

# Visies, plannen, producten en mensen

## Europese patiënten-voorlichting...!

Onze bevolking kan de laatste tijd genieten van spotjes over osteoporose. Nu is er altijd al veel reclame op dit gebied, want de industrie beseft dat er veel te verdienen valt als de bevolking leert (mogelijke toekomstige) botontkalking als een ziekte te zien.

Gelukkig is het minder gemakkelijk om ons nuchtere Nederlanders iets wijs te maken dan vele andere volkeren in Europa, maar de osteoporose-lobby heeft er een machtige partner bij: de Europese Commissie! Op zich is er weinig in te brengen tegen het advies veel te bewegen, maar de stimulans om veel zuivel te gebruiken is wellicht meer bedoeld om de boeren gunstig te stemmen als voorbereiding op het afschaffen van de landbouwsubsidies.

In de afgelopen jaren heeft de Europese Commissie ons ook al verblijd met preventierichtlijnen rond hart- en vaatziekten. Die kwamen zo weinig overeen met wat de Nederlandse huisartsen voorstaan, dat wij ze niet hebben overgenomen. Dat staat de huisarts dus te wachten: de patiënt van de toekomst wordt niet alleen foutief voorgelicht via door belanghebbenden gemaakte medische tv-programma's, maar ook vanuit de Europese Commissie, waarin onder meer Italië en Frankrijk een prominente rol spelen. Uw van vakantie terugkerende patiënten maken u ieder jaar weer duidelijk tot wat voor soort 'voorlichting' dat zal gaan leiden.

*Hans van der Voort, directeur*



### In dit NHG-katern

- 1 **Verslag van de CWO-weekendcursus 'Effectivenessstudie in de huisartspraktijk'**  
De CWO-weekendcursus 1998 had als onderwerp de voetangels en klemmen waarop huisarts-onderzoekers bedacht moeten zijn bij een zogenaamde effectiveness-studie in de huisartspraktijk. De CWO-weekendcommissie doet verslag.
- 2 **Consensus tussen beroepsverenigingen over baarmoederhalskanker**  
LHV en NHG hebben met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging Voor Pathologie (NVVP) overeenstemming bereikt over een aantal inhoudelijke vraagpunten bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. In dit nummer worden de uitkomsten van het overleg vermeld.
- 3 **EMD-symposium 1998 en Working Conference on Electronic Patient Records in Medical Practice**  
Op 9 oktober vindt te Rotterdam het achtste EMD-symposium plaats met als titel 'De huisarts, de specialist en het elektronisch medisch dossier'. Gelijktijdig met het EMD-symposium 1998 wordt onder hetzelfde dak van 8 t/m 10 oktober een internationaal congres over het EMD gehouden, de IMIA Working Conference on Electronic Patient Records in Medical Practice (EPRiMP).  
In dit nummer staat een vooraankondiging van beide EMD-evenementen.
- 4 **Interview met Arno Timmermans, adjunct-directeur Inhoud van het NHG**  
Per 1 mei 1998 is Arno Timmermans adjunct-directeur Inhoud; tijdelijk, tot aan het eind van deze eeuw. Hij zal een deel van de taken overnemen van directeur Hans van der Voort, die zijn laatste twee jaar bij het NHG minder gaat werken. De drie hoofdtaken van de nieuwe adjunct-directeur zullen zijn: de coördinatie van de activiteiten van de drie NHG-afdelingen, de interne kwaliteitsbewaking, plus de samenwerking met de LHV.  
Een interview.

# Voetangels en klemmen

## Effectiveness-studie in de huisartspraktijk

Op 27 en 28 maart vond de CWO-weekendcursus 1998 plaats, met als titel 'Effectiveness-studie in de huisartspraktijk. Voetangels en klemmen.' Er waren 34 deelnemers, van ervaren beroeps tot beginnende amateurs. Zij bleven dankzij uitgekende opdrachten en wisselend kopwerk als peloton bij elkaar.

### Centrale opdracht

In 'evidence-based medicine' is de 'randomised clinical trial' (RCT) bijna de gouden standaard. De Cochrane Collaboration heeft zeven criteria opgesteld waaraan dit soort onderzoek dient te voldoen om in haar bestand te worden opgenomen. Idealiter zorgt elke onderzoeker dat zijn/haar werk aan deze criteria voldoet. Interventies in de huisartspraktijk blijken echter op veel praktische problemen te stuiten, waardoor dit niet altijd mogelijk is.

Henriëtte van der Horst, huisarts te Utrecht, heeft uit de gegevens van haar promotieonderzoek<sup>1</sup> naast de zeven criteria nog drie dilemma's voor onderzoek in de huisartspraktijk gedistilleerd. Deze kwamen voort uit ervaringen met een complexe interventie (gestandaardiseerde richtlijnen voor voeding, eetgedrag, lichaamsbeweging, omgaan met bezorgdheid en spanningen bij het irritable bowel syndrome, IBS). De bespreking in haar dissertatie van de tien aspecten (de zeven criteria en de drie dilemma's) vormde de basis voor het weekend (zie het kader; de laatste drie items zijn van Henriëtte van der Horst). De centrale opdracht luidde: zijn de richtlijnen voor IBS, toegepast in de huisartspraktijk, effectief voor de patiënt?

### Criteria voor onderzoek

#### De tien punten

(Cochrane Collaboration)

1. Concealment of allocation
2. Follow-up of professionals
3. Follow-up of patients
4. Blinded assessment of outcome
5. Baseline measurement
6. Reliable primary outcome measures
7. Protection against contamination

(Henriëtte van der Horst)

8. Adequacy of control condition
9. Standardization of the intervention
10. Effectiveness versus efficacy

#### Aandacht in het CWO-weekend

voor- en nadelen van cluster-randomisatie, stratificeren, matchen, berekenen power en steekproefgrootte  
insluitingsproblemen, onderzoeksbereidheid huisartsen, huisarts als insluiter en/of interventor  
gevolgen van uitval voor/na randomisatie, 'intention-to-treat'-analyse versus effect bij feitelijk behandelde patiënten

rol van wervingsmethode en randomisatieniveau

keuze controlebeleid: 'usual care' versus gestandaardiseerd, placebo-effecten, belang van aandacht (Hawthorne-effect)

controle op uitvoering interventie, registreren redenen tot afwijken, trainen interveniërende huisartsen

argumenten bij het kiezen, haken en ogen van effectiveness-studie

### Aspecten van onderzoek

Een onderzoeksvraag moet aan een aantal criteria voldoen: hij moet relevant zijn, onderzoekbaar, eenduidig, en aangeven wat het onderzoeksobject is, aan welke personen wordt gemeten en hoe. Wanneer een interventie zo veel elementen bevat als die van IBS, dringt de vraag zich op of deze allemaal los van elkaar dienen te worden getoetst (is nauwkeuriger) dan wel als geheel (sneller en goedkoper); en of eerst de efficacy wordt onderzocht (methodisch netter) dan wel onmiddellijk de effectiveness (brengt de toepassings-

problemen in beeld). Efficacy is de werkzaamheid van een zuiver uitgevoerde interventie, de modelbehandeling. Bij effectiveness gaat het om de doeltreffendheid van de behandeling zoals deze in de praktijk wordt toegepast, in wezen dus 'intention-to-treat'. Vergelijken we de interventie met een gestandaardiseerde behandeling, dan is er wellicht een scherper contrast te vinden, maar vergelijking met 'usual care' staat dicht bij de praktijk. Idealiter zou er een 'descriptief jaar' aan de interventie vooraf dienen te gaan.

Een andere vraag is of de interventie wordt uitgevoerd door de eigen huisarts (simpel, goedkoop en dicht bij de praktijk; maar hoe de uniformiteit te waarborgen en te meten?) of door speciaal getrainde medewerkers (meer uniformiteit, de insluiter steekt het hoofd van een ander in de strop)? En kiezen we een subjectieve effectmaat als klachtintensiteit of -frequentie, ongerustheid, welbevinden; of een makkelijk te objectiveren, maar minder rechtstreeks effect als het aantal artscontacten, recepten of verwijzingen?

Het aantal in te sluiten deelnemers is een levensgroot probleem; steeds weer blijken insluitende huisartsen ver onder de verwachtingen te blijven.<sup>2</sup> Het huidige gemiddelde zou tien procent zijn van wat op grond van incidentiecijfers verwacht mag worden.

Mogelijkheden om te bevorderen dat de hulpverlener, i.c. huisarts, de interventie daadwerkelijk uitvoert, zijn: training, instructie, accreditatie of financiële beloning, herinneringen, feedback, interventie niet tijdens insluitconsult, selectie niet door de hulpverlener, taken overnemen, gedetailleerd protocol (tweesnijdend zwaard). Het lastige meten van 'usual care' kan gebeuren met behulp van opnames (audio en/of video), interviews of scoringslijsten. Een goed uitgevoerd observationeel onderzoek kan meer bewijskracht hebben dan een slechte trial.<sup>3</sup> Randomisatie van deelnemers leidt tot contaminatie van interventie- en controlebeleid, maar randomiseren op praktijkniveau (clusteren) verhoogt het benodig-

de deelnemeraantal tot onhaalbare aantallen, zoals we konden narekenen.<sup>4</sup> De multilevel-analyse, die uit de agrarische en sociale wetenschappen de geneeskunde binnensijpelt, biedt een praktische oplossing voor dit probleem.

Niet alle deelnemers houden de gehele follow-upperiode vol. Extrapoleren van hun gedrag over de korte periode van deelname naar een fictieve volledige periode leidt tot overschatting. Voor dit probleem blijkt een statistisch verantwoorde oplossing mogelijk. Een ander probleem is het verschil in spreiding; hiervoor kan statistisch worden gecorrigeerd met de Mann-Whitneytoets. De invloed van een enkele factor, bijvoorbeeld de individuele huisarts, kan ook min of meer 'handmatig' worden getoets door steeds een Anova-toets uit te voeren. Een selectie uit effectmaten en effectmodifiers werd onder de loep genomen: het aantal consulten in verband met buikklachten vergeleken met alle overige consulten, het aantal recepten vanwege buikklachten, het aantal verwijzingen naar de tweede lijn en het oordeel van de huisarts of somatische fixatie aanwezig kan zijn.

### Leerpunten

De leerpunten van dit weekend lagen op drie terreinen: de behandeling van IBS, de interventie van Henriëtte van der Horst en de problemen bij trials in de huisartsgeneeskunde. Voor de dagelijkse praktijk levert Van der Horsts onderzoek een waardevolle conclusie. De meeste patiënten met IBS hebben genoeg aan uitleg en geruststelling; bij degenen die terug-

komen moet worden gezocht naar de aanwezigheid van angst en/of somatische fixatie en valt een meer gedragsmatige aanpak aan te bevelen. Andere lessen: de belangrijkste effectmaat (klachten) is moeilijk te operationaliseren; het werken aan subsidieaanvragen met harde effectmaten doorkruist het verzamelen van beschrijvende gegevens; trials buiten de Randstad hebben wellicht minder te lijden van patiëntenuitval.

### EGPRW

Tot slot werd de European General Practitioners Research Workshop (EGPRW) geïntroduceerd, een internationaal gezelschap van huisarts-onderzoekers dat tweemaal per jaar onderzoeksvorstellen en -problemen bespreekt.

Rob Jamin, huisarts te Den Haag en dit jaar lid van de CWO-weekendcommissie.

De andere leden waren Nettie Blankenstein, Henriëtte van der Horst, Arie Knustingh Neven en Marijke Labots-Vogelansang

### Literatuur

1. Van der Horst HE. Irritable bowel syndrome in general practice. How effective is patient education and counselling? [dissertatie] Amsterdam, z.u., 1997.
2. Fairhurst K, et al. Problems with recruitment in a RCT of counselling in general practice: causes and implications. *J Health Res Policy* 1996; 1: 77-80.
3. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996; 312: 1215-8.
4. Diwan VK, Eriksson B, Sterky G, Tomson G. Randomization by group in studying the effect of drug information in primary care. *Int J Epidemiology* 1992; 21: 124-30.

# Consensus

## Baarmoederhalskanker

Op initiatief van de Coördinatiecommissie Baarmoederhalskanker (CoComBa) heeft in de tweede helft van 1997 overleg plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen om overeenstemming te bereiken over een aantal inhoudelijke vraagpunten bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Het overleg heeft tot consensus geleid over de meeste punten. Eén punt staat nog open, te weten de waarde van de uitslag C2 (geen endocervicale cellen aanwezig; 'ECC min'). Hiernaar zal in de loop van 1998 nader onderzoek worden gedaan.

Onderstaande tekst met de uitkomsten van het overleg heeft de instemming van LHV en NHG, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP).

### Eerder advies bij B2 (verminderd beoordeelbaar)

Wellicht ten overvloede zij er nog eens op gewezen dat er eerder tussen LHV/NHG en NVVP overeenstemming is bereikt over de advisering bij de uitslag B2.

De huisartsen en de pathologen zijn hierover al geïnformeerd door hun beroepsvereniging (zie: Vervolgbeleid bij cervixuitslijken. Huisarts Wet 1997; 40(4): 187).

Bij B2 is nu het advies: uitsluitend herhalen als de overige KOPAC-B-uitslagen daartoe aanleiding geven.

De punten 1 en 2 hebben consequenties voor de richtlijnen uit de NHG-Standaard Cervixuitslijken (een nieuwe samenwerkingskaart verschijnt binnenkort).

### 1. Herhalingsadvies bij uitslag C2 (geen endocervicale cellen aanwezig, ECC min) en B2j (voldoende beoordeelbaar, maar beperkt door het ontbreken van endocervicale cellen)

De beroepsverenigingen hebben besloten de waarde van de uitslag C2 (ECC min) in 1998 nader te bestuderen. Pas daarna kan een definitief besluit worden genomen over het advies bij de uitslag ECC min. Voor 1998 geldt het volgende: in een overigens normale uitslijk (Pap 1) luidt het advies bij de uitslag C2 (geen endocervicale cellen) of B2j (voldoende beoordeelbaar, maar beperkt door het ontbreken van endocervicale cellen): herhalen binnen zes maanden (was: na zes weken).

Als het herhalingsuitslijkje na die zes maanden weer de uitslag C2 (ECC min) geeft en de overige codes normaal zijn, is verder herhalen niet nodig. De vrouw kan weer gewoon meedoen aan het bevolkingsonderzoek en wordt na vierhalf jaar regulier uitgenodigd. Dit geldt voor alle vrouwen (pre- en postmenopauzaal).

### 2. Wat te doen bij (ab)normaal endometrium in het uitslijkje?

#### a. Normaal endometrium in een overigens normaal uitslijkje bij postmenopauzale vrouwen

De beroepsverenigingen hebben over de aanwezigheid van normaal endometrium in een uitslijkje

het volgende besloten.

Als in het uitslijkje van een postmenopauzale vrouw normaal endometrium wordt aangetroffen, dient de patholoog dit aan de huisarts te signaleren met de mededeling: 'Endometrium in de postmenopauze is niet normaal. Bij klinische verdenking op endometriumpathologie is uitbreiding van het onderzoek aangewezen.' Deze signalering is ongeacht hormonale substitutietherapie.

#### b. Afwijkend endometrium .

De beroepsverenigingen zijn van oordeel dat de advisering/verwijzing bij A4 (geringe atypie endometrium) niet meer gelijkgesteld moet worden aan advisering/verwijzing bij A3 (atypische reparatiereactie). De advisering/verwijzing bij A4 dient gelijkgesteld te worden aan de advisering/verwijzing bij A5, namelijk verwijzing naar de gynaecoloog.

### 3. Plaveiselepitheel (P2 en hogere P-waarden)

De beroepsverenigingen hebben geconstateerd dat vanwege de reeds toegepaste gewijzigde classificatiecriteria voor P2-P3, de huidige uitslag P2-P3 (Pap 2) niet meer overeenkomt met de oude uitslag Pap 2. Door de aangescherpte criteria zullen veel minder uitslijkjes geclassificeerd worden als P2-P3 (Pap 2). De 'nieuwe' P2-P3 uitslijkjes zullen naar verwachting vaker dan in het verleden een relevante afwijking vertonen. De beroepsverenigingen hebben mede op grond hiervan besloten de huidige adviezen bij P2-P3 en P4 te handhaven, namelijk herhalen na zes maanden.

Is de uitslag na die zes maanden normaal, dan vindt er herhaling plaats na twaalf maanden (dat wil zeggen achttien maanden na het aanvankelijke uitstrijkje).

Is de uitslag na de zes maanden of na de achttien maanden afwijkend, dan vindt verwijzing plaats naar de gynaecoloog. Is de uitslag na zes maanden én na achttien maanden normaal, dan kan de vrouw weer meedoen aan het reguliere bevolkingsonderzoek.

*De punten 4 t/m 7 betreffen vooral het beleid van gynaecologen.*

#### 4. Vervolgbeleid gynaecologen bij tweemaal P2-P4

De NVOG hanteert als standaard dat bij verwijzing vanwege afwijkende cytologie colposcopisch onderzoek moet plaatsvinden. Biopsie is afhankelijk van het colposcopisch beeld.

#### 5. Afwijkingen cilinderepitheel (C3-C5)

De beroepsverenigingen hebben besloten de huidige richtlijnen bij afwijkingen van de cilindercellen (C3-C5) te handhaven, namelijk herhalen na zes maanden.

Is de uitslag na die zes maanden normaal, dan vindt er herhaling plaats na twaalf maanden (dat wil zeggen achttien maanden na het aanvankelijke uitstrijkje).

Is de uitslag na de zes maanden of na de achttien maanden afwijkend, dan vindt verwijzing plaats naar de gynaecoloog. Is de uitslag na zes maanden én na achttien maanden normaal, dan kan de vrouw weer meedoen aan het reguliere bevolkingsonderzoek.

#### 6. Vervolgbeleid bij hogere P-, A- en C-waarden (P5 en hoger, A5 en hoger en C6 en hoger)

De beroepsverenigingen hebben besloten de huidige richtlijnen voor het vervolgbeleid na behandeling door de gynaecoloog te handhaven. Deze zijn als volgt: vindt behandeling plaats, dan dient na zes, twaalf en vierentwintig maanden een uitstrijkje plaats te vinden. Als de uitstrijkjes normaal zijn, dan kan de vrouw weer meedoen aan het reguliere bevolkingsonderzoek. Als bij deze vrouwen in het bevolkingsonderzoek weer een afwijkend uitstrijkje wordt geconstateerd, dan is het advies conform de standaardadviezen in het bevolkingsonderzoek.

#### 7. Diversen

De volgende vragen zijn aan de orde gesteld en beantwoord:

- *Wat te doen als patiënte ten tijde van de voorgenomen herhaling zwanger is?*

Antwoord: niet herhalen tijdens de zwangerschap maar hetzelfde beleid volgen als bij het eerste uitstrijkje, dat wil zeggen pas herhalen zes maanden na de partus.

- *Wat te doen als een uitstrijkje P2-4 na zes maanden genormaliseerd is en na achttien maanden weer de uitslag P2-4 heeft?*

Antwoord: advies 'verwijzen naar de gynaecoloog' handhaven.

Ton Drenthen, staflid Preventie, NHG-Afdeling Praktijkvoering & Preventie  
Roeland Geijer, huisarts-staflid NHG-Afdeling Standaardenontwikkeling

### De kwikkolommeter: ook na 2000 te calibreren

**W**anneer de regeling ten aanzien van het gebruik van kwikhoudende producten van kracht wordt (waarschijnlijk per 1 januari 2000), zullen kwikkolom-bloeddrukmeters niet meer mogen worden verkocht. Gebruik, onderhoud en calibratie van meters die huisartsen vóór die datum hebben aangeschaft, wordt wel toegestaan.

Hoewel er geen harde criteria voor zijn, lijkt een jaarlijkse controle van de kwikkolommeter gewenst. Diverse leveranciers van

medische instrumenten kunnen die uitvoeren. De kosten ervan bedragen veertig à vijftig gulden; dit is exclusief eventueel te vervangen onderdelen en BTW.

Ook na 2000 zullen leveranciers niet worden geconfronteerd met wettelijke belemmeringen ten aanzien van onderhoud en calibratie, ook niet als dat betekent dat er kwik moet worden bijgevuld.

Johannes Dalhuijsen, huisarts-staflid NHG-Afdeling Praktijkvoering & Preventie

## EMD-symposium 1998

**O**p vrijdag 9 oktober vindt in de Beurs - World Trade Center te Rotterdam het achtste EMD-symposium plaats, getiteld 'De huisarts, de specialist en het elektronisch medisch dossier'. Dit jaarlijks congres is een ontmoetingsplaats voor allen die zich betrokken voelen bij het elektronisch medisch dossier in de huisarts- en specialistenpraktijk.

Tijdens EMD'98 zullen keynote speakers de rol belichten die het EMD heeft gespeeld in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de afgelopen jaren. Onderzoekers doen verslag van lopende projecten. Bijzondere aandacht zal er zijn voor het nieuwe WCIA-Referentiemodel en voor praktische toepassingen met het EMD. Bedrijven geven op de informatie-

markt een overzicht van de huidige stand van zaken. In tutorials kunnen deelnemers zich informeren over een specifiek onderwerp. Ook wordt aandacht besteed aan de millenniumproblematiek.

Het EMD-symposium heeft dit jaar een internationaal tintje omdat het wordt georganiseerd in samenhang met de EPRiMP-conferentie (zie hieronder). Een aantal lezingen zal in het Engels worden verzorgd om ook de buitenlandse bezoekers te kunnen informeren over de ontwikkelingen op EMD-gebied in Nederland.

Dit symposium is bedoeld voor huisartsen (in opleiding), specialisten (in opleiding), assistenten en overige belangstellenden. Het wordt georganiseerd door de LHV,

het NHG, de Orde van Medisch Specialisten en het Instituut Medische Informatie van de Erasmus Universiteit Rotterdam (MI-EUR). De programmacommissie staat onder voorzitterschap van prof.dr. C. Spreeuwenberg; voorzitter van de organisatiecommissie is dr. J. van der Lei.

### Aanmelding

In juni zal de bekende EMD-programmafolder op ruime schaal worden verspreid. Hierin is een aanmeldingsformulier opgenomen waarmee belangstellenden zich als deelnemers kunnen laten registreren. Elektronische aanmelding is mogelijk via: <http://www.eur.nl/fgg/mi/eprimp/> Hier moet u de EMD'98-link aanklikken om bij het juiste aanmeldingsformulier te komen.

## IMIA Working Conference on Electronic Patient Records in Medical Practice (EPRiMP)

**G**elijktijdig met EMD '98 wordt onder hetzelfde dak van 8 t/m 10 oktober een internationaal congres over het EMD gehouden, de IMIA Working Conference on Electronic Patient Records in Medical Practice (EPRiMP). Dit biedt de Nederlandse huisarts en specialist de mogelijkheid kennis te maken met buitenlandse collega's en zich gezamenlijk te verdiepen in de rol die het EMD speelt in de medische praktijk. Een keur van internationale sprekers geeft zijn/haar mening over de huidige ontwikkelingen. Onderzoekers mel-

den de resultaten van hun projecten. Bedrijven geven een overzicht van de software die nu voor huisarts en specialist beschikbaar is.

Voorafgaand aan de EPRiMP-conferentie zal op 6 en 7 oktober een drietal workshops worden georganiseerd, waarin de deelnemers zich intensief kunnen verdiepen in een aantal specifieke onderwerpen:

- privacy en het EMD;
- de introductie van het EMD;
- terminologie en architectuur voor het EMD.

Daarnaast zullen tijdens de congresdagen enkele nationale en in-

ternationale organisaties bijeenkomsten beleggen die ook voor congresdeelnemers toegankelijk zijn.

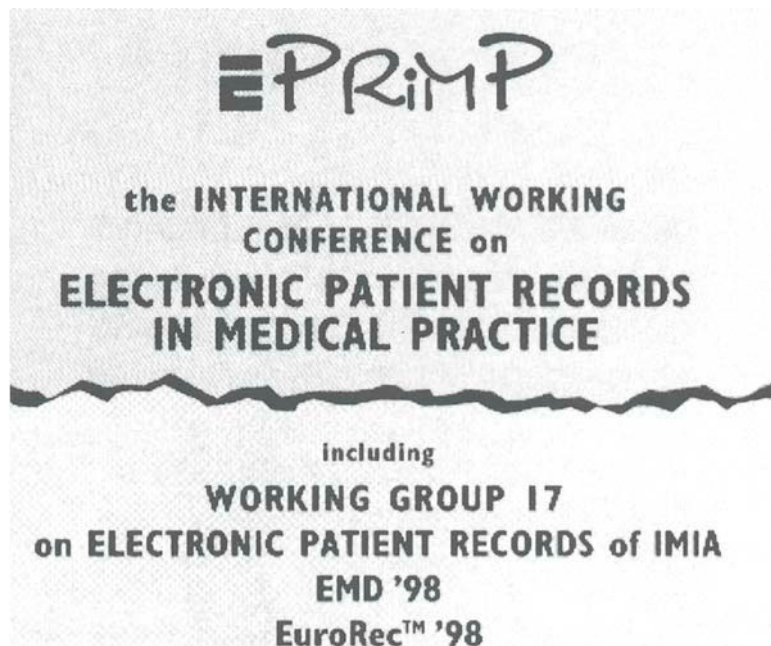
Kortom, EMD/EPRiMP'98 geeft de congresdeelnemers de kans om kennis te nemen van de 'state of the art' met betrekking tot het EMD. Maar ook de praktische toepassingen van het EMD in de dagelijkse praktijk zullen ruimschoots aan bod komen. De organisatie wil graag tijdens beide congressen een ruime Nederlandse vertegenwoordiging van huisartsen en specialisten begroeten.

Uitgebreide informatie over de programma's en de wijze van aanmelden voor EMD/EPRiMP'98 kunt u vinden op de website, die steeds de laatste informatie bevat, en in de mailing die in juni 1998 wordt verzonden.

#### Aanmelding

Het symposiumsecretariaat is als volgt te bereiken:  
MI-EUR, kamer Ee 2100  
Postbus 1738,  
3000 DR ROTTERDAM  
Telefoon: 010-4087050, tstl. 8151  
Fax: 010-4362882  
E-mail: eprimp@mi.fgg.eur.nl  
www.eur.nl/fgg/mi/eprimp/

Tjeerd van Althuis, stafid automatisering NHG-Afdeling Praktijkvoering & Preventie



## Nascholingsmateriaal over het elektronisch medisch dossier

#### Huisartsen

In 1997 kwam het NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderings-(DKB-)pakket nr. 47. 'Elektronisch medisch dossier' (EMD) uit. Het bevat onderwijsmateriaal over het gebruik van het EMD. Centraal staat hoe de huisarts het EMD beter kan leren benutten. Het pakket gaat niet zozeer over computers, maar over zaken als verslaglegging, episodes, ICPC, etc. (In het DKB-pakket zijn opgenomen het boekje 'ICPC met Nederlandse subtitels' en drie diskettes met een ICPC-demoprogramma.)  
Uitgebreide informatie over het DKB-pakket kunt u vinden in een

eerder NHG-katern (Huisarts Wet 1997; 40(11): 570). Eventueel kunt u dit opvragen bij de NHG-Afdeling Deskundigheidsbevordering, tel. 030-2881700.

#### Praktijkassistenten

Momenteel worden de voorbereidingen getroffen voor een Deskundigheidsbevorderingspakket voor praktijkassistenten (DPA-pakket) over het EMD. Hierbij werken NHG en LHV samen met de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA). Omdat er geen NHG-Standaard over dit onderwerp bestaat, wordt, net zoals bij het DKB-pakket voor huisartsen, een groep van deskun-

digen geënquêteerd om zo knelpunten in het veld te inventariseren en tot richtlijnen te komen. Op basis van de resultaten van de enquête zal een programmaplan worden geschreven, waarna in de loop van dit jaar het DPA-pakket wordt gemaakt.

Als u opmerkingen over dit onderwerp heeft, horen we die graag. U kunt contact opnemen met Frans Dekker, huisarts-stafid NHG-Afdeling Deskundigheidsbevordering, die verantwoordelijk is voor het nascholingsmateriaal van het NHG over het EMD. Hij is op dinsdagmorgen en vrijdag op het NHG te bereiken. (RH)

## Adjunct-directeur Inhoud Arno Timmermans

**P**er 1 mei 1998 is Arno Timmermans - tot die datum hoofd van de Afdeling Deskundigheidsbevordering - adjunct-directeur Inhoud bij het NHG. Het gaat om een nieuwe, tijdelijke functie (de aanstelling is tot eind 1999). De drie hoofdtaken van de nieuwe adjunct-directeur zijn: de coördinatie van de activiteiten van de drie NHG-afdelingen, de interne kwaliteitsbewaking, plus de samenwerking met de LHV.

### **Wat is het doel van de afstemming?**

'Het is de bedoeling om steeds meer toe te werken naar een samenhangend aanbod van door het NHG ontwikkeld materiaal. Je moet dan denken aan materiaal gewijd aan de grote thema's van de huisartsgeneeskunde, zoals recentelijk ten aanzien van astma en COPD; ter ondersteuning van de praktijkvoering, de voorlichting, de nascholing, maar ook van regionale transmurale afspraken. Door een betere afstemming tussen de afdelingen hopen we het de huisartsen te vergemakkelijken veranderingen die ze zich hebben voorgenoemen, ook daadwerkelijk door te voeren.'

### **En de interne kwaliteitsbewaking?**

'Bij zo'n operatie als die rond de drie herziene standaarden over astma en COPD was het een niet geringe opgave al het materiaal op elkaar af te stemmen. Nu alles ongeveer tegelijkertijd uitkwam, moesten we er nog meer dan anders op letten dat er geen verdubbelingen optraden bijvoorbeeld. We hebben hiervan veel geleerd voor de interne kwaliteitsbewaking.'



### **En dan tot slot: NHG en LHV?**

In toenemende mate zijn er vormen van samenwerking waarbij de strikte scheiding tussen ontwikkeling (NHG) en implementatie (LHV) niet meer consequent is vol te houden. Je ziet dit onder meer bij het project 'Preventie: maatwerk', een voorbeeld van succesvolle samenwerking waarbij de taakverdeling anders is geregeld. Bij toetsingsactiviteiten bijvoorbeeld, en bij individuele nascholing, is er helemaal geen duidelijke scheiding meer tussen ontwikkeling en implementatie.

Een ander voorbeeld is nog de inhoudelijke ondersteuning van functionarissen die actief betrokken zijn bij de uitvoering van het kwaliteitsbeleid in de districten. Er is met hen vanuit het NHG een veel directere relatie aan het ontstaan dan tot nu toe. Volgens mij kan die ten goede komen aan de ondersteuning van hagro's en individuele huisartsen bij het verder vorm geven aan het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep.' (RH)

### **Colofon**

Het NHG-katern is een uitgave van het NHG-Bureau. Het verschijnt 13 x 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