

group. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the losartan intervention for endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:1004-10.

- 4 Lindholm LH, Dahlöf B, Edelman JM, Ibsen H, Borch-Johnsen K, Olsen MH, et al. for the LIFE study group. Effect of losartan on sudden cardiac death in people with diabetes: data from the LIFE study. *Lancet* 2003;362:619-20.
- 5 Aronow WS. Might losartan reduce sudden cardiac death in diabetic patients with hypertension? *Lancet* 2003;362:591-2.
- 6 The ALLHAT officers and coordinators for the ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA* 2002;288:2981-97.

Medisch callcenter als realistisch antwoord op capaciteitsproblemen

Om de discussie¹⁻³ rond het onderzoek naar de inzet van een medisch callcenter te completeren, breng ik graag nog enkele aanvullingen onder de aandacht.

Op de eerste plaats zijn de reacties van Sardeman en Lucassen gebaseerd op het onderzoek in de pilotfase. Dat is jammer. Het betreft immers een fase – voorjaar 2002 – waarin voor het eerst ervaring werd opgedaan met een nieuwe werkwijze. Inherent aan nieuwe ontwikkelingen zijn onvolkomenheden en gewenningsverschijnselen. Ervaringen uit de pilot en evaluaties van aanvullende onderzoeken hebben inmiddels geleid tot aanpassingen.

Aan de oproep van Lucassen om 'gelijk te stoppen' gaven en geven wij dan ook geen gehoor. Integendeel. De onderzoeksresultaten uit de pilot en de vertaalslag die daarop volgde, hebben sinds kort geleid tot een permanente status van het medische callcenter van Achmea, het Medical Service Center (MSC).

Juist het instandhouden van de integrale eerstelijnszorg is voor Achmea een belangrijk uitgangspunt geweest bij de

opzet van het MSC. De beschreven afstand tussen de huisarts en het MSC bestaat wat ons betreft niet, of is met de inzet van moderne hulpmiddelen niet meer relevant. Ook blijft het domein van de huisarts, inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden, wat ons betreft onverkort van kracht. Dat de huisarts met inzet van het MSC zijn verantwoordelijkheid ten volle kan dragen, is overigens ook vooraf onafhankelijk door gespecialiseerde juristen onderzocht en bevestigd. Voldoende medische kwaliteitsborging was en is in alle gevallen een voorwaarde. Wij delen de mening van inspecteur Sardeman om deskundigheid aan de voorkant van het zorgproces te verzwaren. De risico's waarnaar hij verwijst, wekken echter onze verbazing. Achmea streeft juist naar *best practice* met de inzet van geavanceerde en geprotocolleerde triagesystemen, van gediplomeerde en goed opgeleide medewerkers, permanent toezicht door ervaren artsen, en een continu actief kwaliteitssysteem. Alleen dan kan de huisarts immers ook garant staan voor verantwoorde zorg.

Lucassen refereert tot slot aan een door de beroepsgroep zelf omschreven en hoofdzakelijk historisch bepaalde organisatie van de huisartsgeneeskundige zorg. Ook Achmea beschouwt deze vorm van eerstelijnszorg als ideaal en verreweg te prefereren boven welke oplossing dan ook. De vraag is echter of de huisartsgeneeskundige zorg onder de huidige veranderende randvoorwaarden en tegen aanvaardbare financiële offers, realistisch is. De cliënt verwacht eenvoudig kwalitatief hoogstaande zorg. De praktijk wijst uit dat een medisch callcenter ruimschoots aan die verwachting tegemoetkomt.

Klaas Hofland,
manager Achmea Medical Service Center

- 1 Spelten ER, Gubbels JW. Een medisch callcenter in de praktijk. *Onderzoek naar effect en ervaring. Huisarts Wet* 2003;46:543-6.
- 2 Lucassen PLBJ, *Medische callcenters zijn strijdig met goed huisartsgeneeskundig handelen. Huisarts Wet* 2003;46:538.
- 3 Sardeman RC. *Medische callcenters: een heikele zaak. Huisarts Wet* 2003;46:537.

Antwoord

Hofland gaat in zijn repliek niet inhoudelijk in op de discussie over een medisch callcenter. Hij stelt echter duidelijk dat ook Achmea van mening is dat de huisarts zelf verantwoordelijk blijft voor het gehele domein van de huisarts, ook als hij een deel van zijn taken uitbesteedt aan het callcenter. Waarvan akte!

Rob Sardeman

Delegatie van bloeddrukcontroles

Als de standaardmethode voor bloeddrukmeting, namelijk de conventionele meting door de (huis)arts verricht door middel van een kwikkolom, voldoet aan strikte kwaliteitscriteria is haar betrouwbaarheid groot. Maar deze noodzakelijke voorwaarden zijn op de werkvloer van de huisarts nauwelijks haalbaar. Herhaalde bloeddrukmetingen na 5 minuten rust, aan een deflatiesnelheid van de manchet van 2 mm/sec bij een patiënte met een systolische bloeddruk van >200 mmHg, waarbij men zich eerst een indruk heeft gemaakt van deze systolische bloeddruk door een palpatie van de radialispols bij maximale druk... duurt bijna 15 minuten. Dat is zelfs voor een Vlaamse huisarts te lang. Daarenboven bieden herhaalde metingen een gedeeltelijke oplossing: Brueren toonde aan dat in geval van initiële matige bloeddrukverhoging er na 4 metingen nog een overschatting blijft van 56% voor de systolische en 38% voor de diastolische bloeddruk.¹ Paul Little concludeert nogal scherp als besluit van zijn vergelijkend onderzoek in de eerste lijn: 'It is time to stop using high blood pressure readings documented by general practitioners to make treatment decisions.'² Meer en meer huisartsen zijn het hiermee eens.

Maar wat dan? Het delegeren van de bloeddrukmetingen naar de praktijkassistent(e) en -verpleegkundige lost de controverse niet op, waarvan terecht melding wordt gemaakt in het Journaal van het septembernummer van H&W.

Om meerdere redenen kunnen we beslui-