

Nuldelijnsstandaarden

Het project 'Dokteren aan de Waal'

P.A. VAN DIJK
J. VAN DEN BOSCH
J.A. VAN WIJGERDEN
C.M.J. DE ROOIJ-DE SWART

Van Dijk PA, Van den Bosch J, Van Wijgerden JA, De Rooij-de Swart CMJ. Nuldelijnsstandaarden. Het project 'Dokteren aan de Waal'. Huisarts Wet 1996; 39(2): 69-74.

Samenvatting Onder 'nuldelijnsstandaarden' worden verstaan: richtlijnen voor het handelen van de patiënt bij veel voorkomende klachten, opgesteld door de eigen huisarts. In het kader van het project 'Dokteren aan de Waal' worden twintig nuldelijnsstandaarden ontwikkeld door een huisartsentoetsgroep in de Bommelerwaard. Via krant, lokale televisie en radio, een waaier en een cursus worden werkafspraken tussen patiënt en huisarts gemaakt. Met het project worden de volgende doelstellingen nagestreefd: het terugdringen van onnodige medische consumptie, het geven van informatie waarmee de patiënt zelf veel voorkomende gezondheidsproblemen kan oplossen, het concretiseren en vastleggen van de 'praatjes van de huisarts bij deze problemen, het voorkomen van onaanvaardbare verschillen in aanpak binnen de toetsgroep, en het formuleren van werkafspraken over het grijze gebied van semi- en pseudowetenschappelijke adviezen.

P.A. van Dijk, J. van den Bosch, J.A. van Wijgerden, C.M.J. de Rooij-de Swart, allen huisarts.
Correspondentie: P.A. van Dijk, Ruitersstraat 10, 5301 ED Zaltbommel.

Inleiding

De afgelopen twintig jaar bestond in de voorlichting op het gebied van de gezondheidszorg een tendens van 'let op de kleine verschijnselen', want die kunnen voorboden zijn van iets ernstigs. De slotzin van talrijke brochures en gesprekken luidde: 'bij twijfel de dokter raadplegen'. In vrijwel alle informatie over gezondheid en ziekte wordt de aandacht gevestigd op ernstige aandoeningen en de fantastische mogelijkheden die binnen de geneeskunde zijn ontwikkeld; zelden komt naar voren dat de geneeskunde grenzen heeft. Juist bij veel voorkomende lichamelijke ongemakken is er een aanzienlijke discrepantie tussen de verwachtingen van de patiënt en de mogelijkheden van de dokter.¹

Door het imago van onfeilbaarheid dat gezondheidsdeskundigen omgeeft, hebben veel mensen het geloof in eigen inzichten omtrent ziekte en gezondheid verloren. Bij lichamelijk onwelzijn leveren zij zich in bij de dokter, die hen behandelt volgens de ideeën die dokters hebben over ziek-en gezond-zijn.

Op allerlei niveaus van de gezondheidszorg is men echter van mening dat de mensen zelf meer verantwoordelijkheid moeten nemen op dit gebied. In theorie lijkt iedereen het wat dit betreft met elkaar eens, maar in de praktijk stellen hulpverleners zich passief op. Ook de huisarts blijft dagelijks patiënten belonen door klachten te behandelen die de mensen zelf hadden kunnen verhelpen. Onze vorm van hulpverleners is kennelijk weinig geschikt om deze doorgeschoten afhankelijkheid te doorbreken. Toch ligt hier volgens het 'Basistakenpakket' een duidelijke taak voor de huisarts: 'De huisarts geeft voorlichting aan individuen en gezinnen. Hij stimuleert het eigen verantwoordelijkheidsbesef van zijn patiënten en in het kader daarvan de zelfzorg.'²

Waarom kwijt de huisarts zich zo weinig van deze taak? *Heyrman* veronderstelt dat het misschien te moeilijk is om naast het bezig-zijn met actuele klachten ook te denken aan alle mogelijke ziekten die zich in de toekomst zouden kunnen voordoen. Hij vraagt zich af of de werkwijze van de

huisarts niet meer gericht zou moeten zijn op het bevorderen van gezonde leefpatronen teneinde ziekten te voorkomen.³ De huisarts is de medicus die het meest te maken heeft met gezondheid. Het merendeel van zijn patiënten is niet ziek. Zijn dagelijks werk bestaat uit het inschatten van de vraag of de ongemakken van de patiënt nog variaties van gezond-zijn betekenen of de eerste symptomen van ziek-zijn. *Huygen* zei in dit verband al in 1978: 'de huisarts bemiddelt tussen de bevolking en de mogelijkheden van de geneeskunde. Hij staat op de grens tussen zelfzorg en professionele zorg. Wil de huisarts de vraag om professionele zorg beperken dan zal hij aandacht moeten besteden aan het ontwikkelen van zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid bij zijn patiënten.'⁴

Overigens is er een toenemend besef dat een belangrijk deel van het geneeskundig handelen zich afspeelt in een betrekkelijk grijs gebied, gebaseerd op rituelen, ongecontroleerde kennis uit leerboeken en uitspraken *ex cathedra* van hoogleraren.^{5,6} Medewerkers van het Amerikaanse Office of Health Technology Assessment schatten dat slechts 20 procent van het medisch handelen gebaseerd is op goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek.⁷ Juist op het punt van dit soort semi- en pseudowetenschappelijke adviezen lopen de opvattingen van huisartsen sterk uiteen.

Nuldelijnsstandaarden

De toetsgroep Bommelerwaard bestaat sinds zeven jaar. In de groep zitten alle elf huisartsen uit de tien praktijken van de gemeenten Rossum, Heerwaarden, Brakel, Zaltbommel en Kerkwijk.

In januari 1993 is de toetsgroep begonnen met het project 'Dokteren aan de Waal': het ontwikkelen van 'nuldelijnsstandaarden'. Nuldelijnsstandaarden zijn richtlijnen voor het handelen van de patiënt bij veel voorkomende klachten, opgesteld door de eigen huisarts. Een nuldelijnsstandaard is ook het 'praatje' van de huisarts, het verhaal dat hij steeds weer vertelt bij een bepaalde klacht. Bij nuldelijnsstandaarden gaat het niet om ernstige of bijzondere aandoeningen, maar om

In de oktoberaflevering van 'Dokteren aan de Waal' geven dertien huisartsen uit ons verspreidingsgebied tekst en uitleg over het onderwerp 'oorpijn'. Op systematische wijze geeft het artikel aan wat u zelf aan klachten kunt doen en wanneer het verstandiger is om naar de huisarts te gaan. Naar aanleiding van dit artikel kunnen wellicht vragen ontstaan bij lezers. Schriftelijke vragen over oorpijn kunnen onder vermelding van 'dokteren' tot maandag 30 oktober worden ingediend bij nieuwsblad De Toren, Gamerschestraat 24, 5301 AS Zaltbommel. In het Transmediaradioprogramma 'het Bommel woensdagmagazine' (106.6 MHz in de ether, op de kabel 91.4 MHz) op woensdagavond 8 november tussen 19.00 en 20.00 uur zullen de huisartsen Arja van Wijgerden en Hans van den Bosch deze vragen beantwoorden. Transmedia Televisie besteedt op zondag 5 november om 12.00 uur aandacht aan dit onderwerp.

Oorpijn



Het oor bestaat uit het buitenoor, middenoor en het binnenoor. De oorschelp en de gehoorgang vormen het buitenoor. Buitenoor en middenoor worden door het trommelvlies gescheiden. De buis van Eustachius verbindt het middenoor met de neusholte.

Geluiden komen als trillingen de gehoorgang binnen. Hierdoor gaat het trommelvlies trillen. Het geluid wordt versterkt door de botjes die achter het trommelvlies in het middenoor liggen. Vanuit het middenoor gaat het vervolgens naar het slakkenhuis. Hier worden de trillingen omgezet in zenuwprikkels. Als dat gebeurt is horen we geluid.

Oorpijn is vrijwel altijd het gevolg van een ontsteking in het middenoor of een ontsteking van de uitwendige gehoorgang. Middenoor-ontsteking komt vooral voor bij kinderen, uitwendige gehoorgang-ontsteking vooral bij volwassenen. In dit artikel gaat het over de middenoor-ontsteking.

Oorzaak

Middenoor-ontsteking ontstaat bijna altijd tijdens of vlak na een verkoudheid. Door de verkoudheid zwelt het slijmvlies in de neus en in de buis van Eustachius op. Bovendien wordt er extra slijm geproduceerd. Behalve de neus raakt ook de buis van Eustachius verstoppt. Daardoor is er geen open verbinding meer met de neusholte. Het gevolg is een opeenhoping van slijm in het middenoor.

Wanneer zich hierin ook nog bacterieën

ontwikkelen is er een infectie met pus. Door de druk op het trommelvlies ontstaat pijn.

Omdat de buis van Eustachius bij kinderen korter is dan bij volwassenen kunnen bacterieën uit de neus gemakkelijk het middenoor bereiken. Dat is de reden dat middenoor-ontsteking vaak bij kinderen voorkomt.

Verschijnselen

Oorpijn kan aan één kant of aan beide oren optreden. De pijn gaat bijna altijd samen met koorts, hangerigheid, vaker huilen, nachtelijke onrust en een gebrek aan eetlust.

Een klein kind dat nog geen pijn kan benoemen grijpt soms naar één oortje of rolt opvallend op één kant. Bij kleine kinderen kunnen ook algemene verschijnselen als buikpijn, braken en diarree wijzen op pijn in het oor.

Een middenoor-ontsteking bij een gezond kind kan geen kwaad. Binnen 3 dagen zijn de klachten weer op zijn retour.

Soms ontstaat er door de druk een gaatje in het trommelvlies. De pus loopt dan uit de gehoorgang. Vaak is er dan na het slapen een gele vochtplek op het kussen te zien.

Na het doorbreken van het trommelvlies is de pijn meestal een stuk minder of soms over. Het lichaam lost dit probleem meestal binnen 2 weken zelf weer op. Ook het gaatje in het trommelvlies sluit zich spontaan.

Tijdens en na een middenoor-ontsteking kan het kind doof zijn. Ook dat herstelt zich binnen 3 maanden vanzelf.

Oorontstekingen zijn voor sommige kinderen en hun ouders zeer hinderlijk. Kinderen groeien er echter altijd overheen. Bij het ouder worden groeit ook de buis van Eustachius, waardoor er minder snel middenoor-ontstekingen optreden.

Naar de dokter

Het doorprikken van het trommelvlies bij oorpijn was vroeger gebruikelijk. Deze behandelwijze is vrijwel geheel verlaten.

Uit onderzoek blijkt dat penicilline (antibiotica) bij een gewone oorontsteking geen zin heeft. Het gebruik ervan in deze situatie levert meer schade op dan voordeel.

Normaal is het voor oorpijn dus niet nodig om de huisarts in te schakelen. Wanneer echter na 3 dagen de pijn en de koorts niet over is, is dat een teken dat de eigen

afweer van het lichaam het niet redt. Ga dan naar de huisarts.

Een loopoor hoort binnen twee weken over te zijn. Laat, ook als het binnen deze tijd is hersteld, na 14 dagen het trommelvlies door de huisarts controleren.

Bij jonge kinderen moet men meer alert zijn. Neem voor kinderen onder de twee jaar na één dag en voor kinderen jonger dan zes maanden dezelfde dag contact op met de huisarts.

Wanneer een kind langer dan drie maanden na een oorontsteking slecht hoort is een bezoek aan de huisarts gewenst.

Behandeling/ zelfzorg

– De verstopping van de neus en de buis van Eustachius kunt u opheffen door xylo-metazol-neusdruppels of neusspray te gebruiken. Beiden zijn zonder recept bij drogist of apotheek verkrijgbaar. Er zijn verschillende sterktes voor kinderen en volwassenen. Gebruik neusdruppels of spray niet langer dan zeven dagen achtereen. Ze kunnen bij langdurig gebruik de slijmvliezen van de neus beschadigen. Zout water neusdruppels of zout water spray kunt u langer gebruiken. Dit verdient ook de voorkeur bij kinderen onder de twee jaar.

– In liggende houding is de druk op het trommelvlies groter. Daarom gaat het bij kinderen overdag vaak redelijk goed en is de oorpijn savonds en snachts het ergst. Soms helpt het om het hoofdeinde wat hoger te maken. Dit kunt u doen door een extra dik kussen onder het matras te leggen of een paar boeken onder de poten aan het hoofdeinde van het bed te plaatsen.

– De oorpijn kunt u bestrijden met paracetamol. Ook de koorts gaat hiermee omlaag. Paracetamol is verkrijgbaar als tablet, zetpil en als drank. Vanaf drie maanden mag paracetamol worden gegeven. Op de verpakking staat precies aangegeven wat de juiste doseringen zijn.

Het geven van oordruppels tegen de pijn is niet zinvol. Het pijnstillend effect van de druppels is nooit aangetoond.

– De meeste kinderen met oorpijn en koorts hebben geen zin in eten. U hoeft zich daar geen zorgen over te maken. Dring ze geen eten op. Zodra het beter gaat, haalt het de schade wel weer in.

– Door de koorts verliest het kind extra vocht. Geef het daarom voldoende te drinken.

– Een kind met oorpijn hoeft niet in bed of binnen te blijven. Als het kind zich beroerd voelt gaat hij of zij vanzelf liggen.

– Er bestaat geen verband tussen het ontstaan van een oorontsteking en zwem-

men. Er is geen reden het zwemmen te verbieden bij een kind dat gemakkelijk een oorontsteking heeft. De infectie komt immers niet van buiten maar vanuit de neus.

Als kinderen een gaatje in het trommel-

vlies hebben (bijvoorbeeld tijdens of na een loopoor) of wanneer ze trommelvliesbuisjes hebben is het verstandig niet met het hoofd onder water te zwemmen. Douchen is geen enkel bezwaar.

Samenvatting

– Oorpijn bij kinderen wordt vrijwel altijd veroorzaakt door een ontsteking van het middenoor.

– Oorpijn bij kinderen ontstaat meestal tijdens of na een verkoudheid. De buis van Eustachius zit dan dicht. Daardoor hoopt zich slijm en pus op achter het trommelvlies. De druk op het trommelvlies veroorzaakt pijn.

– Oorpijn bij kinderen gaat meestal gepaard met koorts, hangerigheid, huilen, nachtelijke onrust en gebrek aan eetlust. Babys grijpen soms naar één oortje of rollen op één kant van het hoofd om de pijn aan te geven.

– Soms ontstaat er door druk een gaatje in het trommelvlies. De pus loopt dan uit de gehoorgang. Het lichaam lost dit probleem binnen twee weken zelf weer op.

– Hoewel oorontstekingen voor kind en ouders zeer hinderlijk zijn, groeien de kinderen er altijd overheen.

– Oorpijn bij een gezond kind kan geen kwaad. Binnen drie dagen zijn de klachten weer op zijn retour.

– Uit onderzoek blijkt dat het geven van penicilline (antibiotica) bij een gewone oorontsteking geen zin heeft. Voor een gewone oorontsteking is het dus niet nodig de huisarts in te schakelen.

– Het is wel verstandig om de huisarts te raadplegen bij oorpijn en koorts die langer dan drie dagen duurt. Eveneens is het belangrijk om veertien dagen na een loopoor het trommelvlies te laten controleren bij de huisarts.

– Neem voor kinderen onder de twee jaar na één dag en voor kinderen onder de zes maanden dezelfde dag nog contact op met de huisarts.

– Wanneer een kind drie maanden na een oorontsteking nog slecht hoort is een bezoek aan de huisarts gewenst.

– Oorpijn kunt u zelf behandelen door ervoor te zorgen dat de neus en de buis van Eustachius zo goed mogelijk open zijn. Gebruik xylo-metazol-neusdruppels of een neusspray. Beide zijn zonder recept te verkrijgen in de apotheek of bij de drogist.

– Gebruik neusdruppels en neusspray niet langer dan zeven dagen achter elkaar. Zout water neusdruppels of zout water spray kunt u langer gebruiken. Bij kinderen onder de twee jaar is het beter alleen zout water te gebruiken.

– Oorpijn is er vooral 's nachts. Dat komt omdat er in liggende houding meer druk op het trommelvlies staat. Soms helpt het om het hoofdeinde van het bed wat hoger te maken of een kussen onder het matras te leggen.

– De pijn in het oor kunt u bestrijden met paracetamol. Ook de koorts gaat hiermee omlaag. Oordruppels blijken weinig te helpen tegen oorpijn.

– Er bestaat geen verband tussen het ontstaan van oorontstekingen en zwemmen. Zwemmen, in bad gaan of douchen is dus geen probleem.

– Wanneer er een gaatje in het trommelvlies zit (bijvoorbeeld bij een loopoor) of wanneer een kind buisjes heeft, is het verstandig niet met het hoofd onder water te gaan. Douchen is geen bezwaar.

– Een kind met oorpijn hoeft niet in bed of binnen te blijven. Als het kind zich rot voelt gaat hij of zij vanzelf wel op de bank liggen.

Leonhard Beijderwelle
Klaas Bonsema
Hans van den Bosch
Wouter Bosman
Janske van Buuren
Paul van Dijk
Henk Folmer

Chris de Ridder
Corry de Rooij
Ron Swank
Jaap Veerman
Arja van Wijgerden
Paul Willemsen

klachten en problemen die in elk gezin op gezette tijden aan de orde zijn. Ze behoren tot de meest gepresenteerde klachten op het spreekuur van de huisarts, zoals keelpijn, diarree, koorts, slapeloosheid en rugpijn.

Het doel van het project kan in een aantal punten worden samengevat.

- Het verschaffen van informatie aan de patiënt. Met deze informatie wordt de patiënt de mogelijkheid geboden op een verantwoorde wijze vaak voorkomende gezondheidsproblemen zelf op te lossen.
- Het aangeven van de grenzen van het eigen handelen. Eigen verantwoordelijkheid impliceert dat men weet wanneer professionele bemoeienis gewenst is.
- Het terugdringen van onnodige medische consumptie. Het is van belang dat de patiënt selectief leert omgaan met de gezondheidszorg. Voor elk wissel naar de huisarts gaan is niet bevorderend voor de gezondheid van de patiënt (en van de huisarts).
- Het concretiseren en vastleggen van onze 'praatjes' bij de meest voorkomende kwalen. De nuldelijnsstandaarden bieden een goede basis voor werkafspraken en onderlinge toetsing.
- Het terugdringen van onaanvaardbare verschillen in aanpak. Het is van belang dat de dokter tijdens de waarneming hetzelfde verhaal heeft als de eigen huisarts.
- Het formuleren van werkafspraken over 'het grijze gebied'.
- Het bereiken van de allochtone bevolking. Door het vertalen van de nuldelijnsstandaarden kan deze bevolking mogelijk beter gebruik maken van de eerstelijnszorg.

Binnen de toetsgroep houdt een subcommissie van vier leden (de auteurs van dit artikel) zich bezig met het ontwikkelen van de nuldelijnsstandaarden. Het concept wordt geschreven door Paul van Dijk, op basis van door hem in 1982 voor zijn eigen praktijk gemaakte nuldelijnsstandaarden.⁸ Na uitgebreide discussies in de subcommissie wordt het concept aangepast en ver-

volgens voor commentaar toegestuurd aan alle leden van de toetsgroep. Ook de partners, de doktersassistenten en enkele leden van de patiëntenvereniging wordt om een reactie gevraagd. Alle reacties worden daarna door de subcommissie gewogen en verwerkt.

Een maatregel of advies moet zoveel mogelijk voldoen aan de volgende criteria:

- gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek;
- aansluitend op de NHG-standaarden;
- aansluitend bij de taal en beleevingswereld van de patiënt;
- breed draagvlak binnen de beroepsgroep;
- geen bekende of te verwachten schadelijke effecten;
- gemakkelijk uitvoerbaar binnen de thuissituatie; een maatregel die thuis uitgevoerd kan worden, heeft de voorkeur boven een commercieel product;
- actief gericht tegen onnodige medische consumptie (ook ten aanzien van zelfmedicatie);
- ontmytologiserend ten aanzien van overspannen verwachtingen van de geneeskunde;
- het 'banale', 'self-limiting' karakter van de aandoening benadrukkend.

Elke nuldelijnsstandaard bestaat uit de paragrafen 'inleiding', 'oorzaak', 'verschijnselen', 'naar de dokter?' en 'behandeling/zelfzorg'. Het zwaartepunt ligt op 'behandeling/zelfzorg: wat kan de patiënt zelf aan het probleem doen? Daarbij is belangrijk dat de patiënt het vertrouwen krijgt dat hij het probleem in principe in eigen beheer kan oplossen. Duidelijk dient ook te zijn dat de huisarts bij veel banale gezondheidsproblemen zelden meer kan doen dan de patiënt.

Er zijn drie niveaus van informatieoverdracht: uitgebreide beschouwing, korte samenvatting en de waaier.

• In de uitgebreide beschouwing (*kader* pp. 70-71) worden keuzen beargumenteerd en maatregelen in detail uitgewerkt. GVO-deskundigen adviseren bij het ontwikkelen van patiëntenfolders aandacht te besteden aan de pathofysiologie.⁹ Bij de

nuldelijnsstandaarden wordt nadrukkelijk gekozen voor beschrijving van deze achtergronden. Deze uitleg en nuancering van het onderwerp is te vergelijken met de wetenschappelijke verantwoording van de NHG-standaarden, maar dan uiteraard op patiënteniveau. Deze informatie bereikt de patiënt over het algemeen op een moment dat hij *niet* ziek is.

• De korte samenvatting (p. 71) is te vergelijken met een compacte folder (zoals de nieuwe NHG-folder), waarin alle relevante gegevens zijn vermeld.

• Daarnaast is er een waaier met 20 kaartjes, waarop kort is aangegeven wat het beleid bij een bepaalde klacht of een bepaald probleem is (pag. 73). Deze kaartjes zijn steeds volgens eenzelfde stramien ingedeeld: 'wat zijn de klachten', 'wat kunt u zelf zien/merken', 'naar de dokter?' en 'wat kunt u zelf doen?'. Als er in het gezin een bepaald medisch probleem is kan men op het betreffende kaartje in één oogopslag zien wat het is, wat men er zelf aan kan doen en wanneer men naar de dokter moet.

De waaier wordt door de huisarts aan de patiënten meegegeven. Daarbij wordt duidelijk gemaakt dat het niet om een gratis folder uit het rek gaat, maar om werkafspraken tussen patiënt en eigen huisarts. Voor de Marokkaanse bevolking zijn kaartjes gemaakt met op de achterkant de tekst in het Arabisch.

De nuldejaarsstandaarden worden onder de kop 'Dokteren aan de Waal' gepubliceerd in de 'Toren', een goed en veel gelezen huis-aan-huisweekblad. Elke standaard wordt geïllustreerd door een lokale kunstenaar, en wordt ondertekend door alle huisartsen van de toetsgroep. We hebben gekozen voor twintig standaarden die over een periode van twee jaar worden gepubliceerd. De volgende onderwerpen zijn tot nu toe verschenen: keelpijn, diarree, koorts, hoge bloeddruk, bijholte-ontsteking, slapeloosheid, hoofdpijn, griep, maagklachten, hoesten, hyperventilatie, vermoeidheid, kinderziekten, rugklachten, witte vloed en oorpijn. In voorbereiding zijn: bedplassen, stress, en huiduitslag.

STRESS
SLAPELOOSHEID
RUGKLACHTEN
OORPIJN
ORSTIPATIE
MAAGKLACHTEN
KOORTS

STRESS
SLAPELOOSHEID
RUGKLACHTEN
OORPIJN
OBSTIPATIE
MAAGKLACHTEN
KOORTS

Wat zijn de klachten

- koud hebben en rillen (wanneer de temperatuur snel stijgt)
- warm hebben en zweten (wanneer de temperatuur gaat dalen)

Wat kunt u zelf zien

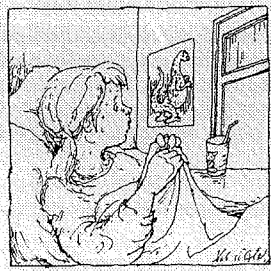
- lichaamstemperatuur is hoger dan 380 (gemeten via de anus)
- de hoogte van de koorts is minder belangrijk dan het gedrag van het kind. Als het kind speelt en normaal reageert is er niet veel aan de hand

Naar de dokter ?

- nee, voor koorts alleen hoeft u niet naar de dokter
- ja, als het kind jonger is dan een jaar
- ja, als koorts samengaat met sufheid, slecht drinken, stijve nek, benauwdheid, braken of diarree
- ja, als koorts langer duurt dan 4 dagen of na daling opnieuw gaat stijgen

Wat kunt u zelf doen

- geef het kind extra drinken
- dring geen eten op
- als het kind zich fit voelt hoeft het niet persé in bed of binnen te blijven
- geef het kind extra aandacht (spelletje, voorlezen)
- zorg dat de lichaamswarmte weg kan, leg het kind niet onder een dikke deken
- zorg voor dunne loszittende kleding
- koortswerende medicijnen zijn niet nodig, als het kind zich erg ziek voelt, kan paracetamol worden gegeven (bij drogist of apotheek verkrijgbaar)



KOORTS

De waaier

Aansluitend op de publikatie van een standaard wordt in een uitzending van de lokale televisie (Transmedia) ingegaan op hetzelfde onderwerp. In dit programma worden richtlijnen, achtergronden en nuances belicht. Twee weken later is er vervolgens op de plaatselijke radio een praatprogramma over dezelfde nuldelijnsstandaard. Mensen kunnen in dit programma naar aanleiding van het verhaal in de krant en op de televisie vragen stellen. Deze uitzendingen worden verzorgd door Arja van Wijgerden en Hans van den Bosch.

Tenslotte is een begin gemaakt met een cursus 'gezondheid en gezin'. In deze cursus kan de patiënt samen met de eigen huisarts vaardigheden ontwikkelen om met veel voorkomende gezondheidsproblemen om te gaan. In deze cursus, waarbij gebruik wordt gemaakt van een vast draaiboek, dienen de nuldelijnsstandaarden als basismateriaal.

Een half jaar na het verschijnen wordt de nuldelijnsstandaard opnieuw besproken in de toetsgroep. Daarbij wordt nagegaan of alle huisartsen in staat zijn gebleken de gekozen richtlijnen ook toe te passen. In de praktijk gerezen problemen en eventuele knelpunten worden besproken.

Beschouwing

Het project 'Dokters aan de Waal' onderscheidt zich op een aantal punten van de gebruikelijke gezondheidsvoorlichting, die vrijwel geheel beperkt lijkt te zijn tot voorlichting rond het consult.^{10,11} De informatie wordt geleverd door de eigen huisarts. Deze neemt verantwoordelijkheid voor de inhoud en handelt bij de betreffende klacht volgens de gegeven richtlijnen. De patiënt weet dus wat hij in grote lijnen kan verwachten van de huisarts, en wanneer de huisarts het medisch noodzakelijk acht dat hij wordt ingeschakeld.

Het werkgebied van de huisartsen die deelnemen aan het project, is zeer omschreven. Het betreft een door rivieren omsloten gebied. Dat houdt in dat er door de gelijkgerichte informatie over deze onderwerpen vrij optimale voorwaarden aanwezig zijn voor een *communis opinio* onder de bevolking.

Volgens de definitie van *Van Eijk* is patiëntenvoorlichting het overdragen van gerichte en systematische informatie met als doel het bevorderen van kennis en het beïnvloeden van gedrag.¹² Voorlichting blijkt echter in het algemeen het minst effectief bij de mensen die er de meeste behoefte aan hebben, zoals mensen met een lage opleiding en/of een laag inkomen, en immigranten. Volgens *Kok* is de beste strategie om deze doelgroep te bereiken, een *community-* of sociale-netwerkbenadering. Kenmerken van deze benadering zijn onder andere:

- intersectoraal: inbreng vanuit verschillende sectoren van de maatschappij;
- multimediaal: de boodschap wordt via uiteenlopende media uitgedragen;
- gebruik makend van bestaande sociale netwerken;
- gericht op verandering in de leefstijl en niet op verandering van één gezondheidsaspect;
- aansluitend bij de leefwereld van de doelgroep.¹³

Het project van de nuldelijnsstandaarden past in deze *community-*benadering. Waar een folderproject op nationaal niveau en op grote afstand van de doelgroep gezondheidsvoorlichting nastreeft, is ons project een lokaal initiatief, dat vrijwel alle kenmerken van een netwerkbenadering vertoont. Het is intersectoraal door inbreng en betrokkenheid van de huisartsen, doktersassistenten, partners van huisartsen, patiëntenvereniging, gemeente, GGD, plaatselijke kunstenaar en ziekenfonds. Het is multimediaal door betrokkenheid van de krant, de plaatselijke televisie, radio, de wachtkamer van de huisarts, consultvoering van de huisarts en het aanbod van een cursus. Er wordt gebruik gemaakt van bestaande sociale netwerken, met name de contactstructuren binnen de huisartspraktijk.

Het hele project is doortrokken van de opvatting dat mensen in staat zijn tot en gebaat zijn bij een grotere eigen verantwoordelijkheid en zelfstandig handelen bij vaak voorkomende gezondheidsproblemen. In samenspraak met de eigen huisarts kunnen de grenzen van de verantwoordelijkheid worden verkend en be-

paald. Het project richt zich daarbij niet op verandering van één gezondheidsaspect, maar op het beïnvloeden van de consumptie in de eerste lijn.

Een en ander zal mogelijk leiden tot een afname van onnodige afhankelijkheid, minder iatrogenese en een effectiever gebruik van de huisartsgeneeskunde. De GGD Rivierenland is begonnen met een onderzoek (proces- en effectevaluatie) naar de mogelijke veranderingen in gezondheidszorgconsumptie als gevolg van dit project. Daarmee wordt aan een belangrijk kwaliteitscriterium voor preventie/GVO voldaan, namelijk het toetsen van effectiviteit en doelmatigheid.

Literatuur

- 1 Van der Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO enquête. Huisarts Wet 1995; 38: 351-4.
- 2 Basistakenpakket van de huisarts. LHV Vademecum, januari 1985.
- 3 Heyrman J. Reflecties over de toekomst van de huisartsgeneeskunde. *Patiënt Care* 1988; 11: 64-8.
- 4 Huygen FJA. Family medicine. Dekker van de Vegt: Nijmegen, 1978.
- 5 Naylor CD. Grey zones of clinical practice. *Lancet* 1995; 345: 840-2.
- 6 Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA, Van der Voort JPM. Huisarts en zinvol handelen. *Med Contact* 1995; 50: 557-60.
- 7 Busker JP. Is efficacy the gold standard for quality assessment? *Inquiry* 1988; 25: 51.
- 8 Van Dijk PA. Huisarts en integrale geneeskunde. Kampen: La Rivière/Voorhoeve, 1991.
- 9 Beek MML, Van Eijk JTM, Rutten GEHM. Hoesten: naar de dokter of niet? *Huisarts Wet* 1988; 31: 299-300.
- 10 Grol R. Voorlichting door de huisarts. *Utrecht: NHG*, 1992.
- 11 Hoenen JAHJ, Tielen LM, Willink AE. Patiëntenvoorlichting stap voor stap. Rijswijk: Uitgeverij voor gezondheidsbevordering, 1988.
- 12 Van Eijk J. Patiëntenvoorlichting en eigen verantwoordelijkheid. In: Cuisinier M, et al. *Patiëntenvoorlichting in de eerste lijn*. Den Haag: Care, 1989.
- 13 Kok G. *Gezondheidsvoorlichting*. Muiderberg: Coutinho, 1992. ■