

geautomatiseerd systeem volkomen overbodige arbeid. Daarnaast kan de patiënt eerder in kennis gesteld worden van de uitslag.

Een ander voorbeeld is de afhandeling van brieven. Een op de harde schijf aanwezige brief op naam wegzetten met vermelding van specialisme, specialist/ziekenhuis en journaliseren kost 1 minuut. De aanwezigheid van deze brief wordt daarmee ook vastgelegd in het overzicht van verwijzingen. Hierna speelt de brief in zijn fysieke vorm geen rol meer. Volgens de KNMG hoeft deze zelfs niet bewaard te worden. Presentatie van een brief op het scherm vindt binnen één seconde plaats.

Verwijsbrieven worden gemaakt door snel te kiezen welk soort gegevens (journaal, lab, medicatie) in een brief opgenomen moeten worden. Dan kan eventueel de tekst gewijzigd worden. Dankzij de archief functie wordt deze brief automatisch bij de patiëntgegevens opgeslagen.

Deze voordelen biedt een geavanceerde computerregistratie. Bij de gangbare programma's zullen de voordelen nog niet zo uitgesproken zijn. Volgens mij heeft geen enkel programma de besproken mogelijkheid tot geïntegreerd archiveren, terwijl het automatisch verwerken van laboratoriumuitslagen maar minimaal als functie aanwezig is.

Hobbyisten kunnen laten zien wat er mogelijk is, wat voor een gebruiker zinvol is, waar tijd, kosten of energie bespaard kunnen worden, hoe de functionaliteit moet zijn..., en zo aangeven wat gebruikers willen. In de toekomst zal de computer in elke praktijk zijn intrede doen, ook voor het registreren van medische gegevens. Huisartsen met kennis van database-management en programmeren ontleen aan die specifieke combinatie professionele kwaliteiten, maar tekenend voor de situatie is dat een huisarts die werkt met door hem zelf ontwikkelde, volwaardige programmatuur, niet voor subsidie van ziektekostenverzekeraars in aanmerking komt. Dit in tegenstelling tot de vrij grote groep huisartsen die een WCIA-gekeurd programma hebben en het medische gedeelte niet gebruiken, omdat het programma niet bevalt.

Rutten *et al.* verzetten zich tegen enerzijds te kort schietende programmatuur tegen een te hoge prijs, en anderzijds het algemene streven naar automatisering. Daar heb ik gedeeltelijk begrip voor. De nieuwste hardware is her en der noodzakelijk. Overgaan naar nieuwere programmaversies blijft soms achterwege, omdat daarbij te grote problemen verwacht worden. Dat kan nooit de bedoeling zijn.

Ik heb laten zien wat er nu kan. Aan LHV, WCIA en gebruikersverenigingen is het initiatief om dit soort technieken voor u beschikbaar te krijgen. Misschien zijn zij, in wisselende mate en op begrijpelijke gronden, te lankmoedig jegens de leveranciers en moeten zij veel duidelijker opkomen voor het belang van de gebruikers.

Hoe het ook zij, voor mij geldt, niet als toekomstperspectief, maar als werkelijkheid van vandaag: de archiefkast kan dicht, de kaartenbak hoeft niet meer open.

Ik denk dat er meer huisartsen zijn die dat willen.

V. Zijlstra

- 1 Rutten GEHM, Weijtens JThNM, Haverkort AFM. Automatiseren: hollen of stilstaan? Huisarts Wet 1994; 37(2): 66-9.
- 2 De Melker RA, Jacobs HM, Kreuger FAF, Touw-Otten FWMM. Medische verslaglegging van huisartsen. Huisarts Wet 1994; 37(2): 46-51.

Naschrift

Zijlstra benadrukt nog eens de voordelen die hij ervaart van zijn in de praktijkvoering geïntegreerde computer. Het is evident dat de afweging van kosten en baten voor hem anders uitvalt dan voor ons. Daarop willen wij niets afdingen. Wij blijven echter benadrukken dat de door hem genoemde voordelen lang niet voor iedere huisarts gelden. Besparing van arbeidstijd bijvoorbeeld is niet van belang als de assistente toch een vast aantal uren in de praktijk aanwezig moet zijn. Andersom geldt natuurlijk ook, dat de door ons genoemde nadelen niet voor iedereen gelden. Blijkbaar heeft Zijlstra betere programmatuur, die minder vaak veranderingen ondergaat. Bovendien is die programmatuur in aanschaf en onderhoud veel minder duur. 'Automatiserings-uren' gelden voor hem als lust en voor ons als last.

Zijlstra is zich hiervan bewust en toont dan ook begrip voor ons standpunt. Dat verheugt ons, omdat ons artikel ook beoogd heeft om een eind te maken aan de situatie die leek te ontstaan dat het met automatiseren alles of niets is. Wie weet, komt er een moment dat ook voor ons de *bewezen* baten van automatisering wél opwegen tegen de *vaststaande* lasten.

Zo ver is het nu zeker nog niet. Het sterke vermoeden bestaat, dat dit voor veel huisartsen geldt.

G. Rutten

Sinusitis

Mevrouw Pieters, 35 jaar, vraagt aan de assistente een recept voor neusdruppels in verband met hoofdpijn en neusverkoudheid. De assistente schrijft een recept voor Rhinoguttæ xylometazolini 0,1% FNA. Ze vertelt dat aan het gebruik van deze druppels een aantal nadelen kleven. Hiertoe behoort/behoort:

- 1 Tachyfylixie (men moet ze steeds vaker gebruiken om hetzelfde effect te behalen).
- 2 Rebound (als men de neusdruppels langer dan ongeveer 10 dagen gebruikt, raakt de neus bij het staken van de medicatie nog meer verstopt).

Na een week stomen en neusdruppelen komt mevrouw Pieters bij haar huisarts. De klachten zijn in het geheel niet verbeterd. Bovendien heeft ze er nu af en toe koorts bij. Na anamnese en onderzoek stelt de huisarts de diagnose sinusitis. Hij besluit een antibioticum voor te schrijven.

- 3 Een smalspectrum antibioticum, zoals fenoxymethylpenicilline, verdient de voorkeur boven een breed spectrum antibioticum, zoals amoxicilline.

Praktijkvoering

- 4 Asielzoekers die onder de Regeling Opvang Asielzoekers (ROA) vallen, zijn tegen ziekte verzekerd volgens de Ziektefondswet.

Met een nieuwe praktijkassistente spreekt een huisarts een proeftijd af van twee maanden. Een week na indiensttreding wordt de nieuwe assistente ziek. Drie weken later hervat zij haar werkzaamheden weer. De huisarts meent dat hij de proeftijd mag verlengen met de periode van ziek-zijn.

- 5 Deze veronderstelling is correct.
- 6 In een proeftijd is ontslag zonder ontslagvergunning mogelijk.

Een patiënt verzoekt de huisarts om inzage in zijn medisch dossier. De huisarts weigert inzage te verlenen, omdat het dossier gegevens bevat die afkomstig zijn van de ouders. De patiënt stelt dat dit argument de huisarts niet ontslaat van zijn verplichting om inzage te verlenen in de over hem verzamelde gegevens.

- 7 De patiënt heeft gelijk.

Prostatitis

Meneer Dommels, 54 jaar, heeft de huisarts gebeld, omdat hij plotseling hoge koorts heeft

gekregen. Het is hem opgevallen dat zijn urine ook wat stinkt. Bij rectaal toucher vindt de huisarts een 'weke' prostaat. Het urinesediment bevat veel erythrocyten, leukocyten en bacteriën. De huisarts stelt de diagnose prostatitis. Zij schrijft de heer Dommels trimethoprim 300 mg 1 dd 1 voor.

- 8 Dit is in dit geval een correcte therapie.
9 De correcte tijdsduur voor de antibiotische therapie bedraagt in dit geval 3 tot 5 dagen.

De heer Laborie, 41 jaar, komt bij de huisarts wegens koorts en een pijnlijke mictie. Op grond van de aanvullende anamnese vermoedt de huisarts een acute prostatitis. Bij het onderzoek is het verrichten van prostaatmassage (voor verdere diagnostiek) aangewezen.

- 10 Deze informatie is correct.

Acute geneeskunde

Een huisarts wordt met spoed geroepen bij een patiënt die comateus is. Het gaat om een 22-jarige jongeman in slechte voedingstoestand. Het vriendinnetje dat bij hem zit, vertelt dat hij drugsgebruiker is. Een paar uur geleden heeft hij intraveneus heroïne gebruikt. Sinds ruim een uur is hij suf en kan zijn vriendin hem niet meer wakken. De man is licht cyanotisch, en haalt langzaam en oppervlakkig adem. De pols is 80 slagen per minuut. De pupillen zijn beiderzijds nauw. De huisarts overweegt een ernstige heroïne-overdosis.

- 11 Voor de beoordeling van de ernst van de toestand is in dit geval de pupilgrootte (nauw) van grotere betekenis dan de ademhalingswijze (langzaam, oppervlakkig).

De huisarts besluit tot het toedienen van 0,4 mg naloxonhydrochloride intraveneus.

- 12 Het effect hiervan treedt in de meerderheid der gevallen binnen 2 minuten in.

De huisarts wordt met spoed ontboden bij de heer Van Loo, 63 jaar, die tijdens een spelletje kaart plotseling heftige pijn in het achterhoofd kreeg. Bij binnenkomst treft de huisarts hem in bed aan. Patiënt houdt zijn rechterhand in zijn nek. Hij heeft een helder bewustzijn en heeft niet gebrakt. Bij onderzoek vindt de huisarts geen nekstijfheid.

- 13 In dit geval is een aanval van een Hortonse neuralgie waarschijnlijker dan een sub-arachnoïdale bloeding.

De huisarts komt met spoed bij de heer Kastelein, 55 jaar, in verband met een mogelijk hartinfarct. Hij heeft hevige pijn op de borst en is

shockerig. Bij onderzoek vindt de huisarts onder andere een tachycardie met een frequentie van 160/minuut. Ze twijfelt tussen een ventriculaire en supraventriculaire genese van de tachycardie. Ze overdenkt welk medicament ze hiervoor zal toedienen.

- 14 In een dergelijk geval van twijfel over de genese van de tachycardie is lidocaïne (intraveneus) het middel van keuze.

Pijnlijke knie

Mevrouw Terstappen, 67 jaar, heeft sedert enkele weken pijn aan haar linkerknie, ontstaan na de grote schoonmaak. Sinds enige dagen is er ook ochtendstijfheid, die enige minuten duurt. Bij onderzoek loopt mevrouw wat mank. De knie crepiteert iets en er is een lichte hydrops. De kniebewegingen zijn pijnlijk, maar niet beperkt. De huisarts denkt dat er sprake is van overbelasting van een artrotische knie. Zij geeft mevrouw Terstappen enkele adviezen om het kniegewricht te ontlasten. Onder meer raadt zij haar het gebruik van een stok aan.

- 15 De stok wordt in dit geval aan de gezonde kant (rechts) gebruikt.

Ook raadt zij haar aan een kussentje in de knieholte te leggen bij het zitten met de benen op de bank.

- 16 Dit is in dit geval een correct advies.

Mevrouw Terstappen vraagt of zij een bandage om de knie mag gebruiken.

- 17 Dat is in dit geval gecontraïndiceerd.

De vader van Roosje, 8 jaar, komt met haar op het spreekuur, omdat ze sinds enkele weken pijn in haar linkerknie heeft. Ze zakt soms door de knie en af en toe krijgt ze hem ook niet goed recht. Bij onderzoek is er een lichte hydrops, een extensiebeperking van ongeveer 5 graden en bij gebogen knie geeft Roosje drukpijn aan ter hoogte van de mediale femurcondyl. Naast andere diagnoses overweegt de huisarts ook een osteochondritis dissecans.

- 18 Bij deze diagnose past de drukpijn ter hoogte van de mediale femurcondyl.

- 19 Op de leeftijd van Roosje geneest een osteochondritis dissecans in de meerderheid der gevallen spontaan.

Literatuur

Vragen 1-3

De Melker RA. Infecties van de bovenste luchtwegen. Utrecht: Bunge, 1990: 18.

Vraag 4

Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering. De kleine gids voor de Nederlandse sociale zekerheid. Deventer: Kluwer/VSV 1992: 5.

Vragen 5 en 6

Barneveld GJ, Van den Oord PThM, Pierik JB. De arts als ondernemer. Utrecht: Bunge, 1991: 103, 104.

Vraag 7

Neomagus GJH, Kalkman-Bogerd LE. Huisarts en recht. Utrecht: Bunge, 1991: 59.

Vragen 8 en 9

Van Balen FAM, Baselier PJAM, Van Pienbroek E, Winkens RAG. NHG-Standaard Urineweginfecties. Huisarts Wet 1989; 32: 527-31.

Vraag 10

Van de Lisdonk EH, et al., red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990: 243.

Vragen 11 en 12

Bakker JMA, Rengelink H. Drugoverdosering: hoe te handelen als (waarnemend) arts. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 143: 1043-5.

Vraag 13

Vos J. Het cerebrovasculaire accident. Bijblijven 1985; 5: 26-46.

Vraag 14

Smit PTh. Spoedgevallen in de huisartspraktijk. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema 1986: 47.

Vragen 15-17

Schellekens JWG, Romeijnders ACM. Artrose... en dan? Huisarts Wet 1989; 32: 19-24.

Vragen 18 en 19

Douwes Visser J. Kinderorthopaedie: pluis of niet pluis? Groningen: Styx, 1991: 97.

Antwoorden

1 juist; 2 juist; 3 onjuist; 4 juist; 5 onjuist; 6 juist; 7 juist; 8 juist; 9 onjuist; 10 onjuist; 11 onjuist; 12 juist; 13 onjuist; 14 juist; 15 juist; 16 onjuist; 17 onjuist; 18 juist; 19 juist.

Deze toetsvragen zijn afkomstig van het landelijk Samenwerkingsverband van de Universitaire Huisartsopleidingen (SV-UH); zij worden gebruikt in landelijke kennistoetsen voor huisartsenin-opleiding. Voor nadere informatie kan men zich wenden tot het Uitvoerend Bureau van het SV-UH, mevrouw A.W.M. Kramer, huisarts/interim-coördinator kennistoets, of mevrouw Drs. M.C. Pollemans, Universiteit Utrecht, Postbus 80045, 3508 TA Utrecht.