

Verrichtingen van een dokters-assistente

J. DE HAAN

In een solopraktijk werd gedurende een jaar nagegaan welke patiënten zelfstandig zonder tussenkomst van de huisarts werden behandeld door de assistente. Dat gebeurde vooral bij patiënten in de volgende diagnosecategorieën: immunisatie/vaccinatie, orale anticonceptie, hypertensie, verscheuring/wond, geneeskundig onderzoek/screening, cerumen, wratten, 'high risk'-medicatie en diabetes mellitus. Voor sommige van deze taken was de assistente al gekwalificeerd op grond van haar opleiding; daarnaast heeft zij een aantal technische vaardigheden moeten bijleren. Voor een dergelijke zelfstandige positie van de doktersassistente is echter meer nodig dan het beheersen van technische vaardigheden: een sterke motivatie, supervisie door de huisarts, een geschikte praktijkruimte en instemming van de patiënt.

Inleiding

Bruins en Weisz opperden in 1976 dat artsen eigenlijk alle taken zouden moeten delegeren, die evengoed of beter kunnen worden gedaan door werkers met een kortere opleiding. Zij waren van mening dat een assistente in de huisartspraktijk best wonden kan hechten en uitstrijkjes kan maken.¹

In ons land bestaat weinig ervaring met het systematisch inschakelen van doktersassistenten in de huisartspraktijk; de studies van Van Ree en Smilde zijn uitzonderingen in dit opzicht.^{2,3} In het algemeen geeft de huisarts moeilijk zijn stethoscoop en naaldvoerder uit handen; Grol constateert dat in zijn verslag van het afgelopen NHG-congres naar aanleiding van een voordracht van een doktersassistente: 'Een praktijkassistente die uitstrijkjes maakt, op huisbezoek gaat voor controles, wonden hecht en eigen spreekuren heeft, daar moest een groot deel van de zaal wel even bij slikken.'⁴

Toch mogen we op grond van de huidige beroepsopleiding van de doktersassistente verwachten dat zij een groot aantal taken zelfstandig kan uitvoeren. In de exameneisen voor het diploma van doktersassistente staat on-

der meer: 'De doktersassistente is in staat tot het opnemen van een anamnese, het stellen van een indicatie tot een medische handeling en het verstrekken van informatie hierover. Ze kan een medische handeling in een beroepssituatie correct uitvoeren.'⁵ Soortgelijke formuleringen vinden we in het beroepsprofiel van de doktersassistente zoals dat door de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) is omschreven. In een toelichting wordt vermeld dat de assistente een eigen spreekuur zou kunnen houden voor bepaalde categorieën patiënten.⁶

Zelf ben ik gewend – binnen de grenzen van nauwkeurig omschreven criteria (*bijlage*) – veel taken aan de doktersassistente te delegeren. Om meer inzicht te krijgen in de mate waarin dat gebeurt, heb ik een onderzoek verricht met als vraagstelling:

Welke verrichtingen worden door de assistente zelfstandig uitgevoerd en in welke frequentie gebeurt dat?

Van den Broek *e.a.* verrichtten in 1981 een analyse van de discrepantie tussen de opleiding van de doktersassistente en haar werkzaamheden in de praktijk (zowel de huisartspraktijk als het ziekenhuis).⁷ Inmiddels is er zoveel veranderd in de exameneisen van de doktersassistente, dat het me zinvol leek om in mijn eigen praktijk te kijken in hoeverre de werkzaamheden van de doktersassistente aansluiten bij haar opleiding. Zo kwam ik tot de formulering van een tweede vraagstelling:

Mogen we op grond van de opleiding van de doktersassistente verwachten dat ze deze verrichtingen zelfstandig kan uitvoeren?

Methoden

Gedurende de periode van 1 juni 1984 t/m 31 mei 1985 zijn alle problemen tijdens consulten en visites geregistreerd en gecodeerd volgens de ICHPPC-classificatie.⁸ Er is onderscheid gemaakt in nieuwe en oude problemen. Tevens is genoteerd welke consulten door de assistente zelfstandig zijn verricht. Er is

sprake van 'een zelfstandige verrichting' als de assistente de huisarts niet raadpleegt tijdens het consult.

Voor wat we op grond van de opleiding van de doktersassistente mogen verwachten, is gebruik gemaakt van de exameneisen zoals die zijn geformuleerd in het opleidingsleerplan.⁶

Resultaten

In *tabel 1* zien we de 40 diagnoses die het meest zijn gesteld gedurende de onderzoeksperiode. Van de tien meest gestelde diagnoses heeft de assistente 25 procent zelfstandig behandeld.

De assistente behandelde vooral patiënten die het spreekuur bezochten voor hypertensie, pilcontrole, cervixuitstrijkje, wondbehandeling, vaccinatie, het uitspuiten van cerumen en het behandelen van wratten. Verder heeft zij onder meer zwangerschapscontroles uitgevoerd, patiënten met een luchtweg-infectie behandeld en diabetici gecontroleerd. Bij de categorie 'high risk' medicatie ging het om het intramusculair toedienen van psychofarmaca.

Bij ongeveer 60 procent van deze consulten ging het om een bekende 'diagnose', zoals hypertensie en pilcontrole. Nieuw aangeboden problemen die door de assistente zelfstandig werden behandeld, waren met name: vaccinaties, het uitspuiten van cerumen en geneeskundig onderzoek/screening. Bij de laatste categorie gaat het voornamelijk om het maken van cervixuitstrijkjes.

In de restgroep zijn 167 patiënten in de categorie 'oude diagnose' en 79 patiënten in de categorie 'nieuwe diagnose' door de assistente behandeld. Het betrof hier voornamelijk patiënten met een pernecieuze anemie, ijzerebreksanemie, brandwonden, controles van patiënten met een IUD en patiënten met een ingegroeide nagel.

Tabel 2 geeft een overzicht van de tien ziektebeelden die het meest door de assistente werden behandeld, en van de vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Op grond van haar opleiding mogen we verwachten dat de assistente bloeddruk kan meten, voldoende afweet van wondbehandeling, kan vaccineren tegen influenza en oren kan uitspuiten.⁵ Het maken van cervixuitstrijkjes, het hechten van wonden en het aanstippen van wratten met vloeibaar stikstof, behoort niet tot de exameneisen.

Dr. J. de Haan, huisarts, Kruisstraat 2, 8471 HH Wollega.

Tabel 1 — Tabel 1 De 40 meest voorkomende diagnoses bij de patiënten die in de loop van één jaar door de huisarts en door de assistente werden behandeld — The 40 most frequent diagnoses among the patients treated in the course of one year by the GP and by the practice nurse.

No.	Diagnosis	N	GP		Practice nurse	
			old	new	old	new
351	Prenatal care	395	365	15	8	7
120	Hypertension, uncomplicated	337	165	6	161	5
133	Acute upper respir tract infection	311	44	244	0	23
246	Other musculoskel, connectiv diseas	297	92	205	0	0
344	Oral contraceptives	285	63	38	176	8
300	Sign, symptom, ill defined cond NEC	263	31	229	0	3
338	Medical exam/screening	257	20	105	46	86
138	Bronchitis, & Bronchiolitis, acute	213	98	114	1	0
238	Backpain w/o radiating symptoms	213	72	140	0	1
323	Lacerat/open wound/traum amputatn	202	33	36	84	49
340	Prophylactic immunization	202	9	8	37	148
352	Postnatal care	193	191	1	1	0
20	Viral infection NOS	184	25	153	0	6
106	Wax in ear	183	14	46	19	104
327	Bruise, contusion, crushing	176	42	131	1	2
279	Abdominal pain	155	42	113	0	0
77	Transien situat disturb, adj. react	153	95	56	2	0
19	Warts all sites	143	8	30	56	49
134	Sinusitis, acute & chronic	118	31	87	0	0
214	Contact & other dermatitis NEC	116	41	73	2	0
92	Conjunctivitis & ophthalmia	114	36	76	0	2
41	Benigne neoplasm skin	107	3	63	9	2
102	Acute & chron serous otitis med	99	26	51	7	15
129	Varicose veins of legs	98	51	26	21	0
71	Hysterical and hypochondriac disorder	96	57	39	0	0
239	Back pain with radiating symptoms	91	70	21	0	0
170	Cystitis & urinary infection NOS	87	39	40	4	4
207	Boil & cellulitis incl fingr & toe	87	34	44	6	3
50	Diabetes mellitus	85	48	5	32	0
124	Other cerebrovascular disease	81	75	6	0	0
295	Malaise, fatigue, tiredness	79	23	54	1	1
220	Sebaceous cyst	77	31	41	5	0
24	Dermatophytosis & dermatomycosis	72	31	41	0	0
341	Observ/care pt on hi risk medicat	72	3	0	68	1
99	Other eye diseases	69	14	53	0	2
32	Malig neopl gastrointestinal tract	67	67	0	0	0
119	Elevated blood pressure	66	26	14	21	5
112	Heart failure, right/left sided	64	55	9	0	0
189	Absent, scanty, rare menstruation	64	17	46	0	1
232	Shoulder syndromes	64	22	42	0	0
	Other	3062	1303	1513	167	79
	Total	9097	3542	4014	935	606

Tabel 2 — Table 2 De tien diagnoses die door de assistente het meest frequent zelfstandig werden behandeld, met de respectieve technische verrichtingen — The ten diagnoses most frequently treated independently by the practice nurse, with the respective items of service.

No.	Diagnosis	N	Items of service
340	Prophylactic immunization	185	Giving an injection (subcutaneous/intramuscular)
344	Oral contraceptives	184	Taking a blood pressure reading
120	Hypertension, uncomplicated	166	Taking a blood pressure reading
323	Lacerat/open wound/traum amputatn	133	Treating/suturing a wound
338	Medical exam/screening	132	Preparing a Cervical smear
106	Wax in ear	123	Syringeing an ear
19	Warts all sites	105	Liquid nitrogen
341	Observe/care pt on hi risk medicat	69	Giving an injection Intramuscular
50	Diabetes mellitus	32	Blood sugar determination
119	Elevated blood pressure	26	Taking a blood pressure reading

Beschouwing

De gedurende de onderzoeksperiode geregistreerde morbiditeit komt in grote lijnen overeen met gegevens uit andere morbiditeitsregistraties.^{10 11} Op grond hiervan mogen we veronderstellen dat assistentes in andere praktijken te maken krijgen met een soortgelijk aanbod van klachten.

Uit dit onderzoek blijkt dat de assistente veel taken zelfstandig verricht. Zij kan dat ook verantwoord doen, mits zij zich nauwkeurig houdt aan de vast omschreven opdrachten en voorschriften van de huisarts.¹²

Op grond van haar opleiding mogen we niet verwachten dat de doktersassistente in staat is tot het maken van cervixuitstrijkjes, het hechten van wonden en het behandelen van wratten; daarvoor zal ze na haar indiensttreding extra geschoold moeten worden. Dat vereist extra inspanningen, zowel van de huisarts als van de assistente. In dit geval heeft de assistente leren hechten en uitstrijkjes leren maken in het kader van de dagelijkse werkzaamheden in de praktijk. Daarnaast heeft zij een extra stage gelopen in het ziekenhuis voor het zwachtelen van 'open benen', en heeft ze een opleiding tot pedicure gevolgd; deze opleiding is van praktisch belang bij de behandeling van patiënten met voetklachten (voetwratten, nagelproblemen, voetverzorging bij diabetespatiënten).

Niet iedere assistente kan na het voltooiën van haar opleiding en het zich eigen maken van een aantal technische vaardigheden (wonden hechten, cervixuitstrijkjes maken) op dezelfde wijze werken als in de onderzoekpraktijk. De doktersassistente zal enkele jaren ervaring moeten hebben alvorens ze zelfstandig patiënten verantwoord kan behandelen. Verder is het belangrijk dat ze nauwkeurig en systematisch werkt.

Naast deze persoonlijke geschiktheid zijn nog de volgende voorwaarden van belang:

- De huisarts en zijn assistente moeten gemotiveerd zijn om op een dergelijke manier te werken. De assistente moet bereid zijn meer verantwoordelijke taken op zich te nemen en de huisarts moet zijn stethoscoop en naaldvoerder uit handen willen geven.
- De huisarts zal bereid moeten zijn om een goede supervisie uit te oefenen. Tijdens het spreekuur van de assistente dient hij in de praktijk aanwezig te zijn, zodat de assistente de huisarts kan inschakelen wanneer zij dat nodig acht. Supervisie is te meer zo belangrijk om-

dat de doktersassistente geen wettelijke bevoegdheden kent. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de werkzaamheden die hij delegeert. In de wet staat dat de arts gerechtigd is alle werkzaamheden die in de praktijk voorkomen uit handen te geven, mits hij redelijkerwijze de eindverantwoordelijkheid kan blijven dragen.¹² De huisarts dient er voortdurend op toe te zien dat de assistente zich houdt aan de criteria die zijn opgesteld voor het inschakelen van de huisarts.

- Er zullen organisatorische vormen gevonden moeten worden voor de uitvoering van de delegatie. In de onderzoekpraktijk houdt de assistente haar spreekuur tussen 11 en 12 uur. In die tijd heeft de huisarts zijn 'regeluur'. Hij dicteert de verwijsbrieven, neemt de post door en pleegt de noodzakelijke telefoontjes.

- Als de assistente zelfstandig patiënten onderzoekt dient zij over een eigen ruimte te beschikken.

- Het is van essentieel belang dat de patiënt instemt met het overdragen van een aantal taken aan de assistente. Het is van belang dat de patiënten goed worden voorgelicht over de gang van zaken in de praktijk.

Als aan deze voorwaarden wordt voldaan, kan de assistente een aantal taken van de huisarts overnemen. Een dergelijke taakuitbreiding past goed in het door het NHG en LHV gepropageerde 'standaardenbeleid'.^{13 14} Naast standaarden voor de huisarts kunnen er ook standaarden voor het werk van de doktersassistente worden opgesteld. Dat kan een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen.

Maar er zijn ook andere geluiden. Hofmans vraagt zich zelfs af of het delegeren van sommige taken in de huisartspraktijk aan de doktersassistente een aantal paradigma's van de huisartsgeneeskunde kan frustreren.¹⁵ Met Huygen ben ik van mening dat hiervan geen sprake hoeft te zijn, mits de delegatie op de juiste wijze gebeurt.¹⁶ Argumenten tegen het delegeren van taken aan de doktersassistente zijn dikwijls niet rationeel maar liggen meer op het emotionele vlak.

Het lijkt me belangrijk dat deze discussie wordt voortgezet; hier ligt een uitdaging voor de huisartsgeneeskunde. Ik vond dat goed verwoord in een 'leading article' in *The Lancet*: 'How might general practice be stimulated to undertake some of the tasks now performed so insensitively and wastefully by hospi-

Synopsis

De Haan J. Items of service performed by a practice nurse. Huisarts Wet 1988; 31: 228-31.

Introduction Experience of having practice nurses systematically perform particular items of service in general practice is still meagre in the Netherlands. Personally I delegate many tasks to the practice nurse. In order to gain more insight into the extent to which this is being done, I have carried out a study to research the following questions:

1 What items of service are performed independently by the practice nurse and how often does this happen?

2 May we assume that the practice nurse's training enables her to perform these items independently and if not, what supplementary training is required?

Methods During the period from 1 June 1984 to 1 June 1985 all problems discussed at consultations and visits were recorded and coded according to the ICHPPC-2 classification. The consultations handled by the practice nurse independently, without consulting the GP, were recorded separately. To find the answer to question 2, use was made of the examination requirements as formulated in the study programme.

Results Of the ten diagnoses most frequently made, the practice nurse dealt independently with 25 per cent (*table 1*). She mostly dealt with patients attending during consulting hours for hypertension, pill check-up, cervical smear, wound treatment, vaccination, syringing out cerumen and treatment of warts. About 60 per cent of these consultations concerned a previously made diagnosis or a check-up. Newly presented problems treated independently by the practice nurse involved in particular: vaccinations, syringing out cerumen and medical examinations (mostly cervical smears). Also, the practice nurse independently carried out a number of pregnancy check-ups. As regards the respiratory tract infections treated by the practice nurse, most involved complaints presented during a consultation about some other condition. The practice nurse did not examine these patients but only gave advice on the basis of anamnestic data, as is also done by telephone.

The residual group consisted mainly of patients with pernicious anaemia, iron deficiency anaemia or burns, patients coming for an IUD check-up and patients with an ingrown nail.

Table 2 lists the ten conditions most frequently treated independently by the practice nurse, and the skills required. The practice nurse's training justifies the expectation that she is capable of taking a blood pressure reading, has an ade-

quate knowledge of wound treatment and can administer influenza vaccinations and syringe ears. Preparing cervical smears, suturing wounds and brushing warts with liquid nitrogen are not among the examination requirements. The practice nurse in the study practice learned on the job to suture wounds and make smears. She has also followed a practical course in a hospital to learn to bandage varicose leg ulcers, and trained as a pedicurist.

Discussion The morbidity recorded during the study period was roughly in accordance with data from other morbidity registrations. It may therefore be assumed that practice nurses in other practices are confronted with similar ranges of conditions.

This study shows that the practice nurse carries out many tasks independently. She is also capable of performing them adequately, provided she adheres closely to the GP's orders and guidelines. From the practice nurse's training we must not expect that she is able to prepare cervical smears, suture wounds or treat warts. For these activities she will need supplementary training on the job, which requires extra efforts by both the GP and the practice nurse. Apart from individual aptitude, the following conditions are of importance:

- The GP and his practice nurse have to be motivated to work in this manner; the practice nurse has to be willing to shoulder more responsible tasks, and the GP to hand over his stethoscope and needle holder to her.

- The GP will have to be prepared to carry out adequate supervision. Supervision is the more important as the practice nurse has no legal responsibilities; the GP remains responsible for the tasks he delegates.

- Organization forms for the execution of the delegated tasks will have to be found. In the study practice, the practice nurse has her consultation hour between 11 a.m. and noon. The GP uses that time to 'arrange things' so that he is constantly available.

- If the practice nurse examines patients independently, she has to have a room of her own.

- It is of essential importance that the patient agrees to the delegation of certain tasks to the practice nurse, and that patients are adequately informed about the daily routine in the practice.

Key words Family practice; Practice nurse.

Correspondence Dr. J. de Haan, 2 Kruisstraat, 8471 HH Wolvega. The Netherlands.

tal out patiënt departments? The first requirement would be a substantial increase in supporting staff, thus a much bigger public investment in primary care.¹⁷ Honingbaum spreekt in dit verband over 'the most substantial improvement in general practice in this century'.¹⁸

Zal de huisartsgeneeskunde deze uitdaging aannemen?

- ¹ Bruins CP, Weisz FH. Medisch assistent(e); een specialisatie van de doktersassistente? Med Contact 1976; 31: 299-302.
- ² Van Ree JW. Assistentie en hypertensiebestrijding. Huisarts Wet 1983; 26: 49-53.
- ³ Smilde JG. Inschakelen van paramedici bij de behandeling van hypertensie [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1979.
- ⁴ Grol R. Oude koek in een eigentijds jasje. Huisarts Wet 1988; 31: 26-8.
- ⁵ Anoniem. Opleidingsleerplan AG. Definitieve versie. Enschede: Stichting voor de Leerplan Ontwikkeling, 1984.
- ⁶ Anoniem. Beroepsprofiel van de doktersassistente(e). Utrecht: Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, 1984.
- ⁷ Van der Broek, Ten Cate RS, Van der Linde F. Opleiding doktersassistenten onderzocht. Med Contact 1981; 35: 1061-6.
- ⁸ Anonymous. ICHPPC-2-defined (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford: Oxford University Press, 1983.
- ⁹ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ¹⁰ Continue Morbiditeitsregistratie 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
- ¹¹ De Haan J. De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1986.
- ¹² Roscam Abbing EW. Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
- ¹³ Anoniem. Naar criteria voor kwaliteit. Standaardenbeleid NHG Discussie-nota. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.

- ¹⁴ Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota LHV. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- ¹⁵ Hofmans A. Delegeren van taken en paradigma's in de huisartsgeneeskunde [Ingezonden]. Huisarts Wet 1987; 30: 58.
- ¹⁶ Huygen FJA. Naschrift [Ingezonden]. Huisarts Wet 1987; 30: 58.
- ¹⁷ Anonymous. Towards better general practice. Lancet 1984; ii: 1436-8.
- ¹⁸ Honingbaum F. Reconstruction of general practice; the way forward. Br Med J 1985; 290: 904-6.

Bijlage

Behandeling van luchtweginfecties door de assistente

Anamnese De assistente informeert bij luchtweegaandoeningen naar de volgende klachten/symptomen: koorts, keelpijn, slikklachten, verstopte neus, loopneus, tranende ogen, jeukende ogen, niezen, hoofdpijn, hoesten (productief?), gekleurd sputum, heesheid, oorpijn, loopoor, doofheid, kortademigheid, pijn op de borst en medicijn-allergie. Tevens informeert zij naar de duur van de klachten, of zonder succes zelfmedicatie is toegepast, en of het om een herhaalconsult voor dezelfde klacht gaat.

Lichamelijk onderzoek De assistente inspecteert de keel, kijkt of er klieren submandibulair palpabel zijn en beoordeelt of de patiënt kloppijn op de neusbijholten heeft. Tevens inspecteert zij de trommelvliezen en de uitwendige gehoorgang. Fysisch-diagnostisch onderzoek van de longen wordt niet door haar verricht.

Inschakeling huisarts De patiënt dient in de volgende gevallen door de huisarts te worden gezien:

- langer dan een week een lichaamstemperatuur van meer dan 38,5 graden Celcius;

- langer dan twee weken keelpijn en/of slikklachten;
- langer dan twee weken hoesten;
- gekleurd sputum;
- langer dan vier weken hees;
- loopoor;
- braken;
- kortademig;
- pijn op de borst;
- medicijn-allergie;
- zelfmedicatie zonder succes gedurende meer dan 2 dagen;
- eerder voor dit ziektegeval een dokter geraadpleegd hebben;
- kind, wanneer de ouders erg ongerust zijn;
- patiënt jonger dan 2 jaar.
- wens van de patiënt.

Therapie Indien de patiënt graag symptomatisch behandeld wil worden, schrijft de assistente na afloop van het consult een recept. Aan het eind van het spreekuur worden deze recepten ter ondertekening aan de arts aangeboden; de arts heeft daardoor de mogelijkheid om de voorgestelde medicatie te veranderen. Van deze mogelijkheid wordt zelden gebruik gemaakt.

Richtlijnen voor bloeddrukcontrole door de assistente

Indien de patiënt geen medicatie gebruikt:

- diastolische bloeddruk ≤ 90 mm Hg: revisie na een jaar;
- diastolische bloeddruk >90 en ≤ 100 mm Hg: revisie na 3 maanden;
- diastolische bloeddruk >100 mm Hg: huisarts inschakelen.

Indien de patiënt antihypertensiva gebruikt:

- diastolische bloeddruk ≤ 90 mm Hg: revisie na 3 maanden + inlichten huisarts;
- diastolische bloeddruk >90 en ≤ 100 mm Hg: geen wijziging in beleid; revisie na 3 maanden;
- diastolische bloeddruk >100 mm Hg: huisarts inschakelen.