

# Visies, plannen, producten en mensen

## Dutch points of view...

Afgelopen maand is in Dublin de Wereld-Wonca-conferentie 1998 gehouden. Bijna vierduizend huisartsen *from all over the world* troffen elkaar en wisselden wetenschap en ervaringen uit. Omdat het ene Europa nakende is, met het gevaar van een gemiddelde en voor ons dus lagere kwaliteit van de gezondheidszorg, heeft het NHG de essenties van de Nederlandse huisartsgeneeskunde nog eens breed uitgedragen. Er was veel belangstelling voor onder meer de praktijkvisite en de patiëntenvoorlichting en uiteraard voor de NHG-Standaarden. Met de landen die net als wij ver zijn op deze gebieden, is overeengekomen nauwer samen te werken.

Onze waaier van plastic kaarten met daarop de NHG-producten en enkele typisch Nederlandse standpunten, vond gretig aftrek. Wel schoten de abortus- en euthanasiestandpunten een erg dikke Amerikaan in het verkeerde keelgat. Geagiteerd riep hij een even forse landgenoot te hulp. Ook deze begon als vanzelf het liberale Holland te laken, maar bleek toch bereid naar onze argumenten te luisteren en naar de cijfers te kijken. Vijftien minuten discussie, gehijg en gepuf later stopte hij zijn collega in diens waterval. Hij veegde zijn voorhoofd af en zei: *'George, wait a moment. Do you know what I think? I think the Dutch are right!'* George keek hem gechoqueerd aan: *'Do you really think so? Come, let's have one of those expensive snacks overthere...'*

En ik bleef als een soort Jehova's getuige achter.

*Hans van der Voort, directeur*

## In dit NHG-katern

- 1 **Verslag Practice Nurse Conference**  
In dit nummer doet Sietsche van Gunst, praktijkassistente-stafid van het NHG, verslag van haar bezoek aan de Practice Nurse Conference te York. In het volgende nummer wordt een verband gelegd met de Nederlandse ontwikkelingen: de opkomst van de praktijkverpleegkundige.
- 2 **Verslag van het werkcollege 'Controverses rond atriumfibrilleren'**  
In een aantal nummers van het NHG-katern worden samenvattingen gegeven van bijdragen die zijn geleverd aan het NHG-Congres 1997. Ditmaal zijn de controverses rond atriumfibrilleren het onderwerp. Bijdragen volgen nog over de ziekte van Parkinson, hartfalen en de systematische aanpak van patiënten met chronisch hartlijden.
- 3 **Bestelkaarten voor de NHG-Patiëntenbrieven en 'Praktijkassistente en NHG-Standaarden'**  
In het vorige nummer was er aandacht voor de NHG-Patiëntenbrieven en de NHG-uitgave 'Praktijkassistente en NHG-Standaarden'. De toen opgenomen bestelkaarten staan opnieuw afgedrukt in dit nummer, met een korte toelichting.
- 4 **Het NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderingspakket nr. 51 TIA**  
Binnenkort zullen de coördinatoren van de WDH'en en de districts bureaus het NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderings-(DKB-)pakket nr. 51 TIA (Transient ischaemic attack) ontvangen. Het pakket hoort bij de NHG-Standaard TIA, die begin 1995 verscheen.
- 5 **Interview met Kees in 't Veld, hoofd DKB**  
Kees in 't Veld, huisarts te Brielle, is het nieuwe hoofd van de NHG-Afdeling Deskundigheidsbevordering. Een interview.



# Verslag van de Practice Nurse Conference te York

*In april vond in York de Practice Nurse Conference plaats. Een verslag hiervan staat op deze en de volgende pagina. In het volgende nummer van het NHG-katern wordt een verbinding gelegd tussen de in Engeland opgedane ervaringen en de Nederlandse ontwikkelingen op dit gebied: de opkomst van de praktijkverpleegkundige.*

## Plaats en functie

De practice nurse is algemeen aanvaard in de Engelse eerstelijns gezondheidszorg. Zij ontwikkelde zich van het hulpje van de dokter tot een min of meer autonome medewerker in de praktijk. Er is sprake van een grote variatie in de functies van practice nurses.

*Frank Dobson*, 'secretary of state for health', benadrukte het nog eens tijdens zijn lezing voor de Practice Nurse Conference: Engeland heeft een staatsgezondheidszorg (National Health Service; NHS), grotendeels gefinancierd uit belastingen. In dit stelsel zijn eerstelijns gezondheidszorg en ziekenhuiszorg gratis. Huisartsen zijn zelfstandige beroepsbeoefenaren die contracten met de NHS sluiten. Sinds het begin van de zestiger jaren kunnen huisartsen samenwerken met practice nurses. Zij zijn door de huisartsen in dienst genomen (of worden betaald door de District Health Authorities) om klinische en preventieve taken te verrichten. Wanneer de practice nurse in dienst is bij de huisarts, krijgt die zeventig procent van het salaris van de practice nurse door de overheid vergoed.

Bijna driekwart van de huisartspraktijken zijn groepspraktijken. In deze setting is het mogelijk om gezamenlijk een of meerdere practice nurses aan te stellen. Naast hen treft men in de praktijk vaak nog een 'practice manager' en 'medical receptionists' aan. Deze laatste staan patiënten aan de balie en de telefoon te woord; in de meeste gevallen hebben zij geen medische opleiding gevolgd.

De Engelse huisarts wordt sinds 1990 financieel ondersteund om meer aan preventie, gezondheidscontrole en voorlichting te doen. Dat was voor huisartsen de aanleiding om meer practice nurses in dienst te nemen ter verlichting van de werkdruk.

In Engeland zijn zo'n 13.000 practice nurses werkzaam. Het verschilt per praktijk welke taken ze voor hun rekening nemen; een totaaloverzicht laat het volgende takenpakket zien: immunisatie/vaccinatie, assistentie bij kleine chirurgische ingrepen, audiologisch onderzoek, spreekuren voor chronisch zieken, algemene gezondheidsvoorlichting, spreekuren voor kleine aandoeningen, gezinsplanning, zwangerschaps- en postnatale spreekuren, gezondheidscontrole van nieuwe patiënten en huisbezoeken.

De meeste practice nurses hebben taken op het gebied van anamnese, diagnose en behandeling van specifieke aandoeningen, volgens een overeengekomen protocol. Patiënten op wie het protocol niet zonder meer van toepassing is, worden naar de huisarts doorverwezen.

In Engeland zijn er geen legale beperkingen voor het functioneren van de practice nurse. Ze mag weliswaar nu nog geen medicijnen voorschrijven, maar het onderwerp kwam tijdens de Practice Nurse Conference wel vaak ter sprake en te verwachten valt dat binnenkort wettelijk wordt geregeld dat ze die bevoegdheid wel krijgt, al of niet uit een beperkt formularium (hetgeen door de Royal College of Nursing, de vakbond, smalend 'a Mickey Mouse-formularium' werd genoemd).

## Opleiding

De meeste practice nurses hebben een driejarige verpleegkundige basisopleiding in een groot ziekenhuis gevolgd. Van de afgestudeerde practice nurse wordt verwacht dat ze iedere drie jaar vijf dagen aan studie besteedt. Dit is een voorwaarde voor herregistratie. Bijna alle District Health Authorities bieden studiedagen aan of geven de practice nurse persoonlijke back-up. De training wordt door artsen of door senior nurses gegeven. De practice nurse krijgt voor elke gevolgde training of cursus een certificaat. Ook de Royal College of General Practitioners en sommige universiteiten bieden cursussen aan.

Tot nu toe werden er geen specifieke eisen gesteld aan de opleiding van een practice nurse, maar dat gaat veranderen. Practice nurses die in aanmerking willen komen voor de kwalificatie 'specialist nurse' hebben tot 31 oktober de tijd om de door hen behaalde certificaten te laten beoordelen. Om in aanmerking te komen voor



de kwalificatie 'specialist nurse' moeten ze zijn geschoold in acht 'ENB A51-items'.

De huisarts is er verantwoordelijk voor dat de practice nurse voldoende opleiding heeft of krijgt.

huisarts autonome, rol van de practice nurse.

### ENB A51-items

1. Enable individuals, families, groups and communities to identify their health needs, and individually and collectively plan, implement and evaluate action intended to meet those needs.
2. Support people caring for their own and others' health needs in the community and provide relevant information.
3. Identify, mobilise and manage resources for community health care.
4. Collaborate with and enable clients and other members of the community health care teams to plan, implement and evaluate health promotion activities.
5. Work autonomously and as a member of community and social care teams, negotiating responsibilities as the situations, tasks and composition of the teams require.
6. Provide specialist community health care services in a variety of settings for promotion of health, prevention of illness, treatment or rehabilitation.
7. Use analytical, political and social skills to engage effectively in policy/practice.
8. Understand the resource implications of practice and how to optimise the quality of the service to clients within the limits of the resources available.

Worden haar certificaten niet voldoende bevonden, dan moet de practice nurse een part-time studie volgen. Overigens is dit alles niet verplicht om als practice nurse te kunnen werken, maar wanneer de practice nurse niet de kwalificatie 'specialist nurse' verkrijgt, bestaat de kans dat ze bijvoorbeeld in de toekomst geen medicijnen mag voorschrijven.

#### Problemen rond de functie

Nascholing en training blijken niet in voldoende mate te worden aangeboden. Het huidige aanbod bestaat vaak nog uit korte cursussen gericht op een specifieke techniek. Het gevaar dat de practice nurse in de praktijk taken uitvoert waarvoor ze geen opleiding heeft gehad, is niet denkbeeldig.

Inmiddels is door de Royal College of Nursing een adequate cursus opgezet, maar voor veel practice nurses blijkt het in de praktijk moeilijk om deze cursussen te volgen. Struikelblokken blijken vaak de financiën en de afstanden die de practice nurse moet afleggen om de (centraal georganiseerde) cursus te kunnen volgen. Ook het gegeven dat deze cursus vaak in de vrije tijd moet worden gevolgd, is niet aantrekkelijk. Er zijn regionale cursussen opgezet, maar helaas leidt dat ook tot mogelijke regionale variatie wat de inhoud betreft.

In de huidige situatie blijft het aanbod beperkt tot specifieke vaardigheidstrainingen; er is nauwelijks aandacht voor de algemene, en ten opzichte van de

De rol van de practice nurse is nog slecht gedefinieerd. Er bestaat geen landelijke overeenkomst in takenpakket en taakafbakening. Dit heeft onder andere tot gevolg dat ze zich flexibel moet opstellen wanneer ze ergens anders gaat werken. De gemiddelde practice nurse blijkt hier overigens niet zo veel problemen mee te hebben. Verder is het in deze situatie lastig, zo niet onmogelijk, om een goede nascholingsstructuur op te zetten.

Practice nurses in dienst bij huisartsen ervaren, in vergelijking met collega's die in een andere setting werken, problemen als slechtere arbeidsvoorwaarden, gebrek aan fondsen en aan rechten op opleiding en training. Daarbij is het niet in het professionele belang van practice nurses om in dienst te zijn van een andere beroepsgroep die geld voor hun diensten ontvangt. Een veel gehoorde mening is dat practice nurses in dienst moeten zijn van de District Health Authorities, zodat zij als collega's met de huisartsen kunnen samenwerken.

*In het volgende nummer zullen de in Engeland opgedane ervaringen worden toegepast op de experimenten die in Nederland gaande zijn met een praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk.*

Sietsche van Gunst, praktijkassistente-stafid NHG-Afdeling Praktijkvoering & Preventie

# Verlag werkcollege

## Controverses rond atriumfibrilleren

In een aantal nummers van dit NHG-katern worden samenvattingen gegeven van bijdragen die zijn geleverd aan het NHG-Congres 1997. Ditmaal zijn de controverses rond atriumfibrilleren het onderwerp. De belangstelling hiervoor tijdens het congres was zo groot dat voor het werkcollege een grote zaal werd gereserveerd.

### Opbouw college

Het college begon met de presentatie van twee casus, waarin goed naar voren kwam dat atriumfibrilleren een ziektebeeld met vele gezichten is. Vervolgens werd de deelnemers gevraagd een enquêteformulier in te vullen. Het doel hiervan was hen te betrekken bij de problemen van dit ziektebeeld en een indruk te krijgen van hun kennis en bovenal expertise. Huisartsen worden vaak als eersten geconfronteerd met de complicaties van het ziektebeeld en de indruk bestaat dat atriumfibrilleren vaak door de huisarts zelf wordt behandeld. Ondanks veel inspanningen is het nooit tot een NHG-Standaard over het onderwerp gekomen.

Vervolgens kwamen de prevalentie van atriumfibrilleren en een aantal problemen rond het stellen van de diagnose aan bod. Dit werd gevolgd door de bespreking van een aantal onderwerpen, waarbij relevante gegevens uit de literatuur werden aangedragen. Per onderwerp werd bepaald tot welke mate van overeenstemming kon worden gekomen.

### Gegevens enquête

Het merendeel van de deelnemers (N=157) vulde het enquêteformulier in. De meesten waren man (68

procent) en voerden een solo- (30 procent) of duopraktijk (34 procent). Hun kennis over atriumfibrilleren kwam uit de Nederlandstalige bladen (94 procent las H&W, 80 procent het NTVG) en nascholing (50 procent nam reeds eerder deel aan nascholing over het onderwerp).

Voordat het onderwerp vanuit de literatuur werd besproken, kregen de deelnemers de gelegenheid hun mening te geven over vier stellingen (tabel 1) en over hoe ze vier denkbeeldige patiënten zouden behandelen (tabel 2).

De grote variatie in de antwoorden was opvallend. Dit kan erop duiden dat in de dagelijkse praktijk patiënten met atriumfibrilleren

door huisartsen verschillend worden behandeld. Tijdens de bespreking van de literatuur over anti-stollingsbehandeling bij atriumfibrilleren werd impliciet antwoord gegeven op de enquêtevragen.

### Prevalentie en diagnostiek

Door prevalentiecijfers uit de VS toe te passen op de Nederlandse bevolkingsopbouw kon worden berekend dat er per normpraktijk ongeveer 21 patiënten met atriumfibrilleren zijn. Het werkelijke aantal hangt echter sterk af van het aantal ouderen in de praktijk; is dit hoog, dan zullen er ook meer patiënten met atriumfibrilleren zijn. Mogelijk zijn niet al deze patiënten bij de huisarts bekend. Atriumfibrilleren kan

Tabel 1

Meningen van deelnemers aan het werkcollege over vier stellingen rond het geven van antistolling bij patiënten met atriumfibrilleren (in percentages)

Stelling	eens	oneens	geen mening
1. Patiënten boven de tachtig jaar met atriumfibrilleren hebben per jaar meer kans op een CVA dan jongere patiënten.	53	35	12
2. Patiënten boven de tachtig met atriumfibrilleren hebben per jaar meer kans op bloedingen als complicatie van een behandeling met coumarinederivaten dan jongere patiënten.	81	12	7
3. Patiënten boven de tachtig jaar lopen per jaar bij behandeling met coumarinederivaten een grote kans om als gevolg van de behandeling een levensbedreigende of invaliderende bloeding te krijgen. Deze kans is zelfs groter dan die om als gevolg van atriumfibrilleren een ischemisch CVA te krijgen.	27	41	33
4. Aspirine voorkomt even effectief als coumarine een ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren boven de tachtig jaar.	33	52	15

**Tabel 2**

Door deelnemers aan de workshop voorgestelde behandelingen bij vier denkbeeldige patiënten (in percentages)

ASA = acetylsalicylzuur, Coum = coumarin derivaat, Geen = geen van beide

<i>Patiënt</i>	<i>ASA</i>	<i>Coum</i>	<i>Geen</i>
Vrouw, 63 jaar, blanco voorgeschiedenis	33	44	24
Man, 77 jaar, weduwnaar, incidenteel diclofenagebruik wegens artrose	52	24	25
Man, 59 jaar, hypertensie sinds acht jaar	26	59	15
Vrouw, 73 jaar, diabetes mellitus type II, in 1994 ischemisch CVA	35	61	4

namelijk symptomeloos verlopen of klachten geven die voor de patiënt geen reden vormen om de huisarts te bezoeken. Verder kan diagnostiek die alleen uit palpatie en auscultatie bestaat, niet altijd het bestaan van atriumfibrilleren vaststellen. Een ECG is het beste middel om atriumfibrilleren te diagnosticeren. Van de aanwezigen bleek 45 procent inderdaad een ECG aan te vragen.

### Prognose

Eerst werd de prognose van atriumfibrilleren besproken: kan atriumfibrilleren nu werkelijk zo veel kwaad? Uit een aantal longitudinale studies zijn gegevens naar voren gekomen over de sterftekans bij atriumfibrilleren.

Zo werd in de Framingham Studie een 2,7 keer zo hoog risico op cardiovasculaire en cerebrovasculaire sterfte gevonden bij patiënten met atriumfibrilleren vergeleken met patiënten zonder deze ritmestoornis (die gematcht waren voor leeftijd en geslacht).

### Risico op CVA

Het risico op een CVA bij atriumfibrilleren was het tweede onderwerp dat werd besproken. Gemiddeld is de kans op een CVA bij patiënten met atriumfibrilleren ongeveer vijf keer zo groot als bij personen met een sinusritme. Het absolute risico op een CVA bedraagt gemiddeld vijf procent per jaar. (Een aparte groep wordt gevormd door patiënten met reumatische klepgebreken. Zij hebben relatief een zeer hoog risico, vijftienmaal zo hoog, en worden hier verder niet besproken.)

Factoren die het risico op een CVA bij patiënten met atriumfibrilleren verlagen, zijn een leeftijd onder de 65 en een blanco voorgeschiedenis wat betreft cardiovasculaire aandoeningen, TIA's of CVA's. De kans op een CVA in deze groep is circa één procent per jaar.

Anderzijds zijn er factoren die het risico op een CVA verhogen. Dit zijn hypertensie, oudere leeftijd, reumatische klepgebreken, diabetes mellitus, decompensatio cordis

of een TIA of CVA in de voorgeschiedenis. Zo is de kans op een CVA bij een patiënt met atriumfibrilleren van 75 jaar of ouder met één van de bovengenoemde risicofactoren 8,1 procent per jaar. Wanneer een patiënt recent een TIA of CVA heeft doorgemaakt, is die kans 12,1 procent per jaar. Leeftijd beïnvloedt duidelijk het risico op een CVA bij patiënten met atriumfibrilleren. In de klasse van 60-69 jaar is dit risico nog 1,6 procent per jaar, tussen 70-79 jaar 2,1 procent en boven de 80 jaar drie procent.

Met eenvoudige middelen zoals anamnese, lichamelijk onderzoek, de patiëntenkaart en bloedonderzoek is een vrij nauwkeurige inschatting van het risico op een CVA te maken. Echocardiografie lijkt in eerste instantie niet noodzakelijk. Dit is des te verheugender omdat daarvoor over het algemeen een cardiologische verwijzing nodig is.

### Preventie van een CVA

Coumarinepreparaten verkleinen de kans op een CVA bij patiënten met atriumfibrilleren met 68 procent (Number Needed to Treat [NNT] 32). Deze reductie is groter dan bij het voorschrijven van acetylsalicylzuur, waarmee een reductie van 36 procent kan worden bereikt. Maar anders dan bij de coumarinepreparaten, is het resultaat van acetylsalicylzuur niet consistent in de verschillende trials.

In het geval van secundaire preventie, dat wil zeggen wanneer al een TIA of CVA is opgetreden, zijn de coumarines zeer effectief gebleken; het risico daalt hier van



twalf naar vier procent per jaar (NNT 12,5). Acetylsalicylzuur geeft hier een risicoverlaging van twalf naar tien procent.

### Risico's

Verlaging van het risico op een CVA gaat gepaard met een verhoogde kans op een bloeding. Ernstige bloedingen treden op bij twee procent van de patiënten die anticoagulantia gebruiken. Het ziet er naar uit dat stijgende leeftijd predisponert tot ernstige bloedingen. Dit hogere risico kan vermindert worden door de bejaarde patiënt in te stellen op een INR (International Normalized Ratio) van 2 tot 3. (De INR is de meest moderne maat voor de instelling van antistolling. Hoe hoger de INR, des te sterker de antistolling. De meest ideale INR bij atriumfibrilleren lijkt te liggen tussen 2,5 en 3,5.) Deze precieze instelling heeft uiteraard consequenties voor de controlefrequentie.

De discussie was levendig. Het laatste woord over dit onderwerp is nog niet gezegd!

P. J. van den Berg, arts-onderzoeker, Instituut Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) en

J. Heeringa, huisarts Gezondheidscentrum Ommoord, ten tijde van het congres eveneens werkzaam als arts-onderzoeker aan het Instituut Huisartsgeneeskunde van de EUR en nu tevens arts-onderzoeker aan het Instituut Epidemiologie & Biostatistiek EUR

## NHG-Patiëntenbrieven

Heeft u belangstelling voor de NHG-Patiëntenbrieven? Vul onderstaande bestelkaart dan in, knip hem uit en stuur hem in een

ongefrankeerde envelop naar: Nederlands Huisartsen Genootschap, Antwoordnummer 2823, 3500 VL Utrecht.

**N.B.** De meeste huisartsen hebben een brochure gehad met een soortgelijke bestelkaart als op deze pagina. Indien u die kaart nog niet heeft ingevuld, kunt u alsnog onderstaande kaart gebruiken.



### Bestelkaart

- Ik ben NHG-lid en ontvang de NHG-Patiëntenbrieven (overzichtsmap, diskette en nieuwe patiëntenbrieven tot 1 januari 2000) voor de NHG-ledenprijs van f 180,-.
- Ik ben geen NHG-lid en ontvang de NHG-Patiëntenbrieven (overzichtsmap, diskette en nieuwe patiëntenbrieven) tot 1 januari 2000 voor de niet-ledenprijs van f 240,-.

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

## Praktijkassistente en NHG-Standaarden, deel 2

Door middel van onderstaande kaart kunt u 'Praktijkassistente en NHG-Standaarden, deel 2' bestellen. Vul de kaart in, knip hem uit

en stuur hem in een ongefrankeerde envelop naar: Nederlands Huisartsen Genootschap, Antwoordnummer 2823, 3500 VL Utrecht.



### Bestelkaart

- Hiermee bestel ik ..... exemplaren van de NHG-uitgave 'Praktijkassistente en NHG-Standaarden, deel 2'.

De prijs is voor leden f 22,50 en voor niet-leden f 30,- (inclusief BTW en exclusief verzendkosten). Na verschijnen wordt het boek u zo spoedig mogelijk toegezonden.

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

# DKB-pakket TIA

**B**innenkort zal het NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderings-(DKB-)pakket nr. 51 TIA (Transient ischaemic attack) onder de coördinatoren van de WDH'en en de districts bureaus worden verspreid. Het pakket hoort bij de NHG-Standaard TIA, die begin 1995 verscheen.

Onder TIA wordt verstaan het plotseling optreden en binnen 24 uur volledig verdwijnen van neurologische uitvalsverschijnselen, die kunnen worden verklaard door een plaatselijke stoornis in de bloedvoorziening van de hersenen. Een TIA wordt onderscheiden van een CVA; ook hierbij gaat het om het plotseling optreden van neurologische uitvalsverschijnselen die vermoedelijk het gevolg zijn van circulatiestoornissen in de hersenen, maar bij een CVA houden die langer dan 24 uur aan of hebben zij voortijdig overlijden tot gevolg.

## Richtlijnen

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

De diagnose wordt gesteld op basis van de anamnese. Positieve bevindingen bij lichamelijk onderzoek ondersteunen de diagnose, negatieve bevindingen ontkrachten de diagnose niet.

De richtlijnen omtrent het beleid zijn de volgende:

- een TIA is een tijdelijke, lokale, self-limiting uiting van een generaliseerd probleem;
- voorlichting over oorzaak en achtergronden, risicofactoren en medicamenteuze of - in enkele gevallen - operatieve be-

handeling is neemt een belangrijke plaats in;

- antitrombotische behandeling is gericht op preventie van toekomstige vaataccidenten;
- de potentiële baten van carotis-chirurgie zijn gering, de kosten hoog;
- beïnvloeding van risicofactoren is van belang teneinde de kans op het ontstaan van een CVA te verminderen.

## Knelpunten

Mede aan de hand van gegevens uit de commentaarronde bij de concept-standaard zijn diverse bij de invoering van de standaard te verwachten knelpunten geformuleerd. Deze hebben geleid tot de formulering van onderwijsdoelstellingen, die in de verschillende programma-onderdelen in het DKB-pakket - zie het kader - zijn uitgewerkt.

Knelpunten wat betreft de diagnostiek zijn vooral het spoedeisende karakter van de beoordeling van de klachten en neurologische uitval. Ten aanzien van de anamnese gaat het om de aard van de symptomen (die soms ten tijde van het onderzoek al verdwenen zijn) en het bestaan van risicofactoren. En knelpunten ten aanzien van het lichamelijk onderzoek zijn het bepalen van het gezichtsveld, het vaststellen van spraakstoornissen en het onderzoek van de extremiteiten, alsmede het verrichten van het lichamelijk onderzoek, óók wanneer de patiënt meent dat de klachten al zijn verdwenen.

Wat het beleid betreft, hebben de knelpunten vooral te maken met het geven van voorlichting, het afwachten van het natuurlijk verloop, het beïnvloeden van risicofactoren, het voeren van een gesprek over de voor- en nadelen van eventuele carotis-chirurgie indien er een kans bestaat dat de patiënt daarvoor in aanmerking komt, en het motiveren van de patiënt om te accepteren dat de preventieve medicatie levenslang gebruikt dient te worden en er relatief weinig therapeutische mogelijkheden zijn. (RH)

## Programma-onderdelen

### Oriëntatie

'De laatste patiënt in uw praktijk met een TIA'

### Begrip

1. TIA: vragen aan de hand van een casus
2. FTO: medicamenteus beleid bij TIA

### Toetsing

Kennistoets TIA

### Acceptatie

1. TIA, was dat niet iets met een aspirientje?
2. FTO: wel of niet dipyridamol?

### Verandering

1. Oefening voorlichting bij een TIA
2. Hoe geef ik voorlichting over carotis-chirurgie?
3. Gesprek met de acute TIA-patiënt
4. Samenwerking: forum met deskundigen
5. Samenwerking met de praktijkassistent: verlamingsverschijnselen en spraakstoornissen



## Kees in 't Veld hoofd DKB

*In het vorige nummer berichtten we over de benoeming van Arno Timmermans tot adjunct-directeur Inhoud van het NHG per 1 mei. Zijn functie van hoofd van de Afdeling Deskundigheidsbevordering (DKB) is overgenomen door Kees in 't Veld, huisarts te Brielle en al jarenlang stafid van de afdeling.*

### **Na vijf jaar een nieuwe functie.**

Ja, in een, sinds ik hier kwam, totaal gewijzigde situatie. Hoewel de kern, de ontwikkeling van de DKB-pakketten, nog wel overeind staat. Toen ik bij de afdeling kwam, was net de laatste hand gelegd aan nummer 15, 'Kinderen met koorts'. Intussen zijn we de vijftig gepasseerd en verschillende van de oudere pakketten zijn al weer aangepast aan veranderingen in de NHG-Standaarden.

Uit de reacties valt op te maken dat de pakketten een belangrijke rol spelen in de nascholing.

### **Er is dus veel veranderd in die jaren?**

Zeker. Ons aanbod aan producten en programma's ter ondersteuning van huisartsen en ook praktijkassistenten bij de kwaliteitsverbetering van hun werk is enorm uitgebreid. Een voorbeeld zijn de Programma's voor Individuele Nascholing. Meer dan negenhonderd huisartsen hebben zich daarop geabonneerd. Het is leuk om te merken hoe enthousiast de Toetsbladen worden ingevuld. Wij proberen vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Ook voor de praktijkassistenten wordt veel ontwikkeld. In 1997 zijn de eerste drie DKB-pakketten voor praktijkassistenten verschenen. En binnenkort komt het eerste deel van 'Praktijkassistenten en NHG-Standaarden' uit, waarin de



standaarden op een beknopte manier worden beschreven, met speciale aandacht voor aan de praktijkassistenten te delegeren taken. We werken aan het verder vorm geven van toetsen van kennis en praktijkvoering, en van een uitgebreid aanbod van visitatie van de praktijkvoering. En dit jaar is weer een groep huisartsen begonnen aan de NHG-opleiding tot huisarts-supervisor. Supervisie kan een bijdrage leveren aan werken met plezier. Na- en bijscholing van huisartsen is kortom uigegroeid tot een veelomvattend kwaliteitsbeleid van de huisarts(praktijk).

### **Wat zie je als jouw uitdaging?**

Vooraf dat we, ook samen met de LHV, de komende jaren ervoor zorgen dat de ontwikkeling van de producten en programma's wordt voortgezet en dat daarin meer samenhang komt. We zijn verder hard bezig om DKB-pakketten, kennistoetsen en wellicht ook de Programma's voor Individuele Nascholing op cd-rom en Internet aan te bieden. Genoeg werk aan de winkel dus. Met als uitgangspunt: door huisartsen voor huisartsen. (RH)

## Colofon

Het NHG-katern is een uitgave van het NHG-Bureau. Het verschijnt dertien keer 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