

De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk [Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen]. Handelsuitgave: *Le-lystad: Meditekst*, 1986; 148 bladzijden, prijs f 29,50. ISBN 90-5070-001-2.

Op grond van literatuurstudie formuleert de schrijver een aantal voorwaarden voor een doelmatige delegatie van taken van de huisarts naar de praktijkassistente:

- de huisarts moet bereid zijn, taken over te dragen aan de assistente;
- de assistente moet bereid zijn de overgedragen taken uit te voeren en daarvoor verantwoordelijkheid te dragen;
- de assistente moet geschikt zijn op grond van opleiding en instelling;
- de patiënt moet instemmen met de delegatie;
- de huisarts moet direct bereikbaar zijn als de assistente hem nodig heeft;
- regelmatig overleg tussen de huisarts en de assistente is noodzakelijk (controle en supervisie);
- er mogen geen wettelijke bezwaren zijn.

Door onderzoek werd antwoord gezocht op de volgende vragen:

- Met welke contactredenen doen patiënten een beroep op deze huisartspraktijk en door wie worden deze contactredenen afgehandeld?
- In hoeverre kan de assistente, onder supervisie van de huisarts, een aantal veel voorkomende contactredenen verantwoord zelfstandig afhandelen en wat betekent dat voor haar werkbelasting?
- In hoeverre accepteren de patiënten delegatie van taken aan de assistente?

In de huisartspraktijk van de onderzoeker werden, ter beantwoording van de eerste vraag, gedurende vier maanden alle contactredenen (*reasons for encounter*, RFE) geregistreerd met de RFE Classification. In verband met de tweede vraag werden acht categorieën van veel voorkomende contactredenen uitgekozen: luchtweginfecties, huid-aandoeningen (exclusief wratten), wratten, ongevallen, hypertensie, pilcontrole, doofheid of verstopt oor, en diabetes. Er werden richtlijnen opgesteld voor een verantwoorde taakvervulling door de assistente, met duidelijke criteria voor het inschakelen van de huisarts. Daarna werden 1000 contactredenen eerst door de assistente en vervolgens door de huisarts beoordeeld, waarna hun interventies door de huisarts vergeleken werden. Tenslotte werd een enquête gehouden onder 600 patiënten.

De aangeboden morbiditeit bleek in grote lijnen overeen te komen met gegevens van elders in Nederland.

De assistente kon bij de helft van de 1000 geselecteerde contactredenen het werk zelfstandig afhandelen. Van de 2387 contactredenen waarmee mensen op het spreekuur kwamen, was dit 15 procent. Het ging vooral

om pilcontroles, het verwijderen van cerumen, het aanstippen van wratten met vloeibare stikstof, het verzorgen van wonden, het maken van uitstrijkjes, het immuniseren en het behandelen van *ulcera crurum*. Dit werk bleek de assistente een uur per dag te kosten. De tijdsbesparing voor de arts werd geschat op (eveneens) een uur per dag.

De acceptatie van de taakuitvoering van de assistente door de patiënten bleek te verschillen per contactreden. De meeste afwijzingen betroffen het maken van uitstrijkjes, het hechten van wondjes, het verwijderen van vuiltjes uit ogen, pilcontroles en het stellen van een aantal vragen voordat de dokter komt. Bij keelpijn met koorts was 36 procent het er niet mee eens dat de assistente beoordeelde of de huisarts de patiënt ook moest zien. Voor de andere items schommelde dit tussen 4 en 25 procent. Meer dan 95 procent van de respondenten accepteerde het meten van lengte en gewicht, het verwijderen van hechtingen, het aanstippen van wratten, het aanleggen en verwisselen van een verband en het controleren van de bloeddruk. De acceptatie van een eerste beoordeling door de assistente was kleiner dan de acceptatie van technische verrichtingen. Personen met een lagere opleiding accepteerden meer dan personen met een hogere opleiding.

Hoewel de praktijkassistente in Nederland de belangrijkste medewerker van de huisarts is, is er nog weinig onderzoek gedaan over haar werk. Alleen al daarom is deze studie van veel belang voor de huisartsgeneeskunde. De gevolgde methode, met onderzoek in één praktijk en met de huisarts zelf als beoordelaar, maakt dat de resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden. De schrijver hoopt daarom dat verder onderzoek zal worden gedaan naar deze en andere vormen van werkverdeling en naar de effecten ervan.

Over het taalgebruik meen ik, dat de term 'afhandelen van contactredenen' geen schoonheidsprijs verdient.

Heel waardevol zijn de richtlijnen en de protocollaire criteria voor het inschakelen van de huisarts. Hiermee werd mijns inziens creatief en baanbrekend werk gedaan om houvast te bieden aan de assistente. Met een beperkte hoeveelheid kennis kan zij dan toch een groot deel van het werk van de huisarts overnemen en ook op tijd 'terugverwijzen'. De protocollen zijn eenvoudig en direct bruikbaar voor huisartsen en assistentes in andere praktijken. Zij kunnen ook als voorbeeld dienen voor hen die verder onderzoek willen doen.

Lezing van het proefschrift zij aanbevelen aan huisartsen, praktijkassistentes en aan hen die bij hun opleiding betrokken zijn.

F. H. Weisz

Consultanalyse. Communicatieve en kwalitatieve aspecten van hulpverlening in de huisartspraktijk [Dissertatie Vrije Universiteit]. Thomassen JFM. Handelsuitgave: *Amsterdam: VU Uitgeverij*, 1986; 334 pagina's, prijs f 37,50. ISBN 90-6256206-X.

'In deze studie worden aspecten van effectiviteit van huisarts-patiënt communicatie in kaart gebracht en op hun betekenis voor kwaliteit van de hulpverlening onderzocht. Het uitgangspunt voor het onderzoek ligt in de veronderstelling dat wederzijdse communicatie tussen huisarts en patiënt nodig is wil geboden hulp toereikend zijn. Wederzijdse communicatie kan bemoeilijkt worden door verschillen in denk- en belevingswereld van arts en patiënt en feitelijke of gepercipieerde asymmetrie in hun deskundige-leek relatie. De studie gaat na hoe, in hoeverre en in welke opzichten huisartsen erin slagen verschillen in denk- en belevingswereld te overbruggen en onderzoekt hoe dit samenhangt met kwalitatieve aspecten van de hulpverlening. De communicatieve aspecten die daarbij in beschouwing worden genomen betreffen de mate waarin huisarts en patiënt tijdens hun gesprek op één spoor zitten ten aanzien van zaken die hun aandacht vragen. Deze communicatieve aspecten worden op hun betekenis getoetst door ze te bezien in relatie tot kwaliteit van de hulpverlening. De kwalitatieve aspecten die daarbij als toetssteen fungeren hebben betrekking op de mate waarin het handelen van de huisarts medisch verantwoord is en afgestemd op de problematiek van de patiënt. Doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan het in kaart brengen van aspecten van huisarts-patiënt communicatie die betekenis hebben voor kwaliteit van de hulpverlening tijdens spreekuurconsulten over nieuw gepresenteerde klachten'.

Aldus worden door de schrijver uitgangspunt, inhoud en doel van zijn onderzoek samengevat. Het materiaal werd gevormd door 315 spreekuurcontacten uit 52 huisartspraktijken. Thomassen is er daarbij in geslaagd allerlei voorschriften en ideeën over de consultvoering van de huisarts te operationaliseren tot meetbare grootheden en waarneembare kenmerken die het hulpverlenend handelen voor onderzoek toegankelijk maken. Dit resulteerde in valide instrumenten die bovendien nog een redelijke tot hoge interbeoordelaars-betrouwbaarheid blijken te vertonen.

Met behulp hiervan kon een zeer gedifferentieerd beeld worden verkregen van de kwaliteit van het hulpverlenend handelen als activiteit en als proces. Door bovendien de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen tijdens een deel van de consulten te laten beoordelen, was Thomassen in staat een beeld te schetsen van de relevantie van de verschillende kenmerken van het hulpverlenend handelen voor de 'uitkomst' in me-

disch opzicht. Zo kon het resultaat in verband worden gebracht met het 'proces' van de consultvoering.

Hierbij bleek dat wederzijdse effectieve communicatie tot een hoger niveau van klacht- en patiëntgericht hulpverlening leidde. En bij 'wederzijdse effectieve communicatie' speelt vooral de mate van wat Thomassen aanduidt met 'communauteit' (het ingaan op wat de ander ter sprake brengt) een belangrijke rol. Een gebrek aan communauteit in het arts-patiënt gesprek staat dan ook een goede hulpverlening in medisch opzicht in de weg. 'Methodisch' (of systematisch of gericht) werken is dus niet gereserveerd voor 'psychosociale' aangelegenheden.

Thomassen heeft met dit onderzoek een enorme hoeveelheid werk verzet en is daarbij – ook in methodologisch en statistisch opzicht – gedegen en zorgvuldig te werk gegaan. De droge, gecondenseerde schrijfwijze en de soms particularistische terminologie doen echter afbreuk aan de levendigheid van het boek.

Voor wie geïnteresseerd is in de constructie en het gebruik van meet- en beoordelingsinstrumenten in huisartsgeneeskundig onderzoek, met name betreffende de analyse van de consultvoering en de beoordeling van het huisartsgeneeskundig handelen, kan dit boek van grote waarde zijn.

Bob de Groot

Overledenpatiënten. Een huisartsgeneeskundige analyse van doodsoorzaken en van problemen bij diagnostiek en behandeling van patiënten overleden aan kanker [Dissertatie]. Schadé E. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1986; 235 pagina's.

Dit onderzoek is een goed voorbeeld van hoe casuïstische ervaringen van een plaatselijke groep huisartsen gekwantificeerde informatie kunnen opleveren die ook ver buiten de eigen groep van nut is. Acht Hoornse huisartsen registreerden met het oog op onderlinge toetsing en nascholing vijf jaar lang gegevens over de ziektegeschiedenis van de 750 in die periode overleden patiënten. In tweede instantie formuleerde één van hen vraagstellingen die met de geregistreerde gegevens zouden kunnen worden beantwoord. Ondanks de door deze volgorde opgelegde beperkingen werd het een waardevol onderzoek.

Het eerste deel van het onderzoek, de analyse van doodsoorzaken, heeft voornamelijk betrekking op de 365 patiënten die thuis of in een verzorgingstehuis een natuurlijke dood zijn gestorven, waarbij de huisarts over het algemeen zelf de doodsoorzaakverklaring – de zogenaamde B-brief – had ingevuld. Dankzij de medewerking van de Medisch Ambtenaar van het CBS konden voor dit onderzoek kopieën worden gebruikt van de officiële doodsoorzaakverklaringen, die

inmiddels waren geclassificeerd en gecodeerd volgens de regels van de Wereldgezondheidsorganisatie. Deze verklaringen werden vergeleken met de door de huisarts op grond van de geregistreerde ziektegeschiedenis gemaakte classificaties. Gezien het beperkte aantal doodsoorzaken had de vergelijking niet plaats op het niveau van de drie- of viercijfercode, maar op het niveau van de secties van de ICD-9.

Ondanks deze globale vergelijking bleek in een derde van de gevallen geen overeenstemming te bestaan tussen de huisarts en het CBS.

Discrepancies werden vooral veroorzaakt doordat de huisartsen een duidelijk omschreven doodsoorzaak hadden ingevuld op de officiële doodsoorzaakverklaring, bijvoorbeeld een myocardinfarct of bronchopneumonie, terwijl er allerminst sprake was van duidelijkheid. Minder vaak ontstonden discrepanties doordat de huisartsen voor hen onduidelijke doodsoorzaken classificeerden in de sectie 'symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden', terwijl het CBS op grond van de verstrekte informatie en de WHO-regels een andere sectie moest kiezen.

Na een bespreking van de classificatieverschillen per sectie concludeert Schadé dat huisartsen overlijdingsverklaringen zorgvuldiger dienen in te vullen. Voorts behoeven de classificatieregels van de WHO aanpassing, zodat de doodsoorzaken die voor de behandelend arts niet duidelijk zijn, ook als zodanig herkenbaar zijn in de doodsoorzakenstatistiek.

Tot de verdiensten van dit onderzoek reken ik de zakelijke, beheerste benadering van het complexe probleem van de validiteit van doodsoorzakenstatistieken. Het is gemakkelijk om daarmee de vloer aan te vegen op grond van bevindingen bij selecte populaties, en te vergeten dat slechts een deelaspect wordt onderzocht. Schadé koos de berichtgeving door huisartsen. Een zeer belangrijk aspect, omdat de validiteit van de statistieken in hoge mate bepaald wordt door de nauwkeurigheid van de berichtgeving. Die berichtgeving wordt in Nederland in bijna de helft van de gevallen door huisartsen verzorgd. Het is dan ook een goede zaak dat huisartsen, opleiders en gebruikers van de statistieken, worden geconfronteerd met dit onderzoek.

Aangezien de omvang van de problematiek beduidend groter lijkt te zijn dan de aandacht die daaraan tot dusver is gegeven, is de aanbeveling tot nader onderzoek naar de validiteit van de basisgegevens terecht. Daarbij zal naar mijn mening alle medische informatie waarover de huisarts-berichtgever beschikt, gebruikt moeten worden en niet slechts een registratieformulier dat voor een ander doel is ontworpen en door het onderwerp van studie (de huisarts) zelf is ingevuld. Ook zal de classificatie van doodsoorzaken in één hand moeten worden gehouden. Dat

daarvoor een bijzonder grote deskundigheid en toewijding nodig is, wordt voor de fijnproevers geïllustreerd in de bespreking per ICD-sectie van de classificatieverschillen.

Het tweede deel van het promotie-onderzoek betreft de ziektegeschiedenissen van 223 patiënten die aan kanker zijn overleden. Nagegaan is welke problemen de groep huisartsen heeft ervaren bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding. Een belangrijke beperking is dat dit onderzoek alleen betrekking heeft op patiënten met kanker die daaraan ook zijn overleden. Doordat ongeveer de helft van de patiënten met kanker nog minstens vijf jaar leeft na het stellen van de diagnose, heeft dit retrospectief opgezette onderzoek vaak betrekking op lang vervlogen gebeurtenissen. Voorts zijn de resultaten vertekend doordat patiënten met kanker die door andere oorzaken zijn overleden, buiten beschouwing zijn gebleven.

Niettemin kan worden geconcludeerd dat ook dit deel verdienstelijke bijdragen levert aan het in kaart brengen van een belangrijk, nog nauwelijks betreden terrein.

W. A. van Veen

Effectiviteit van patiëntenvoorlichting. Een literatuurstudie. Kanters HW. Utrecht: Landelijk Centrum Dienstverlening Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, 1986; 130 bladzijden.

De dokter die denkt dat hij met het uitreiken van een folder aan effectieve patiëntenvoorlichting doet, zal na het lezen van deze literatuurstudie beseffen dat zijn handelen beantwoordt aan een eigen behoefte, zonder effectief te zijn voor de patiënt.

Patiëntenvoorlichting heeft als deelfuncties informatie, instructie, educatie en begeleiding. Elk van deze functies vraagt om eigen methodieken, die gedeeltelijk aanleunen tegen die van de psychotherapie. In termen van preventieve zorg is patiëntenvoorlichting gekoppeld aan tertiaire preventie, terwijl er raakvlakken zijn met secundaire preventie. In het hoofdstuk over de effectiviteit – achtereenvolgens gericht op onderzoek, kwaliteit en kosten – blijkt dat het onderzoek nog in het beginstadium verkeert. Dit wordt toegelicht aan de hand van een literatuurstudie over de effectiviteit van patiëntenvoorlichting bij diabetes-, hypertensie-, CARA- en kankerpatiënten. Voorlichting leidt er in de meeste gevallen toe dat sneller ontslag mogelijk is na een chirurgische of diagnostische ingreep. De therapietrouw wordt bevorderd bij patiënten die een kortdurende (medicamenteuze) behandeling ondergaan. Programma's gericht op de bevordering van de zelfzorg zijn doorgaans succesvol voor diabetes- en CARA-patiënten en voor de thuiszorgpatiënt. Daar-

naast heeft patiëntenvoorlichting meestal een reducerend effect op de angst van de patiënt. Deze uitkomsten zijn echter gedeeltelijk gebaseerd op buitenlandse literatuur en zijn dus niet zonder meer van toepassing op de Nederlandse situatie.

Het rapport besluit met een groot aantal aanbevelingen voor verder onderzoek. De belangrijkste daarvan is het advies voor onderzoek naar het effect op de menings- en besluitvorming van de patiënt: 'Bij toekomstig onderzoek is het gewenst om meer dan nu het geval is uit te gaan van het patiëntenperspectief. Daarnaast is het zaak een evenwichtiger spreiding in aandacht aan te brengen over de verschillende patiëntencategorieën'.

De auteur toont gedegen en kritisch aan dat er nog veel werk moet worden verricht om patiëntenvoorlichting tot een effectief en efficiënt onderdeel van de hulpverlening te maken. De materie is veelomvattend en moeilijk, hetgeen de leesbaarheid van het rapport beïnvloedt. Voor de beginners (en dat zijn we bijna allemaal) moet eenvoudiger literatuur ter beschikking komen.

E. Schadé

Alcohol. A balanced view. *Report from general practice 24.* London: Royal College of General Practitioners, 1986; 57 bladzijden; prijs £ 5.00.

Een van de strategieën waarmee het Britse College de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg beoogt te verhogen, is het geven van richtlijnen ten aanzien van specifieke onderwerpen. In deze uitgave gaat het om alcoholisme. Besproken wordt hoe de huisarts stapsgewijze het alcoholprobleem in zijn praktijk in kaart kan brengen via een anticiperende werkwijze ('opportunistische screening'). Daarbij kan volstaan worden met een simpele indeling in drie groepen: laag, 'gemiddeld' en hoog gebruik. Bij de beoogde interventie gaat het vooral om informatie en confrontatie: confrontatie met de hoeveelheid gebruikte alcoholica in relatie tot de referentiegroep, de potentiële schade en de reeds voorspelbare gevolgen. Het is de bedoeling zich vooral op de (relatief grote) groep met een matig verhoogd gebruik te richten en niet op de extremen, bij wie waarschijnlijk weinig verandering valt te bewerkstelligen. Uitgangspunt is de opvatting dat een vermindering van het alcoholgebruik in de populatie als geheel waarschijnlijk de meeste gezondheidswinst oplevert.

De algemene toon van het rapport is optimistisch: de huisarts kan veel doen ten aanzien van alcoholisme; de hier bepleite werkwijze kan die zorg verder optimaliseren.

Een publikatie waarmee ook de Nederlandse huisarts zijn voordeel kan doen.

C. van Weel

Kunstmatige voortplanting

Een commissie van de Gezondheidsraad heeft in oktober 1986 een advies uitgebracht over 'kunstmatige voortplanting'.

De commissie adviseert de status van het pre-embryo dat door in vitro fertilisatie buiten het moederlichaam kan ontstaan, wettelijk te regelen. Op experimenteren met pre-embryo's moet een strafrechtelijk verbod komen met duidelijk geformuleerde uitzonderingsvoorwaarden. Verder acht de commissie een strafrechtelijk verbod op handel met pre-embryo's en met menselijke zaad- en eicellen noodzakelijk.

Bij kunstmatige inseminatie met donorsperma hebben de ontvangende ouders en het kind naar de mening van de commissie recht op kennis van de genetische gegevens en van de globale kenmerken van de donor; zij hebben echter geen recht op kennis van de identiteit van de donor.

Onder bepaalde omstandigheden acht de grootst mogelijke meerderheid van de commissie draagmoederschap op medische indicatie aanvaardbaar; draagmoederschap op sociale redenen wijst zij af.

Bron: Graadmeter 1986; 2(9).

Beraadsgroep Huisartsgeneeskunde

De Beraadsgroep Huisartsgeneeskunde is in oktober 1986 in een nieuwe samenstelling van start gegaan. Omdat de 50/50 verdeling tussen huisartsen en specialisten niet bevredigend bleek te functioneren, is het ledenbestand nu vrijwel geheel beperkt tot huisartsen. De volgende onderwerpen staan op het programma:

- de rol van de huisarts in de kankerzorg en op het terrein van preventie;
- de veiligheid in de huisartsgeneeskundige praktijk en methoden om criteria voor kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde te ontwikkelen;
- het verkrijgen van epidemiologische informatie die bruikbaar is voor het onderbouwen van de beslissingen van de huisarts;
- het signaleren van taken van specialisten die de huisarts zou kunnen overnemen;
- de rol van de huisarts bij de hulpverlening aan AIDS-patiënten.

Bron: Graadmeter 1987; 3(2).

Jodiumtabletten bij reactorongevallen

Bij reactorongevallen kan er radioactief jodium in het milieu terecht komen. Wordt dan radioactief jodium ingeademd of ingeslikt, dan leidt dat tot een verhoogde bestraling van de schildklier. Door het tijdig innemen van stabiel jodium, bijvoorbeeld in de vorm van kaliumjodide- of kaliumjodaattabletten,

wordt de schildklier 'geblokkeerd' en kan de verhoogde bestraling grotendeels worden vermeden. Deze aanpak staat bekend onder de naam jodiumprofylaxe. In het onlangs verschenen advies van een commissie van de Gezondheidsraad, 'Normen voor interventie bij reactorongevallen', wordt jodiumprofylaxe aanbevolen ter de beperking van de stralingsdosis in de schildklier. Volwassenen zouden gedurende enkele dagen een hoeveelheid van 100 mg jodium per dag moeten slikken.

In Engeland is men voorzichtiger, omdat men bij herhaalde inname van stabiel jodium problemen met de goede werking van de schildklier vreest. Afgezien van de vraag wat een groter kwaad is, bestraling of een teveel aan jodium, meent de commissie van de Gezondheidsraad dat het herhaald slikken van jodium bij de meeste mensen geen problemen hoeft op te leveren. Een mogelijke uitzondering zijn personen met een jodiumallergie of een schildklierafwijking. Als men met dat laatste feit rekening houdt, is een langere jodiumprofylaxe goed mogelijk.

Bron: Graadmeter 1987; 3(2).

Subsidies Nederlands Astma Fonds

Het bestuur van het Nederlands Astma Fonds maakt bekend dat subsidie-aanvragen voor in 1988 te starten wetenschappelijk onderzoek op het gebied van chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA) tot uiterlijk 1 mei 1987 kunnen worden ingediend. Nadere inlichtingen alsmede de voor een aanvraag benodigde formulieren zijn verkrijgbaar bij het bureau van het Nederlands Astma Fonds, Postbus 5, 3830 AA Leusden; telefoon 033 - 941 814, toestel 210 of 211.

SIMG Janssen Prijs

De SIMG Janssen Prijs is ingesteld ter stimulering van het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde door huisartsen in Europa. Aan de prijs is een bedrag van BF 50.000 verbonden. Men kan meedingen door het inzenden van een onderzoeksprotocol van maximaal duizend woorden met daarin doel, methoden en betekenis van een voorgenomen onderzoeksproject. Het protocol dient gesteld te zijn in het Engels, Duits of Frans.

Inzendingen moeten vóór 30 november 1987 worden opgestuurd naar de secretaris van de jury, Prof. dr. R. de Smet, Centrum voor Huisartsopleiding, Rijksuniversiteit Gent, De Pintelaan 185, B-9000 Gent (België).