

Visies, plannen, produkten en mensen



Geachte lezer(es)

Tijdens het NHG-Congres 1994 presenteerde huisarts/Tweede Kamerlid Rob Oudkerk namens het NHG de resultaten van de NIPO-enquête onder de bevolking. Deze levert interessant materiaal op, vooral als dit naast de resultaten van de enquête onder huisartsen wordt gelegd. Van nogal wat medische handelingen heeft de bevolking te hoge verwachtingen. Dat vraagt om meer en adequatere publieksvoorlichting, en om (nog) meer patiëntenvoorlichting door de huisarts. Bij de ontwikkeling van onderwijsmateriaal zal het NHG daarmee rekening houden. Daarnaast blijkt de bereidheid van de gemiddelde patiënt om terughoudende boodschappen of handelwijzen te accepteren groter dan de beroepsgroep denkt.

Het NHG mag haar leden adviseren bepaalde handelingen te doen of na te laten, als dat, zoals tot nu toe het geval is, zorgvuldig gebeurt. Dat zei de rechter in het kort geding dat tegen het NHG was aangespannen in verband met het advies aan de leden botdichtheidsmetingen bij vrouwen vooralsnog achterwege te laten. Deze uitspraak is belangrijk voor de beroepsgroep, voor het NHG en de Standaarden en voor het tegengaan van onnodig handelen en medicalisering.

Daar kunnen wij het nieuwe jaar mee in. De NHG-katern-redactie wenst u en de uwen goede feestdagen en een heel voorspoedig 1995.

Met vriendelijke groet,

Hans van der Voort, directeur

In dit NHG-katern

1 Samenwerking huisartsen-specialisten

Op het NHG-Congres 1995 staat de samenwerking tussen huisartsen en specialisten centraal, één van de speerpunten uit het nieuwe NHG-Beleidsplan. Een interview met twee personen die nauw bij het onderwerp zijn betrokken: Siep Thomas, hoofd van de NHG-Afdeling Standaardenontwikkeling, en Theo Voorn, adviseur deskundigheidsbevordering bij de LHV, die het congres zal voorzitten.

2 Naar een nieuwe NHG-standaard (4)

In een aantal nummers van dit katern worden steeds een of enkele onderdelen van het ontwikkelingstraject van de NHG-Standaarden besproken. Deze keer meer over het formuleren van de ontwerp-standaard, een proces van voortdurend sleutelen aan de teksten.

3 Onderwijsarrangement voor de begeleiding van kankerpatiënten

Op de Afdeling Deskundigheidsbevordering loopt een langerdurend project dat een onderwijsarrangement voor de begeleiding van kankerpatiënten zal moeten opleveren. In deze bijdrage wordt ingegaan op de doelstelling en de opzet van het onderwijsarrangement.

4 Vanuit het bestuur

In dit nummer wordt informatie gegeven over het NHG-Stipendium voor beginnende huisarts-onderzoekers en over de NHG-RL-Referatendag 1995, die op 2 juni 1995 in Maastricht zal worden gehouden.

5 Stemmen van het NHG

Ditmaal op de laatste pagina aandacht voor enkele 'onzichtbare' medewerkers van het NHG, wier stemmen echter welbekend zijn: het team van receptionisten en telefonisten.

Beleidsplan en NHG-Congres 1995

Ruime aandacht voor de samenwerking met specialisten

Het NHG-Congres 1994 is nog maar net achter de rug, of er wordt al weer hard gewerkt aan het congres van volgend jaar. Thema van dat congres is de samenwerking van huisartsen en specialisten. Siep Thomas, hoofd van de Afdeling Standaardenontwikkeling, en Theo Voorn, adviseur deskundigheidsbevordering bij de LHV en voorzitter van de NHG-Congrescommissie 1995 (foto), vertellen waarom dat onderwerp zo belangrijk is.



“Praktiserende huisartsen horen van de specialisten met wie zij samenwerken vaak kritiek op de NHG-Standaarden”, zegt Thomas. “De meesten voelen zich onvoldoende in staat zelf argumenten aan te dragen voor de wetenschappelijke onderbouwing, dus vragen zij ons dat te doen. Die huisartsen zijn geholpen als de standaarden landelijk door de wetenschappelijke specialistenverenigingen worden ondersteund.” Samenwerking met die verenigingen is dan ook prioriteit nummer één in het onlangs verschenen NHG-Beleidsplan 1994-1998 ‘Werkbare Wetenschap’. Die samenwerking moet er toe leiden dat specialisten de NHG-Standaarden leren kennen en re-

specteren. Maar er wordt ook gedacht aan de ontwikkeling van gezamenlijke transmurale richtlijnen en aan experimenten met nieuwe samenwerkingsvormen.

Concrete samenwerking zal nieuw leven worden ingeblazen door bezoeken die NHG-Bestuursleden zullen brengen aan besturen van specialistenverenigingen. De bedoeling is dat eerst de verenigingen van internisten, chirurgen en gynaecologen worden bezocht - grote verenigingen die de meeste raakvlakken hebben met de huisartsgeneeskunde en over een goede infrastructuur beschikken. Tal van onderwerpen zijn de moeite van het bespreken waard. Zo kan bijvoorbeeld aan de orde komen of de desbetreffende vereniging de in aanmerking komende NHG-Standaard(en) kan ondersteunen, hoe de leden er kennis van kunnen nemen en of huisartsgeneeskundige kennis in de beroepsopleiding kan worden ingebouwd. De bezoekreide is een oriëntatie. “Het gaat er in eerste instantie om vast te stellen of de onderlinge samenwerking bij de verenigingen van specialisten eigenlijk wel leeft”, zegt Thomas.

Eerlijk gezegd heeft hij daar ook wel twijfels over. Met alle discussies over hun plaats in de toekomstige gezondheidszorg hebben specialisten waarachtig wel andere dingen aan het hoofd. “Ideële zaken staan er nu even op een laag pitje”, beschrijft Thomas de huidige situatie. Dat geldt ook voor de wetenschappelijke verenigingen, want, anders dan in de huisartsenwereld, hebben die ook een maatschappelijke taak. In vergelijking met het NHG moeten zij meer aan-

dacht besteden aan de haalbaarheid van eventuele protocollen voor samenwerking, ook in termen van geld. Thomas: “In onderhandelingen met één van de wetenschappelijke specialistenverenigingen spraken we over een protocol waarin ook verwijzen en terugverwijzen van patiënten een plaats zouden krijgen. Maar er werd direct bij aangetekend dat dat geen financiële consequenties mocht hebben.” Al met al is het werken aan samenwerking een zaak van lange adem. Pogingen om gemeenschappelijke richtlijnen van huisartsen en specialisten op te stellen zijn niet van vandaag of gisteren. Huisartsen zijn bijvoorbeeld al een tijd lang vertegenwoordigd in werkgroepen van het CBO die consensusrichtlijnen voorbereiden waarover ook een NHG-Standaard bestaat of in de maak is: Hypertensie, Cholesterol, Depressie. Richtlijnen en standaarden kunnen op die manier op elkaar worden afgestemd. Toch ziet Thomas duidelijke verschillen: “De CBO-richtlijnen zijn minder bindend en gedetailleerd dan onze standaarden. Er wordt niet zo duidelijk in aangegeven wat goed en fout is. Dat maakt ze minder helder.” Anders dan bij de huisartsen, is in de specialistenwereld de nascholingsstructuur die het mogelijk maakt dat eenmaal opgestelde richtlijnen ook worden uitgevoerd, nog weinig uitgewerkt.

Experimenteren met nieuwe samenwerkingsvormen met specialisten is voor het NHG nog grotendeels onontgonnen terrein. In de praktijk gebeurt echter veel op dit gebied. Op veel plaatsen maken huisartsen en specialisten afspraken over de behandeling van be-

NHG Stipendium

paalde ziektebeelden, werken zij aan de implementatie van standaarden, geven zij vorm aan onderlinge consultatie of bespreken zij het (terug)verwijzen van patiënten.

Inmiddels is het NHG begonnen aan een inventarisatie van al die projecten. Misschien heeft het nut dat soort initiatieven te blijven volgen en te zorgen voor enige coördinatie. En wellicht vormen ze een goede basis voor het maken van landelijke inhoudelijke afspraken met de specialistenverenigingen.

'Een experiment', noemen Thomas en Voorn hun plan om huisartsen in de periferie te ondersteunen bij het maken van afspraken met plaatselijke specialisten. Voorn legt uit wat de bedoeling is. "Als een RHV met specialisten onderhandelt over de invoering van een standaard, dan zijn ze het daarover dikwijls niet direct met elkaar eens. Inhoudelijk laten huisartsen zich door specialisten makkelijk intimideren. In zo'n geval kunnen huisartsen wat extra steun goed gebruiken."

Het plan is voortgekomen uit de ervaringen van huisartsen zelf, benadrukt Thomas. Als voorbeeld noemt hij een huisartsgroep die met de specialisten een afspraak had gemaakt over de behandeling van astma bij kinderen. In eerste instantie waren deze huisartsen wel tevreden. Maar toen bleek dat de paragraaf over het verwijzen veel ruimer was dan de NHG-Standaard nuttig en zinvol noemt, was hun reactie: "Hadden jullie ons daarin maar kunnen steunen!"

Huisartsen zouden ervan overtuigd moeten zijn dat de standaarden wetenschappelijk doorwrocht zijn, vindt Thomas: "Als specialisten daarin iets willen veranderen, dan

moeten zij haast als een reflex reageren met de vraag waarom dan wel." Voorn beaamt dat. Hij zou graag zien dat huisartsen vervolgens ook nadenken over de vraag of ze voldoende informatie hebben om het gesprek met de specialisten aan te gaan en - als dat niet zo is - tijdig bij hem of Thomas aankloppen voor steun. Omgekeerd kan ook het NHG leren van de problemen die de implementatie van de standaarden in de praktijk oplevert. "Niet elke zin in de standaard is wetenschappelijk gefundeerd", erkent Thomas. "Er zitten ook arbitraire dingen in, tot stand gekomen door middel van consensus. Die onderdelen van een standaard kunnen op basis van nieuwe (praktijk)gegevens worden bijgesteld. Geen enkele standaard ligt voor eens en voor altijd vast."

Het NHG-Congres 1995 belooft een levendig geheel te worden: lezingen (onder meer over bestaande vormen van samenwerking), maar ook demonstraties van manieren waarop je als huisartsen en specialisten met elkaar kunt overleggen. Het wordt dus geen aangelegenheid van huisartsen alléén: ook specialistenverenigingen worden uitgenodigd, en misschien wordt iedere deelnemende huisarts straks gevraagd zelf een specialist mee te nemen. Want de banden moeten worden aangehaald. Onlangs nog kreeg Thomas onaangekondigd bezoek van een specialist, die de standaarden 'maar niks' vond. Daar bleef het bij. Nooit heeft hij de moeite genomen zijn kritiek te onderbouwen. Thomas: "Zo moet de communicatie met specialisten dus niet verlopen. Integendeel, wat wij willen is openheid en debat." (JV)

Huisartsen die niet verbonden zijn aan een van de universitaire huisartseninstituten of een ander onderzoeksinstituut, ervaren vaak een drempel bij het opzetten en uitvoeren van onderzoek. Ze hebben geen toegang tot specifieke deskundigheid en kennen de kanalen niet. Uitgaande van één van de centrale taken van het NHG, het stimuleren van huisartsen om eigen onderzoek op te zetten, presenteert het NHG nu een stimuleringsregeling die het voornaamste knelpunt aanpakt door in een vroege fase begeleiding aan te bieden. De beginnend huisarts-onderzoeker ontvangt ondersteuning in de vorm van deskundige advisering of begeleiding door de leden van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO).

De NHG-bijdrage bestaat uit een budget aan CWO-uren, bedoeld om de onderzoeker bij te staan in het omwerken van een ruw idee tot een uitvoerbaar onderzoeksvoorstel. Een team van twee CWO-leden kan in totaal maximaal twee keer 25 uur begeleiding bieden. Het streven is de begeleiding telkens binnen een jaar af te ronden. Iedere huisarts die een onderzoek wil opzetten, kan een informatieset aanvragen bij het NHG. Na toekenning van een stipendium verplicht de aanvrager zich aan het eind van het onderzoek kort te rapporteren over de CWO-begeleiding en de resultaten van het onderzoek.

Geïnteresseerde huisartsen die meer willen weten kunnen contact opnemen met het NHG-Bureau (030-881700). Frans Meulenberg en Bart Berden zullen graag meer informatie verstrekken. Een informatieset is via hen te krijgen. (JZ)

Naar een nieuwe NHG-Standaard (4) Voortdurend sleutelen aan de teksten

Voorlichting en advies. Dat vooral kunnen patiënten straks verwachten als zij met acute rugpijn bij de huisarts komen. “De behandelingsmogelijkheden zijn beperkt en het verstandigste is de natuurlijke genezing af te wachten”, zegt de ontwerp-standaard Lage rugpijn. Die ene zin heeft anderhalf jaar tekstverwerken overleefd, vanaf het eerste probeersel in mei vorig jaar tot het voorlopige eindproduct, tien concepten later. Hij geeft dan ook goed de strekking weer van de nieuwe standaard.

Twee jaar zoeken, studeren, schrijven, praten en herschrijven gingen vooraf aan het vaststellen van de ontwerp-standaarden Lage rugpijn en Lumbaal radiculair syndroom. Dat de werkgroep Lage rugklachten (halverwege de rit omgedoopt in Lage rugpijn) twee standaarden heeft gemaakt, was niet voorzien. De richtlijnen voor diagnostiek en beleid bij radiculair syndroom, die nu een afzonderlijke standaard vormen, maakten oorspronkelijk deel uit van één concepttekst. Volgens de notulen uit die tijd voelde de werkgroep niet voor een splitsing: het onderscheid heette ‘vaak vaag’ en veel van de adviezen over houding en bewegen zouden aan elkaar gelijk zijn. Het zijn er ten slotte toch twee geworden, aansluitend op elkaar.

De eerste voorlopige versie van de ontwerp-standaard Lage rugpijn ligt na een half jaar op tafel, de neerslag van een uitvoerige literatuurstudie en van discussies in de groep. Een aantal zaken ligt dan al vast. Heel belangrijk is het onderscheid tussen acute, subacute en chronische rugpijn, afhankelijk van

het aantal weken dat de klachten bestaan. Het onderscheid heeft consequenties voor het beleid van de huisarts, al gaat het volgens de notulen om een ‘glijdende schaal’ en zijn de grenzen niet altijd even duidelijk te trekken. De medicatie is een voorbeeld: kan volgens de ontwerp-standaard acute lage rugpijn zeven dagen met paracetamol worden behandeld, bij chronische rugklachten kan het nodig zijn langdurig pijnstillers voor te schrijven.

Al snel gaat de werkgroep ook akkoord met het onderscheid tussen specifieke en aspecifieke lage rugklachten. In de gekozen opzet wordt eerst vastgesteld dat er geen ‘enge dingen’ aan de hand zijn; is dat toch het geval, dan moet met aanvullende tests naar de juiste diagnose worden gezocht. Naast de verdenking op hernia krijgen drie ‘enge dingen’ - een term uit de notulen - onder het hoofdje ‘diagnostiek’ een plaats in de eerste concepttekst: ziekte van Bechterew, wervelmetastase en osteoporotische wervelfractuur. De werkgroep is niet tevreden. Het accent ligt te veel op het uitsluiten van relatief zeldzame specifieke oorzaken, vindt men. “Door een andere layout kan de aandacht op de specifieke oorzaken worden geminimaliseerd”, wordt in de notulen vastgelegd. Hoe precies, blijft tot het einde een punt van discussie.

Als een rode draad loopt door de discussies het gegeven dat veel aspecifieke rugklachten na verloop van tijd ook vanzelf wel weer overgaan. De tijd moet het werk doen, valt uit de literatuur af te leiden, en er zijn weinig mogelijkheden voor

zinvolle interventies. Huisartsen moeten weten wat het effect is van hun handelen: medicatie kan de pijn verminderen, maar de patiënt ook afhankelijk maken. Patiënten moet dan ook altijd worden uitgelegd wat het doel is van bepaalde interventies. Meestal gaat het niet om het doen verdwijnen van de pijn, maar om het verbeteren van het functioneren. Uit de notulen van de werkgroep: “Bij iedere behandeling moet de huisarts aangeven wat het doel is, wat ervan te verwachten valt, wat de patiënt precies moet doen en wanneer hij er-

Ontwikkelings- proces

1. advies onderwerp
2. vaststellen onderwerp
3. opstellen projectplan
4. samenstellen werkgroep
5. vaststellen werkgroep
6. **FORMULEREN ONTWERP-STANDAARD**
7. adviseren
8. bijstellen ontwerp
9. commentaar leveren
10. ontwerp aanpassen
11. concept bekijken
12. redigeren/corrigeren
13. autoriseren
14. goedkeuren
15. bekrachtigen
16. publicatie in H&W

Aan de hand van de wordingsgeschiedenis van de standaard Lage rugpijn belichten we in een aantal afleveringen van het NHG-katern telkens een of enkele van deze stappen. Deze maand stap 6: formuleren ontwerp-standaard.

mee moet stoppen.”

Behandeling moet gericht zijn op het herstel van de zelfredzaamheid en waken voor onnodige medicalisering. Dat betekent ook dat niet eindeloos met behandeling door moet worden gegaan. “Voorlichting en behandeling gekoppeld aan tijd, met een geleidelijke opbouw van activiteiten, heeft de voorkeur boven koppeling aan pijn”, stelt de ontwerp-standaard.

Dus zegt de huisarts niet tegen de patiënt: “Probeer te lopen als de pijn het toelaat”, of: “Ga werken als de pijn over is”, maar: “Probeer na een paar dagen te lopen”, of: “Ga na een week weer aan het werk”. Want fixatie op pijn moet koste wat kost worden voorkomen.

Het is begrijpelijk dat de werkgroep veel tijd besteedt aan de literatuur over de waarde van oefen-therapie en fysiotherapie. “In de acute fase is fysiotherapie, oefen-therapie of manipulatie niet werkzaam”, concludeert de ontwerp-standaard. In de andere fases kan verwijzing nuttig zijn, althans voor zover het aantal behandelingen van tevoren wordt aangegeven. Behandeling mag ook niet alleen maar gericht zijn op het doen verdwijnen van de pijn: “Behandelingen als massage en interferentie vergroten de afhankelijkheid van de patiënt en zijn als monotherapie ongewenst”. Als afzonderlijke therapievorm heeft manuele therapie de gemoederen lang bezig gehouden. Weliswaar vereist manuele therapie volgens wetenschappelijk onderzoek minder behandelingen dan fysiotherapie, maar de behandelingen zijn duur en maken de patiënt afhankelijk. Bovendien vindt de werkgroep het effect op lange ter-

mijn onvoldoende aangetoond.

Ook de waarde van adviezen door de huisarts staat lange tijd ter discussie. Bewegen is goed, concludeert de werkgroep uiteindelijk, tenzij een beetje beweging al langdurige, ernstige pijn veroorzaakt. Het is niet eenvoudig om precies aan te geven wat wel en wat niet mag, omdat de wetenschappelijke onderbouwing niet eenvoudig is: is traplopen echt ‘goed’, en autorijden echt ‘slecht’? Lopen, veel wisselen van houding en - als de patiënt veel klachten heeft - voorzichtig zijn met gelijktijdig bukken en draaien

en zwaar tillen doorstaan de ‘gezonde argwaan’ van de leden van de werkgroep. Ook oefenen wordt in het uiteindelijke ontwerp van de standaard belangrijk genoemd. Want al is de effectiviteit niet bewezen en wordt de duur van de klachten er niet door beïnvloed, oefenen kan patiënten leren hoe ze met pijn moeten omgaan. En daar is het in de behandeling door de huisarts precies om te doen. (JV)

Overzicht NHG-Standaarden

In 1994 gepubliceerde standaarden :

- Constitutioneel eczeem
- Fluor vaginalis
- Psoriasis
- Bloedonderzoek
- Reumatoïde artritis
- Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen
- Angina pectoris
- Depressie

Standaardenwerkgroepen

Voor verschillende werkgroepen vragen wij ervaren huisartsen die bereid zijn actief aan de ontwikkeling van een NHG-Standaard bij te dragen. Aanmeldingen en informatie bij Frans Meulenberg, coördinator van de NHG-Afdeling Standaardenontwikkeling, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. Telefoon 030-881700.

Standaardenordnertje deel 2

Voor het vierde jaar alweer biedt het NHG haar leden een overzichtskaart aan met daarop alle NHG-Standaarden, gerangschikt op alfabetische volgorde. Ook de volgnummers staan vermeld. Dit alles is geen overbodige luxe. Er zijn immers inmiddels bijna vijftig standaarden gereed.

Vanaf 1995 is er dan ook een tweede deel van het ordnertje verkrijgbaar waarin de samenvattingskaarten kunnen worden opgeborgen. De handigste manier van opbergen is als volgt. In het eerste ordnertje komen de eerste 45 medische standaarden (standaarden M1-M45). In het tweede ordnertje komen de praktijk- en overige standaarden. Ook de nieuwe medische standaarden komen in het tweede ordnertje.

Begeleid lijden beter

Onderwijsarrangement voor de begeleiding van kankerpatiënten

Dokter Jaspers heeft het moeilijk met het stervensproces van meneer De Groot. Deze patiënt heeft een gemetastaseerd longcarcinoom en is nu thuisgekomen om daar te kunnen sterven. Zijn vrouw heeft daarin toegestemd, hoewel hun huwelijk niet zo goed is. Soma-tisch is de situatie enigszins stabiel en meneer De Groot heeft voldoende pijnstilling.

Dokter Jaspers heeft alle mogelijke steun toegezegd. Ze voelt zich erg bij meneer De Groot betrokken. Twee keer per week bezoekt ze het echtpaar en ze heeft hun haar privénummer gegeven. Ze had gehoopt dat meneer inmiddels zou kunnen aanvaarden dat zijn einde nabij is, maar het tegendeel lijkt het geval (iets wat ze ook bij haar vader heeft ervaren). Hij heeft behoefte om uitgebreid zijn gevoelens van angst en woede te uiten. En als dokter Jaspers weggaat, vertelt mevrouw De Groot altijd omstandig hoe moeilijk ze het heeft. De bezoeken kosten dokter Jaspers veel tijd en energie. Ze blijft ook denken: "Had ik maar niet zo lang gewacht met het maken van een röntgenfoto toen zijn rokershoest twee jaar geleden bleef aanhouden. Wat moet dat nog worden als hij lichamelijk slechter wordt."

Dokter Prins hoort van Margreet Visser dat haar moeder zo ziek is van de laatste chemokuur. Ze realiseert zich dat ze mevrouw Visser niet meer heeft gezien sinds ze haar heeft verwezen naar de chirurg. Door zijn brieven was ze wel op de hoogte gehouden van de behandeling van het mammacarcinoom. Margreet vraagt of ze eens met moeder wil gaan praten, die op wil houden met de behandeling.

Te veel of te weinig

Er is geen standaard over wat goed huisartsgeneeskundig handelen is bij de begeleiding van kankerpatiënten. Iedere huisarts zal het dilemma tussen te veel of te weinig doen uit bovenstaande casussen herkennen. De Afdeling Deskundigheidsbevordering (DKB) van het NHG ontwikkelt een onderwijsarrangement voor de nascholing van huisartsen over de begeleiding van kankerpatiënten. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met Leo Gualthérie van Weezel, psychiater van het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI/AvL), en Marianne den Hollander, huisarts, voorheen DKB-staffid. Van de Nationale Commissie Chronisch Zieken is subsidie ontvangen. Projectuitvoerder is Hetty Wemekamp, huisarts.

Planmatig werken, zorg op maat

Huisartsen leren tijdens dit onderwijsarrangement planmatig te werken. Zij leren te herkennen welke processen zich bij een kankerpatiënt afspelen op somatisch, psychisch en sociaal gebied, en te analyseren op welke terreinen hun patiënt hulp nodig heeft. Wat kunnen en willen de huisartsen zelf wel en niet; wat zijn hun mogelijkheden, sterke punten en grenzen? De deelnemers leren ook keuzes te maken en hun energie daar in te zetten waar het nodig en haalbaar is; distantie en betrokkenheid te combineren, en te communiceren met de patiënt, diens naasten en de andere hulpverleners over het hulpaanbod. Het is niet de bedoeling dat de huisarts er nòg meer bij moet doen. Het gaat er om te leren inschatten welke hulp in een bepaalde situatie nodig is. Zorg op maat dus. Dit

heeft geen taakverzwaring te betekenen; de huisarts wordt geleerd efficiënt met zijn of haar mogelijkheden en beperkingen om te gaan. Voor velen zal dit verlichting betekenen van het schuldgevoel van de altijd maar te kort schietende huisarts.

Het effect van de cursus zal ook merkbaar zijn bij de begeleiding van andere chronisch zieken.

Opzet van het onderwijsarrangement

Het onderwijsarrangement kent vier fasen.

In de oriëntatiefase wordt een aantal artikelen in veel gelezen medische tijdschriften gepubliceerd: een casuïstisch vervolgverhaal met theoretische notities.

Het is individueel onderwijs, gericht op kennismaking met het onderwerp en kennisoverdracht.

De tweede fase omvat een ongeveer drie uur durende, bijvoorbeeld door de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) georganiseerde, nascholingsmiddag of -avond. Daar kan een verdieping van de kennis worden bereikt; vooral kennis op het terrein van de psycho-oncologie, niet zozeer van de medisch-technische aspecten. Tevens zal een aanzet worden gegeven tot bewustwording van de eigen attitude. Het is de bedoeling dat de huisarts zich bewust wordt waarom hij of zij zo handelt en welke krachten daarbij een rol spelen (bijvoorbeeld eigen ervaringen met ziekte en dood).

De derde fase beslaat twee trainingdagen (met een maand tussenruimte) ergens 'in afzondering'. Dan kan intensiever aandacht worden besteed aan de bewustwording van de eigen attitude. Verder wordt het gereedschap aangereikt om be-

NHG-RL-Referatendag 1995

ter te kunnen begeleiden. Geoefend wordt met het maken van een werkplan voor de vervolcontacten, voor de continuïteit van zorg voor chronische patiënten. Simulatiepatiënten en de begeleiding door een professionele trainer bieden de huisarts de gelegenheid uitgebreid te oefenen in communicatieve vaardigheden.

Ten slotte is er de consolidatiefase. Tijdens een herhalingsavond in WDH-verband wordt gestructureerd aandacht besteed aan de opgedane ervaringen. (Hetty Wemekamp, Leo Gualthérie van Weezel en Marianne den Hollander)

Proefregio gezocht

De Afdeling Deskundigheidsbevordering zoekt nog naar een proefregio waar het onderwijsarrangement in het voorjaar van 1995 kan worden uitgetest.

Voor 1996 bestaat voor een beperkt aantal WDH's de mogelijkheid dit arrangement in hun programma op te nemen.

Bel voor meer informatie het NHG-Bureau en vraag naar Hetty Wemekamp of naar het DKB-secretariaat.

DKB pakketten

In 1994 verschenen pakketten:

22. Maagklachten
23. Constitutioneel eczeem (incl. twee videobanden)
24. Stoppen met roken
25. Fluor vaginalis
26. Influenza en influenzavaccinatie (incl. cahier en cd)

De NHG-Referatendag wordt in 1995 georganiseerd in samenwerking met de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg. Deze NHG-RL-Referatendag 1995 vindt plaats op 2 juni in Maastricht onder de titel: 'Onderzoek in de huisartsgeneeskunde: grensverleggend of -overschrijdend?'. Het NHG zorgt voor de selectie van de referaten, de Vakgroep Huisartsgeneeskunde voor de organisatie van de dag, het programma en het programmaboek.

In vijf zalen worden 36 wetenschappelijke referaten gehouden en een tiental referaten over belangrijke projecten. Aansluitend is er steeds gelegenheid voor discussie. In de hal vindt een posterpresentatie plaats. Met een uit te loven prijs voor de meest instructieve poster wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van de posters. Referaten of voorstellen voor posterpresentaties kunnen tot 1 februari 1995 worden ingediend. De referaten dienen te voldoen aan de eisen die ook het NTvG stelt (deze zijn op te vragen bij het NHG-Bureau, Jolanda Bladt) en op diskette bij het NHG te worden aangeleverd.

NHG-Huygenlezing 1995

Na de lunch van de Referatendag wordt de (twee-)jaarlijkse Huygenlezing uitgesproken. In deze lezing behandelt een uitgenodigde prominente spreker/spreekster een belangrijk onderdeel van de huisartsgeneeskunde.

De club van promoti van prof. Huygen, de Huygen-corona, heeft inmiddels een voordracht gedaan aan het NHG-Bestuur voor een kandidaat.

Als vervanger van prof. Huygen verzorgde dr. V. Tielens in 1992 de eerste Huygenlezing. Prof. De Melker sprak in 1993 de tweede lezing uit.

NHG-Jan van Es-scriptieprijs 1995

Tijdens de NHG-Referatendag wordt jaarlijks de Jan van Es-prijs uitgereikt voor de twee beste scripties geschreven door huisartsen-in-opleiding. De prijs is mogelijk gemaakt door de familie van Jan van Es en het NHG.

Ieder huisartseninstituut kan de twee beste scripties zenden aan het NHG, en wel vóór 1 februari 1995. Het NHG legt de scripties voor aan een Selectiecommissie.

Het reglement voor de toekenning van de prijs is op te vragen bij Jolanda Bladt, NHG-Bureau.

Extra NHG-Ledenvergadering

Elke winter vindt het NHG-Ledencongres plaats, waarop de financiële jaarstukken, de begroting en de jaarplannen passeren.

Om de NHG-leden daarnaast in de gelegenheid te stellen meer actieve inbreng in de beleidsplannen te hebben, koppelt het NHG-Bestuur voortaan aan de jaarlijkse Referatendag een inhoudelijke ledenvergadering. Hierin worden enkele belangrijke inhoudelijke onderwerpen met de leden besproken.

Programma

Het definitieve programma voor de NHG-RL-Referatendag is naar verwachting in maart 1995 gereed. U kunt het dan (inclusief inschrijfkart) opvragen bij het NHG of de Vakgroep Huisartsgeneeskunde in Maastricht. Tevens zullen exemplaren te verkrijgen zijn bij de andere huisartseninstituten. (JZ)

Stemmen van het NHG

Het kapitaal van een bedrijf zijn de medewerkers. Sommigen zijn bekend, anderen blijven onzichtbaar. Van enkele 'onzichtbaren' zijn de stemmen echter welbekend. Achter het professionele "Goedemorgen, met het Nederlands Huisartsen Genootschap" schuilt het NHG-team receptionisten en telefonisten. Zes telefoonlijnen bevat de centrale, die beurte- lings bemand wordt door Bea Stan- daard, Erika Marchal, Tineke van Soest en Marieke Teernstra.



Tineke van Soest (38) - rechts op de foto - is een routinier, afkomstig uit het bedrijfsleven en al vijf jaar werkzaam op het bureau. "Behalve de centrale doe ik de verkoop, de inkoop van kleine kantoorartikelen en de ledenservice. Dat is ook het aantrekkelijke van deze baan. Ik hou van afwisseling."

Haar collega Marieke Teernstra (31) is het hiermee eens. "Als secretaresse van de dienst Interne Zaken zit ik inmiddels al weer twee jaar op een snijpunt van het NHG. Door het coördineren van de vergaderingen, het distribueren van de post en de receptietaken weet ik veel van hetgeen in het bedrijf speelt."

Hoewel de spreiding erg groot kan zijn, komen er gemiddeld zo'n honderd telefoontjes per dag binnen. "De telefonische bestellingen nemen de meeste tijd in beslag. Dat betekent dat alle lijnen soms bezet zijn en 'in de wacht' gezet worden. Dat kan niet anders. Gelukkig hebben de meeste huisartsen en assistentes begrip hiervoor en wachten rustig", verklaren zij. Maar na een snelle onderlinge blik geven ze toe dat niet iedere huisarts even geduldig is... "Men beseft niet dat wij vaak telefoontjes krijgen met allerlei vragen die eigenlijk niet bij het NHG thuishoren. Het is een kwestie van service deze mensen ook goed te helpen." Zes lijnen en vier telefonistes: de poortwachters van het NHG-Bureau. (FM)

Checklist Praktijkvoering

Op het NHG-Congres is de Checklist Praktijkvoering gelanceerd. De Checklist is een overzicht van onderdelen van de praktijkvoering en bevat meer dan 2500 elementen. Hij is geschikt als geheugensteun en als controlelijst en is voorzien van een gebruiksaanwijzing en een aantal praktische oefeningen.

Aan de orde komen de praktijkuitrusting van de huisarts, samenwerking en delegatie, de organisatie van de dienstverlening, de verslaglegging en de organisatie van de kwaliteitsbevordering. De Checklist is bij het NHG-Bureau verkrijgbaar.

Colofon

Het NHG-katern is een uitgave van het NHG-Bureau.

Het verschijnt 13 x per jaar, als onderdeel van Huisarts en Wetenschap.

Redactie

drs. Hans van der Voort
voorzitter

drs. Ron Helsloot
secretaris

Frans Meulenberg
lid

Joke Schulkes-van de Pol (DB)
huisarts, lid

drs. Jos Zandvliet
lid

drs. Joost Visser
medewerker

Redactiesecretariaat

drs. Ron Helsloot
Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030-881700
Fax 030-870668