

Visies, plannen, producten en mensen



NHG-katern

De gevoelstemperatuur...

Samen met zo iemand die alles kan doe ik een klus in huis. Een beitel schiet uit en veroorzaakt een jaap in zijn hand en in de mijne. Ik verga van de pijn, dreig even flauw te vallen en wankel naar vrouw en verbandtrommel. Met kloppend hart en een even hard kloppende, ingepakte hand keer ik bij mijn maat terug, niet in staat ook nog maar de geringste hulp te bieden. Dan zie ik dat zijn jaap drie keer zo groot is. Van tijd tot tijd zuigt hij erop terwijl hij lustig doortimert. Op mijn vraag of het geen pijn doet, zegt hij dat zulks 'soms' het geval is. Pleisters weert hij af, omdat 'lucht erbij' genezend is...

Op TV vertellen enkele dames en heren in een soort Rondom Tien dat duistere kwalen hen het werken en leven onmogelijk maken. In de pauze geeft een fysiek totaal mismaakte pianist een prachtig recital. Desgevraagd zegt hij tien uur per dag te oefenen om te voorkomen dat zijn misvormde handen (en benen, en rug) verstijfd raken...

Een kennis krijgt een vallende stoel op zijn scheen en zit enkele dagen thuis met zijn been op een stoel (die wel blijft staan), omdat zich op de scheen 'een duivenei' heeft gevormd. En tijdens AS Roma-Torino breekt een speler zijn kuitbeen, waarna hij - koud gespoten - de wedstrijd uitspeelt. Zo heeft iedereen zijn of haar eigen - in deze strenge winter zo populaire - gevoelstemperatuur. Interessant, maar je zal maar huisarts wezen, of keuringsarts...

Hans van der Voort, directeur

In dit NHG-katern

- 1 Jaarlijkse NHG-Ledenvergadering**
 Op 12 december 1996 vond de jaarlijkse NHG-Ledenvergadering plaats. Het verslag van deze vergadering wordt later dit jaar in H&W gepubliceerd. Dit katern bevat alvast een korte impressie.
- 2 Richtlijnen voor het contact met de patiënt: geen huisarts kan er omheen...**
 Eind 1996 publiceerde het NHG het boek 'Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten'. Voorzitter van de werkgroep die deze uitgave opstelde, was dr Guy Rutten. Hij geeft een toelichting op het boek.
- 3 Preventie van osteoporose: is er groot nieuws?**
 Drie medewerkers van de NHG-Afdeling Standaardenontwikkeling laten hun licht schijnen over de resultaten van een onderzoek naar het nut van preventieve medicatie bij osteoporose.
- 4 Kernachtig...(7)**
 De serie 'Kernachtig...' wordt vervolgd met een bijdrage over enkeldistorsie. Lezers kunnen hun kennis van de richtlijnen uit de standaard opfrissen door vragen uit de recent opgestelde kennistoets te beantwoorden. De antwoorden en achtergrondinformatie zijn ook in dit nummer te vinden.
- 5 NHG-Coördinatiepunt Kaderopleiding Huisartsgeneeskunde**
 Vanaf begin 1995 is bij het NHG het Coördinatiepunt Kaderopleiding Huisartsgeneeskunde ondergebracht, dat de coördinatie van kadercursussen verzorgt en bemiddelt bij deelname daaraan. In 1997 gaan de eerste cursussen van start. Hierop wordt een korte toelichting gegeven.
- 6 Europese conferentie over kwaliteit in de huisartsgeneeskunde**
 Van 6 tot 8 november 1997 wordt in Zürich een conferentie gehouden met als titel 'Quality improvement in family practice: New developments'. Kort wordt ingegaan op de inhoud van het programma.
- 7 Interview met Alef Rutgers, de nieuwe NHG-penningmeester**
 De NHG-Ledenvergadering benoemde Alef Rutgers tot de nieuwe NHG-penningmeester. Rutgers is huisarts te Groningen. Op pagina 92 van dit katern staat een interview met hem afgedrukt.

Jaarlijkse NHG-Ledenvergadering

Op 12 december 1996 vond de jaarlijkse NHG-Ledenvergadering plaats. Het verslag van deze vergadering wordt later dit jaar in H&W gepubliceerd. Nu alvast een korte impressie.

De NHG-Ledenvergadering benoemde A. Rutgers tot NHG-penningmeester (zie pagina 92 van dit katern) en B. Terluin tot lid van de redactiecommissie van H&W; F. Dijkers werd herbenoemd als lid van het Algemeen Bestuur.

De ledenvergadering was ingenomen met het uitgebreide Jaarverslag 1995. Het NHG-Werkplan 1997 kreeg de instemming van de leden. Dit bevat een groot aantal voorgenomen NHG-activiteiten, waaronder de ontwikkeling van enkele 'Transmurale afspraken'.

Doel hiervan is - in aansluiting op de NHG-Standaarden - met specialistenverenigingen op wetenschappelijke gronden overeenstemming te bereiken over de medisch zinvolle zorg en de medisch-inhoudelijke taakverdeling bij klachten en aandoeningen waarbij huisartsen en specialisten betrokken zijn. Met de verenigingen van internisten, gynaecologen en kinderartsen wordt in 1997 gewerkt aan transmurale afspraken over de onderwerpen Hypertensie, Schildklierfunctiestoornissen, Fluor vaginalis, Subfertiliteit en Kinderen met koorts.

Nieuwe NHG-activiteiten die in 1997 gestart of verkend zullen worden, hebben betrekking op NHG-Raamwerken, NHG-Visitatie en een inventariserend onderzoek naar alledaagse klachten waarnaar nog weinig of geen wetenschappelijk onderzoek is gedaan.

In verband met de actualisatie van meerdere NHG-Standaarden zullen in de jaren 1997 en 1998 meer (herziene) NHG-Standaarden gepubliceerd worden dan het gebruikelijke aantal van acht. Het NHG zal zich in het kader van de deskundigheidsbevordering gaan richten op de ontwikkeling van individuele nascholing, educatieve en screenende kennistoetsing van huisartsen en de ontwikkeling van nascholingsmateriaal voor praktijkassistenten. De NHG-Bouwstenen voor de praktijkvoering zullen met ingang van 1997 een hoger richtlijngehalte krijgen. In het kader van automatisering zal het NHG werken aan de ontwikkeling van een 'Plan-module' binnen het HIS en de digitalisering van het 'NHG-Formularium' dat eind 1996 verscheen.

Het Jaarverslag 1995 en het Werkplan 1997 zijn voor geïnteresseerde NHG-leden verkrijgbaar bij het NHG-Bureau (Jolanda Bladt, 030-2881700).

De ledenvergadering bekrachtigde de publicatie van de NHG-Standaarden Lage-rugpijn, Lumbosacraal radiculair syndroom, Cervixuitstrijkjes (herziening), Urethritis bij mannen, Het rode oog, Amenorroe, Enuresis nocturna en Maagklachten (herziening).

Het Financieel Jaarverslag van de penningmeester werd goedgekeurd. Het positieve resultaat is toegevoegd aan het Fonds Alledaagse Ziekten. Hierdoor is het mogelijk in 1997 een eerste onderzoek naar Alledaagse Ziekten uit te besteden.

De begroting 1997 laat een tekort zien van ± f 200.000,-. Dit tekort

is een gevolg van de extra impuls die het bestuur wil geven aan de in samenwerking met specialisten te ontwikkelen 'transmurale wetenschappelijke afspraken'. Het tekort zal uit de NHG-reserves worden aangevuld.

Op enkele - hierna te bespreken - uitzonderingen na, werd de contributie trendmatig (met 2%) aangepast. Uit vergelijkingen met de categorie-indeling van het Pensioenfonds en de LHV, blijkt dat een aanzienlijk deel van de NHG-leden zich in een te lage contributiecategorie inschaalt. De kascommissie liet de ledenvergadering weten het niet acceptabel te vinden dat de leden die zichzelf juist inschalen, de kosten moeten dragen voor collegae die zichzelf te laag inschalen. Bij de inning van de contributie 1997 zal aan een juiste indeling extra aandacht worden gegeven. De laagste categorie is verhoogd omdat de contributies in deze categorie de directe kosten (H&W, Standaarden, etc.) niet dekken. Er zal strenger worden gelapt op het hanteren van de criteria voor het Buitengewoon Lidmaatschap, waarvoor de contributie ook met meer dan 2% is verhoogd, omdat de contributie niet kostendeckend was. De contributie voor de Haio's (eerste jaar gratis, tweede jaar f 60,-, derde jaar f 60,-) is niet verhoogd, evenmin als de contributie voor rustend huisartsen.

De voorzitter dankte die leden die ook in 1996 weer zeer veel in NHG-verband voor de huisartsen en het NHG hebben gedaan, en complimenteerde de directeur en het NHG-Bureau.
(JZ)

Richtlijnen voor het contact met de patiënt Geen huisarts kan er omheen...

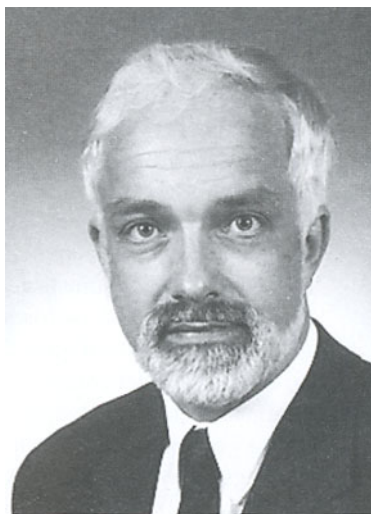
Eind 1996 publiceerde het NHG het boek 'Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten'. Voorzitter van de werkgroep die deze uitgave opstelde (zie het kader voor de werkgroep), was dr Guy Rutten. Hieronder geeft hij een toelichting op het boek.

Richtlijnen voor het contact met de patiënt...kan dat eigenlijk wel? Waar haalt het NHG het recht vandaan; ieder contact is toch uniek?

Ze zijn inderdaad van een andere orde dan die in een NHG-Standaard, deze richtlijnen voor het contact met de patiënt. Toch vond het NHG dat ze er moesten komen. Vaardigheden op het gebied van de communicatie zijn onmisbaar voor iedere huisarts. En ook al is ieder contact uniek, er valt veel te zeggen over wat goede en geen goede manieren van communiceren zijn. Bovendien staat de communicatie tussen de mondige patiënt en de drukbezette huisarts sterk in de belangstelling. Dat maakte het gewenst ons te bezinnen op de wijze waarop huisarts en patiënt met elkaar omgaan.

Drie jaar zijn verstreken sinds de eerste vergadering van de werkgroep die de richtlijnen en uitgangspunten formuleerde. De discussies binnen de werkgroep en binnen het NHG zijn fel en hartstochtelijk geweest. Dat kan ook niet anders, want bij een onderwerp als dit spelen ieders normen en waarden mee. Achttien referenten hebben de concepten grondig bestudeerd en van gedetailleerd en ongezoeten commentaar voorzien. Ten slotte is het boek er toch

gekomen: een mijlpaal in de Nederlandse huisartsgeneeskunde.



Dr Guy Rutten, voorzitter van de werkgroep

Het is bepaald geen abstract werkje geworden. De richtlijnen zijn zo concreet mogelijk geformuleerd. Natuurlijk bieden ze geen pasklaar antwoord op de vraag hoe iedere huisarts met iedere patiënt moet omgaan. Ze vormen een kader, een 'raamwerk' voor wat zich tussen patiënt en huisarts afspeelt. De concrete invulling wisselt per huisarts en per patiënt en is in Amsterdam anders dan in Groningen of Maastricht. Maar de uitgangspunten en de meeste van de daaruit voortvloeiende aanbevelingen kunnen voor iedere huisarts gelden.

Het 'raamwerk' is ingedeeld in vier hoofdstukken, over 'Achtergrond en uitgangspunten', 'De patiënt', 'De huisarts en zijn werk' en 'Het contact tussen huisarts en patiënt'. Het laatste hoofdstuk beschrijft de doelstellingen van het arts-patiënt contact en de wijze waarop de huisarts zou moeten handelen om die

doelstellingen te verwezenlijken. Honderd vaak uitgebreide voetnoten, waarin enkele honderden artikelen en boeken worden besproken, geven alle relevante achtergrondinformatie die de afgelopen 25 jaar over de relatie tussen huisarts en patiënt is gepubliceerd.

Wie het boek leest, zal nu eens instemmend knikken, dan weer afkeurend het hoofd schudden. Of kwaad worden... Dat is ingecalculleerd. Het 'raamwerk' is geen wet, het is een handzaam boekje om - samen met collega's of alleen - na te denken over het contact met de patiënt, ons handelen daarin en onze normen en waarden daarbij. Het wijst op professionele plichten en rechten, controleerbaar met feiten onderbouwd. Het wil uitdagen om andere handelwijzen in de spreekkamer - en die zijn er zeker en terecht - óók te verantwoorden. De onderdelen van deskundigheidsbevorderingspakketten die op basis van dit boek zullen worden gemaakt, kunnen de huisarts helpen om met de richtlijnen aan de slag te gaan. Dus: bestellen (via uw hagro-vertegenwoordiger, leden gratis), lezen en ermee aan de slag!

Leden van de werkgroep

mw prof.dr J.M. Bensing, psycholoog
dr J.H. Duistermaat, huisarts
dr R. van der Grinten, huisarts
mw dr I.M. Hofmans-Okkes, taalkundige
mw M.H.J. den Hollander, huisarts
dr H.M. Pieters, huisarts
mw J. van Riet-Lohman, huisarts
dr G.E.H.M. Rutten, huisarts (vz.)

Een artikel kritisch gelezen

Preventie van osteoporose: is er groot nieuws?

Kortgeleden werden Nederlandse huisartsen verrast met nieuws over osteoporose in de vorm van een artikel in de Lancet.¹ Daarin werd verslag gedaan van een clinical trial naar het effect van alendronaat op het risico van nieuwe fracturen bij vrouwen met eerder opgetreden wervelfracturen en een lage botdichtheid. 1022 vrouwen werden gedurende drie jaar behandeld met alendronaat en 1005 met placebo. Zij waren geselecteerd uit een zeer grote groep vrijwilligers. In de alendronaatgroep kregen 78 vrouwen een wervelfractuur, in de placebogroep 145. Daarvan meldden zich 23 respectievelijk 50 met klachten. 11 vrouwen in de alendronaatgroep en 22 in de placebogroep kregen een heupfractuur; voor polsfracturen zijn deze getallen 22 respectievelijk 41. Het aantal vrouwen met fracturen 'elders' (dus niet in wervels, pols of heup) was 100 in de alendronaat- en 99 in de placebogroep. Voor wervel- heup- en polsfracturen was daarmee de relatieve risicoreductie 50%, een statistisch significante bevinding.

Bespreking

Moet dit indrukwekkende percentage nu leiden tot een verandering van ons handelen bij osteoporose? Dat hangt ervan af hoe je deze getallen uitlegt. Bij preventie wordt meestal de - altijd kleine - kans op het krijgen van een ziekte benadrukt en nooit de veel grotere kans om niet 'ziek' te worden. Als we bovenstaande bevindingen vanuit deze laatste optiek bekijken, zien we het volgende. Als een vrouw die eerder een wervelfractuur heeft gehad zich vanwege een lage botdichtheid drie jaar lang met alen-

dronaat laat behandelen, stijgt door die behandeling de kans om geen nieuwe, symptomatische wervelfractuur te krijgen van 95% naar 97,5%; de kans om geen heupfractuur te krijgen stijgt van 98% naar 99% en de kans om geen polsfractuur te krijgen stijgt van 96% naar 98%. Het is zeer de vraag of deze kleine veranderingen een langdurige behandeling met een medicament dat een nogal omslachtig inname regime vereist, rechtvaardigen. Hoe de winst zal uitpakken bij mensen zonder eerdere fracturen maar met een verlaagde botmassa - een situatie met een lager uitgangsrisk - is nog onbekend, maar deze zal vrijwel zeker veel geringer zijn.

Zoals bij de resultaten al gemeld, werd geen verschil gevonden tussen het relatief grote aantal vrouwen met 'fracturen op andere plaatsen dan in de wervels, heup en pols' in de alendronaat- en de placebogroep. De auteurs geven daar geen verklaring voor, hoewel het hier toch om een merkwaardig fenomeen gaat. Waarom zou een middel dat op alle botten werkt, selectief beter werken op wervels, heupen of polsen?

In de conclusie van het artikel wijzen de auteurs wel op andere beperkingen. De trial duurde slechts drie jaar en geeft daarom geen uitsluitend over de effecten op de langere termijn en over het fractuurrisico als de behandeling wordt beëindigd. De precieze behandelduur staat daardoor niet vast.

Conclusie

Wij vinden de resultaten van deze trial in deze 'hoog-risicogroep' te weinig indrukwekkend om er de conclusie aan te verbinden dat

Erratum

'Farmacotherapie voor de huisarts', Zakboekje

In het zakboekje bij de NHG-uitgave 'Farmacotherapie voor de huisarts' is een fout geslopen in de dosering van itraconazol bij onychomycosen (pagina 31). De juiste dosering bij de pulstherapie is 2 dd 200 mg itraconazol.

Karel Rosmalen, NHG-Afdeling Standaardenontwikkeling

alendronaat 'dus moet' bij vrouwen bij wie ooit een wervelfractuur is vastgesteld. De winst bestaat voornamelijk uit minder nieuwe wervelfracturen, een aandoening waarvan de klinische betekenis, gezien het feit dat slechts eenderde daarvan aanleiding geeft tot klachten, betrekkelijk gering is. Een NHG-Standaard die gewogen richtlijnen geeft voor de aanpak van osteoporose is in voorbereiding en zal naar verwachting in 1998 worden gepubliceerd. Het lijkt ons voor huisartsen verstandig om voorlopig terughoudend te blijven ten aanzien van preventieve medicatie bij deze aandoening.

Froukje Boukes, Siep Thomas,
Arnold Romeijnders
Afdeling Standaardenontwikkeling

1. Black DM, Cummings SR, Karpf DB, Cauley JA, Thompson DE, Nevitt MC et al. Randomised trial of the effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Lancet 1996; 348: 1535-41.

Kernachtig... (7)



De NHG-Standaard en het DKB-pakket Enkeldistorsie behoren tot de eerste producten van het standaardenbeleid, maar staan nog steeds recht overeind. De richtlijnen zijn breed geaccepteerd en vormen ook voor de EHBO-afdeling van menig ziekenhuis een goed richtsnoer.

De kernrichtlijnen uit de standaard zijn:

- geen routine röntgenfoto en
- snelle mobilisering ondersteund door taping van de enkel.

Om uw kennis van de richtlijnen weer wat op te frissen, vindt u op deze pagina enkele vragen uit de kennistoets die door Jacqueline Bloemen, huisarts-stafid van de NHG-Afdeling DKB, is opgesteld. Zoals gebruikelijk zijn de toetsvragen gesteld in casusvorm. De casus bestaat uit een inleidende tekst, gevolgd door een of meer cursief gedrukte beweringen. U wordt gevraagd bij elke bewering aan te kruisen of deze juist of onjuist is. Als u het niet weet, zet u het kruisje bij het vraagteken. De antwoorden en achtergrondinformatie vindt u op pagina 90.

- Huisarts Hezemans wordt 's avonds gebeld door mevrouw Van Ankeren. Haar zoon Peter is bij het trampolinespringen van de mat gevallen en door zijn enkel gegaan. De gymleraar heeft gezien dat de enkel meteen dik werd en heeft geadviseerd naar de EHBO te gaan. Is het nodig dat ze eerst even bij de huisarts langskomt?

Huisarts Hezemans zegt dat op grond van dit verhaal een ernstig

bandletsel waarschijnlijk is en dat het inderdaad beter is dat Peter direct naar de EHBO gaat. Hij zal de EHBO bellen om Peter's komst te melden.

1. Dit is een correct beleid.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

- In de hagro wordt het beleid bij een enkeldistorsie besproken. Collega Van Dijk zegt dat het maken van onderscheid tussen een partieel en een totaal bandletsel van belang is, omdat beide aandoeningen een verschillende behandeling behoeven. Collega Hagendijk stelt dat het maken van onderscheid tussen een partieel en een totaal bandletsel van belang is in het kader van de voorlichting aan de patiënt, omdat de prognose van beide aandoeningen verschillend is.

2. Collega Van Dijk heeft gelijk.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

3. Collega Hagendijk heeft gelijk.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

- Jacques Arends, 23 jaar, komt maandagochtend op het spreekuur van de huisarts omdat hij zondag tijdens het voetballen door zijn rechterenkel is gegaan. Hij wil graag weten hoe lang het zal gaan duren. De huisarts stelt onder andere de volgende vragen:
- heeft hij eerder een verzwikte enkel gehad?
 - wanneer is de zwelling ontstaan?
 - had hij een warming-up gedaan?

4. Vraag a is relevant voor het inschatten van de prognose.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

5. Vraag b is relevant voor het inschatten van de prognose.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

6. Vraag c is relevant voor het inschatten van de prognose.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

- Na afname van de anamnese ver richt de huisarts onder andere het volgende lichamelijk onderzoek:

- bepalen belastbaarheid van de voet;
- actief bewegingsonderzoek;
- passief bewegingsonderzoek.

7. Onderzoek a wordt in de Standaard Enkeldistorsie aanbevolen.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

8. Onderzoek b wordt in de Standaard Enkeldistorsie aanbevolen.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

9. Onderzoek c wordt in de Standaard Enkeldistorsie aanbevolen.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

- Joris Achterberg, 27 jaar, postbode, komt op het spreekuur van de huisarts omdat hij die morgen door zijn enkel is gegaan toen hij plotseling van z'n fiets moest stappen. Hij heeft niet uitgeprobeerd of hij zijn enkel kon belasten; wel is hem opgevallen dat deze langzaam dik geworden is. Bij inspectie is de stand van de voet ten opzichte van het onderbeen normaal en is er sprake van een fors hematoom ter hoogte van de laterale malleolus. Onderzoek gericht op vascularisatie- en innervatiestoornissen is niet afwijkend. Het overige onderzoek van de enkel is niet goed mogelijk vanwege de forse zwelling.

10. In bovenbeschreven situatie is verwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd.

☐ ja ☐ nee ☐ ?

Achtergrondinformatie bij 'Kernachtig... (7)'



1. onjuist; motivatie: de huisarts moet in staat worden geacht om de behandeling van de enkeldistorsie in eigen hand te houden.
2. onjuist
3. onjuist; motivatie: het is niet zinvol om een onderscheid te maken tussen een partieel en een totaal bandletsel, omdat het beleid daarvoor niet wordt beïnvloed en het vooralsnog geen prognostische betekenis heeft.
4. juist
5. juist
6. onjuist; motivatie: de volgende anamnestiche gegevens zijn belangrijk voor het bepalen van de ernst en de prognose van het herstel:
 - is er sprake geweest van een inversie- dan wel een eversie-trauma?
 - heeft tijdens het trauma ook rotatie plaatsgevonden van het onderbeen ten opzichte van de gefixeerde voet?
 - hoe lang geleden heeft het trauma plaatsgevonden?
 - welke maatregelen heeft de patiënt daarna genomen?
 - is de pijn direct na het trauma ontstaan en blijven bestaan?
 - hoe is het verloop van de pijn geweest? (pijn vrij interval?)
 - hoe was de belastbaarheid direct na het trauma?
 - wanneer is de zwelling ontstaan? Snel of langzaam? Welke kleur?
 - is er sprake van een recidief of van een pre-existent instabiele enkel?

7. juist
8. juist
9. onjuist; motivatie: bij het lichamelijk onderzoek wordt aandacht besteed aan de volgende punten:
 - in welke mate kan de voet worden belast?
 - zijn er standafwijkingen?
 - is er een afwijkende voorkeursstand in vergelijking met het andere been?
 - locatie, kleur, vorm en grootte van de zwelling;
 - actief bewegingsonderzoek, waarbij wordt gevraagd naar de mogelijkheid van plantair- en dorsaalflexie van de voet door de patiënt zelf;
 - palpatie (let ook op crepiteren): controleer asdrukpijn (voorvoet en hiel), druk- en kloppijn op de malleolus, drukpijn op het verloop van de fibula tot en met het kopje, drukpijn op het kopje van metatarsale V, pijn aan de contralaterale zijde van de zwelling;
 - schuifladerfenomeen;
 - testen van de zijwaartse (in)stabiliteit;
 - vergelijking linker- en rechter-enkel.

Passief bewegingsonderzoek wordt niet uitgevoerd. Deze onderzoeken zijn onnodig pijnlijk en de resultaten hebben geen prognostische betekenis.

10. onjuist; motivatie: secundaire fractuurbehandeling heeft geen nadelen ten opzichte van primaire fractuurbehandeling indien er geen dislocatie van fractuurdelen en geen vascularisatie- en/of innervatiestoornissen bestaan.

DKB- pakketten

In 1996 verschenen de volgende pakketten:

36. Preventie in de huisartspraktijk
37. Incontinentie voor urine
38. Reumatoïde artritis
39. Depressie (inclusief cd)
40. Begeleiding van patiënten met kanker (inclusief videoband en cahier)
41. Lage-rugpijn
42. Hartfalen
43. PID (inclusief videoband)
44. Huisarts en vluchteling

In voorbereiding zijn:

- . Urethritis
- . Lumbosacraal radiculair syndroom
- . Problematisch alcoholgebruik
- . EMD
- . Astma/COPD
- . Bloedonderzoek/medische beslissonderzoek
- . Huisarts en (seksuele) mishandeling
- . Het rode oog/oogheelkundige diagnostiek
- . TIA
- . Amenorroe
- . Condylomata/herpes
- . Enuresis
- . Epicondylitis
- . Slechthoorendheid
- . Angststoornissen
- . Begeleiding van chronisch zieken

Kees in 't Veld, huisarts-stafflid
NHG-Afdeling Deskundigheidsbevordering

NHG-Coördinatiepunt Kaderopleiding Huisartsgeneeskunde

Voor de huisartsen die een actieve rol willen spelen bij de verdere professionalisering van het vakgebied, is er nu de Kaderopleiding Huisartsgeneeskunde (KH). Het bij het NHG ondergebrachte Coördinatiepunt KH coördineert en bemiddelt bij cursussen. In 1997 gaan op de gebieden wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitszorg en medisch onderwijs de eerste cursussen van start.

Voor de toekomst zijn er plannen voor cursussen op het gebied van 'gezondheidszorgorganisatie en -beleid, management en leiding geven' en voor kadervorming op klinische deelgebieden.

Cursussen *wetenschappelijk onderzoek* kunnen worden gevolgd bij diverse organisaties. Er is een groot aantal cursusmodules, van eenvoudig tot geavanceerd, beschikbaar.

Op het gebied van *kwaliteitszorg* wordt een zes dagen durende basiscursus gegeven van 8 t/m 11 april en 19 en 20 juni 1997.



Jos op 't Root

Cursussen *medisch onderwijs*, gericht op het opdoen van onderwijskundige kennis en vaardigheid, kunnen via bemiddeling van het Coördinatiepunt KH worden gevolgd in het kader van de zogenaamde Specialisatie Medisch Onderwijs (SMO). In 1997 betreft het de volgende modules: medisch onderwijs in hoofdlijnen (10 en 26 maart), curriculumontwikkeling (14 en 18 mei en 11 juni), toetsing van medische competentie (19 september, 2 en 3 oktober), kwaliteitsmanagement van medisch onderwijs (17 en 31 januari) en onderzoek van medisch onderwijs (31 oktober en 19 december).

Inlichtingen en inschrijving: Jos op 't Root of Maria Uytdehaage, Nederlands Huisartsen Genootschap, Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, tel. 030-2881700.

Europese conferentie over Kwaliteit in de huisartsgeneeskunde

Van 6 tot 8 november a.s. wordt in Zürich een conferentie gehouden met als titel 'Quality improvement in family practice: New developments'. De organisatie ervan ligt in handen van de Europese werkgroep op het gebied van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde 'EQuiP'.

Er is een interessant programma in voorbereiding met workshops, mini-courses en lezingen. Key-lectures worden onder meer verzorgd door prof. David Sackett

(over 'evidence-based medicine and quality'), dr Michael Boland (over de relatie tussen deskundigheids- en kwaliteitsbevordering) en prof. Richard Grol (over nieuwe ontwikkelingen). Workshops worden gehouden over het motiveren van huisartsen om deel te nemen aan op kwaliteitsbevordering gerichte activiteiten, over de kwaliteit van transmurale zorg, over evidence-based medicine, en over de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en de mening van patiënten over de kwaliteit van zorg.

Hans van der Voort, directeur van het NHG, zal op de van hem bekende wijze een bijdrage leveren.

Mocht u aan deze conferentie willen deelnemen of een bijdrage willen leveren met een voordracht of poster, schrijf of fax dan naar:

AKM Congress Service,
Clara Str 57,
Postfach CH-4005 Basel,
Switzerland.
(Fax: 41 61 6981 89)

De nieuwe NHG-penningmeester Alef Rutgers

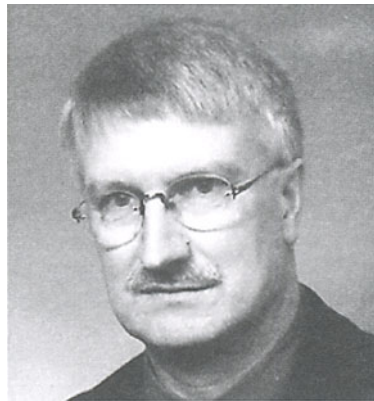
'Deze maand ben ik precies twintig jaar huisarts. En al die twintig jaar ben ik met veel plezier werkzaam in een groepspraktijk binnen het gezondheidscentrum Lewenborg in een buitenwijk van Groningen.'

Het kennismakingsgesprek met Alef Rutgers, de nieuwe penningmeester van het NHG, verloopt goedmoedelijk. Rustig en weloverwogen geeft hij antwoord.

'Naast mijn werk als huisarts ben ik sinds vijftien jaar huisarts-opleider. Verder heb ik vanaf het begin bijgedragen aan de LHV-organisatie in het Groningse district. Ik ben jaren voorzitter geweest van de PHV, en later zes jaar districtsvoorzitter, en als zodanig lid van het Centraal Bestuur van de LHV. Je kunt me zien als een 'LHV-man' met vooral interesse voor de inhoud van het vak. Op landelijk niveau heb ik jaren deelgenomen in de LHV-beleidsadviescommissie, die zich met inhoudelijke bestuursaangelegenheden bemoeit. In die commissie ben ik veel NHG-mensen tegengekomen.'

Welke belangrijke onderwerpen zie je voor de toekomst?

'De beroepsgroep is nu goed georganiseerd en het kwaliteitsbeleid staat goed op de rol. Dankzij de inspanningen van LHV en NHG heeft de beroepsgroep zich een goede positie verworven. Deze positie is sterk afhankelijk van politieke wil, terwijl de politiek momenteel nogal onstandvastig is. De politieke tendens gaat naar meer marktwerking en een grotere maatschappelijke tweedeling. Ik denk dat dit zich niet goed verhoudt tot



de doelstellingen van de beroepsgroep. Daar zullen spanningen ontstaan. Het is nu zaak aan te geven wat we te bieden hebben, met name op inhoudelijk vlak, en ons alsnog beter te organiseren. De activiteiten van het NHG zijn in dit verband van belang, omdat ze het vak op een hoger plan brengen en houden.

Een ander aspect van mijn visie is dat we over de medische zorg wetenschappelijk verantwoorde afspraken moeten maken met specialisten, omdat ons werk complementair is aan dat van hen.'

Wat vind je leuk aan besturen?

'Het is leuk om naast het werk in de praktijk invloed uit te oefenen op besluiten en ontwikkelingen die in het verlengde liggen van het dagelijkse werk. Ik heb gezien dat eenheid binnen de beroepsgroep tot grote stappen voorwaarts kan leiden. In mijn bestuursactiviteiten heb ik gemerkt dat de combinatie huisarts-bestuurder een voorsprong geeft op andere bestuurders. Omdat je met beide voeten op de grond blijft en weet waarover je het hebt.'

En dat is toch waar het bij het NHG om draait. (JZ)

Colofon

Het NHG-katern is een uitgave van het NHG-Bureau. Het verschijnt 13 x per jaar, als onderdeel van Huisarts en Wetenschap.

Redactie

Hans van der Voort,
directeur,
voorzitter

Ron Helsloot,
coördinator Afdeling
Deskundigheidsbevordering,
secretaris

Frans Meulenberg,
coördinator Afdeling
Standaardenontwikkeling,
lid

Han van Overbeeke,
coördinator Afdeling
Praktijkvoering & Preventie,
lid

Jos Zandvliet,
directiesecretaris,
lid

Medewerker

Joost Visser,
journalist

Opmaak

Lucas Renckens

Redactiesecretariaat

Ron Helsloot
Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030-2881700
Fax 030-2870668