

Redactioneel

Beste lezer. Allereerst wensen DiHAG-kerngroep en redactie van de DiHAG-Nieuwsbrief u de beste wensen voor 2004. We willen samen met u weer verder gaan met het verbeteren van de diabeteszorg, met name in en door de huisartspraktijk in Nederland. Verder hopen we dat u in dit (wat dunnere)

nummer weer genoeg van uw gading vindt. We kondigen de tweede conferentie aan over eindtermen en certificering van de praktijkondersteuners in januari, we hebben verslagen van de DiHAG Netwerk- en Terugkomdag en de NDF-Diabetes Dagen in november en we presenteren weer een

collega die zijn diabeteszorg met redelijk succes uitvoert. In onze rubriek 'DiHAGslag' treft u weer enkele tips&trucs.

Henk van Dam

INVITATIONAL CONFERENCE

Medisch-inhoudelijke eindtermen praktijkondersteuners

Naar aanleiding van de LHV-kwaliteits-evaluatie opleidingen POH, vragen uit het werkveld over verschillen tussen opleidingen en kritische signalen van Huisartsopleidingen hebben de LHV, het NHG, de Huisartsopleidingen en de huisartsenexpertgroepen DiHAG en CaHAG afgesproken

nauw samen te werken op het gebied van praktijkondersteuning. Volgens de medische experts biedt het document Competenties & Eindtermen niet voldoende antwoorden op de medisch-inhoudelijke vragen die in de praktijk ontstaan. Mede daardoor is de inhoud van de curricula van de opleidingen moeilijk te beoordelen en zijn de curricula niet altijd goed afgestemd op de huisartsenzorg.

invitational conference voor:

- docenten en coördinatoren praktijkondersteuning
- huisartsopleidingen
- beroepsorganisaties praktijkondersteuners: LVW en NVDA
- beroepsorganisaties diabetes- en longverpleegkundigen
- leden van DiHAG en CaHAG
- en DHV-praktijkadviseurs.

INHOUD

Eindtermen POH-Opleidingen	1
Redelijk succesvolle diabeteszorg bij collega Jansma in Velden (L)	2
Netwerk- en Terugkomdag 2003 groot succes	2-3
Nederlandse Diabetes Dagen van de NDF	4
Rubriek DiHAGslag: Orale corticoïdebehandeling, gevolgen en adviezen	4
Meesterschap van de huisartsopleider (proefschrift P. Boendermaker)	5
Diabeteszorg bij hoogbejaarden	5
Uit de literatuur Interactie arts/verpleegkundige en patiënt: Wat bepaalt het succes	6

De huisartsenexpertgroepen DiHAG en CaHAG hebben met ondersteuning van het NHG de medisch-inhoudelijke eindtermen voor drie patiëntengroepen in concept geformuleerd, te weten voor:

- Diabetes Mellitus type II
- Astma/COPD
- Hart- en vaatziekten.

Bij de formulering van de eindtermen is vooral veel aandacht besteed aan de vraag welke medisch-inhoudelijke taken huisartsen op een verantwoorde wijze kunnen delegeren aan een generalistisch werkende praktijkondersteuner. De eindtermen vormen een aanvulling op het meer algemeen geformuleerde document Competenties en Eindtermen.

Naar aanleiding van deze concept-eindtermen organiseert de LHV in samenwerking met het NHG op 14 januari 2004 een

Het doel van de conferentie is:

- met de verschillende direct betrokkenen de concept-eindtermen kritisch te bespreken en
- te bespreken op welke wijze de kwaliteit van de opleidingen POH verder kan worden verbeterd.

Informatie bij het secretariaat praktijkondersteuning LHV: tel. 030 282 37 04

Vlak voor het ter perse gaan van de nieuwsbrief is besloten de invitational conference van 14 januari aanstaande uit te stellen tot een nader te bepalen datum. U wordt hierover geïnformeerd.



EMAIL-INTERVIEW MET COLLEGA JOEP JANSMA (VELDEN, NOORD-LIMBURG)

Redelijk succesvolle diabeteszorg

Joep; wil je eerst iets over jezelf vertellen? Hoe ziet jouw/jullie praktijk eruit?

In januari was ik 28 jaar huisarts in Velden. Ik ben nog huisarts zonder opleiding. Toen ik na 2 jaar opleiding chirurgie een plek moest gaan zoeken voor mijn vervolg- (A) opleiding ben ik een tijdje gaan waarnemen als huisarts en zo gebleven. Van die 28 jaar ben ik er bijna 20 apotheekhoudend geweest, 10 jaar noodgedwongen solist en inmiddels gelukkig weer geassocieerd.

Hoe ziet jullie diabetespopulatie eruit? En hoe is de organisatie van jullie diabeteszorg?

Wij zijn in onze praktijk gekomen tot diabeteszorg door het transmuraal diabetesproject. Om deze zorg te kunnen continueren werden we verplicht om met praktijkondersteuning te beginnen. Wij hebben in onze Hagro daar een eigen invulling aan gegeven door te besluiten zelf onze parttime-assistenten op te plussen - elk voor een eigen onderdeel van PO. Dit om geen dure, gespecialiseerde krachten van buiten te

moeten aannemen of een ingewikkeld gedeeld werkgeverschap te moeten aangaan. Uitgangspunt was: de praktijkondersteuner voor alle ongecompliceerde type II diabetes met orale therapie, en de gespecialiseerde diabetesverpleegkundige als tweedelijns voorziening op eerstelijns locatie voor ingewikkelde zaken en insulinegebruikers.

In oktober 2001 zijn we begonnen met 57 diabetes en in voorjaar 2003 waren het er al 110. We kregen het aanbod om gebruik te maken van het Diabeteszorgprotocol van D4H (Diagnosis for Health). Daarin kan op gestructureerde wijze volgens de NHG-standaard patiëntenregistratie plaatsvinden. Je kunt overzichten door de tijd heen krijgen en vergelijken met landelijke cijfers (spiegelinformatie en benchmarking).

Wat leerde je van anderen? En wat raad je anderen aan?

Wat we geleerd hebben uit met name de informatie van de medewerkers van D4H is dat je alleen resultaten kunt bereiken als je consequent het afgesproken protocol volgt

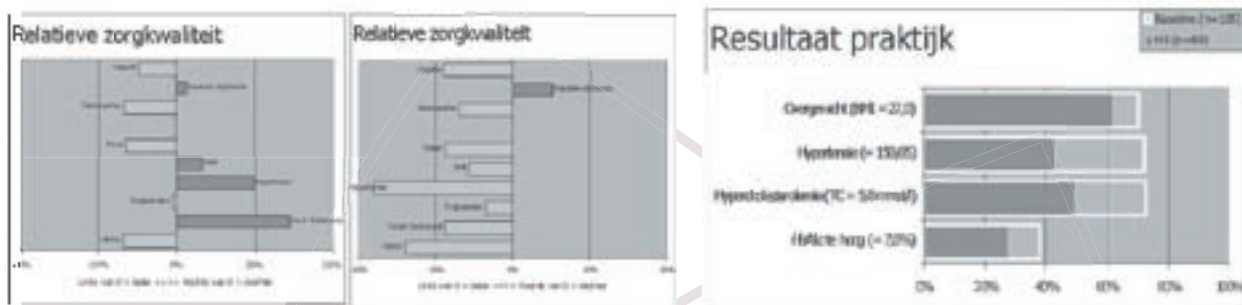
(statine waar statine wordt voorgeschreven etc.) en als je ook consequent de mensen achterna zit (de inzet van je assistente maakt of breekt je resultaten).

Hoe zijn de uitkomsten van jullie diabeteszorg? Zijn die veranderd? En hoe registreer je die uitkomsten? Kun je ons enkele data geven over het proces en de uitkomsten van jullie diabeteszorg? Welke conclusies trek je eruit, welke plannen maak je?

Al na drie maanden Diabeteszorgprotocol waren wij en D4H verrast door onze resultaten. Bijgaande overzichten spreken voor zich.

De DiHAG is erg voor registreren van proces en uitkomsten van de eigen diabeteszorg. Dat levert vaak op zich al veel inzicht en motivatie tot verbetering, zoals ook de ervaring van collega Jansma toont. De DiHAG bepleit niet klakkeloos hetzelfde registratieprogramma te gaan toepassen.

Wij maken ons sterk voor een registratiemodule die geïntegreerd in het HIS functioneert, en niet los en erbuiten. Zie ook het verslag van de Netwerkdag 2003, elders in dit nummer. (HD)



Relatieve zorgkwaliteit: links van 0 is beter, rechts van 0 is slechter dan landelijk respectievelijk bij 0-meting en na 3 maanden. Spiegelinformatie: resultaten op tijdstip 0 en na 3 maanden.

DiHAG Netwerk- en Terugkomdag 2003 groot succes

Door: Henk van Dam

Op donderdagmiddag 27 november vond in Hoofddorp de DiHAG Netwerk- en Terugkomdag 2003 plaats. In een prima omgeving, het Courtyardhotel, konden de ongeveer vijftig deelnemers hun diabeteskennis opfrissen en hun motivatie voor diabeteszorg en betrokkenheid bij het DiHAG-Netwerk versterken.

De onovertroffen dagvoorzitter **Simon Verhoeven** uit Heerde loodste ons vlot door het programma heen.

-De eerste spreker, **Roelf Holtrop**, presteerde het om binnen 30 minuten de hoogtepunten van de DiHAG-Sterrencursus van mei 2003 goed weer te geven. Zijn PP-dia's komen voor de echt geïnteresseerde lezer op de website te staan.

-**Jan-Evert Heeg**, Zwols internist, besprak compact de evidence voor behandeling van de cardiovasculaire risicofactoren bij (type 2) diabetes. Conclusie: pak ze allemaal aan! Dus zowel hyperglycaemie als hypertensie, dyslipidemie, stollingsneiging, roken,

overgewicht en gebrek aan beweging. Er is behoefte aan een polypil-op-maat (zie de vorige Nieuwsbrief).

-**Ynte Groeneveld** presenteerde de DiHAG-opvattingen over en bijdragen aan de POH-opleiding. Landelijke exameneisen zijn nodig. DiHAG werkt hier samen met hogescholen, NHG en CaHAG naartoe. In januari vindt de tweede Invitational Conference hierover plaats. DiHAG bepleit dat hogescholen contact leggen met de DHV'n, huisartsen als docent inhuren en in de

adviesraden opnemen en samenwerken met de huisartsopleidingen.

-**Klaas Reenders** besprak de bijdragen van de DiHAG aan de huisartsopleiding. De acht huisartsopleidingen namen inmiddels 750 DiHAG-klappers voor HAI0's af en ruim 100 HAB-handboeken. Zomer 2004 komt er een nieuwe editie van beide klappers en het materiaal komt via de website ook digitaal beschikbaar.

-Wat betreft de post-HBO-diabetes cursus voor POH'ers: deze draait momenteel in Utrecht, Leeuwarden en Rotterdam. In 2004 wordt gestart met een flexibeler aanbod: modules. Mediselect doet de werving, en het cursusmateriaal komt op de website. Plaatsen: Assen, Amsterdam, Apeldoorn, Maastricht en Tilburg.

-**Raynold Bruessing** lichtte de activiteiten van de Website- en ICT-commissie toe en vroeg de deelnemers om mee te denken. Het discussiedeel en de pagina 'Publicaties' van de DiHAG-website worden snel verbeterd. Op de 'Links'-pagina zorgt Peter Wesels steeds voor interessante doorkliks naar evidence-based materiaal. In de discussie kwam de vraag om een Tips&Trucs-pagina op de website op te nemen.

-De ICT-commissie wil dat bestaande HIS'en geschikt worden voor registratie en monitoring van diabeteszorg. Gegevens uit het medisch (HIS-)dossier moeten rechtstreeks in de registratiemodule ingelezen kunnen worden. Aparte, los van het HIS draaiende registratieprogramma's, vergen 'dubbel' invoeren van data. Uitgangspunt

voor de commissie is de in het HIS te integreren - inmiddels ook al stand-alone draaiende - NHG-module Prodigmo. Begin 2004 komt de commissie met een rapportage over haar eerste twee tests, een met AR-COS en een met MicroHIS. In de discussie kwam naar voren dat goede registratie en benchmarking wel leiden tot verbeterde procesuitkomsten (volgen van richtlijnen), maar niet of zelden tot betere patiëntuitkomsten (diabetes- en risicoregulatie, complicaties, sterfte). Daarvoor is beslissing-ondersteunende software nodig, expertprogramma's die huisartsen en POH'ers tijdens consulten helpen tijdig de juiste therapeutische stappen te zetten. Moet de DiHAG zich hiervoor sterk maken? Stap één is echter zorgen voor beter gereedschap om de nu beschikbare hardware en de kostbare in HIS'en ingevoerde zorggegevens te kunnen benutten.

-**Maarten Vinkenburg** belichtte als coördinator de ontwikkelingen rond de diabeteskaderopleiding voor huisartsen. Zie ook de vorige Nieuwsbrief. Een recente DiHAG-enquête onder potentiële opdrachtgevers van kaderartsen (ziekenhuizen, transmurale projecten, diabetesdiensten, verzekeraars, inspecties, industrie, WDH's, RHV's en DHV's) leverde veel bruikbare kennis op. Onder de leden van het DiHAG-Netwerk zijn veel kaderartsen 'avant la lettre', en DiHAG wil dit komende tijd nader onderzoeken. Wellicht leidt dat tot vrijstellingen en snelle certificering, en zo tot de eerste lichter diabetes-kaderartsen.

Lex Goudsmit uit Houten rondde - na borrel en diner (varkenshaas of zalmfilet) - de bijeenkomst af met een selectie uit zijn promotie-onderzoek. Boeiend: de verbetering door geprotocolleerde aanpak van orale diabetesbehandeling bij te hoog HbA1c (>7%) met o.a. een simpel NHG-gebaseerd kaartje voor op het bureau: het gemiddelde HbA1c daalde van 8,8 naar 6,7%. Een ander onderzoek naar korte en lange termijn-effecten van educatie toonde een duidelijk relevante, klinisch meetbare en statistisch significante verbetering van gewicht en HbA1c, maar dit effect doofde na verloop van tijd uit. Zonder herhaling ofwel permanente educatie lukt het niet. Een derde studie vond dat starten met een langwerkende insuline effectief en veilig te combineren is met doorgebruiken van twee orale middelen (Metformine en SU-derivaat). Dit bracht vergeleken met insuline-monotherapie groter welbevinden, lagere insulinedosis, minder hypo's en minder gewichtstoename, maar ook wat minder goed HbA1c, meer falen van de behandeling en meer uitval uit de studie.

Kortom: weer een boeiende en afwisselende Netwerk- en Terugkomdag. Voor herhaling vatbaar en ook volgende keren aan te bevelen voor iedere met de DiHAG gelieerde huisarts!



De deelnemers aan de DiHAG Netwerk- en Terugkomdag konden hun hart en hoofd weer ophalen aan het boeiende programma.

NDF - Nederlandse Diabetes Dagen

De DiHAG bemenste op 28 november op de eerste van de twee Nederlandse Diabetes Dagen 2003 in de RAI te Amsterdam een stand. Hiervoor was veel belangstelling. O.a. kwamen veel praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen langs om te kijken naar het materiaal en om te praten over de samenwerking met huisartsen in de diabeteszorg. Ook huisartsen bezochten de stand. Er kwamen vragen over de Post-HBO POH-diabetesmodule, over de kaderopleiding voor huisartsen en over diabeteszorg voor bewoners van verzorgingshuizen en psychiatrische instellingen. Twee huisartsen meldden zich opnieuw aan voor het DiHAG-Netwerk, nadat ze het contact een tijd hadden losgelaten.

De Diabetesdag zelf was een geweldige, inspirerende gebeurtenis, met teveel om op te noemen activiteiten: plenaire lezingen, workshops, discussiebijeenkomsten, demonstraties en een zee aan stands. Een van de presentaties verdient onze aandacht: de rede van Wim Wientjens, DVN-voorzitter. Hij riep de professionals op tot het leveren van goede ketenzorg. Verder riep hij dokters op om de 'pillenpreutsheid' overboord te gooien (dus

om vooral bij type 2 diabetes 'alles' ferm te behandelen). Goede zorg moet z.i. beloofd worden en slechte zorg 'gestraft'. Verder wil hij educatie veel meer in groepen vanwege

sociale interactie, lotgenotencontacten en patient empowerment, die dit kan opleveren.



DiHAG-coördinator Bep Bakker staat bezoekers aan de DiHAG-stand te woord.

DiHAGelag

Heeft u voor deze rubriek handige adviezen, ezelsbruggen, praktische tips etc. uit uw alledaagse diabetespraktijk? Aarzelt u niet en zend uw bijdrage aan de redactie.

In het EADV-Magazine van september 2003 een artikel over de mogelijke gevolgen van behandeling met orale corticoïden (prednison) van mensen met diabetes en over wat te doen.

Auteur Judith Krijgsman-Van Niel (diabetesverpleegkundige in Den Haag) vond in de bestanden van Pubmed, Medline en de Cinahl slechts één recente trial en twee oudere studies. In het Westeinde Ziekenhuis waar de auteur werkt wordt al met een protocol gewerkt. Conclusies: orale glucocorticoïdebehandeling leidt bij 6-25% van de mensen zonder diabetes binnen zes weken tot het ontstaan van diabetes. De kans neemt toe met hogere doses. Hierbij is vaak de nuchtere bloedglucosewaarde slechts weinig verhoogd, maar nemen de postprandiale waarden 's middags enorm toe. Personen die al diabetes hebben krijgen hyperglycaemie en hun insulinebehoefte

neemt met wel 50% toe (grotere insulineresistentie). Door afremming van de eigen cortisonproductie neemt bij eenmaaldaagse inname van een corticoïde in de ochtend de kans op nachtelijke hypo's toe, vooral bij gebruik van een langwerkend SUD of insuline 's avonds.

Aanbevelingen: bij orale corticoïdebehandeling van mensen met diabetes is frequente (zelf-) controle van de glucosespiegels (dagcurven) noodzakelijk. Extra voorzichtigheid is geboden bij langwerkende SUD en insuline. Eventueel corrigeren met kortwerkende insuline. Wellicht is verdelen van de corticoïde-inname over de dag zinvol. Afbouwen van het corticoïde vergt ook dagcurven, om op geleide hiervan de eventueel verhoogde insulinedosis geleidelijk te verlagen. Bij mensen zonder diabetes is de eerste zes weken bloedglucosecontrole gewenst. (Lit.: Volgi JR et al. Glucocorticoid therapy and diabetes management. Nurs Clin North Am 2003;36(2). Hirsch IB et al. Diabetes management in special situations. Endocrin Metab Clin Niorth Am 1997;26(3). Gurwitz JH et al. Glucocorticoids and the risk

for initiation of hypoglycaemic therapy. Arch Intern Med 1994;154(10).)



These slimming tablets are not for eating, Mr Smith. Pour them all over the floor three times a day and pick them up, one by one.

(“Deze vermageringstabletten zijn niet om in te nemen meneer Smit. Gooi ze driemaal daags over de vloer en raap ze één voor één weer op”)

“Meesterschap van de huisartsopleider”

**Proefschrift van Peter Boendermaker,
verdedigd op 21 mei 2003 in Groningen**

Hoewel de huisartsopleiding al vele decennia bestaat heeft Peter Boendermaker als eerste gepoogd het meesterschap van de huisartsopleider te verkennen. Zijn vragen waren: wat moet een goede opleider weten, kunnen en doen?

Op een heel nauwgezette en originele manier heeft hij de kenmerken van de opleider in kaart gebracht: via focusgroepen werden ongeveer 500 kenmerken opgesomd, waarvan er later via een delphiprocedure door experts 37 overbleven. Daarna werden de oordelen van Haio's over de opleiders en van de opleiders over zichzelf met elkaar vergeleken. Twee clusters van kenmerken bleken sterk overeen te komen: de opleider als persoon en de didactische vaardigheden van de opleider. Het bleek echter lastig om kenmerken van een opleider te vertalen in toetsbare criteria. Een bestaand instrument om de didactische vaardigheden van de opleider

te toetsen bleek vooral educatief te zijn. Ook bleek observatie door opleiders van collega-opleiders middels een opleiderstoets te leiden tot zelfreflectie op eigen activiteiten en daardoor leerzaam te zijn. Het meesterschap bestaat uit vele aspecten, die moeilijk in één toetsstation zijn te integreren.

Wel constateert Boendermaker dat opleiders meer toetsbereid zijn geworden.

Dat biedt de mogelijkheid om toetsstations nog verder te ontwikkelen en toe te passen. Ook interventie-onderzoek is gewenst naar het effect hiervan.

Peter Boendermaker heeft een nog vrijwel braakliggend terrein grondig verkend. Nu is het tijd aan hem en anderen om zijn verkenningen verder te exploreren, zodat opleiders op basis van hun toetsresultaten scholing op maat kunnen krijgen om zo de kwaliteit van

de huisartsopleiding te verhogen.

Iedere lezer, betrokken bij of geïnteresseerd in onderwijs en scholing, kan ik dit buitengewoon helder geschreven promotieonderzoek van harte aanbevelen. Het leest als een roman.

Klaas Reenders

“Diabeteszorg bij hoogbejaarden”

Bij de voorbereiding van mijn lezing over Diabetes bij hoogbejaarden voor de NDF-Nederlandse Diabetes Dagen op vrijdag 28 november bleek mij al gauw dat er geen kwantitatieve gegevens bestaan over de groep hoogbejaarde diabeten en over de wijze waarop aan hen diabeteszorg wordt verleend. Daarom deed ik per brief een onderzoekje onder leden van het DiHAG-Netwerk (november 2003). Ik was heel blij met de gegevens die ik dankzij hen kon verzamelen. Ze hadden betrekking op de diabeteszorg van 33 huisartsen. Hieronder een samenvatting.

Omvang praktijkpopulatie:	77.815
Omvang diabetespopulatie:	2.800
De prevalentie diabetes:	3,6% (1,5-7%)
Omvang diabeten 80 +:	313
Percentage 80+ binnen diabetespopulatie:	11,5% (1,5-19,5%)
Wonen in verzorgingshuis:	90 (0-20) = 29%
Komen op spreekuur 50%:	(40-80%)
Controle bij specialist:	8 op 313

Verschillen tussen praktijken bleken groot. Drie verschillende soorten praktijken

	pat. (praktijk)	N(%) DM	N(%) 80+	In verzorgingshuis	Verklaring
1)	4200 solo	64 (1,5%)	1	-	jongeren
2)	4831 groeps	333 (7)	14	-	allochtoon
3)	7630 groeps	356 (4,7)	68 (19,5)	20	ouderen

Conclusies:

- diabetes bij 80+ is vooral taak eerste lijn (97%)
- diabetes bij 80+ is een belangrijk deel van totale diabeteszorg 1 op 8
- aanzienlijke belasting (visites), 50% komt niet op spreekuur
- delegatie aan praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige maakt uitvoering zorg mogelijk
- percentage visites afhankelijk van organisatie spreekuur en in verzorgingshuis
- grote verschillen tussen praktijken, afhankelijk van leeftijdsopbouw en allochtonen
- aantal 80+ diabeten per huisarts is gemiddeld 10. In totaal 70.000 in 2003. De voorspelling voor 2005 was op 42.000 geschat!
- bijna alle huisartsen geven aan de richtlijnen van de NHG-Standaard ook bij deze groep te hanteren wat betreft de streefwaarden, maar wel afhankelijk van comorbiditeit, levensverwachting en gevaar voor hypo's en polyfarmacie

Het zou aardig zijn dit onderzoek uit te breiden met gegevens over deze 330 80plussers, om de volgende vragen te beantwoorden:

- is er comorbiditeit, zo ja: welke?
- is er polyfarmacie, zo ja: hoe?
- hoe is de fysieke conditie (lopen >400 meter?)
- geslacht en al of niet alleenwonend?

Klaas Reenders (15 december 2003)

UIT DE LITERATUUR

INTERACTIE ARTS/ VERPLEEGKUNDIGE EN PATIËNT: WAT BEPAALT HET SUCCES?

Door: Simon Verhoeven

Recent verscheen een reviewartikel in het blad Patient Education and Counseling van de hand van onze hoofdredacteur Henk van Dam.

In een uitgebreide search via Medline, Cochrane E.A. werd gezocht naar onderzoek van hoge kwaliteit betreffende interventies in de interactie tussen arts c.q. verpleegkundige en diabetespatiënt het grootste gewicht in de schaal leggen. Gekeken werd naar aspecten van diabetes-zelfzorg en harde eindpunten als HbA1c, lipiden, bloeddruk etc. Uiteindelijk werden slechts acht studies van voldoende kwaliteit gevonden, alle randomized controlled trials. Helaas zijn de studies onderling matig vergelijkbaar in interventies en eindpunten wat in de conclusie van deze review enige beperking geeft.

Een drietal onderzochte studies ging vooral uit van training van huisartsen c.q. verpleegkundigen in de richting van een meer "patiënt-centered" stijl van diabetesbehandeling. Andere studies richtten zich meer op een gedragsverandering bij de diabetespatiënt zelf; zoals groepsgewijze of individuele grondige voorbereiding door de patiënt van het contact met de arts, groepseducatie leidend tot een beter gedrag van de patiënt om zelf zijn diabetes te managen etc. Opmerkelijk resultaat is dat interventies gericht op gedragsbeïnvloeding van de patiënt in alle opzichten veel effectiever waren dan interventies die de wijze van consultvoering van de arts c.q. verpleegkundige trachtten te beïnvloeden. Deze laatste programma's leveren (vrijwel) niets op. Het feit dat streven naar een betere participatie van de patiënt veel meer oplevert dan training van artsen geeft te denken. Het heeft bijvoorbeeld consequenties waarin we meer moeten investeren: gedragsbeïnvloeding van de arts of juist de patiënt. Waarom het trainingsprogramma van artsen en

verpleegkundigen niets of vrijwel niets oplevert, blijft gissen. Is er bij de arts/verpleegkundige toch intensiever en langduriger training nodig om van een traditioneel medisch model ("arts bestraft patiënt") te komen tot een model waar echte patiëntenparticipatie vorm krijgt? Een review van groot belang voor een ieder die streeft naar efficiëntere behandeling!

* Dam Henk v., Horst Frans v.d., Borne Bart v.d., Ryckman Rick, Crebolder Harry.
Provider-patient interaction in diabetes-care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic review. Patient Education and Counseling 2003; 51; 17-28.

Colofon

Uitgave van de Diabetes Huisartsen Advies Groep, afgekort *DiHAG*. Coördinator *DiHAG*: Mevr. B.P. Bakker-Verschoor, p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. E-mail: dihag@nhg-nl.org. Fax: 030-2870668. Secretaris: Y. Groeneveld, huisarts, Brikkenwal 19, 2317 GT - Leiden. Fax: 071-5234922. E-mail: y.groeneveld@lumc.nl.

De *DiHAG*-Nieuwsbrief verschijnt minimaal tweemaal per jaar. Redactie: Marianne van Brederode, Henk van Dam (hoofdred.), Simon Verhoeven, Raynold Bruessing en Peter Wessels. Redactie-adres: p/a H.A. van Dam, huisarts, Gezondheidscentrum Withuis, Straelseweg 193, 5914 AL - Venlo. Fax: 077-3589705. E-mail: vandam-hylkema@home.nl.

Mede mogelijk gemaakt door Novo Nordisk, LifeScan, SmithKline Beecham en Merck Sharp & Dohme B.V.