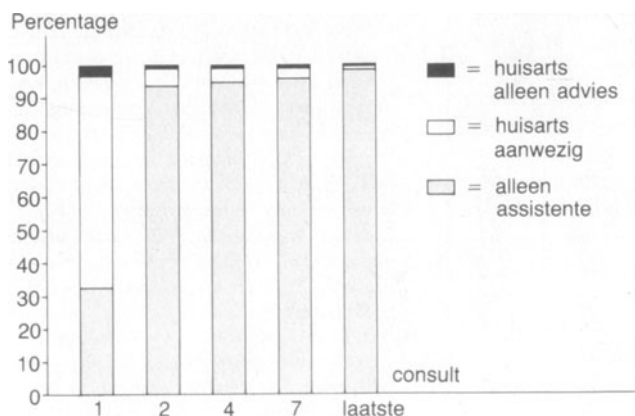
Artsen die veel handelingen delegerden, gaven vaker op dan anderen, dat zij in groepsverband werkten, terwijl zij

hun opleiding vaker dan anderen eerst korte tijd tevoren hadden voltooid. Ook een verder doorgevoerde praktijkorganisatie, zoals een afspraakstelsel of extra hulppersoneel, kwam relatief vaker voor bij de delegerende, dan bij de niet-delegerende artsen. De eersten gaven op, dat delegeren tijdwinst oplevert en dat door delegeren een betere verdeling van kundigheden wordt bevorderd en dat hierdoor de voldoening in het werk toeneemt.

De tegenstanders vonden dat door delegeren de onafhankelijkheid van de arts wordt bedreigd en dat het geen tijdwinst oplevert; volgens hen is hulppersoneel niet competent en zou de arts daardoor voortdurend met vragen worden lastiggevallen. Ongeveer 20 procent van de tegenstanders vond dat delegeren de arts-patiënt relatie schaadt en dat dit soort taken tot het werk van de arts behoort.

Van de paramedische krachten stond ongeveer twee derde positief tegenover delegeren. Ongeveer driekwart was van mening, dat hierdoor het plezier in het werk toeneemt en dat de status van het hulppersoneel wordt verhoogd. Naar de mening van deze respondenten zal tijd van de arts worden bespaard en zal de wachttijd voor de patiënt worden bekort. Deze resultaten worden bevestigd door andere studies.^{22 23}

Volgens Weisz dient, gezien de plaats in de praktijk en de bestaande beroepsopleiding van de assistente, het delegeren beperkt te blijven tot het uitvoeren van vastgestelde onderzoeks- en behandelingstaken. Een zekere mate van specialisatie acht hij zeker mogelijk, met name door het volgen van extra cursussen. Vooral in samenwerkingsverbanden zou verder gaande specialisatie van het werk van de praktijkassistentes mogelijk moeten zijn. Uit de analyse van „te delegeren taken in de geneeskunde” concludeert hij: „Vooral geschikt voor delegeren zijn die taken, die deel uitmaken van een breder, vooraf vastgesteld en uitgetest beleidsplan”.²⁴ Opsporing en follow-up van hypertensiepatiënten zijn hier een duidelijk voorbeeld van (conform het NHI-hypertensieschema). De te delegeren taken moeten nauwkeurig omschreven zijn en dus duidelijk gedefinieerd te worden. In het Nijmeegs Interventie Project is dit protocolair zeer exact vastgelegd, zowel voor de meethandelingen, het hanteren van de selectiecriteria en het geven van adviezen bij de begeleiding, als voor het controleschema. Een te delegeren taak moet redelijk frequent voorkomen, wil



Figuur 2. Aandeel doktersassistente en huisarts bij het uitvoeren van de controleconsulten. Percentages.

delegering efficiënt zijn. Hypertensie, met een prevalentie van circa 10 procent, is onzes inziens een goed voorbeeld van een voldoende vaak voorkomende aandoening in de huisartspraktijk.

Bijkomende, maar zeer belangrijke voorwaarden zijn de bereidheid om te delegeren en de bereidheid om de gedelegeerde taken uit te voeren en hiervoor de verantwoordelijkheid te dragen. Verder moet de patiënt accepteren, dat niet meer de arts bepaalde handelingen verricht, maar de assistente. Ook mogen er geen wettelijke belemmeringen zijn die delegering beperken.

De bereidheid van arts, assistente en patiënt om delegering te accepteren, hangt sterk af van de persoonlijke relatie die tussen deze personen bestaat.²⁴ Uit het Nijmeegs Interventie Project blijkt dat onderling zoveel vertrouwen aanwezig was, dat de gedelegeerde taak van de assistente goed uitvoerbaar werd.

Hoewel bij delegeren ook tijd nodig is voor overleg tussen de „leider” en de „uitvoerder”, blijkt uit onze gegevens dat dit niet heeft geleid tot een toename van de gebruikelijke overlegtijd. Vooral bij weinig frequent voorkomende taken kan de efficiëntie van delegering beperkt worden door een toename van de overlegtijd. In ons onderzoek bleek het delegeren van een aantal omschreven taken aan de assistente zeer effectief te zijn: voor de huisartsen leidde dit tot minder werk, terwijl de effectiviteit – het na te streven behandelingseffect – er gunstig door werd beïnvloed.

Een bezwaar is dat deze benadering in veel huisartspraktijken alleen mogelijk zal zijn met behulp van extra assistentie. Anderzijds denken wij dat in veel gevallen effectiever gebruik gemaakt kan worden van reeds aanwezige assistentie. Dit soort taken zou moeten worden ingebouwd in het normale praktijkwerk van de assistente. Het zou allereerst haar taak kunnen zijn, ervoor te zorgen dat van alle patiënten de bloeddruk bekend wordt. Voorts zou zij moeten bewaken dat hypertensiepatiënten onder controle blijven en zou zij in overleg met de huisarts moeten zorg dragen voor een goede behandeling.

Een dergelijke taak zou langzamerhand in de praktijkvoering kunnen worden doorgevoerd. Naast hypertensiecontrole valt daarbij ook te denken aan de bewaking van andere chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus. Een dergelijke delegering van specifieke (deel)taken aan de assistente kan een belangrijke vermindering betekenen

van de belasting van de huisarts met routinehandelingen. De continue zorg die de huisarts heeft voor bijvoorbeeld chronische patiënten, kan door de assistente worden ondersteund, als zij vast omschreven onderdelen van een behandelings- of controleprogramma tot haar taak kan rekenen.

Met de gegevens uit het Nijmeegs Interventie Project is aangetoond, dat de inschakeling van de praktijkassistente bij de opsporing, behandeling en controle van hypertensiepatiënten uitvoerbaar is en dat de resultaten hiervan zelfs beter zijn dan wanneer deze taak aan de artsen zelf wordt overgelaten. Dit laatste is wellicht het belangrijkste argument. Men stelt terecht, dat preventieve bestrijding van hart- en vaatziekten vooral in de huisartspraktijk dient plaats te vinden. Om dit echter van de grond te krijgen, is het ontwikkelen van een systematisch en actief beleid nodig. Delegeren van een aantal delen van dit beleid naar de praktijkassistente kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Delegering van deeltaken dient naar onze mening dan ook op zijn minst in overweging te worden genomen bij de discussie omtrent de „optimale” omvang van een huisartspraktijk.

Samenvatting. Door zijn centrale plaats in de gezondheidszorg kan de huisarts een zeer belangrijke bijdrage leveren aan de bestrijding van hypertensie. Voor een consequente opsporing, een adequate behandeling en een regelmatige controle van hypertensiepatiënten is echter een actief beleid nodig. In het Nijmeegs Interventie Project is bestudeerd, in hoeverre de doktersassistente in staat is hierbij een rol te spelen. Het bleek dat delegatie van protocollair vastgelegde handelingen zeer goed uitvoerbaar was, en dat de behandelingsresultaten van de dokters-assistenten beter waren dan van de huisartsen.

Nader wordt ingegaan op het delegeren van taken en op de vraag, aan welke voorwaarden moet worden voldaan om efficiënt en effectief te kunnen delegeren. In dit verband wordt geopperd de taak van de assistente uit te breiden naar andere gebieden, in het bijzonder naar de zorg voor chronische patiënten voor wie een controlerend beleid gewenst is, en naar op preventie gerichte activiteiten.

Summary. Practice aide and control of hypertension. The possible role of the practice aide in the detection, follow-up and monitoring of hypertensives.

His central position in health care enables the general practitioner to make an important contribution to the control of hypertension. However, consistent detection, adequate treatment and regular follow-up of hypertensives demand an active strategy. The Nijmegen Intervention Project studied the possible role of the practice aide in this respect. Delegation of protocolled activities was found to be quite feasible, and therapeutic results obtained by the practice aides were in fact superior to those of the doctors.

The delegation of tasks and requirements for efficient and effective delegation are discussed. It is suggested that the duties of the practice aide be expanded to include other areas, more specifically the care of chronic patients who require follow-up, and various preventive activities.

¹ Continue Morbiditeits Registratie NUH 1971-1978/Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

² WHO/ISM Mild Hypertension Liaison Committee. Trails of the treatment of mild hypertension. An interim analysis. Occasional survey. Lancet 1982; i: 149-56.

³ Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effect of treatment on morbidity in hypertension. I. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 115 through 129 mm Hg. JAMA 1967; 202: 116-22; II. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mm Hg. JAMA 1970; 213: 1143-52; III. Influence of age, diastolic pressure and prior cardiovascular disease: further analysis of side effects. Circulation 1972; 45: 991-1004.

⁴ Berglund G, Sannerstedt R, Andersson O, Wilhelmson L. Coronary heart disease after treatment of hypertension. Lancet 1978; i: 1-5.

⁵ Bayliss R, Huygen FJA, Sieberth HG, Staroukine M, Tomlinson KM, Feen, JAE van der. De opsporing en behandeling van essentiële hypertensie. Patient Care 1978; 5 (nr. 6): 3-14.

⁶ Appels A, Haes WTM de, Schuurman J, Sturmans F. De Kaunas Rotterdam Intervention Study (KRIS) VII. Psychologische neveneffecten van screeningsprogramma's. Tijd Soc Geneeskd 1978; 56: 504-9.

⁷ Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.

⁸ Gezondheidsraad. Interim advies inzake hypertensie, Gezondheidsraad. 's-Gravenhage: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1978.

⁹ Berglund G, Andersson O, Wilhelmson L. Prevalence of primary and secondary hypertension: studies in a random population sample. Br Med J 1976; ii: 554-6.

- ¹⁰ Kasl SV. A social-psychological perspective on successful community control of high blood pressure: a review. *J Behav Med* 1978; 1: 347-81.
- ¹¹ Maanen G van. Een longitudinaal onderzoek naar de risicofactoren van ischaemische hartziekten bij 40-jarige mannen [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1977.
- ¹² Valkenburg HA, Hofman A, Klein F, Groustra FN. Een epidemiologisch onderzoek naar risico-indicatoren voor hart- en vaatziekten (EPOZ). II. Voorkomen, opsporing en behandeling van hypertensie in een open bevolking. *Ned Tijdschr Geneesk* 1980; 123: 183-95.
- ¹³ Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1979.
- ¹⁴ Tudor Hart J. Hypertension. Edinburgh, etc.: Churchill Livingstone, 1980.
- ¹⁵ Feen JAE van der. Hypertensie, een uitdaging voor de huisarts [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1977.
- ¹⁶ Finnerty FA. The nurse role in treating hypertension. *N Engl J Med* 1975; ? : 93-4.
- ¹⁷ Logan A, Achber C, Milne BJ, Campbell WP, Haynes RB. Work-site treatment of hypertension by specially trained nurses. *Lancet* 1979; ii: 1175-9.
- ¹⁸ Smilde JG. Inschakeling van paramedici bij de behandeling van hypertensie [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1979.
- ¹⁹ Veen WA van. Inschakeling van praktijkassistentes bij het opsporen van patiënten met hypertensie en bij de follow-up. *Huisarts & Praktijk* 1977; 1:32-4.
- ²⁰ Ree JW van. Het Nijmeegs Interventie Project [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
- ²¹ Overdijk T. Huisarts en hypertensie. Naslagboek voor snelle oriëntatie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1980.
- ²² Bowling A. A delegation to nurses in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31: 485-90.
- ²³ Miller DS, Backett EM. A new member of the team? Extending the role of the nurse in British primary care. *Lancet* 1980; 1: 385-61.
- ²⁴ Weisz FH. On delegation in medicine and dentistry [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1972.

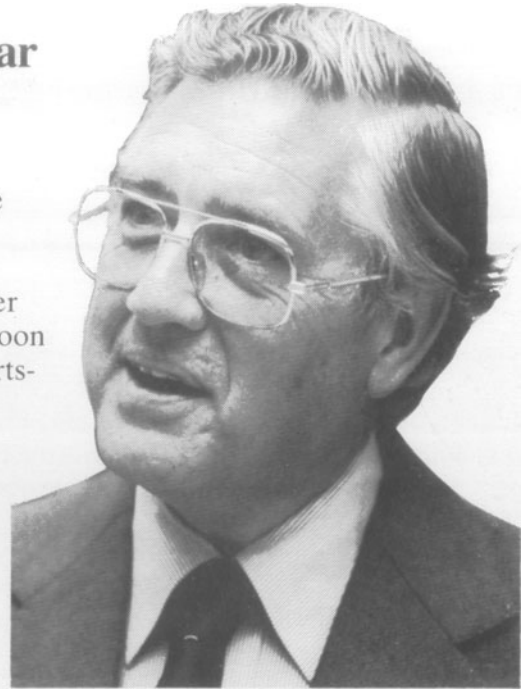
Rectificatie

In de vorige aflevering van *Huisarts en Wetenschap* stond op pagina 22 onder de kop *Universitaire huisartseninstituten*, dat de functie van hoofd van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit te Utrecht vacant was. Dit is niet juist: deze functie wordt thans bekleed door Prof. Dr. R. A. de Melker.

Dr. K. Gill naar Leiden

De voorzitter van onze redactiecommissie, Dr. K. Gill, is met ingang van 10 december 1982 benoemd tot gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

De redactiecommissie wil een ogenblik stilstaan bij deze belangrijke gebeurtenis.



De redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* wil haar voorzitter graag geluk wensen met zijn benoeming. Gelukwensen aan het Leids Universitair Huisartsen Instituut zijn evenzeer op hun plaats; Karel Gill zal zeker een waardevol en erudiet stempel drukken op de Leidse huisartsgeneeskunde. Tenslotte mogen ook wij verheugd zijn, omdat Gill zijn voorzitterschap van de redactiecommissie onverminderd zal voortzetten.

Het lijkt alsof bij Karel alles zo vloeiend en geleidelijk geschiedt, dat er bijna geen grote momenten zijn. Hij is iemand van veel fasen, met talrijke kleine, maar doelgerichte stappen – de tweefasen-structuur moet voor hem dan ook een bijna ontoelaatbare reductie van het veel ingewikkelder geheel van de vorming tot huisarts zijn. Hij maakt een ogenschijnlijk bedaarde, afwachtende, bescheiden en soms wat hoofse indruk. Toch is zijn feitelijke levensloop daarmee soms volledig in strijd. Als „gewoon” huisarts excelleerde hij. Hij zette een van de gezondheidscentra van de eerste lichting op. Hij promoveerde en publiceerde vervolgens veel. Hij behoort tot de huisartsen die de huisartsgeneeskundige opleiding in Nederland daadwerkelijk tot stand hebben gebracht. Naast zijn omvangrijke werk voor *Huisarts en Wetenschap* valt vooral ook zijn betrokkenheid bij het werk van de Gezondheidsraad op. Soms maakt Gill een gereserveerde indruk, vooral tegenover mensen die hem slecht kennen. Misschien speelt daarbij ook wel een rol, dat zijn op belezen toehoorders gerichte gevoel voor humor en zijn van nature zonnige humeur – ik zag hem in New Orleans de vogeltjesdans dansen zoals geen tweede huisarts ter wereld dat kan – de afgelopen jaren te lijden hebben gehad van de gebeurtenissen op het Utrechts Instituut voor Huisartsgeneeskunde. Daarbij lijkt het soms of allerlei problemen door hem snel en zonder veel sporen worden opgelost, maar dat is vaak schijn: Karel heeft wel het geheugen van een olifant, maar allerminst diens huid.

Leiden is goed af met Karel Gill; *Huisarts en Wetenschap* kan op hem blijven rekenen. Redenen genoeg om verheugd te zijn.

Henk Lamberts