

Delegeren van taken en paradigma's in de huisartsgeneeskunde

In hoeverre kan het delegeren aan de doktersassistente van sommige taken in een huisartspraktijk een aantal paradigma's voor de huisartsgeneeskunde frusteren?

De aanleiding tot het stellen van deze vraag is het proefschrift van J. de Haan, *De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk*.¹ Een van de vraagstellingen van dit onderzoek is: In hoeverre kan de assistente, onder supervisie van de huisarts, een aantal veel voorkomende contactredenen verantwoord zelfstandig afhandelen? Het daartoe verrichte onderzoek was zo georganiseerd, dat een patiënt met een voor het onderzoek geselecteerde contactreden – waarnaar tijdens het voorafgaande (telefonische) verzoek om een consult door de assistente werd gevraagd – eerst door de assistente op het spreekuur werd gezien en vervolgens door de huisarts werd beoordeeld. Het ging daarbij om de volgende contactredenen: luchtweginfecties, huidaandoeningen (exclusief wratten), wratten, ongevallen, hypertensie, pilcontrole, verstopt oor en diabetes.

In het onderzoek blijkt, dat de praktijkassistente ongeveer de helft van de geselecteerde contactredenen zelfstandig verantwoord kan afhandelen. Per werkdag zijn dit gemiddeld drie tot vier patiënten; 10 procent van het gemiddelde totaal aantal verrichtingen in deze praktijk. Er zijn aanwijzingen, aldus de auteur, dat door het delegeren van taken van de huisarts aan de assistente duidelijke winst kan worden behaald. De huisarts krijgt meer tijd beschikbaar, die hij kan besteden aan specifiek medisch-inhoudelijk werk.

Frans Huygen – de promotor van De Haan – heeft in 1978 de volgende paradigma's voor de huisartsgeneeskunde geformuleerd:

- het voortdurend beoordelen van de vraag of medische of andere hulp nodig is, het wegen van risico's en het nemen van beslissingen;
- het beschouwen van de huisartspraktijk als 'population at risk', waarbij gepoogd wordt risico's te voorzien en daarop te anticiperen (epidemiologische benadering);
- het zich steeds weer afvragen waarom

komt deze man of vrouw op dit moment met deze klacht of aandoening bij mij (levensloopgeneeskundige benadering);

- ziekte wordt niet beschouwd als een individueel verschijnsel, maar als een integraal bestanddeel van het menselijk leven in kleine groepen (gezinsgeneeskundige benadering).²

Is hier wellicht sprake van een conflict tussen de praktijk (De Haan) en de theorie (Huygen) van de huisartsgeneeskunde?

A. Hofmans

¹ De Haan J. De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk [Dissertatie Nijmegen]. Lelystad: Meditekt, 1986.

² Huygen FJA. Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1978; 447-50.

Naschrift 1

Allereerst wil ik collega Hofmans hartelijk danken voor zijn reactie op mijn proefschrift. Ik hoop dat dit nog maar het begin is van een vruchtbare discussie; het delegeren van taken in de huisartspraktijk heeft de afgelopen jaren weinig aandacht gehad.

De paradigma's zoals die door Huygen zijn beschreven, lijken mij in het geheel niet in conflict met het delegeren van taken in de huisartspraktijk. De doktersassistente kan juist meewerken aan het operationaliseren van de paradigma's:

- de huisartspraktijk kan niet goed functioneren wanneer de assistente niet voor een deel de vraag om medische of andere hulp kanaliseert;
- de doktersassistente kan anticiperen op risicogroepen;
- soms beschikt de doktersassistente over informatie waarvan de huisarts niet op de hoogte is; ze kan zodoende een bijdrage leveren aan de oplossing van de vraag, waarom deze patiënt op dit moment met deze klacht op het spreekuur komt.

De tegenstelling die Hofmans signaleert, komt mogelijk voort uit het feit dat de doktersassistente nog vaak niet wordt beschouwd als een volwaardige hulp van de huisarts. In mijn visie kun-

nen de paradigma's van Huygen geoperationaliseerd worden binnen de huisartspraktijk, indien er een goede samenwerking bestaat tussen de huisarts en zijn assistente. Dit zou juist een versterking van de positie van de huisarts kunnen betekenen. Recent is door Hull beschreven hoe naar zijn idee het huisartsenvak in Engeland in de lift kwam door het meer inschakelen van hulpmiddelen.¹

Zouden we in Nederland dat voorbeeld niet volgen?

J. de Haan

¹ Hull R. Een verhaal van twee steden, 49: Gedaante verwisseling, Med Contact 1986; 41: 1576.

Naschrift 2

De vraag van mijn oude vriend Arthur Hofmans luidt, of het delegeren van sommige taken in een huisartspraktijk aan de doktersassistente een aantal paradigma's van de huisartsgeneeskunde kan frustreren. Hij wijst in dat verband op wat hij noemt een conflict tussen praktijk en theorie, tussen de door mijn promovendus De Haan verdedigde delegatie en de door mij, zijn promotor, destijds geformuleerde paradigma's.

Mijn antwoord is dat er zeker sprake kan zijn van frustratie of van tegenstellingen, maar dat dit bepaald niet hoeft. Als delegeren aan de doktersassistente op de juiste wijze gebeurt, zal er mijns inziens juist géén sprake zijn van een conflict tussen praktijk en theorie van de huisartsgeneeskunde.

- Het voortdurend beoordelen van de vraag of medische (of andere) hulp nodig is, het wegen van risico's en het nemen van beslissingen in deze zal dan juist meer expliciete aandacht kunnen krijgen en zal dan in een aantal gevallen gezamenlijk overwogen kunnen worden. Er zal daarvoor dan meer tijd en rust zijn.

- Het beschouwen van de huisartspraktijk als 'population at risk', waarbij gepoogd wordt risico's te voorzien en daarop te anticiperen, zal naar mijn mening dan eerst goed tot zijn recht kunnen komen, zeker indien daarbij gebruik wordt gemaakt van computerfaciliteiten. Voor de concrete vertaling van dit paradigma naar de dagelijkse praktijk is delegeren aan de assistente zelfs onmisbaar te achten. Dit betekent namelijk het aanleggen en voortdurend

up to date houden van registers betreffende diverse categorieën van risicopatiënten en het integreren van deze risicobewaking op een patiënt-vriendelijke wijze in de normale huisartsenzorg.

- Voor de levensloopgeneeskundige benadering, het derde paradigma, geldt eveneens dat een systematische opbouw van databestanden onontbeerlijk zal zijn. Dit kan uitstekend aan de praktijk-assistente worden gedelegeerd, die daardoor tevens geïnteresseerd wordt in dit aspect van de huisartsgeneeskundige praktijk.

- Ook de gezinsgeneeskundige benadering, het vierde paradigma, behoeft onder delegeren van taken aan de assistente geenszins te lijden. Integendeel, in de praktijk heb ik herhaaldelijk via de beide assistentes met wie ik samenwerkte, zeer waardevolle informatie over (gezins)achtergronden gekregen, die patiënten wel aan hen en niet aan mij hadden meegedeeld. Hetzelfde verschijsel deed zich voor, toen wij bij een experiment huisbezoeken aan een verpleegster delegeerden.¹

Het stuk van Hofmans deed mij denken aan een vroegere discussie met Van Deen in de initiatiefgroep van de oprichters van het NHG. Van Deen beschouwde toen het werken met een praktijkassistent als niet verenigbaar met het karakter van de taak van de huisarts. Later is hij daarover tot andere inzichten gekomen. Ik denk dat iets dergelijks ook zal gelden voor de bezwaren van Hofmans.

Delegeren moet niet betekenen dat men iets afstoot, maar wel dat men onder zijn supervisie anderen iets laat doen die dat even goed of beter kunnen. Naar mijn mening dient er daarbij dagelijks intensief overleg tussen huisarts en assistente plaats te vinden. Ik denk niet dat dit delegeren een minder goed contact tussen huisarts en patiënt behoeft te betekenen. Het kan er juist toe leiden dat persoonlijk contact tussen huisarts en patiënt gericht en bewuster wordt benut.

F. J. A. Huygen

¹ Huygen FJA, Van Thiel AMG, Degen H. Huisarts en verpleegster; verslag van een 'pilotstudy' over de vraag in hoeverre een verpleegster een huisarts bij zijn visites behulpzaam zou kunnen zijn. Huisarts Wet 1967; 10: 355-63.

Alternatieve morning-after pil

Toen ik mij als huisarts vestigde, was juist de mogelijkheid bekend van het voorschrijven van de alternatieve morning-after pil (2x2-methode). Dit leek mij een zeer welkom alternatief voor de klassieke morning-after pil (5x5-methode), waarbij de vrouw ineens een hoeveelheid oestrogeen inneemt die overeenkomt met 500 dagen pilgebruik c.q. 800 dagen sub-50-pilgebruik; bovendien betekent deze methode dat de vrouw zich vijf dagen misselijk en beroerd voelt (zelf eenmaal mogen meemaken).

Ik heb inmiddels vaak de alternatieve morning-after pil voorgeschreven, en gelukkig zonder mislukkingen tot nu toe. Jammer genoeg kwamen echter al gauw de berichten uit MR'70 over het relatief grote aantal mislukkingen van de alternatieve morning-after pil.

Het artikel van *Wibaut* geeft zinvol cijfermateriaal om deze materie enigszins objectief te benaderen. Met zijn conclusie ben ik echter bepaald niet gelukkig. Deze luidt dat je de vrouw die om morning-after anticonceptie vraagt, zou moeten vertellen dat haar kans op zwangerschap door de alternatieve morning-after pil wordt gehalveerd en door de klassieke methode vrijwel volledig wordt geëlimineerd. Zo voorgelicht zullen de meeste vrouwen kiezen voor de klassieke methode (of het spiraal, dat ik vanwege de kleine aantallen verder buiten beschouwing laat).

Uitgaande van de cijfers die *Wibaut* geeft, wil ik een en ander nog eens anders bekijken. Indien in de 25.000 gevallen van morning-after pil voorschrijvingen in 1984 geen enkele post-coïtale maatregel was genomen, waren er bij een kans op zwangerschap van 6 procent 1500 ongewenste zwangerschappen ontstaan. Door in al deze gevallen de klassieke methode voor te schrijven gevallen, worden hiervan – gegeven het misluktingspercentage van 0,02 procent – 1495 zwangerschappen voorkomen. Dat is een mooi resultaat, maar intussen zijn 23.500 vrouwen, achteraf gezien, onnodig met dit zware middel behandeld: 23.500 vrouwen zijn vijf dagen ziek geweest, hebben wellicht niet kunnen werken, enz.

Stel nu dat in alle gevallen de alternatieve morning-after pil was voorgeschreven. Met een misluktingspercen-

tage van 2 procent waren weliswaar 1000 zwangerschappen voorkomen, maar waren er ook 500 ontstaan, en dat is (te) veel. De overige 23.500 vrouwen zijn echter aanzienlijk milder behandeld dan met de klassieke methode.

Mijns inziens moet worden gezocht naar een rationele tussenweg. Ik probeer daarom uit te gaan van de individuele vrouw die om morning-after anticonceptie vraagt, en handel daarbij momenteel als volgt:

- Heeft de vrouw eenmaal de pil vergeten en rond die tijd coïtus gehad, dan adviseer ik de alternatieve morning-after pil; de strip moet worden afgemaakt, en de rest van de 'cyclus' moet als niet beschermd worden beschouwd; volgt na de volgende strip geen onttrekkingsbloeding dan dient men voor de zekerheid een zwangerschapstest te laten doen.

- Bij mislukken van een van de overige anticonceptiemethoden is mijn advies afhankelijk van het moment in de cyclus waarop dit gebeurde: was dit in de eerste week of later dan 20 dagen na de vorige menstruatie, dan adviseer ik de alternatieve morning-after pil; gebeurde het tussen de 7e en 20e dag van de (regelmatige) cyclus, dan adviseer ik eveneens de alternatieve morning-after pil; daarbij vertel ik dat dit niet altijd goed gaat, en dat er een kleine kans is dat toch een abortus nodig is; verder noem ik de klassieke methode als tweede keuze.

- Bij een geheel onbeschermd coïtus in de eerste 7 dagen of na de 20e dag adviseer ik de alternatieve morning-after pil, en noem ik de zeer kleine kans op mislukken; in de tijd tussen de 7e en de 20e dag, geef ik de informatie die *Wibaut* voorstelt: de 5x5-methode beschermt praktisch helemaal, de alternatieve morning-after pil voor 50 procent.

In de dagelijkse praktijk zijn er dan nog genoeg uitzonderingen te bedenken, maar dit 'schema' geeft tenminste enig houvast.

Corinne Collette,
huisarts in Utrecht

¹ Wibaut P. De onbetrouwbaarheid van de alternatieve morning-after pil. Huisarts Wet 1986; 29: 306-7.