

Praktijkassistente en preventieve taken

Extra mogelijkheden bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

W.J.H.M. VAN DEN BOSCH
M. LÖRX
A. VAN SAS-REPES

Naast het spreekuurcontact zijn er in de huisartspraktijk andere gelegenheden voor secundaire preventie. In Lent is het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker de afgelopen jaren uitgevoerd door de praktijkassistentes op een 'eigen' spreekuur. Deze opzet leidde tot een hoog opkomstpercentage. Tijdens dit spreekuur waren er mogelijkheden voor andere preventieve activiteiten, waarbij werd gekozen voor een oriënterend onderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De uitvoering van het bevolkingsonderzoek en de extra preventieve activiteiten bleek in deze huisartspraktijk goed uitvoerbaar, en de assistentes beschouwden deze taak als één van de interessantste onderdelen van hun werk.

Van den Bosch WJHM, Lörx M, Van Sas-Repkes A. Praktijkassistente en preventieve taken. Extra mogelijkheden bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. *Huisarts Wet* 1991; 34(11): 488-90.

W.J.H.M. van den Bosch, huisarts; M. Lörx, praktijkassistente; A. van Sas-Repkes, praktijkassistente.

Correspondentie: W.J.H.M. van den Bosch, Postoor van Laakstraat 52, 6663 CB Lent.

Inleiding

Enige tijd geleden maakte *Meijman* zich in dit tijdschrift zorgen over de pressie die op huisartsen wordt uitgeoefend om tijdens spreekuurcontacten preventieve handelingen uit te voeren, zonder dat de patiënt hierom heeft gevraagd.¹ Anderzijds lijken patiënten over het algemeen weinig bezwaar te hebben tegen case-finding door de huisarts op het spreekuur.² Case-finding op het spreekuur heeft echter wél een aantal praktische beperkingen. Uitlopende spreekuren, patiënten bij wie een ernstige ziekte wordt verondersteld, of emotioneel reagerende patiënten kunnen voor de huisarts redenen zijn om af te zien van systematische case-finding.

Inschakeling van de praktijkassistente bij preventieve taken zou veel ethische en praktische beperkingen kunnen ondervangen.³ In onze huisartspraktijk is de afgelopen jaren onderzocht of de assistente een aantal extra preventieve handelingen zou kunnen verrichten bij vrouwen die in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker de praktijk al bezoeken voor een uitstrijkje. Onze aanvullende case-finding was gericht op risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Weliswaar is het vrouwelijk geslacht geen risicofactor voor hart- en vaatziekten, maar anderzijds komen vrouwen minder dan mannen in aanraking met preventieve activiteiten op dit gebied, bijvoorbeeld bij keuringen of periodiek onderzoek in bedrijven. Vooral de toename van het aantal rooksters zou de prevalentie van hart- en vaatziekten bij vrouwen in de toekomst kunnen beïnvloeden.

In dit artikel beschrijven wij de uitvoering en resultaten van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en de extra case-finding op hart- en vaatziekten.

Procedure

In plaatsen waar gewerkt wordt met oproepen door de gemeenten, blijkt de opkomst voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker lager dan verwacht. Daarom is in de regio Nijmegen een project gestart waarbij huisartsen in een aantal geautomatiseerde praktijken zelf de pa-

tiënten oproepen.⁴ Binnen dit project heeft de praktijkassistente een belangrijke taak bij de coördinatie van de oproepen, het maken van de uitstrijkjes en de eventuele follow-up.

Maandelijks wordt een lijst gemaakt met de namen van alle vrouwen van een bepaald geboortjaar. Deze lijst wordt vergeleken met de lijst van de gemeente, waardoor wordt voorkomen dat vrouwen tweemaal worden uitgenodigd. Vervolgens wordt op de patiëntenkaart gecontroleerd of er redenen zijn om iemand niet uit te nodigen: status na een uterusextirpatie, recent een uitstrijkje gemaakt, follow-up voor een eerdere afwijkende uitstrijkje en persoonlijke redenen. Aan de resterende vrouwen wordt een brief gestuurd met uitleg over het bevolkingsonderzoek en een verzoek binnen twee weken een afspraak te maken met de assistente of – desgewenst – met de huisarts. Indien de patiënte in deze periode niet reageert, wordt zij eenmaal telefonisch aan de oproep herinnerd.

Er is een assistente-spreekuur op een vaste middag; beide assistentes zijn dan aanwezig, waardoor één van hen ongestoord kan werken. De vrouwen die op het spreekuur van de assistente komen, krijgen eerst uitleg over de gang van zaken, waarna toestemming wordt gevraagd het onderzoek uit te breiden naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Na verkregen toestemming wordt vervolgens gevraagd naar rookgedrag en risicofactoren in de familie. Lengte en gewicht worden gemeten, de bloeddruk wordt bepaald met een kwikmanometer en het serumcholesterolgehalte wordt vastgesteld met de Reflotron.⁵ Daarna wordt het uitstrijkje gemaakt.

Als de uitslagen van anamnese en onderzoek hiertoe aanleiding geven, wordt de patiënte verzocht een afspraak met de huisarts te maken (*tabel 1*) of krijgt zij adviezen omtrent haar leefwijze. Verder ontvangt zij een folder over de interpretatie van de verschillende Pap-klassen, met het verzoek na een paar weken op te bellen voor de uitslag. Voor de hele procedure is een kwartier uitgetrokken.

De assistente maakt alleen uitstrijkjes in het kader van het bevolkingsonderzoek; uitstrijkjes bij follow-up en uitstrijkjes bij patiënten met klachten worden door de

Tabel 1 Afspraken ondergrenswaarden voor hermeten of verwijzen naar huisarts.

	Hermeten	Afspraak huisarts
RR systolisch	160 mm Hg	180 mm Hg
RR diastolisch	90 mm Hg	100 mm Hg
Cholesterol	7,0 mmol/l	8,0 mmol/l

huisarts verricht. Verder gaat zij niet in op medische vragen, maar adviseert zij hiervoor een afspraak met de huisarts te maken.

Scholing

Uit een recent overzicht van de activiteiten van praktijkassistenten in Nederland blijkt dat 94 procent nooit uitstrijkjes maakt.⁶ Ook in onze regio bestond hiermee nog weinig of geen ervaring. De vereiste scholing en begeleiding van de assistentes werd verzorgd door de twee huisartsen zelf. Begonnen werd met het geven van uitleg over de anatomie van uterus en vagina, het onderscheid tussen plaveiselcel epitheel en endometrium, het gebruik van het speculum en de indeling van de uitslagen. Daarna waren beide assistentes een aantal malen aanwezig bij het maken van een uitstrijkje door de huisarts, uiteraard na toestemming van de betrokken patiënte. Vervolgens werd aan een aantal vrouwen gevraagd of de assistente mocht proberen bij hen een speculum in te brengen. Toen dit in het algemeen weinig problemen opleverde, maakte de assistente eerst een uitstrijkje, en daarna de huisarts. Dat gebeurde met de Cervex ectobrush.⁷

Na deze training werden de eerste oproepen verstuurd. Bij de eerste patiënten was de huisarts aanwezig en controleerde hij alle handelingen. Daarna begon de assistente alleen: zij bracht het speculum in en riep vervolgens de huisarts die controleerde of de portio goed in zicht was. De assistente maakte dan zelf het uitstrijkje. Uiteindelijk nam de assistente volledig zelfstandig het uitstrijkje af en riep zij alleen de hulp van de huisarts in als er problemen waren met het in zicht brengen van de portio. Indien de assistente twijfelde over

het aspect van de portio, werd de huisarts erbij gevraagd of werden deze bevindingen achteraf aan de huisarts doorgegeven. Controle op dit proces kon worden uitgevoerd door bepaling van het aantal Pap-0-uitslagen en EC-negatieven.

Extra scholing voor de case-finding op risicofactoren voor hart- en vaatziekten en voor het geven van adviezen was niet nodig, omdat deze activiteiten in de praktijk al tot het dagelijkse pakket behoorden.

Uitkomsten

In de eerste twee jaar van het onderzoek werden 269 vrouwen op grond van hun geboortjaar geslecteerd voor een oproep. Drie vrouwen bleken de praktijk verlaten te hebben, en bij 58 vrouwen was een oproep niet nodig of wenselijk (13× wegens status na een uterusexstirpatie, 40× wegens een recent gemaakte uitstrijkje, 2× in verband met follow-up wegens een eerdere 3A-uitslag en 3× wegens persoonlijke redenen).

Van de 208 opgeroepen vrouwen reageerden er 145 direct en 26 na de telefonische herinnering; 8 vrouwen konden telefonisch niet bereikt worden en 28 vrouwen lieten tijdens het telefoongesprek weten geen belangstelling te hebben. Tenslotte hebben 6 vrouwen het uitstrijkje uitgesteld.

De assistentes verrichtten bij 75 procent van de opgekomen vrouwen de uitstrijk tijdens hun eigen spreekuur. Bij de overige vrouwen werd de uitstrijk door de huisarts gemaakt. De meest genoemde redenen om een uitstrijk door de huisarts te laten maken, waren het tijdstip van het assistentespreekuur en de mogelijkheid de uitstrijk te combineren met een gewoon consult.

Tot 1 september 1990 bedroeg het per-

centage Pap-0-uitslagen en EC-negatieven in de assistentegroep 21 procent, tegen 9 procent in de huisartsengroep. Nadat de techniek van het uitstrijken opnieuw was doorgenomen, werd in de volgende periode bij nog slechts 3 van de 44 uitstrijken een negatieve EC-uitslag verkregen. Bij 35 van de uitgestreken vrouwen was de uitslag Pap-2 en bij 3 vrouwen Pap-3a.

Het bleek goed mogelijk de verschillende activiteiten binnen de geplande tijd uit te voeren.

Er werden geen negatieve reacties over het uitvoeren van het onderzoek door de assistente vernomen. Eén vrouw meldde dat zij niet gekomen zou zijn als zij op het spreekuur van de huisarts had moeten komen. Ook waren er geen vrouwen die bezwaren hadden tegen het onderzoek naar risicofactoren. In twee gevallen zag de vrouw af van de cholesterolbepaling uit angst voor een vingerprik. Bij eenderde van de vrouwen die op het spreekuur van

Tabel 2 Verdeling 155 vrouwen over de verschillende risicogroepen.

Roken	
0	98
1-5	12
6-10	9
11-20	27
>20	9
Quetelet-index	
<25	91
25-30	49
>30	15
Systolisch RR	
<120	78
120-160	72
>160	5
Diastolisch RR	
<80	113
80-90	32
>90	10
Cholesterol	
<5	54
5-6,5	87
6,5-7	7
>7	5
niet	2

de arts kwamen, werd wegens tijdgebrek of om andere redenen nagelaten verder preventief onderzoek te verrichten. In totaal werden bij 155 vrouwen risicofactoren bepaald.

De gemiddelde waarden met de spreiding van de onderzochte risicofactoren zijn vermeld in *tabel 2*. Met dit onderzoek werd na verdere screening één nieuwe hypertensiepatiënt en één patiënt met een nog onbekende hypercholesterolemie boven de 8 mmol/l gevonden.

Beschouwing

Het 'assistentespreekuur' kan, zoals eerder door *De Haan* is vastgesteld, een succes worden genoemd.⁸ Er waren geen negatieve reacties van de uitgenodigde vrouwen en de assistentes beschouwden deze activiteiten als een van de interessantste onderdelen van hun taak. De duidelijke scheiding tussen de preventieve handelingen van de assistente en de klachtgerichte activiteiten van de huisarts werd als een voordeel ervaren; de huisarts heeft op zijn spreekuur te veel (al dan niet geldige) redenen om verder preventief onderzoek na te laten.

De ervaringen met betrekking tot de uitvoering van het bevolkingsonderzoek in de huisartspraktijk en de inschakeling van de praktijkassistente daarbij zijn positief. De voordelen van een geautomatiseerd systeem komen duidelijk naar voren. De praktijk is meer betrokken bij de gang van zaken en kan invloed uitoefenen op de werkbelasting door de oproepen te spreiden. Het is voor de patiënten een groot voordeel dat zij niet worden opgeroepen als zij bijvoorbeeld een uterusextirpatie hebben ondergaan of nog vervolgd worden wegens een verdacht uitstrijkje.

Uit eerder onderzoek was bekend dat een praktijkverpleegkundige of doktersassistente na voldoende training en ervaring

minstens even goede uitstrijkjes maakt als een huisarts.⁹ In ons geval bleek dat de aanvankelijke scholing onvoldoende was geweest. In de periode waarin de assistentes ervaring opdeden, hadden we er wellicht beter aan gedaan een tijdlang alle uitstrijkjes dubbel (door zowel assistente als huisarts) te maken. De stijging van het percentage goede uitstrijkjes in de loop van de tijd onderstreept het belang van ervaring op dit gebied.

Vooraf het oproepen van de vrouwen bleek veel tijd te kosten, veel meer dan het feitelijke maken van de uitstrijkjes. Niet iedere vrouw is overdag gemakkelijk te bereiken en telefonische afspraken worden nogal eens op het laatste moment afgezegd, met als belangrijkste reden dat de menstruatie is begonnen. Deze problemen zullen echter ook optreden bij centraal georganiseerde bevolkingsonderzoeken die de huisarts alleen uitvoert. Per patiënt werden ten minste twee telefoongesprekken gevoerd, één voor de afspraak en één voor de uitslag; er waren echter ook situaties waarin de telefoon meer dan tienmaal moest worden gebruikt.

Mede gezien het feit dat uiteindelijk ongeveer 40 procent van de vrouwen niet in aanmerking kwam voor een uitstrijkje, hebben wij het opsporen van duidelijk verhoogde risicofactoren meer gezien als case-finding dan als screening. Als in de toekomst ook vrouwen die nu vanwege een recente uitstrijk niet werden opgeroepen, gaan deelnemen aan het bevolkingsonderzoek, kan het percentage vrouwen dat het spreekuur van de assistente bezoekt, stijgen tot 75 procent.

Een oordeel over de wenselijkheid van case-finding op cardiale risicofactoren in deze leeftijd/geslachtsgroep is moeilijk te vellen. Met betrekking tot het bepalen van het cholesterolgehalte is besloten aan te

sluiten bij de richtlijnen van de cholesterolconsensus en alleen bepalingen te verrichten bij een positieve familie-anamnese of bij het bestaan van andere risicofactoren.

De opbrengst, gemeten in termen van duidelijk afwijkende waarden, was gelukkig laag. Het feit dat in deze praktijk al vele jaren een anticiperend beleid is gevoerd op het gebied van cardiale risicofactoren, zal hier waarschijnlijk toe hebben bijgedragen.¹⁰

Dankbetuiging

Met dank aan B. Palm en A. Kant, projectmedewerkers cervixproject, voor hun hulp bij het tot stand komen van het onderzoek en dit artikel.

Literatuur

- 1 Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigd? *Huisarts Wet* 1990; 33: 478-81.
- 2 Van Lidth de Jeude CP. Persoonsgerichte preventie door een huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 3 Van Ree JW. Assistente en hypertensiebestrijding. *Huisarts Wet* 1983; 26: 49-52.
- 4 Kant AC, Palm BTHM, Van den Bosch WJHM, et al. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. *Med Contact* 1991; 46: 469-71.
- 5 Van den Bosch W, Serrarens A, Lörx M, Van Sas A. De Reflotron in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1989; 32: 96-9.
- 6 Nijland A, Tuntler-Vink CJHD, Meyboom-de Jong B, De Haan J. De doktersassistente; een beroep in beweging. *Med Contact* 1990; 45: 48-50.
- 7 Kist J. De spatel verlaten. *Practitioner (NI)* 1991; 8: 37-9.
- 8 De Haan J. De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1986.
- 9 Van Weel C. Mogelijkheden tot anticiperen in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1975; 18: 402-5.
- 10 Van Ree JW. Het Nijmeegs Interventieproject [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981. ■