

Voorwaarden voor het lidmaatschap van het NHG met betrekking tot registratie van medische gegevens

INTERIM-RAPPORT VAN DE PROJECTGROEP NORMEN VOOR REGISTREREN*

Registratie is een weerkerend probleem in de huisartsgeneeskunde. Dat wekt geen verwondering, omdat de eisen die aan het registreren gesteld worden, vaak in algemene bewoordingen geformuleerd worden. Het probleem rond registratie kan handzaam gemaakt worden door verschillende doelstellingen te onderscheiden. Door deze benadering komt de projectgroep Normen voor Registratie tot verschillende aanbevelingen, verwoord in onderstaand rapport.

Uitgangssituatie

Er gaapt een enorme kloof tussen de eisen die in algemene termen gesteld worden aan de registratie van (medische) gegevens door huisartsen, en het concreet maken van die eisen (*bijlage 1*). Dat is ook het geval met de „normen voor registreren” in het voorwaardenpakket, dat op het Ledencongres 1982 is aangenomen:

- „Het verloop van het huisartsgeneeskundig aandeel in het hulpverleningsproces dient volledig, leesbaar en overdraagbaar op de patiëntenkaart te staan. Een methodische notering, zoals het SOEP-systeem, verdient de voorkeur, omdat het toetsing beter mogelijk maakt”.
- „Ten behoeve van de continuïteit van de hulpverlening is de patiëntgebonden informatie in principe toegankelijk voor de waarnemende huisartsen. Tevens dient bij overdracht van patiëntgebonden informatie aandacht gegeven te worden aan zowel de inhoud als het verloop van de hulpverlening”.

Om deze normen te concretiseren is een projectgroep ingesteld die het Bestuur dient te adviseren over:

- elementen waaruit registratiesystemen zouden moeten bestaan;
- normen voor het registreren en de toepassingsresultaten ervan.

* De projectgroep heeft bestaan uit C. J. M. Blanken, mevrouw T. de Boer-Fleischer, H. C. Q. van der Giessen, L. M. Harms, A. A. H. Kasbergen, J. Levelink, W. A. Meyboom en Th. J. van Stockum; het rapport is van de hand van W. A. Meyboom. Het rapport is ter discussie in het NHG-bestuur.

deze doelen, moet voldoen, worden hierna nader uitgewerkt.

Wetenschappelijk onderzoek

In tegenstelling tot de verwachting bij de oprichting van het NHG, blijkt steeds duidelijker dat de ongericht verzamelde gegevens op de patiëntenkaart slechts zelden bruikbaar zijn voor betrouwbaar wetenschappelijk onderzoek.¹ De volledigheid die voor onderzoek nodig is, is vaak strijdig met de dagelijkse zorgverlening aan de patiënt.

Naast de gegevens die belangrijk zijn voor de patiëntenzorg, dienen voor wetenschappelijk onderzoek in het algemeen ook gegevens verzameld te worden, die voor de praktische hulpverlening niet nodig zijn. Omdat ze irrelevant zijn voor wat er op dat moment tussen dokter en patiënt gebeurt, leidt registratie van dergelijke gegevens eerder af van de beste zorg voor de patiënt, dan dat ze er bruikbaar voor is.

De conclusie moet dan ook zijn, dat er voor wetenschappelijk onderzoek meestal een aparte registratie dient te worden opgezet, die rechtstreeks afgeleid wordt van de vraagstelling van het onderzoek. Doordat deze registratie zich richt op een beperkt onderdeel van het praktijkgebeuren, is ze ook beperkt in omvang. Ze dient echter veel vollediger te zijn, dan in het algemeen voor een goede praktijkvoering nodig is.

Toetsing

Wat hierboven is uiteengezet voor de eisen die te stellen zijn aan de registratie van medische gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, geldt in iets mindere mate eveneens voor toetsing. Van tevoren dient te worden vastgesteld waarop de toetsing zich zal richten. Vervolgens worden normen opgesteld en de werkelijkheid vastgelegd. Daarna vindt vergelijking van de werkelijkheid met de normen plaats.²

Bij toetsing spreekt bijna vanzelf, dat ongericht verzamelde gegevens ten behoeve van de dagelijkse patiëntenzorg

De projectgroep heeft het moeilijk gehad met deze opdracht, wat niet verwonderlijk is. Het concretiseren van eisen te stellen aan registratie van medische gegevens door de huisarts, is immers een probleem dat al jaren bestaat. Alleen al uit de periodiek, bijna systematisch, terugkerende pogingen voor dit probleem oplossingen aan te dragen, blijkt hoe hardnekkig het is.

Bijlage 1 geeft weer welke normen ten aanzien van registratie in de literatuur te vinden zijn. De basis van het probleem is dat het niet mogelijk en zinvol is, alles te registreren. Er moet door de registrerende huisarts een selectie gemaakt worden. Voor selectie zijn criteria nodig en deze hangen nauw samen met het doel waartoe men registreert. Zodra het doel niet concreet geformuleerd is, wordt de discussie onduidelijk, omdat de gesprekspartners verschillende criteria gaan aanleggen. De groep constateert dan ook, dat slechts eisen aan de registratie van medische gegevens te stellen zijn, indien rekening wordt gehouden met het doel waarvoor de registratie moet dienen.

Hoewel de keuze arbitrair is, is door de groep een aantal doelen geformuleerd:

- wetenschappelijk onderzoek;
- toetsing;
- communicatie;
- geheugensteun.

Er zit een bepaalde hiërarchie in deze volgorde, die betrekking heeft op de betrouwbaarheid van de gegevens enerzijds en de uitgebreidheid van de hoeveelheid gegevens anderzijds. De normen waaraan registratie die gericht is op

slechts zelden een volledige registratie van de werkelijkheid geven, die nodig is voor vergelijking met de normen. Toch kunnen de gegevens van de dagelijkse patiëntenzorg wel bruikbaar zijn voor toetsing, en wel op twee manieren. Ten eerste moet het in de toekomst mogelijk zijn de registratie te toetsen op zijn waarde voor communicatie en als geheugensteun. Ten tweede kan bij toetsing van het huisarts geneeskundig handelen, waarbij de criteria impliciet blijven wel degelijk enige steun gevonden worden bij de geregistreerde gegevens op de patiëntenkaart, mits ze leesbaar zijn en voor degene die toetst, enigermate een beeld geven van wat er praktisch is voorgevallen.

Communicatie

De doelstelling communicatie vindt uitwerking op de volgende wijze:

- het doorgeven van gegevens bij verandering van huisarts door de patiënt;
- het doorgeven van informatie bij waarneming en samenwerking;
- het gebruik van de registratie in opleidingspraktijken.

De eisen die deze drie doelstellingen aan de registratie stellen, worden hierna uitgewerkt.

Doorgeven van gegevens bij verandering van huisarts

De nieuwe huisarts dient, zonder zich bovenmatig in te hoeven spannen, inzicht te kunnen krijgen in de medische geschiedenis van zijn nieuwe patiënt. Alle schrijverij over registratie lijkt weinig invloed gehad te hebben, in die zin dat in de loop der jaren gemakkelijker inzicht in ziektegeschiedenissen te krijgen zou zijn. Wel lijkt het doorzenden van medische gegevens meer en meer gebruikelijk te worden. Hoewel er enkele huisartsen zijn die een brief meezenden waarin de belangrijkste problematiek wordt samengevat, wordt dit door de meerderheid toch niet gedaan.

Het NHG zou als eis kunnen stellen, dat een duidelijk overzicht moet kunnen worden verkregen. Meer expliciet zou gesteld kunnen worden dat er een problemenlijst van iedere patiënt zou moeten worden gemaakt. Het is opmerkelijk dat daarover in het Woudschoten-rapport reeds wordt gesproken.³ Moeilijk wordt dan echter dat er geen vaste criteria zijn voor de definitie van een probleem. Zo is de opmerking „Altijd gezond geweest” bij iemand van 25 jaar hoogst vermoedelijk onjuist. Toch wordt ze nog weleens aangetroffen,

wanneer men om de vroegere gegevens vraagt.

Indien het NHG nog verder zou willen gaan, zou gesteld kunnen worden dat van ieder probleem op de problemenlijst een korte omschrijving moet worden bijgevoegd.

In tegenstelling tot de hierna beschreven doelen bestaat er bij het doorgeven van gegevens bij verandering van huisarts wat minder behoefte aan de registratie ten behoeve van het korte geheugen (het journaal); de nadruk valt veel meer op het geheugen voor de lange termijn (basisgegevens). Overigens is het naar de mening van de groep vooral de taak van de nieuwe huisarts om de medische gegevens te vragen en er op toe te zien, dat hij ze ook krijgt (hetgeen trouwens ook al in 1966 in het Woudschoten-rapport gesteld wordt).

Doorgeven van informatie bij waarneming en samenwerking

Wanneer verscheidene artsen voor één patiënt de zorg op zich nemen, is het van groot belang dat men van elkaars doen en laten op de hoogte is. Men realiseert zich echter dat zich onder dit hoofd zeer verschillende situaties verschuilen. Zo is er de solo-huisarts, voor wie de weekenden in een waarnemgroep worden waargenomen. Weliswaar dient hij zijn registratie zo in te richten, dat in voorkomende gevallen snel inzicht door de waarnemer kan worden verkregen, doch dit is slechts in beperkte mate vergelijkbaar met de situatie waarin twee huisartsen in deeltijdarbeid één praktijk voeren. Het spreekt vanzelf dat in dit tweede geval de eisen die aan de registratie als communicatiemiddel dienen te worden gesteld, veel zwaarder zijn dan in het eerste geval.

Het is echter de vraag of het NHG zich in een dergelijke onderverdeling dient te begeven. Beter lijkt het aan huisartsen die zich in een veeleisender situatie bevinden, over te laten om een zodanige keuze te maken uit het grote aanbod van registratiemogelijkheden, dat hun registratie voldoet aan de eisen die hun werksituatie stelt. Overigens wil dit niet zeggen dat in individuele gevallen een toetsingsstudie niet zinvol zou kunnen zijn, of dat er niets verbeterd zou kunnen worden. Integendeel, de berichten in de wandelgangen doen vermoeden, dat weinig huisartsen hun eigen standaarden voor registratie bereiken.

Door uit te gaan van de solo-huisarts, voor wie in weekenden en/of avonden wordt waargenomen, wordt het terrein beperkt, terwijl als het ware minimum-

voorwaarden worden gesteld, die voor alle huisartsen gelden.

Als eerste voorwaarde kan gesteld worden, dat het registratiesysteem voor de waarnemer toegankelijk moet zijn. Te denken valt hierbij bijvoorbeeld aan een „waarneemsleutelbos” met de sleutels van de praktijkruimten van de waarnemgroep. De tweede voorwaarde zou kunnen zijn, dat in principe van iedere patiënt in de praktijk de sociografische gegevens aanwezig moeten zijn. Ook als over patiënten niets te melden valt („lege kaart”), dienen naam, adres, geboortedatum te vinden zijn. De gegevens voor het korte geheugen (het journaal) zijn van groot belang, terwijl de gegevens voor het lange geheugen, de basisgegevens, niet gemist kunnen worden. Relevante specialistenbrieven moeten eveneens makkelijk te vinden zijn.

Registratie in opleidingspraktijken

Analoog aan wat gesteld is ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek, geldt dat de opleiding specifieke eisen aan de registratie stelt. Deze worden hier niet behandeld, omdat zij voor elk instituut verschillend kunnen zijn. In algemene zin kan niet voorbij worden gegaan aan het feit dat een arts-assistent in de praktijk van zijn opleider min of meer dezelfde werkzaamheden verricht als een associé of een huisarts-waarnemer. Minimaal zal de registratie in een opleidingspraktijk dan ook moeten voldoen aan de eisen die ten aanzien van de samenwerking in een gedeelde praktijk geformuleerd zijn.

Geheugensteun

Hierbij valt de nadruk wellicht meer op het korte geheugen – wat heeft zich tijdens het vorige consult afgespeeld – dan op de gegevens van het geheugen op lange termijn, de basisgegevens. Vast staat echter dat beide hun waarde hebben voor het dagelijkse praktische werk. Veel moeilijker wordt het om aan te geven, wat het minimum zou moeten zijn dat geregistreerd zou moeten worden. Hier wrekt zich niet alleen de pluriformiteit in praktijkvoering – bijvoorbeeld een snel wisselende praktijkbevolking met veel buitenlanders versus een stabiele plattelandspraktijk – maar ook de pluriformiteit in consultinhoud: Het uitspuiten van een oor verdient met veel minder gegevens geregistreerd te worden, dan een evaluatie van enige weken bestaande buikklachten. Dat leidt ertoe dat te registreren elementen wel kunnen worden genoemd, maar dat het predikaat „indien relevant” om re-

denen van realistische beoordeling moet worden ingevoerd. Dat betekent dat per definitie een impliciet criterium wordt gebruikt: degene die beoordeelt, maakt uit wat adequaat is. Dat leidt tot subjectiviteit in het kwadraat. De registrerende huisarts kan immers ook niet anders dan subjectief zijn bij zijn selectie van wat hij uit het hulpverleningsproces registreert. Men denke hierbij aan hetgeen *Gallacher* indertijd heeft geschreven over de realiteit van begrippen.⁴ Het lijkt dan ook nauwelijks reëel te verwachten, dat over dit onderdeel van de registratie ooit een eensluidende mening te formuleren zal zijn. Juist daarom verdient een methodische registratie (bijvoorbeeld SOEP) de voorkeur, omdat daardoor meer inzicht ontstaat in het denkwerk van de registrerende huisarts.

Beschouwing en aanbeveling

Het onderscheiden van doelen waartoe registratie kan dienen, leidt tot meer helderheid in de discussie die nodig is voor het vaststellen van de eisen waaraan registratie moet voldoen.

1. De eerste voorwaarde luidt dan ook dat ieder NHG-lid zich realiseert welke doelen hij met zijn registratie nastreeft, dat hij nagaat of zijn systematiek van registreren het bereiken van de expliciet gemaakte doelen mogelijk maakt en – op wat langer termijn tenslotte – dat hij beoordeelt in hoeverre de gestelde doelen daadwerkelijk gehaald zijn.

Een bescheiden hulpmiddel voor het zelf toetsen van of discussiëren over registratie kan de bijgaande matrix zijn (*bijlage 2*). De items zijn niet bijeengebracht om in de matrix de registratie van alle consulten te scoren. Het is veel meer een opsomming van elementen die belangrijk genoeg zouden kunnen zijn om te worden geregistreerd. Uitgaande van de doelstellingen die in dit rapport onder de loupe genomen zijn, kunnen nadere voorwaarden worden geformuleerd. Deze houden het volgende in:

2. Ongeacht het gebruikte registratiesysteem worden sociografische, basis- en journaalgegevens vastgelegd. Het spreekt vanzelf dat deze gegevens leesbaar dienen te zijn.

3. De drie genoemde categorieën van gegevens moeten beschikbaar zijn voor de collega's met wie een gezamenlijk patiëntenbestand wordt gedeeld.

4. Waarnemers moeten toegang hebben tot de sociografische en journaalgegevens en zo mogelijk tot specialistenbrieven.

5. Bij verandering van huisarts door de patiënt wordt een overzicht van de (medische) voorgeschiedenis (of probleemlijst) van de patiënt opgesteld en meegestuurd naar de nieuwe huisarts.

¹ Roscam Abbing EW. Retrospectief onderzoek met behulp van medische archieven, speciaal het huisartskaartstelsel. *Huisarts en Wetenschap* 1973; 16: 327-31.

² Kolthoff-Tan L. Toetsing en toetsingsonderzoek in de huisartsgeneeskunde – een nadere begripsbepaling. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 234-5.

³ Vroege NH. Namens de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Het Woudschoten-rapport. *Huisarts en Wetenschap* 1966; 9: 372-85.

⁴ Gallacher HP. Begrip en realiteit. *Huisarts en Wetenschap* 1976; 19: 224-33.

Bijlage 1. Normen in de literatuur ten aanzien van Registratie

Het onderstaande geeft weer welke normen voor registreren wij gevonden hebben in de literatuur. De samenvatting illustreert de kloof tussen normen en werkelijkheid.

Woudschoten-rapport

Deeltaak 4 van de huisarts is: registratie en beheer van alle medische gegevens. Aanbeveling IV punt 3 aan het NHG-bestuur ten behoeve van het beleid is: voorlichting geven over en propaganda maken voor efficiënte praktijkvoering en uniforme registratiemethodiek van medische gegevens. Daartoe dient de huisarts zijn kostbaar documentatiemateriaal zorgvuldig te beheren. Van de huisarts wordt verwacht dat hij zijn schat aan gegevens niet (in zijn geheugen) begraaft, doch hem gebruikt, vermeerdert, uitleent aan anderen, met rente terugontvangt en zo door zijn arbeid vergroot.

Behalve zuiver somatische aantekeningen dienen ook „integrale” aantekeningen te worden gemaakt, dus aantekeningen die betrekking hebben op milieu en psyche van de patiënt. Kortom, alle gegevens, die ter beschikking komen dienen te worden genoteerd, indien zij van belang zijn.

Het belang van de patiënt vraagt ook, dat de voornaamste gegevens aan de volgende huisarts worden doorgegeven. Het initiatief tot het verkrijgen van de gegevens van de oude huisarts dient in het algemeen van de nieuwe huisarts uit te gaan. De patiënt moet echter het recht behouden geheel opnieuw te beginnen, zonder dat zijn relatie met de nieuwe huisarts wordt belast door informaties van de vorige huisarts.

Kenmerken van de huisarts, rapport onderwijsdoelstellingen 1975 UHI-Utrecht

A.O.D. 33 pag. 13. De huisarts dient een zodanige medische administratie te kunnen opzetten en bijhouden, dat daaruit zonder veel moeite blijkt welke patiënten dragers van een verhoogd risico zijn.

Hoe helpt de dokter (NHG) 1975

Speciale uitgave pag. 39. Registratie is buiten de opzet van dit rapport gelaten, niet omdat het om een kleinigheid gaat, maar omdat het een zaak is waarmee een apart rapport gevuld kan worden.

De taken van de huisarts (LHV) 1977

Medisch Contact 24 pag. 774. Registratie behoort tot de hoofdtaken van de huisarts, hetgeen een goed documentatiesysteem vereist. Deze taak kan mede door hulpkrachten worden uitgevoerd. Het is in het belang van een goede en continue zorg voor de patiënt, dat het documentatiesysteem overdraagbaar is aan een opvolger en inzichtelijk en toegankelijk is voor een waarnemer. Uiteraard dienen het beroepsgeheim van de huisarts en de privacy van de patiënt daarbij in acht te worden genomen.

Probleemgeoriënteerde registratie, Huisarts en Wetenschap 1979; 22 (1)

Pag. 5. Het belang van zorgvuldig registreren dient als wezenlijk voor de huidige wijze van werken van de huisarts te worden erkend.

Pag. 25. Het maken van aantekeningen tijdens het consult moet niet meer als een geheugensteuntje worden gezien. Het dient een duidelijke verslaglegging te worden van de wezenlijke inhoud van het consult, gevolgd door een korte evaluatie en daarop aansluitende conclusie over de gemaakte afspraken, over voortzetting van dit contact met betrekking tot diagnose, begeleiding en therapie.

Kenmerken van de huisarts II, 1983 UHI-Utrecht

Pag. 130 A.O.D. 19.6. De huisarts dient een zodanige administratie van medische en andere relevante gegevens te kunnen opbouwen, dat hij in staat is risicogroepen te signaleren en beschikken kan over de noodzakelijke voorinformatie ten einde de continuïteit van de hulpverlening te waarborgen.

Pag. 131 A.O.D. 19.7. De huisarts dient in staat te zijn tot een zorgvuldige registratie van problemen, gegevens uit de anamnese, het lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek, conclusies en

het beleid, inclusief de farmacotherapie. Ook de gegevens uit de specialistische hulpverlening moeten worden geregistreerd.

Pag. 132. De registratie dient ook voor anderen, assistenten en waarnemers beschikbaar (leesbaar) te zijn. Het waarborgen van continue zorg bij afwezigheid (weekend-, avonddiensten, vakanties e.d.) vereist grote zorgvuldigheid met betrekking tot de overdracht van relevante patiëntengegevens.

Basistakenpakket van de huisarts (LHV) 1983

Pag. 24. Het is de taak van de huisarts de verzamelde gegevens te registreren. Tijdens het diagnostisch proces verzamelt de huisarts zeer veel uiteenlopende gegevens. Het is belangrijk dat de huisarts zodanig registreert, dat ook een waarnemer hieruit kan opmaken waarop de huisarts zijn werkhypothese heeft gebaseerd en dat hij veranderingen in bevindingen kan opmerken. De registratieverzameling dient zowel de subjectieve gegevens van een patiënt en arts als de objectieve gegevens te bevatten.

Pag. 31. Het is de taak van de huisarts de op de verwijzing betrekking hebbende gegevens zorgvuldig te registreren en te bewaren.

Pag. 45. Het is de taak van de huisarts te zorgen dat het registratiesysteem, waar-

Toelichting en richtlijnen gebruik

1. Met inbegrip van de niet-beroepsmatige status die van belang kan zijn (huisvrouw, wao, enz.). Overigens verandert de actieve beroepsbeoefening nogal, zodat actualisering noodzakelijk is.

2. Van belang bij erfelijke afwijkingen, carra, diabetes, hart/ vaatziekten.

3. Voorzover relevant.

4. Voorzover relevant en dan alleen samenvattingen.

5. Onder de aard van het consult wordt verstaan: spreekuurconsult, visite, telefonisch contact, ziekenhuisbezoek. Dit gegeven is vooral van belang voor de financiële administratie en eventueel bij wetenschappelijk onderzoek. Voorts kan deze informatie voor de waarneming en samenwerking betekenis hebben.

6. Dient altijd omschreven te worden.

7. Duur van de klacht, localisatie, ontstaan; eventueel ook: initiatiefnemer, spoedeisend karakter en tijdstip.

8. Noodzakelijk te registreren is: merknaam, toediening, dosering en hoeveelheid (met het oog op de therapie-trouw).

9. Hieronder vallen ook controle-afspraken.

10. Hieronder wordt verstaan: kleine chirurgie, coaguleren.

11. Noodzakelijk te registreren is: vakgebied, persoon of instelling.

Bijlage 2. Matrix van elementen en doelstellingen van registratie

			Doelstellingen			
			Geheugensteun behandelend arts	Communicatiemiddel		
				Bij verandering huisarts	Bij waarneming	Bij samenwerking
Registratie-elementen	Sociografische gegevens	(roep)naam adres geslacht geboortedatum verzekeringsvorm ziekenfondsnummer beroep (1)				
	Basis-gegevens	allergieën contra-indicatie medicijnen familie-anamnese (2) vroegere ziekten operaties handicaps chronische ziekten chronische medicaties risicofactoren (2) pgo-gegevens (3) lab/rö-gegevens (3) gegevens specialistenbrieven				
	Journal-gegevens	aard contact (5) datum klacht (6) hulpvraag anamnestische gegevens (7) lichamelijk onderzoek instrumentaal onderzoek laboratorium onderzoek (waarsch.) diagnose/probleem medicatie (8) dieet leefregels rö-onderzoek afspraken (9) instrumentele behandeling (10) verwijzing (11)				

in de relevante gegevens van de patiënt worden genoteerd en bewaard, zorgvuldig wordt bijgehouden.

Zowel de huisarts als zijn waarnemer of (op)volgende huisarts moet de gegevens, onder meer nodig voor de zorgverlening en de terugkoppelingstaken, gemakkelijk kunnen terugvinden. Daartoe zal het medisch registratiesysteem inzichtelijk moeten worden ingericht en up to date moeten worden bijgehouden. Alleen dan zal hij ook in staat zijn, desgevraagd of op eigen initiatief, na verkregen goedkeuring van de patiënt, andere hulpverleners, waaronder medische specialisten, te voorzien van relevante gegevens over zijn patiënt.

De medische registratie van de huisarts zal per ingeschreven patiënt ten minste de volgende elementen bevatten:

- een kort overzicht van de medische voorgeschiedenis;
- het vóórkomen van erfelijke en familiale aandoeningen in de familie;
- de vaccinatiestatus;
- het eventueel vóórkomen van overgevoeligheden (o.a. geneesmiddelen);
- voorafgaande contacten (gehanteerde werkhypothese en handelingsplan);
- samenvatting van en/of verwijzingen naar inzichtelijk opgeborgen rapportages van andere betrokken hulpverleners, in het bijzonder medische specialisten.

Eerste vrouw in NHG-bestuur



Op het 29e Ledencongres van het Nederlands Huisartsen Genootschap is voor de eerste maal een vrouw in het Bestuur gekozen. Het is de 35-jarige Alkmaarse huisarts Marie-Louise Bosboom-Cuppen, tot voor kort voorzitter van het NHG-centrum Alkmaar.

Marie-Louise Bosboom zal de komende vier jaar het beheer voeren over de portefeuille Beleidsvertaling en Public Relations, waarin het contact tussen het centrale gedeelte van het Genootschap en de leden in de periferie een belangrijke rol speelt.

Agenda

17-18 januari 1985 Blok cursus KNO (herhaling). Commissie voor de Artsencursus Rotterdam.⁸

18 januari 1985 Primaire preventie van aangeboren afwijkingen. PAOG Nijmegen.⁵

18 januari 1985 Kindergeneeskunde voor huisartsen (herhaling). Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht. PAOG Utrecht.⁷

19 januari 1985 Studiedag hulpverlening bij anorexia nervosa en bulimia nervosa, Utrecht. Inlichtingen en aanmelding: Stichting Anorexia Nervosa, Emy Binsbergen, telefoon 020-719517.

22 januari 1985 Capita selecta: Toch nog nieuwe feiten over hypertensie? Nascholingsavond PAOG Nijmegen.⁵

25 januari 1985 De behandeling van het ulcus pepticum: nieuwe inzichten. TGO-symposium, Rotterdam.⁹

25 januari 1985 Huisarts en incontinentia urinae. PAOG Nijmegen.⁵

28 januari-1 februari 1985 Praktische farmacie voor apotheekhoudende huisartsen. PAOG Utrecht.⁷

7-8 februari 1985 Blok cursus KNO (herhaling), Colijnsplaat. Commissie voor de Artsencursus Rotterdam.⁸

8 februari 1985 Het zere been I. PAOG Nijmegen.⁵

14-15 februari 1985 Blok cursus interne geneeskunde (herhaling). Commissie voor de Artsencursus Rotterdam.⁸

15 februari 1985 Controversen in de huisartsgeneeskunde. Boerhaave Commissie, Leiden.¹

26 februari 1985 Capita selecta: Voeding. Nascholingsavond PAOG Nijmegen.⁵

15 maart 1985 Microcomputer in de praktijk. PAOG Nijmegen.⁵

21-22 maart 1985 Blok cursus KNO (herhaling). Commissie voor de Artsencursus Rotterdam.⁸

22 maart 1985 Beenmergtransplantatie. Boerhaave Commissie, Leiden.¹

23 maart 1985 Kind en narcose – wanneer worden we wakker? Symposium Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis, Erasmus Universiteit Rotterdam. Inlichtingen: Landelijk secretariaat, Postbus 10600, 1001 EP Amsterdam; telefoon 020-363712.

26 maart 1985 Capita selecta: Nierstenen. Nascholingsavond PAOG Nijmegen.⁵

28-31 maart 1985 XIII. Internationale Balint-Treffen, Ascona. Inlichtingen: Prof. dr. B Luban-Plozza, Piazza Fonta-

na Pedrazzini, CH 6600 Locarno, Zwitserland.

19 april 1985 Criteria voor de behandeling van slaapstoornissen. TGO-symposium, Rotterdam.⁹

25-26 april 1985 Blok cursus KNO (herhaling). Commissie voor de Artsencursus Rotterdam.⁸

26 april 1985 De plaats van het stadsziekenhuis in de toekomst. Symposium naar aanleiding van het 800-jarig bestaan van 's-Hertogenbosch.

1-3 mei 1985 De bejaarde patiënt III. PAOG Nijmegen.⁵

3 mei 1985 Problemen rond operaties in de ouderdom. Symposium Verpleeghuis Mariënhaven, Warmond. Inlichtingen: Drs. B. Miesen, Mariënhaven, Mgr. Aengenentlaan 1, 2361 GB Warmond; telefoon 01711-19300.

14-16 juni 1985 Internationales Kongress für Allgemeinmedizin der SIMG/19. Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Plaats: Mannheim, Heidelberg, Bondsrepubliek Duitsland. Inlichtingen en aanmelding: Prof. dr. Hamm, Alter Postweg 20, 2100 Hamburg 90, BRD.

¹ Inlichtingen: Bureau Boerhaave Commissie, telefoon 071-148333, toestel 7781/3680.

² Inlichtingen: Secretariaat Postacademisch Onderwijs, Medische Faculteit, Rijksuniversiteit Limburg; telefoon 043-888289.

³ Inlichtingen: Secretariaat Van Hoytema Stichting, Postbus 89, 7500 AB Enschede; telefoon 053-892922.

⁴ Inlichtingen: Bureau PAOG Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam; telefoon 020-5664801.

⁵ Inlichtingen: Bureau Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde, Johannes Wierlaan 1, 6500 HG Nijmegen; telefoon 080-517051.

⁶ Inlichtingen: Bureau PAOG Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam; telefoon 010-635011/635013.

⁷ Inlichtingen: Bureau PAOG Utrecht, Catharijnesingel 69, 3511 GL Utrecht; telefoon 030-332551, toestel 37.

⁸ Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, 3023 GA Rotterdam; telefoon 010-772200.

⁹ Inlichtingen: Stichting TGO, Postbus 199, 9200 AD Drachten.