

## Visies, plannen, producten en mensen

### Een koopkrachtige vraag...(2)

Hans Wiegel ziet wel iets in het 'u vraagt, wij draaien' in de gezondheidszorg. De mensen in het land willen best meer voor de zorg betalen, dus waarom zou je hen dan dwarsbomen. Als ze nou wat extra's overhebben voor een jaarlijkse 'total screening', wat doet het er dan toe dat ze alleen schijnveiligheid kopen? En dat er vervolgens medisch wordt ingegrepen op basis van afwijkende waarden die bij een volgende screening weer normaal zouden zijn geweest? Och, als de schoorstenen maar roken.

De marktgedachte deugt niet voor onze sector omdat het oprekken van de vraag daarvan een essentieel onderdeel is. En door het induceren van angst of het wekken van valse verwachtingen is die vraag tot onbegrensde hoogte op te voeren en kan je de grootste onzin als iets nuttigs verkopen.

Als Nederlandse werknemers niet oppassen, krijgen ze binnenkort voorrang op niet-werkenden. Dat betekent dat ze voor allerlei kwalen en aandoeningen behandeld gaan worden, waarvoor afwachten van het klinisch beloop of gewoon rust houden geboden was geweest. De politiek twijfelt, want men wil de werkenden dat 'voorrecht' niet geven. De werkgevers dringen aan. Zuchtend mijmer ik erover dat Marco van Basten, als hij dat 'voorrecht' niet had gehad, ons deze zomer vermoedelijk aan de wereldtitel had geholpen.

*Hans van der Voort,  
directeur*



### In dit NHG-katern

- 1 **Vervolgproject 'Preventie: maatwerk 1998-2000'**  
Het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk 1995-1997', gericht op programmatische preventie in de vorm van influenzavaccinatie en cervixscreening, heeft tot positieve resultaten geleid. Op grond hiervan is besloten de succesvolle aanpak ook toe te passen bij een ander onderwerp: de preventie van hart- en vaatziekten. De plannen voor 'Preventie: maatwerk 1998-2000' vindt u in dit katern.
- 2 **Transmurale Afspraak 'Astma bij kinderen'**  
Wim Stalman, voorzitter van het NHG-Bestuur, geeft een toelichting op de verschijning van de Transmurale Afspraak: 'Astma bij kinderen' in dit nummer van H&W. Dit is het eerste resultaat van afstemming tussen het NHG en wetenschappelijke specialistenverenigingen. De Transmurale Afspraken zijn bedoeld als onderlegger voor op regionaal niveau nader in te vullen samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en specialisten.
- 3 **DKB-materiaal over communicatie en attitude**  
Vorig jaar verscheen de NHG-uitgave 'Huisarts en patiënt; richtlijnen en uitgangspunten'. Hierin kwamen aspecten van de attitude van de huisarts, de communicatie met de patiënt en de consultvoering aan de orde. Bij dit boek wordt materiaal voor deskundigheidsbevordering ontwikkeld. Liesbeth van der Jagt, stafid van het NHG, licht dit in een interview toe.
- 4 **DKB-pakket Herpes genitalis/Condylomata acuminata**  
Kort geleden verscheen het NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderingspakket Herpes genitalis/Condylomata acuminata. In dit katern staat een overzicht van het onderwijsmateriaal. De belangrijkste richtlijnen uit de twee NHG-Standaarden worden kort genoemd en ook wordt ingegaan op de in de praktijk verwachte knelpunten waarop het materiaal is gericht.
- 5 **Pieter van den Hombergh, huisarts-stafid Visitatie**  
Met ingang van 1 januari jl. wijdt Pieter van den Hombergh zich bij het NHG aan de verdere ontwikkeling en implementatie van de visitatie. In eerste instantie betreft het de visitatie van de praktijkvoering maar ook de visitatie van het professioneel functioneren zal verder worden uitgebouwd. Een interview.

# Transmurale Afspraken

## Van afbakening naar inbedding

*In 1996 presenteerde het NHG de contouren van een nieuwe activiteit op het terrein van standaardontwikkeling: Transmurale Afspraken. Onder de bezielende leiding van NHG-medewerkers werd een aantal transmurale pilots gestart. Inmiddels werken diverse groepen van huisartsen en specialisten met veel inzet en enthousiasme aan de totstandkoming van de eerste richtlijnen. Richtlijnen die tot doel hebben een onderlegger te zijn voor op regionaal niveau nader in te vullen samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en specialisten. In dit nummer van H&W ziet u het eerste resultaat van het experiment Transmurale Afspraken het licht. Een gebeurtenis waarbij het NHG-Bestuur even wil stilstaan.*

Om tot ontwikkeling van wetenschappelijke richtlijnen te komen, is een duidelijke afbakening van het te behandelen aandachtsgebied vereist. In Nederland hebben huisartsen hier in 1989 een start mee gemaakt toen de eerste NHG-Standaard werd geformuleerd. Het standaardbeleid hield echter niet alleen het afbakenen van huisartsgeneeskundige onderwerpen in, maar vooral ook het profileren van het vak door het definiëren van het domein van de huisartsgeneeskunde. Dit heeft mede geleid tot het verhelderen van de identiteit en het verbeteren van de professionaliteit van de huisarts.

Door collegae specialisten is ons de afgelopen jaren wel eens eigennigheid verweten. Maar naar mijn mening was de eigenstandige ontwikkeling van standaarden door huisartsen een

noodzaak om te komen tot een gelijkwaardige verhouding tussen huisarts en specialist.

Nu belangrijke terreinen van de huisartsgeneeskunde in kaart zijn gebracht, is de tijd rijp om de ontwikkelde richtlijnen te gaan inbedden. Dit allereerst in een totale productlijn van het NHG: een voorwaarde om te komen tot implementatie van kwalitatief goede huisartsgeneeskundige zorg. Het geïntegreerde aanbod in 1997 rond eerst COPD en astma en later Hypertensie is hiervan een voorbeeld. De betreffende standaarden zijn/worden voorzien van Bouwstenen voor de Praktijkvoering, Deskundigheidsbevorderingspakketten (zowel voor huisartsen als voor praktijkassistenten), Kennistoetsen, Programma's voor Individuele Nascholing, Telefoonkaarten voor de praktijkassistente, en NHG-Patiëntenfolders en -Patiëntenbrieven.

Patiëntgeoriënteerde zorg beperkt zich echter niet tot de huisartspraktijk sec. De continuïteit van zorg, met name bij chronische aandoeningen, kan slechts worden gegarandeerd wanneer huisartsgeneeskundige richtlijnen worden inbedden in het totale zorgtraject. Afstemming met richtlijnen van specialisten is dan een logische volgende stap. Gelukkig hebben diverse wetenschappelijke verenigingen van specialisten enthousiast gereageerd op de uitnodiging van het NHG om tot een dergelijke afstemming te komen. Het eerste resultaat treft u in dit nummer van H&W aan: de Transmurale Afspraak 'Astma bij kinderen'. Het is nu aan huisartsen en specia-

listen om op basis van deze wetenschappelijke richtlijn te komen tot het formuleren van werkafspraken die recht doen aan hun 'couleur locale'. Een uitdaging waarmee ik u veel succes toewens.

Namens het NHG-Bestuur,  
dr. Wim A.B. Stalman, voorzitter

### Nieuwe organisatievormen in de informatisering en automatisering

Op 28 januari hebben de gebruikersverenigingen van de Huisartsinformatiesystemen (HIS'en) een nieuwe vereniging opgericht: NEDHIS. Deze vereniging representeert de geautomatiseerde Nederlandse huisartsen en bevordert de onderlinge afstemming, ondersteuning en kwaliteitsontwikkeling.

NEDHIS heeft vijf minuten na haar officiële oprichting een convenant gesloten met LHV en NHG. Dit convenant geeft aan in welke verhouding NEDHIS, LHV en NHG deelnemen in de Raad voor de Informatisering en Automatisering (RIA). Deze raad zal de beroepsverenigingen ondersteunen door middel van beleidsvoorbereiding en advisering.

## 'Preventie: maatwerk 1998-2000' Hart- en vaatziekten

**O**p 1 januari jl. ging het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk 1998-2000' van start. Vlak voor de kerst nam de minister van VWS een positief besluit over de financiering van de LHV/NHG/DHV-ondersteuningsstructuur voor preventie. Daarmee wordt het mogelijk om de succesvolle aanpak van griepvaccinatie en cervixscreening geleidelijk ook toe te passen op een ander onderwerp: preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicogroepen. Het project werd ten doop gehouden op een voor de huisartsgeneeskunde historische plek: conferentieoord Woudschoten in Zeist.

### 1995-1997: influenzavaccinatie en cervixscreening

Medio 1995 ging het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk' van start, met als doel de geleidelijke landelijke invoering van programmatische preventie in de huisartspraktijk, te beginnen met influenzavaccinatie en cervixscreening. Gecoördineerd vanuit het LHV/NHG-preventieteam ondersteunen circa 75 parttime preventiemedewerkers van 23 DHV en de huisartsen in hun regio bij de uitvoering van deze preventieactiviteiten.

Sinds eind 1995 is veel bereikt. De aanvankelijke bezwaren van veel huisartsen tegen programmatische preventie zijn in korte tijd verminderd. Inmiddels roepen de meeste Nederlandse huisartsen hun risicopatiënten voor influenza schriftelijk op en is de helft van de huisartsen betrokken bij het (herinnerings)oproepen van vrouwen voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.

### NHG-preventiebeleid

Volgens het NHG-preventiebeleid moet aan drie voorwaarden zijn voldaan alvorens een preventieve activiteit in aanmerking komt voor systematische uitvoering in de huisartspraktijk. De activiteit moet bewezen effectief, een taak voor de huisarts en praktisch uitvoerbaar zijn. Griepvaccinatie en cervixscreening voldoen in sterke mate aan deze criteria en zijn daarom in 1995 gekozen als eerste speerpunten in het NHG/LHV-preventiebeleid.

Een succesvol voorbeeld is de DHV-Twente, waar in korte tijd meer dan 80% van de huisartsen zelf vrouwen is gaan oproepen voor cervixscreening.

### 1998-2000: hart- en vaatziekten

Vanwege de positieve resultaten van 'Preventie: maatwerk 1995-1997' willen LHV/NHG, met instemming van de LHV-ledenvergadering, de succesvolle aanpak vanaf 1998 stapsgewijs ook toepassen bij een ander onderwerp: preventie van hart- en vaatziekten. Het ministerie van VWS ging eind 1997 akkoord met het projectvoorstel. 'Preventie: maatwerk 1998-2000' heeft als doel de komende drie jaren de programmatische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk te ontwikkelen en gefaseerd in te voeren. Naast het onderhoud van griepvaccinatie en cervixscreening wordt stapsgewijs gestart met het verbeteren van de systematiek, organisatie, opsporing en het management bij personen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

In tegenstelling tot griepvaccinatie en cervixscreening is er geen kant-en-klaar landelijk programma. Enkele essentiële voorwaarden voor programmatische preventie zijn nog niet vervuld. Daarom wordt gestart met een proefperiode van twee jaar, waarin wordt gewerkt aan de onderbouwing en realisatie van de benodigde inhoudelijke, organisatorische en financiële randvoorwaarden.

Tegelijkertijd wordt een proef gestart met de 'kleinschalige' invoering in de huisartspraktijk bij 15% van alle huisartsen (gemiddeld vijftig per DHV). De eerste 1.150 huisartsen worden in 1998 en 1999 ondersteund vanuit de DHV-Preventieteams.

### De resultaten van 'Preventie: maatwerk 1995-1997'

- De influenzavaccinatiegraad nam toe van 52% in 1995 naar 63% in 1996 en circa 80% in 1997.
- In die gevallen waarin de huisarts de (herinnerings)oproep deed voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker was de deelname/beschermingsgraad circa 15% hoger dan waar de GGD de oproep deed.

De aanvankelijke weerstanden ten aanzien van programmatische preventie lijken in korte tijd te zijn verdwenen, mede dankzij de inhoudelijke en organisatorische ondersteuning van LHV/NHG en de DHV-preventieteams. Het project eindigde op 31 december 1997.

### Implementatie Hypertensie-standaard

NHG en LHV zullen de benodigde hulpmiddelen en methodieken ontwikkelen voor een meer systematische en doelgerichte aanpak van preventie van hart- en vaatziekten bij de bekende hoog-risicogroepen. De onlangs herziene NHG-Standaard Hypertensie biedt hiervoor goede aanknopingspunten. Opsporing en behandeling van hypertensie bij personen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten voldoet aan de NHG-criteria voor zinvolle preventie: de effectiviteit en de taak van de huisarts bij deze patiëntengroep zijn voldoende onderbouwd en de uitvoerbaarheid is in enkele projecten aangetoond. Volgens de standaard komen voor opsporing en behandeling personen in aanmerking met een of meer risicofactoren: diabetes mellitus; hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis (CVA, TIA of IHZ); een leeftijd boven de zestig jaar; eerstegraads familieleden met hart- en vaatziekten onder de zestig jaar; een verhoogd cholesterolgehalte en hypertensie in de voorgeschiedenis. In deze groepen met een verhoogd risico bestaat veel kans op het vinden van hypertensie, leidt het vaststellen van hypertensie het eerst tot behandeling en is het profijt van behandeling het grootst. Aanbevolen wordt om bij spreekuurbezoekers uit deze groepen jaarlijks de bloeddruk te meten en, bij personen met hypertensie, het cardiovasculaire risicoprofiel op te stellen of aan te vullen. Actief oproepen van deze personen, zoals bij griepvaccinatie en cervixscreening, is niet nodig.

### Opsporing bij zestigjarigen

De herziene standaard is primair gericht op de bekende risicopatiënten, maar beveelt ook jaarlijkse bloeddrukmeting bij alle 60-plussers aan. Het leeftijds criterium zestig jaar wordt gehanteerd aangezien deze leeftijd in combinatie met hypertensie een hoog-risico betekent op het krijgen van hart- en vaatziekten. De gemiddelde praktijk omvat circa vierhonderd tot vijfhonderd personen van zestig jaar en ouder.

### Onderzoek

De Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK) voert in samenwerking met de Vakgroep Huisartsgeneeskunde Nijmegen een proces- en effectevaluatie uit. Op basis van de tussentijdse resultaten zal in het najaar van 1999 worden bezien of de doelstellingen en de inhoudelijke en financiële voorwaarden voldoende zijn gerealiseerd om over te gaan op de volgende fase: geleidelijke landelijke invoering vanaf het jaar 2000.

Om een te grote werkbelasting te voorkomen, is binnen 'Preventie: maatwerk' gekozen voor inperking tot personen van precies zestig jaar (gemiddeld dertig in een normpraktijk). Het is de bedoeling om bij deze personen - via case-finding - een bloeddrukmeting te verrichten. Bij gebleken hypertensie wordt vervolgens het risicoprofiel opgesteld en zonodig aangevuld, waarna de

geselecteerde personen conform de NHG-Standaard worden behandeld en gecontroleerd. Als deze werkwijze eenmaal in de praktijk is ingepast, kan het risicoprofiel ook worden gebruikt bij de begeleiding van patiënten die bekend zijn met (risicofactoren voor) hart- en vaatziekten, de zogenaamde hoog-risicostategie.

### Proef bij 1.150 huisartsen

In de periode 1998-2000 krijgen de deelnemende huisartsen ondersteuning vanuit de DHV-preventieteams bij de organisatie van programmatische preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicogroepen. De zorg voor deze groep patiënten is nu al ten dele een taak van huisartsen. De ondersteuning zal vooral zijn gericht op het aanbrenge van meer systematiek in de praktijkorganisatie en het bestaande handelen rond hypertensie, bijvoorbeeld in de vorm van nascholingsmateriaal voor huisarts en praktijkassistente, tips voor het delegeren aan de assistente en/of het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel in het HIS.

Het zwaartepunt van de activiteiten van de huidige DHV-preventieteams zal daardoor verschuiven van influenzavaccinatie en cervixscreening naar de preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicogroepen.

De DHV'en zijn inmiddels bezig met het werven van 15 % van de huisartsen per district. De deelnemende huisartspraktijken worden ondersteund in de vorm van nascholing voor huisartsen en praktijkassistenten en praktijkbezoekers door de DHV-preventie-medewerkers.

### Woudschotenconferentie

Op de plek waar in 1959 de historische Woudschotenconferentie plaatsvond, werd eind januari een driedaagse trainingsbijeenkomst van de DHV-preventiemedewerkers gehouden. Deze en een aantal aanwezige huisartsen werden onder meer geschoold op het gebied van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, bloeddrukmeting, praktijkorganisatie en projectmanagement, waarbij werd aangesloten bij de herziene NHG-Standaard en het binnenkort uit te brengen NHG-nascholingsmateriaal (zowel voor huisartsen als voor praktijkassistenten) over hypertensie. Met deze basistraining kunnen de DHV-preventieteams de deelnemende huisartspraktijken in hun regio informeren over en ondersteunen bij de uitvoering van het project in de praktijken.

De meeste preventiemedewerkers zijn blij dat, na griep en cervix, wordt gestart met een nieuw onderwerp.

In één regio hebben al meer dan zestig huisartsen naar aanleiding van de DHV-nieuwsbrief hun belangstelling geuit. Volgens een DHV-huisarts die jarenlange



Foto: Ton Drenthen

praktijkervaring heeft met de preventie van hart- en vaatziekten, sluit het onderwerp goed aan op de bestaande praktijk van veel huisartsen. Het nieuwe project zal vooral bijdragen bij tot 'systematischer doen wat je al deed'. 'Preventie: maatwerk 1998-2000' is in die zin niet alleen een preventie-, maar vooral ook een praktijk-

organisatieproject. Wellicht blijkt over enkele jaren dat 'Woudschoten 1998' een nieuwe mijlpaal in de huisartsgeneeskunde was.

Ton Drenthen, projectcoördinator preventie NHG-Afdeling Praktijkvoering & Preventie

### DKB-materiaal over (de preventie van) hart- en vaatziekten

- DKB-pakket nr. 6 Risicofactoren hart- en vaatziekten [Hypertensie en Cholesterol](1991)
- DKB-pakket nr. 6a Hypertensie (herzien 1997); dit is een herziene versie van het deel Hypertensie van DKB-pakket nr. 6; het deel over Cholesterol wordt in 1998 herzien)
- DPA-pakket nr. 3 Hypertensie (1997); dit is een pakket voor deskundigheidsbevordering van praktijkassistenten
- Programma voor Individuele Nascholing nr. 5 Hypertensie (januari 1998)
- DKB-pakket nr. 24 Stoppen met roken [incl. cahier](1994)

## Liesbeth van der Jagt Over communicatie en attitude



**L**iesbeth van der Jagt (43), andragologe, zal bij het NHG onder meer aandacht gaan besteden aan communicatie- en attitudeaspecten in de nascholing. Om te beginnen staat vooral de NHG-uitgave 'Huisarts en patiënt; richtlijnen en uitgangspunten' in het middelpunt van de belangstelling. Het materiaal is bestemd voor nascholing die zowel individueel als in groepsverband te volgen is, waar mogelijk zonder trainer.

*Is individuele nascholing op dit terrein niet moeilijk te realiseren?*

'Nee. Vanuit het HBO-onderwijs zijn voldoende methoden bekend om je individueel sociale of gespreksvaardigheden eigen te maken. Wij proberen hieraan nieuwe elementen toe te voegen. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om via een video en feedback daarop nascholing te geven.'

Haar tweede taak op dit gebied ligt op een algemener niveau. 'De NHG-Afdeling Deskundigheidsbevordering wil de huisarts-patiënt relatie (attitude, communicatie en consultvoering) een integrale plek geven binnen de DKB-pakketten.

Pas als dat is gerealiseerd, kunnen we spreken van een systematische aanpak van dit onderwerp.'

*Hoe slecht zijn huisartsen in communicatief opzicht?*

'Zij zijn in de regel goed, zeker wanneer je huisartsen vergelijkt met specialisten. Maar het kan natuurlijk altijd beter.'

*Je wordt ook docent van de NHG-Huisarts-Supervisors Opleiding?*

'Inderdaad. Binnenkort gaat de derde opleidingsgroep van start. Deze driejarige opleiding is bestemd voor huisartsen die collega-huisartsen willen begeleiden in het omgaan met de eigen rol (communicatie met patiënten; eigen normen en waarden; werkdruk; combinatie werk en privéleven). De cursisten gaan de vraag te lijf: "hoe kan ik als huisarts groeien in mijn beroepshouding?"'

'Ik zou het zeker geen "softe" huisartsen noemen', zegt ze lachend, 'want ze beheersen evenzeer de rationele kant van het vak. "Goede" huisartsen dus!'

Liesbeth van der Jagt gaat deze groep cursisten opleiden samen met Ria Wijdeven, die, met Wiljo Brenninkmeijer, de eerste twee lichtingen huisarts-supervisors heeft 'afgeleverd'.

*Waarom hebben ze jou voor deze job uitgezocht?*

'Toen ongeveer twaalf jaar geleden de supervisie een integraal onderdeel van de beroepsopleiding werd, was dit min of meer revolutionair. Van meet af aan was ik bij dit deel van de opleiding in Rotterdam betrokken. En supervisie blijkt haar vruchten af te werpen. Niet alleen haio's, maar ook praktiserende

huisartsen tonen steeds meer belangstelling om supervisie te volgen. Ik vond en vind supervisie behalve zinvol ook leuk. Ook buiten de geneeskunde.'

Liesbeth van der Jagt werkt parttime op het NHG-Bureau. Dat past bij een persoon die 'altijd te veel wil en eigenlijk te veel hobby's heeft.' Een leven als een hinkelspel. Haar carrière vertoont dan ook geen kaarsrechte lijn: 'Maar bij alle verschillende dingen die ik heb gedaan, bleef steeds de relatie met de gezondheidszorg bestaan, hoe dun dat lijntje soms ook was.' Zij werkte met verpleegkundig managers, wijkverpleegkundigen en gaf leiding aan de opleiding voor maatschappelijk werk. Daarna werkte zij bij Aletta, Landelijk Centrum voor Vouwengezondheidszorg, met huisartsen, gynaecologen, fysiotherapeuten en thuiszorgwerkers.

'Naast mijn baan bij het NHG doe ik vanuit mijn eigen bureau aan organisatie-advisering, teambegeleiding, conflicthantering én therapeutisch werk. Daarnaast ben ik actief in verschillende maatschappelijke organisaties. Zo ben ik lid van de Raad van Toezicht van de Stichting Voorzieningen Verstandelijk Gehandicapten Rotterdam.'

*Leven lijkt voor jou het zoeken naar stimuli te zijn?*

'Klopt'.

*Wat biedt het NHG je in dat licht?*

'Een verdieping op het terrein dat mij altijd boeide: communicatie en attitude van de huisarts.'

**vervolg op pagina 159**

## DKB-Pakket

# Herpes genitalis/Condylomata acuminata

**E**r is nascholingsmateriaal gereed bij de NHG-Standaarden Herpes genitalis en Condylomata acuminata. Dit is onder de coördinatoren van de WDH'en en de districts bureaus verspreid. Aan de twee standaarden is één NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderings-(DKB-)pakket (nr. 48) gewijd.

Herpes genitalis is een seksueel overdraagbare aandoening, veroorzaakt door het herpes simplex virus type 1 of 2. De aandoening komt voornamelijk voor bij personen tussen de twintig en de veertig jaar. De incidentie in de huisartspraktijk verschilt nogal tussen stad en (verstedelijkt) platteland; gemiddeld is er sprake van 1 tot 2 per 1000 patiënten per jaar. Condylomata acuminata zijn genitale wratten gelokaliseerd op de huid en het slijmvlies van de anogenitaalstreek. Besmetting vindt ook bij deze aandoening meestal plaats door seksueel contact.

De incidentie van condylomata acuminata in de huisartspraktijk bedraagt ongeveer 1 per 1000 patiënten per jaar.

### Richtlijnen

Bij de samenstelling van het DKB-pakket is vooral uitgegaan van de belangrijkste richtlijnen uit de twee standaarden.

Wat de diagnostiek betreft, zijn dat met name het bij de hulpvraagverheldering aandacht besteden aan de belevingsaspecten en de invloed op de seksuele relatie, het bij de anamnese systematisch aandacht geven aan de differentiaaldiagnostiek, en de plaats van lichamelijk onderzoek en even-

tuele aanvullende diagnostiek. De richtlijnen omtrent het beleid hebben vooral betrekking op voorlichting over het hebben van een virale seksueel overdraagbare aandoening (overdracht, beperkte behandelbaarheid, recidieven, preventie), het beleid bij het kiezen van een medicamenteuze therapie, het beleid bij zwangeren in verband met mogelijke overdracht naar het kind, en voorlichting over het belang van het waarschuwen van seksuele partners.

### Knelpunten

Die belangrijkste richtlijnen uit de standaarden blijken ook de meeste knelpunten op te leveren bij de invoering van de standaarden. Uit een inventarisatie is gebleken dat veel huisartsen bij de hulpvraagverheldering niet altijd aandacht besteden aan de belevingsaspecten en aan de invloed van de aandoening op de seksuele relatie. Ook bestaat er een discrepantie tussen de richtlijnen in de standaarden en de dagelijkse praktijk met betrekking tot het zorgvuldig afnemen van de anamnese en het verrichten van gericht lichamelijk onderzoek, de aandacht voor de differentiaaldiagnostiek en de betekenis van eventuele aanvullende diagnostiek.

Wat het beleid betreft gaat het vooral om de hierboven genoemde aspecten van voorlichting en aandacht voor belevingsaspecten en voor cosmetische bezwaren bij condylomata acuminata.

Knelpunten ten aanzien van preventie zijn de voorlichting over condoomgebruik en de waarschuwing van seksuele partners. (RH)

### Programmaonderdelen

#### Oriëntatie

1. 'Is dit herpes genitalis? Zijn dat condylomen?'
2. Herpes genitalis/condylomata acuminata. Wat is het en hoeveel komt het voor?  
Twee referaten

#### Begrip

1. Herpes genitalis en condylomata acuminata en ander ongemak. Een diaserie
2. Herpes genitalis en condylomata acuminata: casuïstiek rond diagnostiek, therapie en patiëntenvoorlichting

#### Toetsing

Kennistoets Herpes genitalis/Condylomata acuminata

#### Acceptatie

Wat vindt de dokter er zelf van?

#### Verandering

1. 'Herpes genitalis, daar kom je toch nooit vanaf?'
2. 'Ik hoopte dat het vanzelf zou overgaan!'

### vervolg van pagina 158

*Hoe zit het met je zendingsdrift?*

'Nou, waar ik voor sta, daar ga ik ook voor. Maar een missionaris zou ik mijzelf zeker niet noemen.'

*Schets jezelf dan eens in een paar steekwoorden.*

Direct komt er: 'Beschouwend, doortastend, snel, ambitieus, praktisch en resultaatgericht', en, na enig nadenken: '...en relatiegericht.'

*Noem eens een minpunt?*

'Dat laatste is voor mezelf soms een minpunt, als het niet door een zakelijke houding in evenwicht wordt gehouden.' (FM)

## Interview met Pieter van den Hombergh

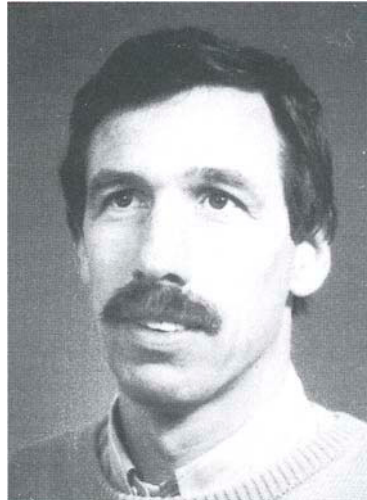
**S**inds 1 januari heeft Pieter van den Hombergh, huisarts te Almere, bij het NHG de taak gekregen om visitatie als activiteit in het kader van de deskundigheidsbevordering te gaan stimuleren. Hij werkt momenteel een plan uit voor de verdere ontwikkeling en het onderhoud van visitatie-instrumenten - zoals het *Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP)* - en voor de organisatie van visitatie. Een en ander gebeurt in nauw overleg met de LHV en met de *Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK)*.

*Wat kan de huisarts gaan verwachten?*

'Visitatie heeft een lange traditie en al sinds de zestiger jaren hebben enthousiaste huisartsen bij vlagen bij elkaar in de keuken gekeken. Dat rondkijken is wel leuk, maar het levert meer op wanneer je heel gestructureerd gegevens van huisarts, praktijkassistenten en patiënt verzameld. Wat de praktijkvoering betreft gebeurt dit door consulenten - soms samen met een collega-huisarts. Mijn job is het geweest om een zo goochem mogelijk toetsingsinstrument voor de praktijkvoering te maken, waarmee je in een halve dag een visitatierapport op tafel hebt.'

*Vinden huisartsen visitatie bedreigend?*

'Uit de door ons uitgevoerde evaluatie bleek dat slechts 3% van de deelnemende huisartsen het bedreigend had gevonden. Toetsing is ook steeds meer een efficiënte manier om te weten te komen op welke punten je kunt verbeteren. Bij praktijkvoering is meer "verbeterwinst" te behalen dan bij medisch-inhoudelijke zaken.'



*Hoe gaat de organisatie eruit zien?*

'Het NHG zoekt naar wegen om individuele huisartsen, praktijken en huisartsgroepen die visitatie willen, makkelijk en voor een redelijke prijs te kunnen bedienen. Hoe het precies zal worden, weten we nog niet. Maar het lijkt het meest efficiënt om de organisatie van het aanbod niet centraal maar decentraal te laten plaatsvinden. We denken dan aan het niveau van de Districts Huisartsen Verenigingen. Daar wordt al enige tijd geëxperimenteerd. Binnen enkele maanden hopen we het hele aanbod gereed te hebben.'

*Wat ga jij nu precies doen?*

'Het klinkt simpel, maar er moet natuurlijk het een en ander worden georganiseerd. Een taak waarin ik veel zin heb, zeker omdat de 350 al gevisiteerde huisartsen visitatie eigenlijk altijd leuk en nuttig vonden. Het geeft een kick om onderzoek gedaan te hebben waarmee huisartsen wat kunnen. Het is ook een voorrecht om met leuke collegae bij NHG en WOK te werken aan iets wat je ziet zitten.'

### 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  
Jos Manders,  
coördinator Afdeling  
Praktijkvoering & Preventie,  
lid  
Jos Zandvliet,  
directiesecretaris,  
lid

### Opmaak

Lucas Renckens

### Redactiesecretariaat

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