

worden gedesinfecteerd,² met uitzondering van de laboratorium-tafel waar onder meer urineonderzoek wordt gedaan. Die moet aan het eind van elke werkdag na het schoonmaken worden gedesinfecteerd.

Desinfectie

Wanneer op oppervlakken, meubilair of voorwerpen bloed of ander lichaamsvocht is gemorst, dan kan dat het best direct worden gereinigd (afnemen met een tissue en daarna nat schoonmaken). Daarna moet worden gedesinfecteerd met alcohol 70% of met een chlooroplossing (1000 ppm). Bedenk daarbij dat 70% alcohol op grote oppervlakken brandgevaar met zich meebrengt. Het gebruik van een chlooroplossing als desinfectiemiddel is echter lastig omdat een dergelijke oplossing 'vers' moet worden aangemaakt. Bij blootstelling aan de lucht loopt de concentratie actief chloor snel terug.

Het reinigen vóór desinfectie is nodig omdat organisch materiaal

(bloed, eiwitten) desinfectantia deels onwerkzaam maken.

Onderhoud van schoonmaakmateriaal

Maak zoveel mogelijk gebruik van disposable materialen. Niet-disposable schoonmaakmateriaal moet na gebruik worden gereinigd en gedroogd. Herbruikbare sopdoeken worden in de wasmachine gewassen op ten minste 60 graden Celsius. Ook de stofzuiger, inclusief het borstelmondstuk, moet maandelijks worden gereinigd.

Dr. Fred W. Dijkers, huisarts en verbonden aan de afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde LUMC

¹ Merriman E, Corwin R, Ikram R. Toys are a potential source of cross-infection in general practitioners' waiting rooms. *British Journal of General Practice* 2002;52:138-40.

² Sengers IJM, Ouwerkerk YM, Terpstra S (Red.). Hygiëne en Infectiepreventie. Lochem: De Tijdstroom, 2000.

Praktijkorganisatie

Analyse van de praktijkvoering: Is úw praktijk op orde?

U bent tevreden met de wijze waarop uw praktijk draait. De assistente doet haar werk goed, de patiënten lijken tevreden. De dingen lopen al jarenlang op een bepaalde manier; iedereen is daaraan gewend en het lijkt allemaal prima te werken. Maar is dat ook echt zo? Kunnen sommige zaken niet efficiënter worden aangepakt? Zijn er wellicht toch verborgen gebreken?

Met een beetje hulp van buitenaf kunt u daar heel gemakkelijk achterkomen én plannen voor verbetering van de praktijkorganisatie maken.

Voordelen van de praktijkanalyse

Het is niet eenvoudig om zelf uw eigen praktijkorganisatie met de nodige afstand te bekijken. Objectieve informatie over het reilen en zeilen van uw praktijk kunt u wel krijgen wanneer u uw praktijkorganisatie laat doorlichten met behulp van het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP). Daarmee wordt uw praktijkorganisatie systematisch gespiegeld aan de stand van zaken in andere praktijken en weet u dus precies hoe u er in uw praktijk voorstaat.

Hoewel de VIP een schat aan informatie oplevert, roept al dat cijfermateriaal weer nieuwe problemen op. Wat doe je met de uitkomsten van de visitatie? Hoe zet je al die cijfers om in plannen, in veranderingen? Hoe stel je prioriteiten? Hoe pak je een verandering aan?

Een intakegesprek voorafgaand aan de visitatie en een plangesprek erna helpen deze vragen te beantwoorden. Dit geheel van intake, visitatie en plangesprek is de 'Praktijkanalyse'.

De intake: weten wat je wilt

Een radioloog kan een röntgenonderzoek beter beoordelen als de

indicatie juist en de vraagstelling helder is; hij weet dan waar hij op moet letten en kan zo nodig adviseren welk vervolgonderzoek aangegeven is. Zo ook zal een consult beter verlopen als u aan het begin de patiënt de gelegenheid geeft zijn hulpvraag en eventuele verwachtingen te formuleren; daar kunt u dan bij uw onderzoek en beleid rekening mee houden.

Een dergelijke goede start is bij een praktijkanalyse niet minder belangrijk. Ook hier is een duidelijke vraagstelling eerste vereiste. Daarom bespreekt u in het intakegesprek met een ervaren praktijkadviseur, gedurende één tot anderhalf uur, de aanleiding van uw verzoek. Is een visitatie met de VIP het meest geschikt? Misschien bent u eigenlijk toe aan een loopbaanscreening, aan supervisie of nog andere stappen in uw professionele carrière. Voorafgaand aan de visitatie worden vragen geformuleerd als: wat zijn de onderwerpen die u of uw praktijk op dat moment bezighouden?, en: welke knelpunten worden ervaren? Tevens komen uw verwachtingen omtrent de uitkomsten van de visitatie aan de orde.

De VIP: kijk naar je praktijk

Daarna volgt de analysefase met de VIP waarin uw praktijkvoering wordt doorgelicht op 385 aspecten, verdeeld over vijf deelgebieden:

- infrastructuur (gebouw, medische zorgvoorzieningen);
- team (delegatie van taken, samenwerking);
- informatie (verslaglegging, werkbelasting);
- financiën (nog te ontwikkelen);
- kwaliteit (scholing, veiligheid).

Zie voor meer informatie over de werkwijze bij de VIP het septembernummer van H&W [Huisarts Wet 2003;46(10):589].

Het plangesprek

Met de uitkomsten van de visitatie in de hand, praat u in het plangesprek, van wederom circa anderhalf uur, met de adviseur over de volgende stappen. De belangrijkste punten worden uit het cijfermateriaal gehaald en geprioriteerd. Ook worden ideeën uitgewerkt hoe de gesignaleerde knelpunten aan te pakken. Wat is precies het probleem? Wat wil u veranderen? Wat is het doel van uw aanpak? Tevens kan besproken worden of er aanvullende ondersteuning nodig lijkt. Over het aanbod aan verschillende mogelijkheden ná de visitatie wordt u in komende artikelen geïnformeerd.

Meer informatie

Het intake- en het plangesprek helpen u meer rendement uit de visitatie te halen en efficiënter uw tijd en energie aan te wenden bij veranderingen en verbeteringen in de praktijk. Heeft u behoefte aan meer informatie, of wil u weten waar u voor deze vorm van ondersteuning terecht kunt, bel of mail dan met ondergetekende (030-288 17 00/d.walstock@nhg-nl.org).

*Dick Walstock, huisarts,
adviseur NHG-sectie Advisering en Ondersteuning*

Geestelijke gezondheidszorg

Angststoornissen in de spreekkamer: Het lijden dat men vreest

Helaas wordt de huisarts soms geconfronteerd met patiënten die zich presenteren met vage klachten waarbij niet direct een aanknopingspunt te vinden is. Vaak gaat achter deze klachten een scala aan psychische en sociale problemen schuil. Het is de kunst voor de huisarts deze gordiaanse knoop te ontwarren. Onderstaand worden enkele handvatten gegeven hoe om te gaan met angststoornissen.

De bloeddruk van Dekker

De heer Dekker, 45 jaar oud, staat al tien jaar bij Margreet Stips ingeschreven, maar kwam altijd alleen als begeleider van zijn kinderen. Het afgelopen jaar heeft Stips hem echter beter leren kennen vanwege een vijftal bezoeken. Dekker maakte zich achtereenvolgens zorgen om zijn bloeddruk, hartkloppingen, diffuse buikpijn, een moedervlek en duizeligheid. Bij geen van de consulten vond Stips afwijkingen. Ook aanvullend onderzoek en vragen over de thuis-situatie en het werk leverden geen aanknopingspunten op. Bij ieder consult vroeg Dekker om een bloeddrukmeting, hetgeen Stips telkens honoreerde. Vandaag komt hij weer vanwege oorsuizen, duizeligheid en... de bloeddruk. Ook nu vindt Stips bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen en een wederom fraaie bloeddruk.

Eén klacht, twee kanten

Er zijn veel verschillende benamingen in omloop geweest voor 'vage klachten', zoals functionele, nerveus-functionele, psychosociale en psychosomatische klachten. Recent stelde Henriëtte van der Horst voor deze te benoemen als 'lichamelijk onverklaarde klachten', een term die goed weergeeft waar het om gaat.¹ Een huisarts krijgt bij zo'n klachtenpatroon een wat onbestemd gevoel. Steeds lijkt de uitleg begrepen en de patiënt gerustgesteld, maar het komt blijkbaar toch niet over. Ook niet-somatisch 'spoorzoeken' levert weinig op. Zit er soms een klacht achter de klacht en waar moet je die dan zoeken? Als huisarts zit je vaak vast aan een 'ziektemodel': een klacht staat voor een diagnose, of een diagnose kan juist worden uitgesloten.

ten. Dit gaat echter voorbij aan de beleving van de patiënt. Diens perspectief is breder dan alleen de somatische kant. Om welke aspecten gaat het dan?

SCEGS

Bij de analyse van lichamelijk onverklaarde klachten is het acroniem SCEGS behulpzaam:

- **Somatisch:** de klacht moet worden uitgediept wat betreft aard, lokalisatie, duur, aanvallen en waarmee deze samenhangen, en intensiteit. Daarbij hoort ook een lichamelijk onderzoek en zo nodig, maar liefst beperkt, aanvullend onderzoek.
- **Cognities:** welke ideeën heeft de patiënt zelf over de klachten; welke verklaring en behandeling verwacht hij? De huisarts vult gemakkelijk de cognities voor de patiënt in, maar het is zinnig hierover vragen te stellen.
- **Emoties:** welke gevoelens roepen de klachten op? Bijvoorbeeld angst en ongerustheid, die vaak niet vermeld worden, of boosheid.
- **Gedrag:** hoe gaat de patiënt om met zijn klacht en de beperkingen daarvan?
- **Sociaal:** hoe reageert de omgeving van de patiënt op de klacht?

Vage klachten, heldere vragen

De klachtenanalyse volgens het SCEGS-model geeft meer inzicht in de beleving van de patiënt van zijn klacht. Desondanks lukt het ook dan niet altijd om het probleem duidelijk te krijgen. Wees extra alert bij patiënten die frequent het spreekuur bezoeken met wisselende en onderling niet samenhangende klachten of met aanhoudende specifieke klachten als gespannenheid en prikkelbaarheid. Dat geldt ook voor patiënten die steeds maar kort gerustgesteld kunnen worden zoals bij duizeligheid en hartkloppingen. Het is zinvol om bij deze groepen patiënten expliciet naar depressieve gevoelens, angststoornissen en alcoholgebruik te vragen.

Gerichte vragen naar depressie zijn: 'Heeft u zich de laatste tijd som-