

Visies, plannen, producten en mensen



Inhoud beroepsopleiding

Zoals bekend heeft de LHV enige tijd geleden het initiatief genomen om de beroepsopleiding tot huisarts onder regie van de beroepsgroep te brengen. Op zich een logische ontwikkeling. In de landen om ons heen is de invloed van de beroepsgroep op de opleiding in het algemeen veel directer dan bij ons het geval was. Binnen de nieuwe verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zal het NHG vooral geroepen zijn om samen met de universitaire huisartsinstituten de inhoudelijke aspecten van de opleiding te optimaliseren en bewaken. Het Genootschap zal zich vooral aanbieden als platform waarop de inhouds- en onderwijsdeskundigen van de academies samen met huisartsen die binnen het NHG actief zijn, een coherent inhoudelijk beleid kunnen ontwikkelen.

Teneinde de samenwerking met de academies te versterken, werken het IOH (zeg maar het college van hoogleraren huisartsgeneeskunde) en het NHG een samen te sluiten convenant uit. Dit bestendigt vooral ook wat er het laatste decennium is gegroeid. In de commissie die de NHG-Standaarden autoriseert participeren structureel drie hoogleraren; van het Algemeen Bestuur van het NHG maakt altijd één hoogleraar deel uit en bij vrijwel alle adviescommissies en inhoudelijke besprekingen zijn een of meer hoogleraren betrokken. Daarmee is de braindrain van de jaren zeventig weer gedeeltelijk gekeerd en is er een nieuw, voor alle partijen nuttig, evenwicht gekomen.

Met vriendelijke groet,
Hans van der Voort,
directeur

In dit NHG-katern

- 1 NHG-Patiëntenfolders in de (duo)praktijk**
Anderhalf jaar geleden verschenen de eerste folderrekken met NHG-Patiëntenfolders in de huisartspraktijk. Bijna 3.000 zijn er nu verspreid. Dit houdt in dat er in drie van de vier praktijken een rek hangt. Om na te gaan of rekken en folders in de praktijk voldoen, zijn twee (part-time werkende) Utrechtse huisartsen en hun full-time praktijkassistente geïnterviewd.
- 2 Bijdrage NHG-Congres 1996: 'Hoe treed ik op bij dreigende, psychotische patiënten?'**
In een aantal nummers van het NHG-katern wordt aandacht besteed aan bijdragen die zijn geleverd aan het NHG-Jubileumcongres 'Boeiend of geboeid', dat op 29 november 1996 plaatsvond. Ditmaal wordt aandacht besteed aan de omgang met dreigende, psychotische patiënten.
- 3 DKB-pakket Pelvic inflammatory disease**
Het drieënveertigste DKB-pakket is uit. Het is gebaseerd op de NHG-Standaard PID. Het pakket gaat vergezeld van een videoprogramma over de preventie van soa in de consultvoering bij PID.
- 4 Interview met redactiesecretaris Ron Helsloot**
In het voorjaar is onder vijfhonderd abonnees van Huisarts en Wetenschap een enquête gehouden over het NHG-katern. Ron Helsloot, redactiesecretaris (en coördinator van de NHG-Afdeling Deskundigheidsbevordering), gunt u een kijkje in de keuken.

Rectificatie m.b.t. CITO II

In het samenvattend verslag van de toetsing van het huisartsinformatiesysteem CITO II, afgedrukt in het katern van april 1997, zijn twee fouten geslopen.

In het verslag staat vermeld dat de ontwikkeling van het HIS in 1994 startte, terwijl het pakket al vanaf 1994 in twee huisartspraktijken in gebruik was. Bovendien is er in CITO II sprake van on-line interactiebewaking bij invoering van een voorschrift, en niet van handmatige, zoals door ons vermeld. (HvO)

NHG-Patiëntenfolders in de (duo)praktijk

Het gaat goed met de NHG-Patiëntenfolders. Nu er, anderhalf jaar na de introductie, bijna 3.000 folderrekken in Nederland hangen (in drie van de vier praktijken dus!), is er reden om eens te praten met huisartsen die het rek al anderhalf jaar in hun wachtkamer hebben.

Op een half uur fietsen van het NHG bevindt zich de huisartspraktijk Kievitstraat. De praktijk is gevestigd in een oud hoekpand met gebeeldhouwde gevel.

Het team bestaat uit de part-time huisartsen Yvonne Gresnigt (41) en Berend Nikkels (39) en de full-time praktijkassistente Irma Matton (27). In 1991 nam het trio een solopraktijk over en huurde vervolgens een oude Utrechtse bakkerij. Een met het moderne concept van de huisartspraktijk vertrouwde architect werd aan het tekenen gezet en in korte tijd zaten de drie nog wat onwennig in hun nieuwe omgeving achter het nieuwe HIS.

Commercieel folderrek

‘We hebben in het begin een folderrek van zo’n commerciële instelling in de wachtkamer gehangen. Dat bedrijf leeft van de adverteerwaarde van een plek in hun rek. De selectie was niet bepaald onze eerste keus, maar je moet roeien met de riemen die je hebt’, aldus Gresnigt. ‘Periodiek kwam een mevrouw van dat bedrijf het rek op orde brengen en er nieuwe voorraden instoppen. Daarna pasten wij het rek weer zo goed mogelijk aan. Nuttelose reclamefolders gingen eruit en ook verwijderden wij folders die een naar ons idee afwijkende visie weergaven. In de spreekkamer hadden we

natuurlijk een aantal bloks met O&O-folders en wat kleurrijke brochures van de industrie.’ Nikkels: ‘Er zat op een gegeven moment zelfs een folder in het rek die duidelijk een anti-abortusvisie uitdroeg. Dat soort folders haalden we eruit en ervoor in de plaats kwamen folders van het Astma Fonds, het Koningin Wilhelmina Fonds, de Nierstichting en destijds ook de folder van Moeders voor Moeders.’

Matton: ‘Als die dame van dat bedrijf dan weer was geweest, zat

soms opeens die anti-abortusfolder er weer tussen.

Oh ja, je moet ook weten dat we op een rustig plekje in de praktijk nog een klein rek hebben hangen met folders over meer beladen onderwerpen als incontinentie, incest, soa, aids en homoseksualiteit. Uit dat rek kun je een folder pakken zonder dat de hele wachtkamer je ziet.’

Keelpijn twee keer bijgevuld

Gresnigt: ‘Direct toen de brochure over de nieuwe NHG-folders bij



ons in de bus viel, hebben we de bestelkaart ingevuld. Mij sprak vooral aan dat het om huis-, tuin- en keuken-onderwerpen ging. Tegenover de beladenheid van de reclamefolders was dit een verademing.'

Nikkels: 'Mij spreekt de betrouwbaarheid aan. Ze zijn gebaseerd op de NHG-Standaarden, onafhankelijk en objectief. Je kan de folders meegeven zonder dat je over de inhoud wakker hoeft te liggen. Die betrouwbaarheid wordt voor mij

nog eens onderstreept door de jaarlijkse actualisering.

Ik moet wel eerlijk zeggen dat ik ze nog steeds niet allemaal heb gelezen. Ik heb zo mijn eigen top-tien en die heb ik goed bekeken. Het zijn met name die folders die ik wel eens met patiënten doorneem.'

Matton: 'Ik lees ze ook selectief. De folders krijgen vooral mijn aandacht wanneer ik een nieuwe voorraad bestel. Als de aanvullingen binnenkomen, lees ik er vaak weer een paar.'

Gresnigt: 'Alle veertig heb ik ze ook niet doorgespit. Met onze hagro hebben we er een paar uitgezocht om te bespreken. Lage-rugpijn is een populaire folder en die hebben we dan ook tijdens een bespreking met collega's gebruikt.'

Matton: 'Ik vind het duidelijke folders. Ze zijn gemakkelijk te lezen en ook mooi om te zien. In het begin stonden de patiënten te dringen voor het rek. Sommige vakjes waren dan binnen een of twee weken leeg. Nu lijkt het iets minder hard te gaan, hoewel Lage-rugpijn altijd hard loopt en afgelopen winter Keelpijn twee keer geheel moest worden bijgevuld. Mensen staan wel elke dag bij het rek te lezen. Je ziet hen nu ook vaker folders terugstoppen of na het lezen op de leestafel deponeren. Het even nalezen lijkt belangrijker te worden dan "de heb".'

Gresnigt: 'Ik maak regelmatig mee dat patiënten gewapend met een folder binnenkomen en dan vertellen dat ze eigenlijk niet veel meer te vragen hebben. "Eigenlijk zit ik hier nu voor niets, dokter..." Ik ben benieuwd wat die spreekuurbezoekers doen als ze een volgende keer keelpijn hebben.'

Acceptatie terughoudend beleid

Matton: 'Wanneer mensen willen weten of en wanneer ze bij een bepaald probleem terug moeten bellen, dan verwijs ik ze vaak naar de betreffende folder.'

Nikkels: 'Ik heb het idee dat het me op termijn wel eens werk zou kunnen schelen. De mensen op mijn spreekuur geven aan dat uitleg over wat ze willen weten of waar ze bang voor zijn al in de folder staat.'

Gresnigt: 'Het geeft hen houvast. Het stelt hen gerust als het allemaal zo helder op een rij staat en ze accepteren een terughoudend beleid ook gemakkelijker. Je merkt dat vooral ook weer bij populairdere folders als Lage-rugpijn en Vaginale afscheiding.'

Matton: 'Het valt op dat patiënten de folders heel letterlijk nemen. Ik had een moeder aan de lijn over haar dochter met koorts. Ze belde omdat in de folder stond dat ze na drie dagen koorts het beste even contact met de huisarts kon opnemen. Daarbij heb ik het idee dat telefonisch overleg met patiënten die de folder over het onderwerp al eens hebben bekeken, gemakkelijker gaat.'

Simpele taal

Gresnigt: 'Nu we dat rek anderhalf jaar in onze wachtkamer hebben hangen, kunnen we stellen dat het bij onze praktijkstijl hoort. De teksten zijn geschikt voor elke Nederlands lezende patiënt. Wat ons betreft kunnen de teksten niet simpel genoeg zijn. De folders slaan beslist ook aan bij hoger geschoolden. Juist die groep lijkt vaker te komen met vragen naar aanleiding van de folders. Het is naar mijn idee onzin dat de folders



V.l.n.r. Irma Matton, Yvonne Gresnigt en Berend Nikkels

niet geschikt zouden zijn voor NRC-lezers.'

Nikkels: 'Als ik naar mijn eigen leesgedrag kijk, heeft de NHG-Patiëntenfolder de ideale vorm. Snelle overzichtelijke informatie. In een paar minuten ben je op de hoogte. Van artikelen lees ik ook vooral de summaries.'

En Gresnigt weer: 'Ik vind zelfs dat sommige folders nog beperkter kunnen. Wanneer het NHG in de folder Slaapproblemen rept over een slaapcentrum, vind ik dat een te specifiek advies. Er is maar een beperkt deel van de mensen met slaapproblemen dat aan een slaapcentrum toekomt en de selectie moet in de spreekkamer plaatsvinden.'

Matton zegt over de allochtone praktijkbezoekers: 'Het is soms jammer dat je hun niet een NHG-folder kunt meegeven. Het is dan wel weer leuk om te zien hoe Turkse of Marokaanse kinderen de folderteksten aan hun ouders uitleggen.'

Folders en beleid

Nikkels: 'Ik herken veel van de door mijzelf in de spreekkamer gebruikte tips onder de rubriek "Wat kunt u er zelf aan doen". Er staan adviezen bij die ik aan mijn eigen arsenaal heb toegevoegd. Dat heeft mijn spreekuurvoering geen kwaad gedaan.

Op een ander front leveren de folders ook hun bijdrage aan mijn spreekuurvoering. De folder Lage-rugpijn sterkt mij bijvoorbeeld nog eens extra in het beleid waarbinnen fysiotherapie een steeds kleinere plaats krijgt. In plaats van een verwijzing naar de fysiotherapie stuur ik ze naar Irma en die wijst ze dan op de rugpijnfolder.'

Gresnigt: 'Het beleid in de spreekkamer wordt toch het meest bepaald door de standaarden. In de implementatie van dat beleid heeft de patiëntenfolder wel een functie. Met de kennis uit de fol-

der Kaakholteontsteking kan de patiënt beter aanvaarden dat er geen antibiotica worden voorgeschreven.

Matton betreft de NHG-Telefoonkaarten voor de praktijkassistente erbij: 'Die hebben meer invloed op mijn adviesbeleid dan de patiëntenfolders. Een folder geef je gemakkelijker mee zonder daar direct een heel verhaal bij te houden. Als er dan vragen komen, ga ik daar wel op in. Ik zie bij mezelf dat ik, ondanks folders en telefoonkaarten, toch soms hardnekkig aan oud beleid kan vasthouden. Met name het oude dieet-advies bij diarree slijt er bij mij maar moeilijk uit. Ik zie dat fenomeen ook bij collega's van de opleiding.'

Nikkels: 'Ik herken dat wel. Als er iemand met een kaakholteontsteking op mijn spreekuur komt bij wie de tranen hem over de wangen lopen van de hoofdpijn en hij vraagt om een antibioticum, dan is het ook niet alleen maar rationaliteit waar ik mee aankom.'

Antwoorden op omavraagstukken

Na een levendige discussie over afwijken van de wetenschappelijke norm, belandt het gesprek bij de behoefte aan consultondersteunende voorlichtingsteksten.

Gresnigt: 'Met name voor chronische patiënten zijn we nog steeds te veel afhankelijk van het materiaal van de farmaceutische industrie. Aan materiaal dat ingaat op deze wat meer gecompliceerde ziektebeelden is zeker behoefte. Een goed voorbeeld van dit soort materiaal is geleverd door het Astma Fonds. Sinds ongeveer een jaar hebben ze van die schriftjes waar je steeds een pagina met relevante informatie kunt uitscheuren. Een goed systeem naar mijn idee.

We zien wel wat in een rek waarin

de uitgebreidere brochures staan. Ik bedoel daarmee brochures van het Astma Fonds, folders over stomazorg, maar ook van het Koningin Wilhelmina Fonds of folders over aids. De vraag is alleen of zo'n rek wel in de wachtkamer hoort.

Overigens mis ik in jullie kleurige folderrek drie onderwerpen. Er zou een folder bij kunnen over de spastische dikke darm, een over moeheid en misschien ook wel een over het nut en de betrekkelijkheid van bloedonderzoek. Ik heb het idee dat de NHG-Patiëntenfolders de medische consumptie enigszins kanaliseren. Het zou wel eens kunnen zijn dat de folders maken dat er minder beroep wordt gedaan op de grootmoederfunctie van de huisarts. Antwoorden op "omavraagstukken" staan nu zwart op wit in de folders. Nu ik er nog eens over nadenk, hoop ik zeer dat de folders een dergelijk effect sorteren.'

Geen drempels!

Op de vraag of het folderrek alleen in de huisartspraktijk thuis hoort, antwoordt Nikkels: 'Het is wat mij betreft een echt eerstelijns rek. Het gaat per slot van rekening om de huisartsenkijk op gezondheid.'

Matton vult aan: 'Het rek hangt wel bij ons op de opleiding. Praktijkassistentes in opleiding moeten een of meer folders binnen hun opleidingsgroep bespreken. Elke assistente die van de opleiding komt, kent dan ook de inhoud van de patiëntenfolders.'

Nikkels: 'De patiënt moet onze huisartsensvisie binnen handbereik hebben. Ik vind het dan ook nogal jammer als huisartsen het rek achter de balie hangen. Bij de huisarts moet toch elke patiënt op ieder moment dit soort informatie tot zich kunnen nemen. Wat mij betreft geen drempel voor ons rek!'

'Hoe treed ik op bij dreigende, psychotische patiënten?'

Eind november 1996 vond in Den Haag het NHG-Jubileumcongres 'Boeiend of geboeid' plaats. Door middel van diverse workshops, lezingen en vaardighedenstations werd de huisarts een scala aan handreikingen voor de dagelijkse praktijk geboden. In dit nummer van het katern wordt aandacht besteed aan de workshop die J. van Luyn en H. Vergouwen gaven onder de titel 'Hoe treed ik op bij dreigende, psychotische patiënten?'. De deelnemers kregen hierin vele handreikingen voor de omgang met psychotische patiënten. Het kwam allemaal levensecht over het voetlicht door een rollenspel met professionele acteurs.

Anamnese

Contacten met dreigende, psychotische patiënten worden vaak voorafgegaan door telefoontjes van familieleden, politie of bureu. Deze telefoontjes hebben veelal een drukverhogend effect; er wordt om snelle actie gevraagd. Geen enkele acute situatie is echter zo urgent, dat er niet even tijd is om de geleverde informatie te ordenen op risicograad, en zo nodig aanvullende vragen te stellen of contact te zoeken met andere personen dan de beller.

Deze telefonische alarmering is de eerste fase waarin men controle over de situatie kan nastreven door kennis te vergaren over de toestand van de patiënt. Controle die de patiënt en diens omgeving niet meer hebben en dus van buitenaf moet komen.

Voor de huisarts is het in deze situaties essentieel om over bepaalde informatie te beschikken. Hoe-

wel psychiatrische diagnoses geen goede voorspellers zijn van dreiging en geweld, zijn er enige diagnoses met een verhoogd risico: paranoïde en manische psychosen, organische toestandsbeelden (temporale epilepsie, frontal lobe syndromes), intoxicaties met controleverlies, en antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornissen.

De individuele anamnese heeft een hoge voorspellende waarde. Kent deze eerdere agressieve episodes, traden deze op in specifieke situaties en is er nu weer sprake van zo'n situatie? Wat voor soort agressie treedt op (verbaal, in gedrag, met objecten of wapens in kracht bijgezet) en waarop is de agressie dan gericht (voorwerpen, personen in het algemeen of alleen bepaalde personen)? Verder is het van belang zicht te krijgen op het actuele toestandsbeeld. Is er sprake van agitatie, heeft de patiënt al agressie vertoond, heeft deze de beschikking over objecten of wapens, en, bij gerichte agressie tegen bepaalde personen: zijn dezen nu nog aanwezig? Tot slot: weet de patiënt dat de huisarts wordt opgeroepen?

Gesprek

De volgende stap is het besluit waar en hoe de patiënt te gaan zien. Primair doel is tijdens het gesprek veiligheid te scheppen voor alle betrokkenen, en dat begint bij de huisarts zelf. Want een bange hulpverlener is meestal niet de beste hulpverlener. Als veiligheid in het gesprek ontstaat, kan de huisarts op basis van anamnese en onderzoek bezien hoe na het gesprek de controle over de agressieve impulsen kan worden hersteld.

Voor het gesprek gaven de sprekers de volgende richtlijnen:

- Een manische of paranoïde patiënt zonder geweld in de anamnese en zonder agitatie (schreeuwen, dreigen, met dingen gooien) kan de huisarts goed in zijn eentje zien. Uiteindelijke graadmeter is het eigen angstniveau. Bij een psychotische patiënt met agitatie maar zonder geweld, is het beter als er een tweede persoon in de buurt is. Als de patiënt vroeger geweld heeft gebruikt maar nu (nog) niet, dan moet de huisarts nagaan of er sprake is van een vergelijkbare situatie. Is dit het geval, dan is aanwezigheid van een tweede persoon zeker gewenst. Als de patiënt eerder geweld gebruikt heeft en dat nu ook weer dreigt te gaan doen, dan is het goed om hulp van de politie te overwegen.
- Bekendheid vermindert het risico op geweld. Bij eigen, goed bekende patiënten is er minder risico, ook al zijn deze psychotisch. Tijdens de waarneming, bij onbekende patiënten, is het risico hoger.
- Het activeren van bekende personen uit de omgeving van de patiënt kan het risico op geweld doen afnemen door hun kalmerende invloed. Hun assistentie kan dus van meer waarde zijn dan hulp van de politie.

De deelnemers aan de workshop kregen de volgende gedragsregels voor het gesprek:

- Bedenk dat psychotische agressie een verdediging is tegen angst, desintegratie en controleverlies. Projectie maakt hiervan deel uit. Omdat de patiënt zichzelf niet uit de gevarezone kan halen, zullen derden dit moeten doen.
 - Respecteer het territorium van de patiënt, vooral bij paranoïde patiënten. Houd afstand bij het begin van het gesprek, vermijd indringend oogcontact en wees niet te familiair in uw woordkeus. Stel uzelf voor als iemand zonder agressieve bedoelingen. Houd rekening met non-verbale beïnvloeding: een rijzig persoon kan beter wat meer distantie in acht nemen.
 - Introduceer zo nodig een (niet-aanwezige) persoon als bliksemafleider voor de agressie: 'Mijn zeer ervaren huisarts-opleider zou waarschijnlijk gezegd hebben ...'
 - Corrigeer de wanen niet, accepteer deze als de thans door de patiënt gevoelde realiteit. U kunt wel indirect werken: 'Er zullen veel mensen zijn die niet zullen geloven...'
 - Stel eenvoudige, concrete vragen, want een psychotische patiënt is niet sterk in complexe en abstracte taal.
 - Wees voorzichtig in het exploreren van gevoelens. Op deze wijze respecteert u het verdedigingskarakter van de agressie. Als een patiënt imponeergedrag vertoont, is het niet goed om te stellen dat hij eigenlijk angstig is. Dit zou het imponeergedrag kunnen induceren.
 - Respecteer uw eigen angst als deze toeneemt, want dit is een niet te negeren waarschuwingssignaal. Hardop benoemen van uw angst kan leiden tot de-escalatie. Ook kan het helpen het gesprek kort te houden:
- 'We praten maximaal drie minuten, anders wordt u rusteloos en ikzelf ook.'
- Benoem zaken helder en neutraal, zonder aanvallend of negatief-kritisch te zijn: 'Ik kan slecht tegen uw dreigende taal, merk ik.'
 - Laat geen lange stiltes vallen, omdat dit projectie bevordert van de agressieve gevoelens en gedachten in uw richting.
 - Vermijd, indien de agressie een specifieke persoon gold, het innemen van een soortgelijke positie.
 - Stop bij toename van agressie in uw richting en trek u terug voordat u heroïsch ten onder gaat. Beter is het om na een tactische terugtocht zonder druk na te denken en versterkingen te mobiliseren voor een tweede poging. Want ook voor de patiënt is een gezonde huisarts van meer waarde dan een gewonde huisarts. (JZ)

Cursussen kaderopleiding Huisartsgeneeskunde

	plaats, data	prijs	accreditering
<i>Klinische deelgebieden</i>			
Medische Besliskunde (CaRe), Kwaliteitszorg	Maastricht, 7 t/m 10-10-1997	f 800,- (1)/f 1.200,- (2)	
Kwaliteit van Zorg/Quality Improvement (WOK)	Maastricht, 31-8 t/m 5-9-1997	f 2.400,- (2)	36 uur
Kwaliteit van Zorg (WOK), Medisch Onderwijs	Nijmegen, 6 t/m 9-4, 24/25-6-'98	ca. f 2.500,- (2)	36 uur
Toetsing van Medische Competentie (SMO)	Utrecht, 19-9, 2 en 3-10-1997	f 1.550,-	24 uur
Kwaliteitsmanagement van Medisch Onderwijs (SMO)	Utrecht, 16 en 30-1-1998	f 1.000,-	16 uur
Onderzoek van Medisch Onderwijs (SMO)	Utrecht, 31-10 en 19-12-1997	f 1.350,-	24 uur
<i>Gezondheidszorgorganisaties en -beleid, management en leiding geven</i>			
Internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen (CaRe-C102)			
I Kennismaking met Europese gezondheidszorgsyst.	Utrecht, 8 en 9-9-1997	f 450,-	
II Analyse van gezondheidszorgsystemen	Utrecht, 30-3 t/m 3-4-1998	f 1.125,-	
<i>Wetenschappelijke Vorming</i>	Cursuslijst op aanvraag		

Als geen accreditering is vermeld, wordt deze nog aangevraagd.

Inlichtingen: dr. Jos M.H. op 't Root, tel. 030-2881700 (don.) of 043-3882338 (overige dagen).

1 = exclusief verblijf

2 = inclusief verblijf

DKB-pakket PID

Er is een NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderingpakket verschenen bij de NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease. Het onderwijsmateriaal is geschreven door Vroon Pigmans, huisarts-stafid van de NHG-Afdeling Deskundigheidsbevordering.¹ Het pakket gaat vergezeld van een video-programma (met een duur van 11,5 minuten) gewijd aan de preventie van soa in de consultvoering bij PID.² (Zie de kaders voor de overzichten van de programma-onderdelen van het DKB-pakket en van de onderdelen van de video.)

Knelpunten

De onderwijsdoelstellingen die in de verschillende programma-onderdelen van het pakket zijn uitgewerkt, zijn afgeleid uit gesignaleerde knelpunten in de praktijk:

- het systematisch en volledig afnemen van de anamnese gericht op de differentiaaldiagnostiek;
- het bespreken en inschatten van het soa-risico en het hierbij rekening houden met angsten voor soa en onvruchtbaarheid;
- het adequaat verrichten van een

Videoprogramma 'Preventie van soa; consultvoering bij PID'

Consult 1

1. de uitslag
2. partnerwaarschuwing

Consult 2

3. contactwaarschuwing
4. belemmeringen bij condoomgebruik
5. voorlichting

gynaecologisch onderzoek;

- het stellen van de diagnose PID op basis van vijf criteria;
- de aanvullende diagnostiek: wanneer, waarom en hoe testen/kweken op Chlamydia en GO; een banale kweek achterwege laten;
- voorlichting geven over de rol van soa bij PID; de gevolgen van PID voor de vruchtbaarheid; preventie van PID en soa en in het kader hiervan condoomgebruik en de daarbij ervaren belemmeringen;
- partnerwaarschuwing aan de orde stellen;
- het kiezen van de juiste antibiotische therapie.

Richtlijnen

Het DKB-pakket PID is gebaseerd op de belangrijkste richtlijnen uit de standaard. Dit zijn:

Diagnostiek

- systematische en volledige anamnese gericht op differentiaaldiagnostiek en inschatting soa-risico;
- aanvullende diagnostiek: urineonderzoek ter uitsluiting UWI; BSE, test/kweek gericht op Chlamydia en GO; zwangerschaptest.

Evaluatie

- toetsing aan vijf (obligate) criteria voor PID.

Beleid

- snelle start van antibiotica;
- voorlichting over de rol van soa;
- preventie van nieuwe PID en soa, belemmeringen daarbij inventariseren;
- contactopsporing, partnerwaarschuwing. (RH)

Noten

- 1 Er is nauw samengewerkt met J. van Bergen, toentertijd medewerker van de LHV en gedetacheerd bij de SAD-Schoreschtiging te Amsterdam, en met M. van der Burgt van de Stichting soa-bestrijding te Utrecht.
- 2 De video is gemaakt in samenwerking met de Vakgroep Huisarts-, Verpleeghuisarts- en Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Overzicht programma-onderdelen

Oriëntatie

1. Huisarts en PID: wat doe ik eigenlijk?

Begrip

1. Referaat PID
2. Gestructureerde open vragen bij PID: anamnese en diagnostiek
3. Gestructureerde open vragen bij PID: niet-medicamenteus beleid
4. FTO: medicamenteus beleid bij PID

Toetsing

1. Kennistoets PID

Acceptatie

1. Preventie van soa: uw taak als huisarts

Verandering

1. Hoe vertel ik het mijn...? Handvatten voor partnerwaarschuwing
2. Welke test voldoet het best?
3. Ik zal toch geen geslachtsziekte hebben?
4. Desinfectie en sterilisatie van specula
5. Vaardigheidstraining gynaecologisch onderzoek
6. Preventie van soa; consultvoering bij PID. Een videoprogramma

Interview met redactiesecretaris Ron Helsloot

Het 0-nummer van het NHG-katern zat in september 1994 als proef los bij H&W. Redactiesecretaris vanaf het eerste uur Ron Helsloot, socioloog, was sinds juni van dat jaar coördinator van de NHG-Afdeling Deskundigheidsbevordering.

Het katern is dus een 'bijbaantje'?

'Ja, dat klopt, althans qua tijdsbesteding. Maar ik vind het een belangrijk middel om de huisartsen te informeren over wat we bij het NHG doen aan de ontwikkeling en implementatie van standaarden en richtlijnen.'

Komt dat ook over?

'Dat is lastig in te schatten. Vandaar dat we blij waren dat de uitgever een lezersonderzoekje wilde uitvoeren. Helaas viel de respons wat tegen. Dus je kunt er niet echt harde conclusies uit afleiden. Maar het gaf ons toch wel indicaties voor de toekomstige koers.'

Zoals?

'Het is duidelijk dat veel lezers in ieder geval enige tijd aan het katern besteden: zo rond de tien minuten. Verder blijkt men in veel verschillende onderwerpen geïnteresseerd, met wel een duidelijke top-drie: informatie over de NHG-Standaarden en over deskundigheidsbevordering en de ledenadviezen. In toenemende mate besteden we aandacht aan praktijkvoering, patiëntenvoorlichting, automatisering en preventie. En dat is te zien aan de belangstelling.'

Maar wat leren jullie er nu uit?

'Dat we moeten inspelen op de behoefte aan snel te lezen informatie enerzijds en op de belangstelling



voor diverse onderwerpen anderzijds. Dat kan alleen door onze kopij in kortere, leesbaarder vorm aan te bieden en ook in een meer aansprekende lay-out. Steeds vaste onderwerpen op vaste pagina's, wat de toegankelijkheid vergroot. We denken aan: bestuur, standaarden, praktijkvoering, automatisering, deskundigheidsbevordering, beroepsopleiding en diversen. Ook gaan we na of het katern er nog wat meer kan "uitspringen".'

Wanneer beginnen jullie daarmee?

'Niet meteen natuurlijk, want we werken een tijdje vooruit. Het juli-nummer is al rond en in augustus komt er een themanummer over Astma/COPD. Laten we het dus op september houden.'

Nog een laatste woord misschien?

'Met veel plezier zetten we elke maand weer een katern in elkaar. Alleen: het zou nòg leuker zijn wanneer je wist dat het overkwam. We willen het tweerichtingsverkeer stimuleren door meer huisartsen aan het woord te laten over de NHG-activiteiten. En verder zijn alle reacties welkom.'

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
Maarten Klomp,
huisarts, DB-lid,
lid
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

Foto pagina 318/319

Henk Tukker
fotobureau 't Sticht

Redactiesecretariaat

Ron Helsloot
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030-2881700
Fax 030-2870668
E-mail nhgmailto@nhg.knmg.nl