

Wat deed de huisarts op 14 november? Een bezoek aan enkele workshops van het NHG-Congres



Workshop 'Bijblijven, hoe doe je dat?'

Vraaggericht lezen

Als workshopleiders Patrick Bindels en Gerben ter Riet iets duidelijk weten te maken, dan is het wel dat bijblijven helemaal niet mogelijk is. Per maand verschijnen namelijk zo'n 10.000 wetenschappelijke artikelen en per werkdag ontvangt de huisarts gemiddeld één bijscholingsaanbod. Maar er is geen huisarts die niet toch een poging tot bijblijven waagt. Alom gevreesd is dan ook de enorme stapel ongelezen tijdschriften, die alleen maar lijkt te groeien. 'Weg ermee!', aldus Bindels. Want wie ongericht de stapel tijdschriften doorleest, is heel onproductief bezig. 'Daar blijft niets of nauwelijks iets van hangen.'

Wie leest op het moment dat er een daadwerkelijke vraag is, pakt het heel wat slimmer aan. Niet alleen lees je dan gericht, het resultaat blijft ook nog beter hangen. En huisartsen vragen zich heel vaak dingen af: gemiddeld twee keer per drie contacten. 'Schrijf die vragen op', adviseert Bindels. 'Kijk vervolgens welke antwoorden je echt nodig hebt of welke vraag al vaker een probleem heeft gevormd, en ga dáár dan naar op zoek. Op internet, want daar is bijna alles wel te vinden. Of via de indexen van tijdschriften.'

Lacunegericht leren

Ook meent Bindels dat het echt niet langer kan dat we ons allemaal blijven nascholen in datgene wat we zelf leuk vinden. 'Maak elke maand de kennistoets in H&W, en als je iets niet weet, ligt daar dus een lacune.' De zaal protesteert: 'Als ik iets moet leren wat ik niet leuk vind, onthoud ik helemaal niets.' Maar Bindels werpt tegen dat niet is aangetoond dat mensen de dingen die ze leuk vinden beter zouden onthouden. 'Bovendien zou je daarmee van jezelf accepteren dat je bewust lacunes in je kennis laat bestaan. Dat kan echt niet.'

Mensen onthouden het best wat ze echt nodig hebben. 'Dus ook hier geldt: probeer je na te scholen op een onderwerp waarover je een concrete vraag hebt, bijvoorbeeld omdat een patiënt een specifiek probleem heeft waar je niet veel van afweet. Dat heeft op zo'n moment je interesse en dat geeft de grootste kans op effectiviteit.'

Op doktersrecept

Over 'bijblijven' worden enkele goede tips gegeven tijdens deze workshop. Bijvoorbeeld:

- ▶ Bijblijven kan niet. Dus weg met de schuldgevoelens.
- ▶ Schrijf de klinische problemen die zich in de praktijk aandienen op en verzamel deze.
- ▶ Bespreek uw vragen tijdens de koffiepauze of in de hagro. Alle kans dat een collega dezelfde vraag heeft, en dan hoeft maar één persoon te zoeken.

- ▶ Ruim tijd in voor het zoeken naar antwoorden. Behandel bijvoorbeeld één vraag per dag, of trek eens per week een halfuurtje uit voor uw zoektochten.
- ▶ Beloof de patiënt dat u op diens vraag zult terugkomen; dan kunt u er niet meer onderuit.
- ▶ Zeg een aantal abonnementen op. Gooi tijdschriften weg die al een tijdje ongelezen zijn blijven liggen.
- ▶ Volg een cursus 'zoeken op internet'.

Workshop 'Geen woorden maar daden'

Gesteriliseerd foutje...

Hoe belangrijk een goede communicatie is, illustreren Sjoerd Hobma en Paul Ram met een voorbeeldje uit de krant. Een Braziliaanse boer met een oorinfectie werd per ongeluk gesteriliseerd omdat hij dacht dat hij aan de beurt was, terwijl de arts iemand anders naar binnen riep. Maar ook als de gevolgen wat minder dramatisch zijn, is een goede communicatie tussen huisarts en patiënt van belang voor beide partijen, want:

- ▶ de dokter krijgt gemakkelijker inzicht in de problemen van de patiënt;
- ▶ de patiënt begrijpt meer van de uitleg, en is tevredener en minder ongerust;
- ▶ de patiënt heeft meer therapietrouw en volgt leefstijladviezen beter op;
- ▶ de dokter zelf voelt zich er beter bij.

Kortom, goed communiceren is ook evidence-based medicine. Maar hoe leer je dat? Traditionele onderwijsmethoden blijken niet of nauwelijks te werken. Daarom is een nieuwe methode ontwikkeld. Eerst worden gedurende een week video-opnamen gemaakt van de communicatie in de spreekkamer. Daarna wordt feedback gegeven in enkele bijeenkomsten met collega's.

Zelf aan de slag

Om de werkwijze te demonstreren, wordt een videofragment getoond waarin een huisarts aan een patiënt vertelt dat er zojuist een tenniselboog is gediagnosticeerd. Vervolgens gaan de deelnemers in tweetallen aan de slag. Eén kruipt in de huid van de huisarts, de ander is observator van de communicatieve aspecten en geeft hierop feedback. Bij een rondgang door de zaal blijkt dat de feedback onderling nogal verschillend is. Ook daarvoor is dus een instrument ontwikkeld: de 'MAAS-Globaal'. Dit heeft de communicatie in dertien aspecten opgedeeld, met allemaal hun eigen score-items. In het videofragment kwamen bijvoorbeeld twee aspecten heel verschillend uit de bus. De huisarts gaf

goede voorlichting over de diagnose tenniselleboog. Maar bij de uitleg over het beleid ging het mis: hier was de huisarts erg directief en was er geen ruimte voor de patiënt. Door op deze manier naar de communicatie te kijken, wordt de feedback objectief en duidelijk.

‘Het is niet altijd gemakkelijk om feedback te ontvangen’, weten de workshopleiders. ‘Doe er alleen iets mee als je de feedback herkent en erkent, als er verbeteringsmogelijkheden zijn en als je er zin in hebt.’

In ieder geval is de methode effectief, zo is gebleken uit een gerandomiseerde studie. De communicatie van huisartsen die hadden deelgenomen aan het programma, was duidelijk verbeterd en deze verbetering beklifde ook. Alle reden dus om ook op deze wijze aan de slag te gaan. Zolang er nog geen landelijke infrastructuur is, kan dit prima in hagroverband.

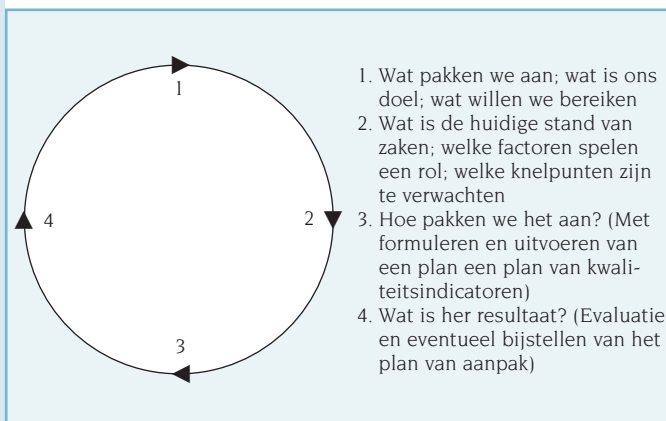
Workshop ‘Kwaliteitsproject in de huisartsenpraktijk’

Samen verbeteren

‘Niemand is tegen kwaliteit’, beweert Harrie Geboers stelling. ‘Bovendien, zoals we in de ochtendlezing hebben kunnen horen, wie zichzelf niet verbetert, wordt vanzelf minder goed.’ Huisartsen willen dus best streven naar kwaliteitsverbetering in de eigen praktijk. Extra impulsen worden gegeven door veranderingen in de mentaliteit van de patiënt en in de maatschappij, en door de komst van de praktijkondersteuner.

Voor je echter aan de slag kunt gaan, moet je een plan maken, legt Yvonne Engels uit. En de voorwaarden en knelpunten moeten duidelijk zijn, zoals:

- ▶ iedereen moet gemotiveerd zijn en openstaan voor verandering;
- ▶ de huidige situatie moet ergens ‘knellen’;
- ▶ er moet een gereede kans op succes zijn;
- ▶ de verbetering moet ook op langere termijn effectief blijven;
- ▶ er moet genoeg tijd en geld voor zijn;
- ▶ de effecten moeten meetbaar zijn.



Zo pak je dat aan

De deelnemers worden in groepjes aan het werk gezet bij het opzetten van een verbeteringsplan volgens de kwaliteitscyclus. Dat blijkt lang

niet altijd mee te vallen. Bijvoorbeeld:

- ▶ Onderwerp: leren van fouten, bijna-fouten en complicaties.
- ▶ Huidige situatie: met fouten wordt niets gedaan en er wordt niets van geleerd.
- ▶ Doel: systematische registratie en bespreking van fouten en bijna-fouten; hier leerpunten uithalen en actie op ondernemen.

Een ander groepje:

- ▶ Onderwerp: invoeren ICPC-codering.
- ▶ Huidige situatie: nu gebeurt dat incidenteel door slechts enkele medewerkers.
- ▶ Doel: iedereen in de praktijk moet dat gaan leren en doen.
- ▶ Knelpunten: in het begin kost het veel tijd en niet iedereen ziet het als een voordeel.

En een heel herkenbaar probleem:

- ▶ Onderwerp: omgaan met herhalingsrecepten.
- ▶ Huidige situatie: elke dag onderteken ik stapels herhalingsrecepten die de assistente schrijft, en ik heb geen idee voor wie of wat ze zijn.
- ▶ Doel: de recepten moeten worden gecontroleerd. Liefst door de assistente!

Dit laatste doel is ‘veel te vaag geformuleerd’, menen de workshopleiders. Bovendien moet je zorgen dat je resultaten meetbaar en controleerbaar zijn. Eigenlijk heeft geen enkel groepje op die manier de doelstelling geformuleerd. Beter zou bijvoorbeeld zijn geweest: ‘Per dag lopen de spreekuren met gemiddeld 45 minuten uit. Doel is dat over 4 maanden gemiddeld nog met slechts 25 minuten wordt uitgelopen.’ Dan heb je een concreet knelpunt, dat gemeten is naar omvang, zodat na de afgesproken tijd ook controleerbaar is of je je doel hebt gehaald. Helaas is dan de tijd weer op. ‘Maar als je hierover meer wilt weten, kom dan in juni naar de WONCA’, aldus Geboers. ‘Want dan gaan we het hier een hele dag over hebben!’

Workshop ‘De nieuwe hagro’

Samen met visie

Deze workshop is erg goed bezocht. Volgens workshopleiders Fred Dijkers en Peter Pilon ‘een teken dat de oude hagro op de tocht staat nu de dienstenstructuur verdwijnt, de zorg verandert en de praktijkondersteuning in alle vormen zijn intrede heeft gedaan’. En dan is er nog de overheid, die in september een zorgnota presenteerde met als prioriteiten meer invloed van de zorgverzekeraars, protocollair werken, flexibele honorering, nadruk op triage, zinnigheid en zuinigheid. Samenwerking is het antwoord! Maar hoe?

‘Samenwerken gaat aanzienlijk gemakkelijker als je een gezamenlijke visie hebt, waarmee je een “wenkend perspectief” biedt voor wat je samen wilt bereiken.’ Je kunt vroeg of laat problemen verwachten als je probeert samen te werken in een verband waarbij één huisarts vindt dat alleen evidence-based behandelingen mogen worden gegeven zonder enige concessie, een ander meent dat de meeste patiënten meer dan voldoende baat hebben bij voorlichting door de assistente en de huisarts dus niet hoeven te zien, en nummer drie van mening is dat het er eigenlijk alleen om gaat dat je ‘bedrijf’ winst maakt.

Zoveel mensen, zoveel visies

Het formuleren van een gezamenlijke visie is dus een eerste vereiste als je wilt gaan samenwerken. Helaas is dat nou net niet het gemakkelijkste klusje. De deelnemers kunnen dit dus oefenen in groepjes die straks een 'nieuwe hagro' zullen gaan vormen. Wat is de zorg waarvoor zij willen staan?

Zet een aantal huisartsen bij elkaar en de discussies zijn geanimeerd en de zijsprongen talloos. En als de visie eindelijk is geformuleerd en dus de eenheid bepaald, is de volgende vraag of er dan nog ruimte is voor specialisatie en individuele vrijheid. En jawel: 'Er moet dus "een stuk flexizorg" komen. Als dat betekent dat jij je werk leuk blijft vinden en dus huisarts wilt blijven, dan moet dat geregeld worden.'



Volgens de workshopleiders zijn er behalve de visie nog meer vragen die beantwoord moeten worden voor daadwerkelijk kan worden gezocht naar een samenwerkingsverband. Bijvoorbeeld of de praktijken aan elkaar moeten grenzen, hoe wordt omgegaan met parttimers en of er ook een manager moet komen in de nieuwe hagro.

Vorm aan de samenwerking

Het samenwerkingsverband dat vervolgens moet worden gecreëerd, maakt een einde aan de vrijblijvendheid. Het moet immers een juridisch-economische rechtspersoon zijn (vanwege het werkgeverschap) en er moet kwaliteitstoetsing kunnen plaatsvinden. Belangrijk is:

- ▶ behoud van zelfstandig ondernemerschap;
- ▶ waarborg voor uniciteit van handelen;
- ▶ zeggenschap op democratische basis;
- ▶ een evenwichtige beloningsstructuur;
- ▶ geen privé-aansprakelijkheid voor groepsverplichtingen;
- ▶ de samenwerkingsvorm is de contractant met derden.

Het blijkt dat de 'goede oude coöperatie' het best hieraan voldoet. Immers, in een stichting kan het bestuur niet tot de orde worden geroepen door de leden, en dat is onwenselijk in een samenwerkingsvorm van huisartsen. In een BV zou je evenveel directeuren krijgen als er hagroleden zijn. En een (kosten)maatschap is geen rechtspersoon. Kortom, een coöperatie is voor de nieuwe hagro de beste samenwerkingsvorm, want die heeft al deze nadelen niet. 'Die boeren hebben dat destijds nog niet zo slecht bekeken!', aldus de workshopleiders. (AS)

Praktijkgeval

Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk: Een schone praktijk

Begin 2003 heeft een werkgroep, waarin ook het NHG was vertegenwoordigd, zich gebogen over een nieuwe richtlijn voor infectiepreventie in de huisartsenpraktijk. Deze zal in een aantal opzichten afwijken van de adviezen uit de vroegere NHG-Bouwsteen Desinfectie en sterilisatie.

In enkele artikelen wordt ingegaan op de belangrijkste punten uit de nieuwe richtlijn. Vorige maand was dat het reinigen van instrumentarium; ditmaal is de praktijk zelf aan de beurt.

Inrichting aanpassen

In een huisartsenpraktijk komen geregeld mensen met meer of minder besmettelijke aandoeningen. Dat geeft meestal geen problemen, maar het is goed om er bij de inrichting toch rekening mee te houden. De vloeren en de meubels moeten goed schoongemaakt kunnen worden (harde vloerbedekking zonder naden, afneembare bekleding van stoelen). De onderzoek-/behandeltafel dient voor iedere patiënt zoveel mogelijk bedekt te zijn met een nieuwe disposable beschermlaag.

Dagelijks schoonmaken

De nieuwe richtlijn adviseert om de praktijk dagelijks schoon te maken, eventueel met uitzondering van de entree, gang en wachtkamer (minstens wekelijks). Reinig waar dat kan 'droog' (doek, stofzuiger). Vervuiling met organisch materiaal wordt zoveel mogelijk verwijderd met bijvoorbeeld een tissue vóór de verontreinigde plaats nat wordt gereinigd. Pedaalemers en prullenbakken moeten dagelijks worden geleegd. Het sanitair wordt dagelijks schoongemaakt met een alkalisch schoonmaakmiddel. Voor preventie en verwijdering van kalkaanslag kan een zuur (ontkalkings)middel worden gebruikt.

Voorwerpen als kinderspeelgoed in de wacht- en spreekkamer moeten worden gereinigd en gedesinfecteerd.¹ Reiniging kan in een warm sopje of in een vaatwasser. Na reiniging worden de voorwerpen goed gedroogd met een theedoek, die eenmalig wordt gebruikt en vervolgens machinaal gewassen op ten minste 60 graden Celsius. Zijn de voorwerpen bevuild met bloed, dan moeten ze na reiniging worden gedesinfecteerd.

In normale omstandigheden hoeft de praktijk na reiniging niet te