

Visies, plannen, producten en mensen



NHG-Referatendag

Tien jaar geleden begon de succesvolle reeks van NHG-UHI-Referatendagen. Ieder jaar organiseert het NHG samen met steeds een ander universitair huisartsinstituut een Referatendag. Tijdens de Referatendag presenteren jonge en ervaren onderzoekers hun onderzoeksresultaten en rapporteren anderen over hun projecten.

Het Genootschap wacht ieder jaar de abstracts voor de referaten in en een commissie bestaande uit vier door het NHG aangezochte huisartsen maakt daaruit een selectie. Zij doen dat aan de hand van vaste criteria, waaronder relevantie en kwaliteit. De selecteurs weten niet wie de auteurs zijn. Pas nadat de beste abstracts zijn geselecteerd, worden bij het NHG-Bureau de namen aan de toegekende code-nummers gekoppeld.

Dit jaar werden 86 abstracts ingezonden. 54 auteurs hebben bericht gekregen dat zij voor het houden van een referaat op 30 mei a.s. te Rotterdam in aanmerking komen. Die dag neemt ook Ad Prins afscheid als hoogleraar.

Als u nog nooit een NHG-Referatendag heeft meegemaakt, moet u toch eens overwegen of dat voor u niet de moeite waard is. Voor het programma kunt u bij ieder huisartsinstituut of bij het NHG-Bureau terecht.

En u scoort nog punten ook...

*Hans van der Voort,
directeur*

In dit NHG-katern

- 1 Actualisering van de NHG-Standaarden**
De reeks NHG-Standaarden M31 t/m M60 is de afgelopen twee jaar geactualiseerd; de bijgestelde of herziene teksten zijn in het boek 'NHG-Standaarden voor de huisarts II' opgenomen. Nu wordt gewerkt aan actualisering van de NHG-Standaarden M1 t/m M30.
In dit nummer wordt een aantal van de meest gestelde vragen over de actualisering van de standaarden beantwoord. Daarmee start een nieuwe serie over de kernrichtlijnen uit de herziene standaarden.
- 2 Praktijkvoering & Preventie**
Het nieuws uit de NHG-Afdeling P&P betreft de continuering in 1997 van het project 'Preventie: maatwerk', de grote belangstelling voor de preventie-workshop tijdens het NHG-Jubileumcongres 1996, en het ruiteren van uterusextripatie.
- 3 Kernachtig...(8)**
De serie 'Kernachtig...' wordt voortgezet met een - bijzondere - bijdrage over depressie. Bij enkele gedichten van Lévi Weemoedt worden stellingen gepresenteerd waarbij u kunt aangeven of u het daarmee eens of oneens bent.
- 4 Bijdragen NHG-Congres 1996**
In een aantal nummers van het katern wordt aandacht besteed aan bijdragen die zijn geleverd aan het NHG-Jubileumcongres 'Boeiend of geboeid', dat op 29 november 1996 plaatsvond.
Ditmaal is het onderwerp 'Hoe ga ik om met fouten?'.
- 5 Interview met Jan de Haan**
Onlangs werd Jan de Haan, huisarts te Wolvega, benoemd tot bijzonder hoogleraar 'Praktijkvoering in de huisartspraktijk' aan de Rijksuniversiteit Groningen.
Hij is geïnterviewd over zaken als praktijkorganisatie en taakdelegatie.

Actualisering NHG-Standaarden

De meest gestelde vragen

Vanaf de eerste aanzet tot het Standaardenbeleid is de noodzaak ingezien om standaarden steeds tijdig te herzien. De Nederlandse huisarts moet er immers op kunnen vertrouwen dat een standaard een gewogen waardering bevat van de belangrijkste actuele ontwikkelingen. De Afdeling Standaardenontwikkeling stopt veel tijd in het beoordelen en bezien van de actualiteit van standaarden. Maar 'gelukkig' gaan de ontwikkelingen in de geneeskunde in de regel niet zo snel dat richtlijnen alweer vlak na publicatie aan herziening toe zouden zijn. Veel huisartsen zitten echter met vragen rond de actualiteit van standaarden. Siep Thomas, hoofd van de NHG-Afdeling Standaardenontwikkeling, beantwoordt daarom een aantal van de meest gestelde vragen over de actualisering van standaarden.

Leuk zo'n tweede boek: maar hoe actueel is het?

'Alle standaarden uit het boek "NHG-Standaarden voor de huisarts II" zijn opnieuw bezien op hun geldigheid en waar nodig gewijzigd.'

Bevatten standaarden altijd het laatste nieuws?

'Nee. Elke standaard is bij verschijning een weergave van "the state of the art" op dat moment. Omdat NHG-Standaarden zijn gebaseerd op een bezonken oordeel over de literatuur, zullen zij in de regel niet 'het laatste nieuws' bevatten. Pas als er voldoende kwalitatief goed onderzoek is gepubliceerd of meer gegevens bekend zijn over (bij)werkingen van medicatie, zal een 'nieuwje' een plaats krijgen in een standaard.'

Ik hoor dat alle standaarden momenteel worden herzien?

'Als wij alle telefoontjes die wij krijgen op een rij zetten, dan lijkt het inderdaad wel of alles herzien wordt. Er zijn veel partijen die dit soort geruchten in de wereld helpen. Op de Afdeling Standaardenontwikkeling werken wij nu aan de actualisering van de eerste dertig standaarden. Maar het valt nog te bezien hoeveel er precies herzien worden en hoeveel standaarden worden bijgesteld. Wees gerust: alle standaarden blijven geldig tot op het moment dat u, in principe via H&W, iets van ons hoort. Hoort u niets, dan is er niet aan de hand.'

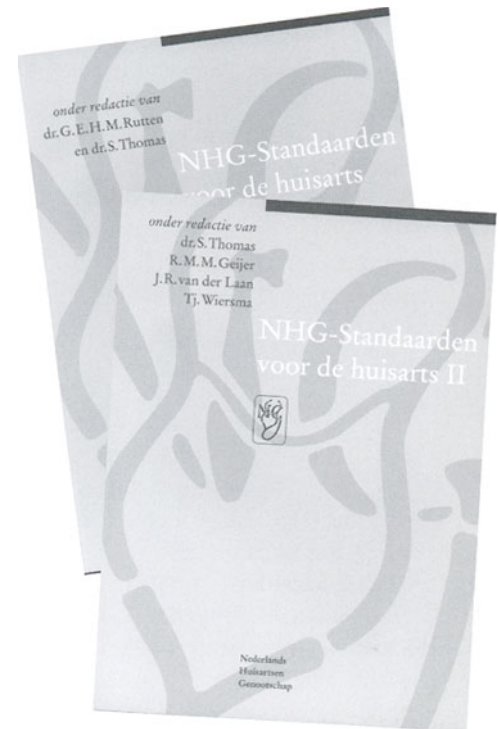
Er wordt veel nascholing over verouderde standaarden gegeven. Hoe zit dat?

'Pas op! Hier zit een bijmaak aan. Sommige organisatoren aarzelen niet om te vermelden dat hun nascholingsactiviteit ingaat op "lacunes" in de "inmiddels verouderde" standaard. Het is goed om te weten dat dit soort activiteiten nogal eens verkapte reclame betreft en dat over dergelijke nascholing in het algemeen niet met het NHG is overlegd.'

Wat is het verschil tussen actualiseren, herzien en bijstellen?

'Actualisering staat voor de totale procedure, waarin wordt nagegaan of een standaard moet worden gewijzigd. Wijziging kan twee vormen aannemen:

- herziening: de standaard wordt gewijzigd op richtlijnniveau. In dit geval worden de oorspronkelijke auteurs betrokken bij de herziening. De herziene tekst behoeft opnieuw het akkoord



- van de Autorisatiecommissie; bijstelling: hieronder wordt verstaan het 'bij de tijd' schrijven, waarbij de nadruk ligt op het incorporeren van recente literatuur in de onderbouwing van de standaard. Een bijgestelde tekst hoeft niet opnieuw de Autorisatiecommissie te passeren omdat de richtlijnen immers niet wijzigen.'

Verschijnen alle wijzigingen in Huisarts en Wetenschap?

'Alle nieuws rond standaarden verschijnt in Huisarts en Wetenschap. Wordt een standaard herzien, dan volgt een integrale herpublicatie ervan in H&W. Dat moet ook wel, want in dat geval wijzigen een of meer richtlijnen. Wordt een standaard bijgesteld,

dan verschijnt er een bericht in Huisarts en Wetenschap. Huisartsen kunnen de bijstelling dan natuurlijk op verzoek krijgen (veel huisartsen zijn immers geïnteresseerd in de onderbouwing van de standaard), maar voor de praktijk kan de huisarts met een gerust hart blijven uitgaan van de richtlijnen van de "oude" standaard.'

Kunt u mij als huisarts geen vuistregel geven?

'Feitelijk is er één vuistregel die de huisarts goed moet onthouden: alle standaarden zijn geldig tot het moment dat het NHG expliciet naar buiten treedt - via H&W - met wijzigingen of aanvullingen. Vertrouw dus gerust op alle standaarden die in uw bezit zijn.'

Waar kan ik terecht met vragen?

'De Afdeling Standaardenontwikkeling wil u graag helpen met alle vragen over de interpretatie van de richtlijnen, nieuwe standaarden, de stand van zaken rond de herziening van afzonderlijke standaarden en wat al niet meer. U kunt hiervoor terecht bij de coördinator van de afdeling, Frans Meulenberg. Tel. 030-2881700.' (FM)

Preventie

'Preventie: maatwerk' óók in 1997

Het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk' is met een jaar verlengd.



Ook in 1997 blijven de circa tachtig preventiemedewerkers werkzaam bij de 23 DHV'en. Zij bieden huisartsen en assistenten ondersteuning bij de uitvoering van influenzavaccinatie en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in de huisartspraktijk. Daarnaast zal het NHG in enkele regio's experimenten starten met de Minimale Interventie Strategie over stoppen met roken.

Voorkeur preventie-onderwerpen

Tachtig van de 108 deelnemers aan de workshop 'Zinnvolle preventie: zo doe ik dat' tijdens het NHG-Jubileumcongres hadden vooraf een enquêteformulier ingevuld waarop ze hun voorkeur voor toekomstige preventie-onderwerpen aangaven.

Preventie van hart- en vaatziekten scoorde het hoogst: bijna allen achtten 'opsporing van multipele risicofactoren' effectief en een taak voor de huisarts, 80% achtte het uitvoerbaar in de praktijk. Borstkankerscreening (opsporen van vrouwen met een familiale belasting voor mammacarcinoom en oproepen van non-respondentes voor het bevolkingsonderzoek) en 'stoppen met roken' voldeden volgens 60% van de respondenten aan de drie NHG-criteria voor zinnvolle preventie: bewezen effectiviteit, taak voor de huisarts, en uitvoerbaar in de praktijk.

De onderwerpen 'osteoporosepreventie' en 'prostaatkankerscreening' werden door circa 40% zinvol en uitvoerbaar geacht.

Advies ruiter uterusextirpatie

Het uitnodigen van vrouwen voor een cervixuitstrijk in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt ondersteund met de cervixmodule. Vrouwen met een totale uterusextirpatie dienen voor de oproep te worden uitgesloten. De extirpatie is in dat geval vastgelegd met de ruiter UE.

In de praktijk blijkt dat sommige huisartsen ook vrouwen die een uterusextirpatie met behoud van cervix hebben gehad, de ruiter UE hebben toegekend. Deze vrouwen komen wèl in aanmerking voor een uitstrijkje en vallen op deze manier ten onrechte buiten de boot.

Daarom het volgende advies: uterusextirpatie met behoud van cervix dient op de probleemlijst te worden vermeld en niet de ruiter UE te krijgen.

Ton Drenthen, stafid Preventie, NHG-Afdeling Praktijkvoering & Preventie

Kernachtig... (8)



In 1994 verscheen de NHG-Standaard Depressie. De publicatie lokte een discussie uit die zich vooral toespitste op de in de standaard gehanteerde begrippen 'milde' en 'ernstige' depressie en op de voorkeur die in de standaard wordt uitgesproken voor de klassieke, tricyclische antidepressiva.

Van milde depressie wordt gesproken als drie of vier van de negen van de DSM-III-R afgeleide criteria in de standaard voor het stellen van de diagnose positief zijn. Omdat kwalitatieve weging van symptomen in het diagnostisch proces erg moeilijk is, kan de diagnose milde depressie in de huisartspraktijk soms ook gesteld worden bij patiënten met surmenage, stress, neurasthenie of een hyperesthetisch emotioneel syndroom.

De diagnose ernstige depressie (minstens vijf van de negen criteria positief) kan ook worden overwogen bij patiënten die geen 'echte' depressie hebben, bijvoorbeeld bij een rouwreactie of een ernstige organische aandoening. De standaard weegt de symptomen door te kijken naar de intensiteit en de gevolgen ervan voor het dagelijks leven en het sociaal functioneren. Hoe deze kwalitatieve aspecten dan meewegen in het diagnostisch proces wordt echter niet duidelijk gemaakt.

De controverse over de medicamenteuze paragraaf (tricyclische antidepressiva versus antidepressiva van de tweede generatie) dreigt de kern van de richtlijnen uit de standaard te overschaduwen.¹

Hoewel genoemde discussiepunten van belang zijn, vormen ze niet de kern van de standaard. De kernrichtlijnen van de NHG-Standaard Depressie kunnen het beste als volgt worden omschreven:

- het signaleren van depressies in de huisartspraktijk;
- het brengen van structuur in de diagnostiek en het vervolgbeleid;
- indien behandeling met antidepressiva is geïndiceerd, dan juist gedoseerd en voldoende lang.

In het NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderingspakket

Depressie² is in het hoofdstuk Acceptatie een bijzonder programma-onderdeel opgenomen. Wij geven u vast een klein voorproefje.

Dichterlijke depressies

Aan de hand van gedichten van Lévi Weemoedt, die met toestemming zijn overgenomen uit de bundel 'Van harte beterschap', wordt een aantal stellingen gepresenteerd. U kunt het met deze stellingen helemaal eens of oneens zijn. Ook is het mogelijk een middenpositie in te nemen.

Op pagina 231 vindt u achtergrondinformatie en noten.

Een huis vol

*Ik ben getrouwd met Treurigheid,
woon samen met Verdriet.
Krijg soms bezoek van Eenzaamheid
maar helpen doet dat niet.*

1. Het stellen van vragen over treurigheid en verdriet gaat mij net zo gemakkelijk af als het stellen van vragen over een bovenste-luchtweginfectie.

helemaal mee eens

helemaal mee oneens



2. De prognose van een depressie is ondanks medicatie en begeleiding toch altijd slecht.

helemaal mee eens

helemaal mee oneens



Nachtwerk

*Naast pil, spiraaltje, vrome knot,
Kunstacademie, roestvrij slot,
bestaat er ook een natuurlijk middel
tegen een gevolgrijk zin-genot.*

*Dus Elsie! als wij nóg eens gaan:
trek jij dan weer die tuinbroek aan?*

3. Aan het bespreken van relatie- of seksuele problemen bij depressieve patiënten begin ik niet; daar worden ze alleen maar depressiever van.

helemaal mee eens

helemaal mee oneens

**Zielzorg****1. De bedriegertjes**

*'Wat 'n treurigheid! O, het is niet waar
toch?', snikte de psychiater.
'En dat heeft u al van uw derde jaar?
Ging het nooit eens over, later...?'*

*Ach, ik zei maar dat het snel over ging
en haalde een glaasje water.*

2. De therapie van Columbus

*'Ach doktertje! m'n vrouw heeft mij verlaten...!
'Maar daar kunt u dan toch sámen over prátén?!'*

4. Bij de begeleiding van een depressieve patiënt dient aandacht besteed te worden aan emoties die met depressie kunnen samenhangen, zoals teleurstelling, verdriet, krenking of woede.

helemaal mee eens

helemaal mee oneens

**'Even ontspannen
vóór het slapen gaan'**

Ademhalingsoefeningen rond middernacht met dr. Lévi Weemoedt.

1

*'Dames en heren, staat u allen klaar?
Ga zitten met de handen in het haar:
van vóór naar achter, doen we nog een keer.
Zit dan mistroostig bij de pakken neer.'*

2

*'Grijp tien maal in vertwijf'ling naar het hoofd,
zwoeg met de borstkas, dat uw adem wordt geroofd.
En: mocht u nog van plan zijn te gaan skiën:
zak dan droefgeestig zes maal door de knieën.'*

5. Bij de begeleiding van depressieve patiënten vind ik het opstellen en nabespreken van haalbare korte-termijndoelen een van de meest zinvolle dingen.

helemaal mee eens

helemaal mee oneens



De gedichten zijn met toestemming van de uitgever overgenomen uit de bundel 'Van harte beterschap'
van Lévi Weemoedt, Pandora Pocketeditie, Uitgeverij Contact, 1996.

Hoe ga ik om met fouten?

Tijdens het NHG-Jubileumcongres 'Boeiend of geboeid' (dat op 29 november 1996 te Den Haag werd gehouden) vonden vele lezingen en workshops plaats. De congrescommissie heeft zich achteraf bezonnen op een manier om een aantal thema's die daar aan de orde zijn gekomen, nog eens onder de aandacht te brengen. Dit gebeurt in een aantal nummers van het NHG-katern. De voorzitter van de congrescommissie, Maria van den Muysenbergh, heeft hiertoe een selectie gemaakt uit ingezonden bijdragen.

In een eerder nummer is al aandacht besteed aan de lezing 'Hoe ga ik om met wetenschappelijke literatuur?' van mw. A. Verhoeven (Huisarts Wet 1997; 40(3): 137).

In dit nummer de bijdrage 'Hoe ga ik om met fouten?' van J. Schuling, huisarts, en M. Conradi, medisch socioloog.

Ieder mens maakt fouten en huisartsen dus ook. Fouten van huisartsen kunnen een medisch-technische of een relationele achtergrond hebben; het kunnen zorgvuldigheidsfouten zijn of ze kunnen, achteraf gezien, voortkomen uit verkeerde beslissingen.

Foutenbronnen

De sprekers gingen in op bekende 'foutenbronnen' in de huisartspraktijk en benadrukten het belang dat de huisarts zich bewust is van deze bronnen, waardoor fouten kunnen worden voorkomen.

Mogelijke foutenbronnen zijn:

- De onbereikbaarheid van de huisarts of van de praktijk. De telefoon kan overbelast zijn of de waarneemafspraken deugen niet.
- Een contact tussendoor ('Dokter, even een vraagje'). Patiënten percipiëren dit soort contacten vaak als volwaardige consulten, ook al zegt de arts dat dit niet zo is. Deze contacten vinden veelal plaats buiten de praktijkuren om, in de supermarkt, bij de school, op het sportveld of op verjaardagsfeestjes.
- Emoties bij de huisarts die de

rede verdringen. Dit kan zowel optreden bij een sterke positieve emotionele lading van de arts-patiënt-relatie (gezinsleden bijvoorbeeld) als bij een negatieve lading van deze relatie, bijvoorbeeld in het geval van conflicten.

- Terugrapportage van foute bevindingen van derden aan de patiënt, zoals testuitslagen of over specialistische diagnostiek is. Blind varen op deze bevindingen kan gevaarlijk zijn.

Verdedigingsmechanismen

Indien een fout is gemaakt, hantieren huisartsen verdedigingsmechanismen.

Deze zijn ten dele noodzakelijk om na een fout met ernstige gevolgen verder te kunnen functioneren. Maar ze kunnen ook hinderlijk zijn, bijvoorbeeld in gesprekken met de betrokken patiënt of diens nabestaanden.

Huisartsen hanteren verschillende verdedigingsmechanismen:

- Ze verdringen of vergeten de gemaakte fout of ontkennen dat er in een bepaalde situatie een fout is gemaakt.
- Ook kan er sprake zijn van projectie. De fout wordt in dat geval

geweten aan het 'systeem', de ziekte of de patiënt.

- Verder komen rationalisaties voor als verdedigingsmechanisme. Door te refereren aan een aantal gemeenschappelijke opvattingen over fouten wordt de schuld min of meer gedeeld met de beroeps-genoten. Voorbeelden hiervan zijn: 'Iedereen maakt fouten', 'Er was toch niets aan te doen geweest', 'Het hoort bij het vak', 'Ik heb mijn best gedaan' en 'Iedereen zou deze fout gemaakt hebben'.

Handreikingen

Als er een fout is gemaakt, zal in veel gevallen een gesprek met de patiënt of de familie volgen. Het doel hiervan is de relatie open te houden, zodat men samen verder kan.

Schuling en Conradi gaven enkele handreikingen voor een dergelijk gesprek:

- Maak vooraf een analyse van de gemaakte fout.
- Neem als huisarts het initiatief voor het gesprek. Doe dit op korte termijn en op een ongestoord moment, en neem er de tijd voor.
- Hanteer als leidraad voor het gesprek dat u de voorzitter bent en blijft.
- Begin met spijt te betuigen. Het minste wat u kunt zeggen, is: 'Jammer dat dit zo vervelend is gelopen.'
- Het belangrijkste in het gesprek is te luisteren. Het gesprek is primair belegd voor de patiënt.
- Kom er later nog eens op terug.
- Let op uw eigen psycho-hygiëne. Praat eens met een vertrouwd persoon over de gemaakte fout. (JZ)

Achtergrondinformatie bij 'Kernachtig... (8)'



1. *Het stellen van vragen over treurigheid en verdriet gaat mij net zo makkelijk af als het stellen van vragen over een bovenste-luchtweginfectie.*

Het stellen van vragen over depressies is moeilijk. Het is daarbij van groot belang een haastige indruk te vermijden, de patiënt niet te interrumpen en stiltes te accepteren. De huisarts houdt er rekening mee dat een dergelijk gesprek meestal langer duurt dan een normaal consult. Een goede consultvoering, empathie en een 'actief luisterende' houding kunnen de herkenning van depressie bevorderen. De depressieve patiënt is geneigd zich terug te trekken en kan de ernst van de situatie vaak niet geheel overzien.

2. *De prognose van een depressie is ondanks medicatie en begeleiding toch altijd slecht.*

Integendeel, het beloop is redelijk gunstig. In de meeste gevallen vindt binnen een half jaar herstel plaats; soms is hiervoor medicatie noodzakelijk. Medicatie is effectief in 70 tot 80% van de gevallen. Resultaten van onderzoeken naar het beloop van depressies lopen nogal uiteen, omdat de onderzochte groepen verschillen in samenstelling en ernst van de depressie. Lamberts registreerde in 63% van de gevallen een episode korter dan een halfjaar; anderen kwamen daarentegen tot een gemiddelde duur van anderhalf jaar. In het onderzoek van Ormel et al. voldeed 80% van de patiënten na een jaar niet meer aan de criteria voor depressie. De meeste van deze patiënten herstelden echter niet volledig.

3. *Aan het bespreken van relatie- of seksuele problemen bij depressieve patiënten begin ik niet; daar worden ze alleen maar depressiever van.*

In de anamnese informeert de huisarts naar levens- en werkomstandigheden

en eventuele problemen of veranderingen daarin. Inzicht in die problemen is niet alleen van belang om de ernst van de depressie te kunnen vaststellen; ook kunnen zij deel uitmaken van het symptoom interesseverlies of verlies van plezier. Wat betreft de manier waarop seksuele problemen worden besproken, dient te worden voorkomen dat de patiënt zich schuldig gaat voelen over zijn toestand.

4. *Bij de begeleiding van een depressieve patiënt dient aandacht besteed te worden aan emoties die met depressie kunnen samenhangen, zoals teleurstelling, verdriet, krenking of woede.*

De inhoud van begeleiding door de huisarts van een patiënt met een depressie bestaat uit het evalueren van de klachten, het beloop van de depressie en het suïciderisico. Daarbij is het van belang om aandacht te besteden aan emoties die met de depressie kunnen samenhangen, zoals teleurstelling, verdriet, krenking of woede. Het doel hiervan is dat de patiënt uiteindelijk meer zicht en controle krijgt op de huidige toestand en daardoor uit het dal kan komen.

5. *Bij de begeleiding van depressieve patiënten vind ik het opstellen en nabespreken van haalbare korte-termijndoelen één van de meest zinvolle dingen.*

De standaard propageert dat het voor het herstel van belang is dat de patiënt niet te veel eisen aan zichzelf stelt, om teleurstellingen en schuldgevoelens te voorkomen. De patiënt moet proberen de blik vooral op het heden te richten. Dit wordt ondersteund door het opstellen en nabespreken van haalbare korte-termijndoelen. Indien dat mogelijk is, kan de patiënt eventueel de werkzaamheden geheel of gedeeltelijk opvatten of voortzetten. Een strakke daginde-

ling, voldoende lichaamsbeweging, het vermijden van overmatig alcoholgebruik en het onderhouden van voldoende sociale contacten kunnen het herstel ondersteunen.

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

Noten

- 1 Bij het ontbreken van contra-indicaties - een recent hartinfarct, hartritme stoornissen, hartfalen, bemoeilijkte mictie, visusstoornissen (glaucoom) en een verhoogd suïciderisico - kiest de standaard voor de tricyclische antidepressiva bij de behandeling van patiënten met een ernstige depressie. De effectiviteit van tricyclische antidepressiva en serotonineheropnameremmers blijkt bij onderzoek gelijk; bij zeer ernstige depressies zouden tricyclische antidepressiva beter werkzaam zijn. De bijwerkingen van de serotonineheropnameremmers zijn blijkens onderzoek niet minder maar anders dan van de tricyclische antidepressiva. Op grond van deze overwegingen heeft de veel langere ervaring met amitriptyline en imipramine de doorslag gegeven. Een bijkomend voordeel is de lagere prijs: een dagdosering van 150 mg amitriptyline kost per maand f 15,06, terwijl de kosten van 150 mg fluvoxamine daags volgens het Farmacotherapeutisch Kompas 1997 f 85,97 per maand bedragen.
- 2 Het NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderings-(DKB-)pakket Depressie verscheen in december 1996. Auteur ervan is Frans Dekker, huisarts-stafflid van de NHG-Afdeling DKB. Het DKB-pakket gaat vergezeld van een cd (totale duur 50:37), waarop aan de hand van casus aandacht wordt besteed aan de onderwerpen Suïciderisico, Diagnostisch gesprek en Begeleiding.

Interview met Jan de Haan

Onlangs werd Jan de Haan, huisarts te Wolvega, actief in NHG-gelederen en bekend als hoofdauteur van het NHG/LHV-Handboek Praktijkvoering, benoemd tot bijzonder hoogleraar 'Praktijkvoering in de huisartspraktijk' aan de Rijksuniversiteit Groningen. De Stichting Praktijkvoering, opgericht door LHV, NHG en VVAA, maakte de leerstoel mogelijk.

Wat biedt de leerstoel je aan nieuwe mogelijkheden, na het eerdere docentschap Praktijkvoering?

'Naast de onderwijsstaak wordt meer onderzoek in eigen beheer verwacht. Het is leuk de kans te krijgen promovendi te begeleiden bij onderzoek. De eerste is al gevonden!

Het onderzoek naar praktijkvoeringsaspecten past goed in de onderzoekslijn "Chronisch zieken" van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde. Praktijkorganisatie en taakdelegatie zijn belangrijk bij de begeleiding van chronisch zieken.'

Welke invloed heeft een goede praktijkvoering op het werk van de huisarts?

'Voor mij staat de vraag voorop wat de patiënt er beter van wordt. Ik heb het idee dat de kwaliteit van de zorg toeneemt met een betere planning en organisatie van het werk. Als een huisarts hierdoor meer werkplezier heeft, zal dat leiden tot betere zorg voor en grotere waardering door de patiënt. Dat leer ik graag aan huisartsen. Aandacht verdienen aspecten als je winkel goed organiseren, telefonische en spreekuurcontacten goed afhandelen en samenwerking met andere disciplines.'



Je bent erelid van de NVDA. Hoe 'bedreigend' is de opkomst van praktijkverpleegkundigen voor de assistentes?

'Ik voel me geen "beschermheer" van de doktersassistente, maar ik zie wel graag dat het vak zo goed mogelijk uit de verf komt. Voor voldoende ondersteuning door assistentes in de praktijk zijn er nu te weinig middelen. Mede daardoor ontstaan projecten voor praktijkverpleegkundigen, die op zich zijn toe te juichen. De geldstroom zal mede bepalen in welke richting de ontwikkelingen rond assistentie in de praktijk zullen gaan, en hoe de uiteindelijke taakverdeling zal zijn.'

Hoe verhouden zich een efficiëntere praktijkvoering en kwaliteit?

'De NHG-richtlijnen geven aan welke "output" gewenst is, en het gaat erom voor zo min mogelijk geld goede kwaliteit te leveren. Dat kan alleen met een goede organisatie van het werk.'

De oratie is in december. Hij zal er zeker iets moois van maken.

Nico van Egmond, huisarts-stafid
NHG-Afdeling P&P

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 232

JohanWitteveen,
fotopersbureau nvf

Redactiesecretariaat

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