

Visies, plannen, producten en mensen

L'Histoire se répète...

Het technisch kunnen van medici kent nauwelijks nog grenzen. De bloederige tv-programma's die dagelijks het scherm roodkleuren, zijn er het STERspot-achtige bewijs van. De groeiende kennis van ons genetisch materiaal schroeft de verwachtingen hoog op over wat er allemaal voorspelbaar, geneesbaar en beheersbaar zal gaan worden.

Intussen neemt de toenemende immuniteit bij de wereldbevolking voor vele soorten antibiotica zorgwekkende vormen aan, zorgt de globale migratie voor steeds snellere verspreiding van niet te verhelpen ziekten, leidt ons luxe verwarmde leven tot een optimaal substraat voor dodelijke bacteriën en lopen de sprinkhanen in Afrika zich warm voor de oversteek naar West-Europa.

Aan het eind van een millennium is het wel een tot deemoed stemmende gedachte dat we ondanks al ons gerén binnenkort weer gewoon terugzijn bij af.

De echte klappers voor de gezondheid waren ooit uiterst basale zaken als zuiver drinkwater, een goede riolering en een toevallige vondst van een vaccin. Ook in de volgende eeuw zal de grote winst vermoedelijk niet in medische hoogstandjes blijken te zitten, maar opnieuw gewoon in zaken van eenzelfde basaal karakter.

Hans van der Voort,
directeur NHG

Het NHG-Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS)

NHG en LHV werken samen aan de ontwikkeling en implementatie van het EVS. Het hoofddoel hiervan is het doelmatig voorschrijven door de huisarts te bevorderen; een van de aspecten van het kwaliteitsbeleid huisartsgeneeskunde. Door middel van het EVS zullen de NHG-richtlijnen voor farmacotherapie in de huisartspraktijk gemakkelijker voor de huisarts beschikbaar komen.

Het EVS wordt te zijner tijd geïntegreerd in de bij het NHG in ontwikkeling zijnde Plan-(P-)module, die in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen (HIS'en) zal worden ingebouwd.

Een grootschalig nascholingsprogramma, gericht op het gebruik van het elektronisch medisch dossier, de ICPC-codes en het EVS, is in gang gezet.

Inhoud

Pagina

- | | |
|---|---|
| 2 | Het NHG-Elektronisch voorschrijfsysteem |
| 4 | Nieuwe onderwerpen Fonds Alledaagse Ziekten; subsidieronde 2000 |
| 5 | Meningen van abonnees over de Programma's voor Individuele Nascholing (PIN's) |
| 7 | Hoe gebruikt de huisarts de patiëntenbrieven? |
| 8 | Interview met dr. Geert van der Heijden, lid van de standaardenwerkgroep Schouderklachten |



NHG-adviezen over farmacotherapie gemakkelijker beschikbaar

Het NHG geeft richtlijnen voor farmacotherapie in de huisartspraktijk. Deze zijn te vinden in de NHG-Standaarden, het handboek 'Farmacotherapie voor de huisarts' en het gelijknamige zakboekje voor gebruik tijdens het consult.

Om deze adviezen gemakkelijker voor de huisarts beschikbaar te maken, komt in de loop van dit jaar een elektronisch voorschriftsysteem (EVS) beschikbaar voor alle huidige huisartsinformatiesystemen (HIS'en). Het hoofddoel hiervan is het doelmatig voorschrijven door de huisarts te bevorderen; een van de aspecten van het kwaliteitsbeleid huisartsgeneeskunde. Een grootschalig nascholingsprogramma is in gang gezet.

Wat mag u van het NHG-EVS verwachten?

Doordat het EVS in de HIS'en wordt ingebouwd, hoeft u tijdens het consult uw HIS niet te verlaten wanneer u de NHG-adviezen over farmacotherapie wilt raadplegen. Bij de adviezen wordt rekening ge-

houden met patiëntenkenmerken als leeftijd, geslacht en contra-indicaties, maar ook met interacties tussen geneesmiddelen. Een kenmerk van het EVS is dat het tijdens het spreekuur niet alleen informatie geeft over 'wat' te doen, maar ook over wanneer dat te doen. De NHG-adviezen gaan in principe tot het farmaceutische groepsni-

veau. Aan een advies wordt een (generiek) voorbeeldrecept gekoppeld. De adviezen zijn op te roepen via de zogenoemde ICPC-codes. (ICPC staat voor een internationale diagnosecodering voor de eerstelijns gezondheidszorg.) Bij de adviezen voor farmacotherapie worden ook altijd, eerst, niet-medicamenteuze adviezen gegeven. Dit is een belangrijk onderscheid met andere formularia.

De eerste versie van het EVS zal ± 125 ICPC-gecodeerde indicaties bevatten. In latere versies worden dat er 150 à 160. Het gaat daarbij om aandoeningen met de hoogste incidentie en prevalentie in de huisartspraktijk. Daarmee zal 95 procent van het farmacotherapeutisch handelen gedekt zijn.

Wanneer kan het EVS in uw praktijk draaien?

Het eerst komt u aan de beurt wanneer u Promedico+ gebruikt. Binnen het EVS-project is ervoor ge-

The screenshot shows a software interface for pharmacotherapy advice. It is divided into several sections:

- Algemeen | Farmacotherapie**: The main title of the advice page.
- Algemene tekst**: A paragraph explaining the goal of hypertension treatment: "Het doel van de bestrijding van hypertensie is reductie van de daarmee samenhangende cerebro- en cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Geneesmiddelen waarvan het bewijs is geleverd dat zij deze reductie bewerkstelligen zijn daarom eerste keus."
- Niet-medicamenteuze adviezen**: A list of non-pharmacological advice:
 - Niet roken
 - Overgewicht reduceren (Quetelet-index < 25)
 - Geen extra zout bij het eten en geen gezoute producten eten
 - Kaliumopname verhogen (groente en fruit)
 - Alcoholgebruik beperken (maximaal 2 consumpties per dag)
 - Voldoende lichaamsbeweging
- Comorbiditeit**: A list of comorbidities with checkboxes:
 - Decompensatio Cordis
 - Astma en COPD
 - Angina pectoris
 - Supraventriculaire tachycardie
 - Sinusbradycardie
 - Doorgemaakt MI
 - Diabetes mellitus
 - Perifere circulatieklachten
 - Jicht
- Interacties**: A list of interactions with checkboxes:
 - Digoxine
- Leeftijdsgroepen**: A list of age groups with checkboxes:
 - Ouder dan 65 jaar

The screenshot shows a software interface for treatment indications and steps for hypertension. It is divided into several sections:

- Algemeen | Farmacotherapie**: The main title of the advice page.
- Indicaties behandeling**: A list of indications for treatment:
 - * Diastolische bloeddruk van 100-104 mmHg en 2 andere risicofactoren
 - * Diastolische bloeddruk > 105 mmHg
 - * Systolische bloeddruk > 160 mmHg
- Overwegingen bij het maken van een keuze**: A list of considerations:
 - * Begin de behandeling bij stap 1
 - * Evolveer het resultaat van de therapie na 6 weken
 - * Bij onvoldoende effect dosering verhogen
 - * Bij onvoldoende effect een keuze uit een volgende stap maken
- Streefwaarden behandeling**: A list of target values:
 - * Diastolische bloeddruk lager dan 90 mmHg
 - * Systolische bloeddruk verlagen met minimaal 20 mmHg bij een systolische bloeddruk vóór behandeling van 160-180 mmHg
 - * Systolische bloeddruk lager dan 160 mmHg bij een systolische bloeddruk vóór behandeling van 180 mmHg en hoger
- Stappen**: A section for treatment steps:
 - Stepnr 1 | Stepnr 2 | Stepnr 3
 - Thiaziddiureticum
 - Bèta1-selectieve reselectief hydrofiele bètablokker

kozen om een eerste versie van het EVS in dat HIS in te bouwen. Deze versie is geënt op het eerder door de firma ETAS-EP uitgebrachte digitale formulairium. De andere HIS'en volgen later dit jaar.

Een uitgebreid nascholingsprogramma

Binnen het EVS-project zijn de taken zo verdeeld dat het NHG de totale productontwikkeling op zich neemt en de LHV de implementatie, op onderdelen ondersteund door het NHG. Deze implementatie houdt onder andere een langdurig, uitgebreid nascholingsprogramma in. Dit zal zowel op huisartsen als op praktijkassistenten zijn gericht.

De eerste stap in het landelijk nascholingsprogramma wordt gezet met de nascholing van de Promedico+-gebruikers. Er zal zo mogelijk worden aangesloten bij een groot aantal informatiebijeenkomsten die EuroNed - de fabrikant van Promedico+ (en Arcos) - in het hele land zal organiseren. Tijdens die bijeenkomsten krijgen de aanwezige huisartsen en prak-

tijkassistenten afzonderlijk gedurende anderhalf uur een oriënterend nascholingsprogramma aangeboden. Dit zal, voorzover nu valt te overzien, informatie bevatten over het gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD) en van ICPC-codes, en specifieke informatie over het EVS.

Het cursusmateriaal voor de onderdelen over het EMD en de ICPC-codes is, met enkele aanpassingen, aanwezig in het NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderings-(DKB-) pakket 'EMD' voor huisartsen en het gelijknamige concept-pakket voor praktijkassistenten (dat in de loop van dit jaar uitkomt).

Met de districten zal worden overlegd over de manier waarop soortgelijke nascholingsbijeenkomsten kunnen worden georganiseerd voor de gebruikers van de andere HIS'en. Hierbij zal uiteraard zoveel mogelijk aansluiting worden gezocht bij de nascholingsprogramma's in de regio's, in nauw overleg met de Districtscoördinatoren, de Plaatselijk Coördinatoren van de Werkgroepen Deskundig-

heidsbevordering Huisartsen en de FTO-coördinatoren.

Tevens zal materiaal voor individueel gebruik worden ontwikkeld, voor verspreiding op papier, op cd-rom en via Internet. (RH)

Nieuwe versie labcode-tabel beschikbaar

Eind februari 1999 accordeerde de Raad voor de Informatisering en Automatisering de nieuwe versie van de labcodetabel. Deze nieuwste versie heeft nummer 1.4. Het aantal bepalingen is verder uitgebreid. Met name is een groot aantal bepalingen opgenomen van antigenen en antistoffen van de diverse bloedgroepen.

Nieuw is dat bij de tabel ook een zoekprogramma is gemaakt, geschikt voor MS-Windows-95/98/NT-computers. In dat zoekprogramma kunt u gemakkelijk zoeken, sorteren en filteren in de tabel die inmiddels meer dan 1400 bepalingen kent.

De labcodetabel is kosteloos te downloaden van de NHG-website. U vindt daar de tabel in MS-Excel-vorm, alsmede het genoemde zoekprogramma.

Wanneer u de uitgave op papier en/of diskette wenst te ontvangen, dan kunt u deze bestellen bij het NHG (f. 12,60 voor leden; f. 14,- voor niet leden).

Binnen het labcodeplatform (de commissie die de tabel samenstelt) wordt inmiddels verder gewerkt aan een tabel met clusters van bepalingen, zoals probleemgeoriënteerd aanvragen. (JM)

INFORMATIE

- Ontwikkeling EVS
 - inhoudelijk: Bas Rikken, huisarts, projectcoördinator EVS, NHG
 - technisch: Tjeerd van Althuis, arts MPH, NHG
- Implementatie EVS
 - Geraldine Raap, projectleider Implementatie EVS, LHV
 - Frans Dekker, huisarts-stafid NHG
 - Ron Helsloot, afdelingsmanager NHG

Tel. 030-2881700 (NHG) en 030-2823723 (LHV)

Nieuwe onderwerpen Fonds Alledaagse Ziekten subsidieronde 2000

Dit voorjaar loopt de tweede subsidieronde van het Fonds Alledaagse Ziekten met aanvragen over huid-, slijmvlies- en oogaandoeningen. In de eerste ronde zijn twee projecten gesubsidieerd.

De programmacommissie heeft besloten nu al onderwerpen vast te stellen voor de derde ronde, in 2000, zodat geïnteresseerden zich op de grens van het millennium ook daarover kunnen buigen. Het betreft:

- de huid;
- de niet-medicamenteuze benadering door de huisarts van alledaagse psychische problemen;
- adviezen (en hulpmiddelen) bij klachten van het perifere bewegingsapparaat (ledematen), waarbij uiteraard geldt dat onderzoek zich moet richten op terreinen waarover nog geen kennis bestaat;
- de kwaliteit van gebruikelijke kleine 'chirurgische' ingrepen door de huisarts.

Deze vier onderzoeksterreinen zijn tot op heden in de huisartspraktijk onvoldoende onderzocht en bovendien, omdat de problemen zich zo frequent aandienen, voor huisartsen bijzonder relevant. Onderzoeksvragen kunnen betrekking hebben op etiologie, diagnostiek en therapie, waarbij met nadruk ook aan niet-medicamenteuze therapie c.q. voorlichting wordt gedacht. Maar ook beschrijvend explorierend onderzoek op deze terreinen kan bijzonder waardevol zijn.

- Bij onderzoek naar huidaandoeningen valt te denken aan adviezen bij eczeem of jeuk.

- De 'grote' psychische problematiek zoals depressies en angststoornissen komt langzaam steeds meer in de belangstelling, maar er is nog veel onduidelijk over de typisch huisartsgeneeskundige benadering van alledaagse psychische problemen. Werkt geruststelling door de huisarts wanneer een patiënt zich ongerust voelt? Wat is het nut van het advies te gaan sporten bij moeheid? Et cetera. Onderzoek op dit terrein dient te beschrijven wat huisartsen doen of kunnen doen. Onderzoek naar bijvoorbeeld het effect van gedragstherapie of consultaties door anderen dan huisartsen valt niet binnen de prioriteiten.
- Ook over alledaagse adviezen bij klachten van het bewegingsapparaat - vooral klachten van de ledematen - is nog weinig bekend. Wat te doen bij pijnlijke polsen? Welke diagnostische strategieën zijn er bij niet-reumatische/artrotische gewrichtsklachten et cetera.
- En dan ten slotte de kleine 'chirurgische' ingrepen door de huisarts. Er bestaan meerdere studies waarbij series chirurgische ingrepen door middel van PA-uitslagen zijn beschreven, maar er is weinig bekend over het nut van bijvoorbeeld fenolexcisies in de huisartspraktijk, de wijze van hechten, het incideren van abscessen, de behandeling van trigger-fingers et cetera. Gezien de belangstelling voor kleine chirurgie bij veel huisartsen is dit een relevant onderzoeksterrein. Het gaat met nadruk niet om zeer specifieke ingrepen die slechts in het pakket van enkele huisartsen zitten.

Het Fonds Alledaagse Ziekten is voorlopig nog een klein fonds. Het is niet mogelijk om grote promotieprojecten uitsluitend uit het fonds te financieren. Gedacht wordt vooralsnog aan subsidies rond de vijftig à tachtigduizend gulden. Mogelijk kan toekenning van een subsidie uit het fonds aan een project wel bijdragen tot het gemakkelijker verkrijgen van subsidie van andere fondsen.

Wij nodigen geïnteresseerde huisarts-onderzoekers uit een eerste onderzoeks idee en -opzet uit te werken. Aanvraagformulieren zijn bij het directiesecretariaat van het NHG te verkrijgen.

De voorgestelde projecten zullen in eerste instantie door de programmacommissie op relevantie, kwaliteit en haalbaarheid worden beoordeeld. Ook individuele huisartsen kunnen een aanvraag indienen, maar moeten dat dan wel via een van de huisartsinstituten of diagnostische centra doen. Van degenen die een aanvraagformulier hebben ingeleverd, wordt vervolgens een beperkt aantal inzenders uitgenodigd om een volledig onderzoeksvoorstel in te dienen, dat behalve door leden van de programmacommissie ook door externe referenten zal worden beoordeeld. De uiteindelijke toekenning van de subsidie gebeurt op voordracht van de programmacommissie door het NHG-bestuur.

Aanvragen voor de derde subsidieronde moeten worden ingediend vóór 31 december 1999!

Dr. J.O.M. Zaat, voorzitter Stuurgroep
Fonds Alledaagse Ziekten

Meningen van abonnees over de Programma's voor Individuele Nascholing

In september 1997 startte het NHG met de serie *Programma's voor Individuele Nascholing (PIN's)*. Aan het eind van de eerste jaargang hadden ruim negenhonderd huisartsen zich op de reeks geabonneerd; dit aantal is inmiddels opgelopen tot ruim dertienhonderd (een op de vijf huisartsen). Zeventien deeltjes zijn tot nu toe verspreid (zie de kaders voor alle onderwerpen). Het NHG-katern in H&W van augustus 1998 bevatte een terugblik op één jaar PIN's en een eerste verslag van de enquête die onder de abonnees is gehouden [Huisarts Wet 1998; 41(9): 453-5]. Toen werd beloofd dat later uitvoerig op de resultaten van de enquête zou worden teruggekeken. Dat gebeurt hieronder.

Individuele en groepswijze nascholing

Niet zonder slag of stoot is inderijd besloten tot een reeks van programma's voor individuele nascholing; vanaf het begin is benadrukt dat de individuele nascholing altijd een plaats zou moeten hebben binnen de groepswijze nascholing. Nascholing in groepen wordt het meest geschikt geacht om niet alleen kennisoverdracht te bereiken, maar ook de gewenste acceptatie van nieuwe richtlijnen voor het huisartsgeneeskundig handelen en vooral (gedrags)verandering. De PIN's zijn natuurlijk individueel door te nemen, maar kunnen ook worden gebruikt als voorbereiding op nascholing in de huisartsgroep of in een toetsgroep, of om nascholing die elders is gevolgd, later nog eens door te nemen.

Uiteindelijk is toch voor een reeks programma's voor individuele nascholing gekozen, omdat mensen verschillende nascholingsbehoeftes hebben. Sommigen geven de voorkeur aan mondeling onderwijs in een groep, anderen leren liever thuis op een moment dat hen goed uitkomt. Ook willen de beroepsorganisaties een zo compleet mogelijk nascholingsaanbod verzorgen, passend in het kwaliteitsbeleid.

Feedback en accreditatie

De PIN's zijn door de LHV geaccrediteerd voor anderhalf uur per programma. Voorwaarde was een vorm van feedback. Hierbij moest wel de opzet van de programma's voorop blijven staan, die toch vooral educatief is; het gaat er niet om of iemand het 'goed' of 'slecht' doet (ze hebben dus geen selectieve bedoeling).

De feedback heeft de vorm gekregen van een Toetsblad dat naar het NHG kan worden toegestuurd. Na behandeling wordt dit aan de betreffende huisarts geretourneerd met een blad waarop de antwoorden op de vragen van het Toetsblad zijn vermeld.

Respons op de enquête

Bij de nummers 7 (Constitutioeel eczeem) en 9 (Otitis externa) van de eerste jaargang ontvingen twee aselechte steekproeven van honderdvijftig abonnees een enquêteformulier over een aantal aspecten van de PIN's. Van de eerste groep van honderdvijftig abonnees kwamen 56 formulieren retour; van de tweede groep van honderdvijftig 104. De totale respons is dus honderdzestig, ofwel 53 procent.

Opmerkingen over inhoud en vorm

De meeste respondenten vinden de instructie voldoende duidelijk en de informatie helder. Ruim 10 procent heeft behoefte aan meer literatuurverwijzingen. Bij de 'suggesties tot verbetering' noteren meerdere respondenten 'Prima', 'Tevreden', 'Zo doorgaan!'

De effecten van de PIN's

De meesten vinden de vorm van feedback bij de PIN's geschikt, namelijk, dat je aan de hand van casuïstiek het eigen huidige beleid kunt vergelijken met de richtlijnen van de NHG-Standaarden. Bij tweederde van de respondenten heeft deze feedback geleid tot verandering van de handelwijze; bij zo'n 20 procent niet. Over het leereffect van het Antwoordblad is men niet zo enthousiast. Men kijkt dat vluchtig in, maar zit op dat moment niet meer 'in de stof'. Deze vorm van feedback blijkt in 60 procent van de gevallen níét tot verandering van de handelwijze te leiden. Een klein aantal (vijf) respondenten pleit ervoor om de bestudeerde stof na drie maanden à een half jaar (periodiek) nogmaals te toetsen.

Tweederde van de respondenten blijkt veranderingsdoelen te hebben opgesteld (20 procent niet); bij iets minder dan de helft heeft dit ook inderdaad tot een andere handelwijze geleid, maar bij ongeveer eenderde niet.

Interessant is het te zien dat een op de tien respondenten later besloot nascholing in een groep te gaan volgen over een onderwerp van een van de PIN's. Dit is voor

het NHG hoopgevend, gelet op de wens dat de PIN's een rol zullen gaan spelen in de groepsgewijze nascholing.

Tijdsbesteding en accreditatie

Zo'n 30 procent van de respondenten geeft aan gemiddeld anderhalf uur over het doornemen van de PIN's te doen. Meer dan 40 procent besteedt er echter meer tijd aan en vindt de accreditatie voor anderhalf uur te weinig. Meer dan 80 procent zegt het Toetsblad een geschikte manier te vinden om de deelname te toetsen en tot accreditatie te komen.

Andere media

Het merendeel van de respondenten ontvangt de PIN's (nog steeds?) graag schriftelijk, namelijk 60 procent. Ongeveer eenderde geeft voorkeur aan een diskette en ook eenderde aan de cd-rom. 20 procent verkiest Internet. (Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.)

Het abonnement

Zo'n 60 procent van de respondenten vindt het aantal van tien programma's per jaar en de prijs (f 300,-) precies goed. Sommigen vinden het aantal te hoog, anderen de abonnementsprijs. Redenen voor het nemen van een abonnement waren (ook hier waren meer antwoorden mogelijk):

- dat het materiaal aansluit bij de standaarden (driekwart);
- dat het een aansprekende manier van nascholing is (ruim de helft);
- de mogelijkheid om nascholingspunten te halen (bijna de helft);
- de onderwerpen (20 procent).

De eerste tien

In het eerste abonnementsjaar werden gemiddeld vierhonderd Toetsbladen per PIN teruggestuurd. Dit betekent dat over het jaar genomen gemiddeld zo'n 40 procent van de respondenten het Toetsblad terugstuurde.

Of men het Toetsblad wel of niet terugstuurde, werd voor bijna 40 procent van de respondenten bepaald doordat men het onderwerp interessant vond; voor ook bijna 40 procent speelde dit geen rol. Een kwart stuurde het Toetsblad terug vanwege gesignaleerde lacunes in kennis over het betreffende onderwerp; bij bijna de helft was dit niet zo.

Onderwerpen jaargang 1 (1997/1998)

1. COPD en astma bij volwassenen: diagnostiek
2. COPD en astma bij volwassenen: behandeling
3. Otitis media acuta
4. Angina pectoris
5. Hypertensie
6. Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen
7. Constitutioneel eczeem
8. Lage-rugpijn
9. Otitis externa
10. Maagklachten

Nieuwe onderwerpen

Enkele respondenten zouden het zinvol vinden als alle standaarden op deze wijze geleidelijk aan bod zouden komen. Specifieke suggesties waren: bloedonderzoek, cervicobrachialgie, cholesterol, chronische pijn, CVA, dementie, dui-

zeligheid, fluor vaginalis, hartrit-mestoorntissen, leveraandoeningen, overspannenheid, m. Parkinson, podologie, praktijkorganisatie, preventie van (erfelijke) colon-, ovarium- en mammacarcinomen, schouderpijn, soa en whiplash.

Onderwerpen jaargang 2 (1998/1999)

1. Hartfalen
2. Elektronisch medisch dossier
3. Functiestoornissen van de schildklier
4. Depressie
5. Epicondylitis
6. PID
7. Diabetes mellitus type 2
8. Traumatische knieproblemen
9. Herpes genitalis/Condylomata acuminata
10. Dermatomyosen/Bacteriële huidinfecties

N.B. Met ingang van 1 maart 1999 kunnen huisartsen in opleiding tegen een gereduceerd tarief een abonnement op de PIN's nemen. In plaats van f 300,- betalen zij f 150,- voor een jaargang van tien deeltjes.

Michou Mastboom, huisarts-staffid, en Ron Helsloot, afdelingsmanager, beiden verbonden aan de NHG-afdeling Deskundigheidsbevordering. Met medewerking van Jozé Braspenning, onderzoekster bij de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK).

Hoe gebruikt de huisarts de patiëntenbrieven?

Nu het aantal abonnees op de NHG-Patiëntenbrieven gestaag groeit, wordt het interessant eens te kijken wat huisartsen er in de praktijk mee doen. Om een eerste indruk te krijgen van de implementatie van de patiëntenbrieven hebben de huisartsen uit de NHG-Redactie Voorlichting gekeken naar de belemmerende en bevorderende factoren bij het gebruik van de patiëntenbrieven in hun eigen praktijk. Hieronder is een aantal reacties opgetekend. Binnenkort start waarschijnlijk een forum op de NHG-Internetsite waar huisartsen hun ervaringen met patiëntenbrieven kunnen optekenen en/of uitwisselen. Via de NHG-site kunnen in de toekomst eventueel ook vragenlijsten van de sectie patiëntenvoorlichting worden ingevuld.

Reacties redactieleden

NW: 'Mijn HIS-computer draait niet onder windows. Ik heb de software dan ook nog niet geïnstalleerd. Op dit moment deel ik simpelweg kopieën uit. De afgelopen week waren maagklachten en hypertensie onderwerpen waarover ik brieven meegaf. Ook fluor vaginalis en oefeningen bij lage-rugpijn kwamen meerdere malen aan bod. Eén keer gaf ik een brief mee over sterilisatie terwijl dat onderwerp tijdens het consult amper aan bod kwam. Toch waren er ook veel momenten waarop ik best een brief had kunnen uitdelen maar dat niet deed. Voor mij is de hoge werkdruk in onze praktijk een belemmerende factor.

Over een chronische ziekte als astma deel ik weinig uit. Mogelijk omdat ik het idee heb dat astmapatiënten al goed geïnformeerd zijn.'

HH: 'Ik vind het toch een forse stap om de brieven zo breed mogelijk uit te delen. Ik heb mij voorlopig dan ook beperkt tot diabetes mellitus. De brieven worden als een soort voorlichtingsinhaal-slag aan alle diabetici uitgedeeld. Dat betekent in onze situatie dat nu ook de diabetesverpleegkundige mijn patiëntenbrieven heeft liggen. Zelfs de podotherapeute heeft nu de patiëntenbrief over voetverzorging.

Overigens kan een patiëntenbrief je lelijk confronteren met beperkte kennis over een bepaald onderwerp. Je moet ze dus goed kennen voor je ze uitdeelt. Het idee dat de brief niet strookt met je eigen verhaal zou zo de implementatie kunnen belemmeren.'

PD: 'Ik ben op zoek naar een goede manier om de patiëntenbrief in mijn consultvoering in te passen. Tot nu toe heb ik me beperkt tot een aantal onderwerpen. Ik deel vooral brieven over diabetes mellitus uit. Ook fluor vaginalis kwam aan bod. Naar mijn idee brengt de patiëntenbrief structuur aan in de kennis van de huisarts. Als ik alle brieven ga uitdelen, zullen wellicht ook lacunes in mijn eigen kennis duidelijk worden. Als ik een standaard niet heb gelezen, ontdek ik via de brief wat ik heb gemist. Voorheen vreesde ik overigens dat de brief wel eens op termijn de plaats van het consult zou kunnen innemen. Inmiddels ben ik er wel achter dat dat niet zo zal zijn; consult en brief gaan juist uitstekend samen.'

YH: 'Ik heb geen problemen met het vinden van een moment om een patiëntenbrief uit te delen. De

afronding van het consult leent zich daarvoor prima. Het vervangt als het ware de klassieke afronding met een recept. Ik kan de brieven niet printen vanuit mijn HIS, dus werk ik met kopieën uit de overzichtsmap. Ik mis een heldere inhoudsopgave; het is goed dat die binnenkort beschikbaar komt.'

KB: 'Ik heb een visuele ondersteuning nodig om ervoor te zorgen dat ik steeds op het goede moment aan de patiëntenbrieven denk. Het is nog geen vast onderdeel in mijn consultvoering. Ik vermoed dat een mooi geplastificeerd overzichtskaartje voor op mijn bureau prima zal werken.'

RB: 'Ik loop na het consult met de patiënt naar de bibliotheek in ons gezondheidscentrum. Daar staat onze losse 'windows-pc'. Daar print ik met die gelikte software de benodigde brief uit. Patiënten zijn onder de indruk. Wat me tegenvalt is dat zij bij een volgend consult zelden op een brief terugkomen.'

PD: 'Je moet echt leren werken met patiëntenbrieven. Het is een vaardigheid apart. Ik pleit ervoor huisartsen in de opleiding al te leren hoe je tijdens het consult met patiëntenbrieven omgaat.'

Voor een eventueel volgende bijdrage aan het katern over dit onderwerp ontvangt ondergetekende graag uw reacties, ervaringen of anekdotes.

Roy Beijaert, huisarts-staffid sectie Preventie en Patiëntenvoorlichting, NHG-afdeling Praktijkvoering en Preventie

dr. Geert van der Heijden werkgroep Schouderklachten

Enige tijd geleden werd de NHG-Standaard 'Schouderklachten' ingetrokken. Het wachten was op een nieuwe versie. Vrijwel dagelijks belden huisartsen met de vraag wanneer die uitkwam. Nu is het zover.

Aan het woord dr. Geert van der Heijden, werkzaam bij het Institute for Rehabilitation Research in Hoensbroek, en lid van de standaardwerkgroep Schouderklachten.



Geert van der Heijden

Hoe was het om als 'niet-huisarts' aan de standaard mee te werken?

'Vertaling van resultaten van onderzoek naar de praktijk is natuurlijk een vak apart. Zeker als dat mede op basis van consensus binnen een werkgroep gedaan wordt. Als epidemioloog ben ik tot nu toe vooral betrokken geweest bij de opzet en uitvoering van effectonderzoek, en bij de samenvatting daarvan in de vorm van systematische reviews. Het lidmaatschap van de werkgroep was daarom voor mij een nieuwe, maar zeker aardige ervaring.'

Hoe verliep de samenwerking?

'Alle leden van de werkgroep hebben een promotieonderzoek op het gebied van schouderklachten achter de rug. Maar hun vooropleiding, werkervaring en huidige werkomgeving variëren aanzienlijk. Allen hadden daardoor zo hun eigen meningen, hetgeen vooral tijdens de eerste bijeenkomsten een rol speelde. Aanvankelijk hadden de discussies daardoor een verkennend karakter, maar naarmate de tijd verstreek werd de sfeer in de discussies losser. Vooral in het begin hebben we naar een gezamenlijk uitgangspunt gezocht, waarbij ver-

schillende tegenstellingen moesten worden overbrugd. Maar dat verliep altijd in een goede sfeer.'

Hoe kijken fysiotherapeuten tegen standaarden aan?

'Binnen alle paramedische beroepsgroepen wordt hard en op systematische wijze gewerkt aan de ontwikkeling van 'evidence based' richtlijnen en protocollen. Dat proces vertoont duidelijke overeenkomsten met de NHG-Standaardontwikkeling. Het beleid is voorts gericht op de implementatie van richtlijnen die nu gereed zijn.'

Kunnen fysiotherapeuten met deze standaard uit de voeten?

'Ik denk het wel. Ik verwacht dat vooral huisartsen zullen moeten wennen aan deze standaard waar het gaat om de fysiotherapie. De nieuwe standaard Schouderklachten adviseert een afwachtend beleid, maar mijn indruk is dat huisartsen hun patiënten wellicht wat sneller naar een fysiotherapeut willen verwijzen. Er is echter voldoende stevig bewijs voor het beleid zoals dat in de standaard is weergegeven.' (FM)

Redactie

Hans van der Voort, directeur,
voorzitter
Ron Helsloot, manager Afdeling
Deskundigheidsbevordering,
secretaris
Maarten Klomp,
huisarts, DB-lid, lid
Frans Meulenbergh,
coördinator Afdeling
Standaardenontwikkeling, lid
Jos Manders,
manager Afdeling
Praktijkvoering & Preventie, lid
Jos Zandvliet,
directiesecretaris, lid

Opmaak

Léon Morselt

Redactiesecretariaat

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