

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Mariahoek 4 - tel. (030) 3199 46

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Mariahoek 4 - tel. (030) 31 99 46

JAARVERSLAG 1975

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Mariahoek 4

Utrecht 2501

uitgaande van de

Stichting Nederlands Huisartsen Instituut

december 1976

ALGEMEEN GEDEELTE

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Uitgaande van de

Stichting Nederlands Huisartsen Instituut

Mariahoek 4 - Utrecht

Dépendance: Springweg 7 - Utrecht

Tel.: 030 - 31 99 46

Postrekening nr.: 39 40 72

Bank: AMRO-bank N.V., kantoor Vredenburg 26, Utrecht

rekening nr.: 48 44 59 724

STICHTINGSBESTUUR *

dagelijks bestuur

F.N.M. Bierens	voorzitter
V.J. Deins	vice-voorzitter
Th.J. Weterman	sekretaris
Mr. M.H.B. Thissen	penningmeester

leden

F.Almekinders

G.R. van Urk

Dr. F.A. Vorst

W.J. Waal

H.L. van Amerongen

adviserend lid

Dr. H. Roelink

directie

C.P. Bruins

J.C. Oeberius Kapteijn

A.S.L. Pennders

sekretaresse bestuur

* opgave per 31 december 1975

Medewerkers per 31-12- 1975

Mej. J.G. Aalten	- hoofd huishouding
A.I.M. Bartelds	- arts, wetenschappelijk medewerker
Mej. J.M. Bensing	- psychologe
Mej. M.A. Boschman	- research-assistente
H.J. Brand	- orthopedagoog
Mevr. E.D.M. Bresser-Scheepmaker-	project medewerkster Registratie
	Wetenschappelijk Onderzoek
C.P. Bruins	- arts, directeur
Mevr. H.C. Coenen-van Dijk	- medewerkster/secretaresse huisarts
	registratie
J.P. Dopheide	- socioloog (tijdelijk in vervangende
	dienst)
Mevr. C.Y. Drieling-Rusland	- schoonmaakster
Mevr. J.W. Earl-van Iperen	- psychologe didactiek
S.E.M. Everwijn	- didacticus/psycholoog
P.J. v.d. Flier	- reproductist
Mevr. J.E.M. v.d. Brul-	
v.d. Gouw	- bureau-assistente
Mevr. J.M. Grammatikou-Fagitsa	- schoonmaakster
D.H. v.d. Grift	- boekhouder
Mej. M.A.A. Hamilton	- staf-secretaresse
Mevr. E.B.J. v.d. Horst-	
Schokker	- receptioniste/telefoniste
J. Koopman	- arts, wetenschappelijk medewerker
J.H. Levelink	- arts, wetenschappelijk medewerker
J. Louw	- administrateur
Mevr. C.J.J. Maks-van Zijl	- project medewerkster PSH
C.J. Nanlohy	- onstypiste
Mevr. J.W. Nuwenhuis-Okhuysen	- schoonmaakster
J.C. Oeberius Kapteijn	- arts, directeur
Mevr. E.M.J. Oskam	- bureau-assistente
T. Overdijk	- journalist/publicist
Mej. A.S.L. Pennders	- secretaresse bestuur

Mej. G.B. Saenger	- directie-secretaresse
A. Sonneveld	- wetensch. ass. Card.
H. van der Steen	- algemeen assistent
Mevr. A. van Straten-Sieders	- schoonmaakster
Mevr. M.G.M. Vavrinek- Ferdinandus	- directie-secretaresse
Mevr. M.C. Verhaar-v.d. Gouw	- assistente documentatie/nascholing
L.H. de Vries	- administratief assistent
Mej. H. van Weerden	- hoofd voorlichting
Mevr. A.C.A.M. van Welie-Verweij-	secretaresse Peilstations
R.A. de Widt	- econoom
Mej. C.C.C.P. de Winter	- assistente/informatrice
J. van der Zee	- socioloog
Mevr. A.M.E.H. Zeeuwen	- psychologe
Mevr. E. Zoer-v.d. Veen	- bureau assistente

INLEIDING

In 1975 werd, naast aandacht voor de gebruikelijke activiteiten, energie besteed aan het 10-jarig bestaan van het Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.), alsmede aan een nieuwe poging tot plaatsbepaling van het Instituut, resulterend in een beleidsplanning op middellange termijn, neergelegd in de nota "NHI-Extra".

Het 10-jarig bestaan werd in het voorjaar van 1975 gevierd met een drie weken durende boottocht door Nederland. Doel van deze tocht was de huisarts aan de periferie, ver weg van zowel de Universitaire Huisarts Instituten als van het N.H.I., een beeld te geven van de activiteiten van het Instituut. Behalve het (voorlopig eenmalig) overbruggen van de geografische afstand tussen deze huisartsen en het N.H.I., was ook en vooral het verkleinen van de "psychologische" afstand tot het Instituut een oogmerk van deze manifestatie.

Dertien verschillende plaatsen werden aangedaan. Aan boord was een expositie ingericht over alle afdelingen van het Instituut; tevens was er een programma met lezingen, demonstraties en discussies, waarbij tevoren met plaatselijke collegae via contactpersonen overleg is geweest over de keuze van het programma. Gezien de reacties aan boord en de gehouden enquête kan deze boottocht als geslaagd bestempeld worden.

Mede op verzoek van de Overheid werd in het verslagjaar een beleidsnota samengesteld ter ondersteuning van de spronggewijze uitbreiding van mankracht en middelen in 1977 (NHI-Extra). Op een aantal punten die in deze nota behandeld worden zullen wij in dit gedeelte van ons jaarverslag kort ingaan.

- Gesteld wordt dat de Stichting N.H.I. haar statutaire taken niet naar behoren kan vervullen als mankracht en middelen niet aanzienlijk uitgebreid worden. Uitvoerig wordt ingegaan op de plaats van het N.H.I. binnen de gezondheidszorg. Met name de relatie tot de Universitaire Huisarts Instituten is daarbij van belang.

Hoewel het niet gebruikelijk is in een jaarverslag in te gaan op de

activiteiten van andere instellingen is een schets van de recente ontwikkelingen van de U.H.I.'s nuttig om de gang van zaken in ons eigen Instituut duidelijk weer te geven. Aan iedere Medische Faculteit is de huisartsopleiding-nieuwe-stijl van start gegaan, en aan de meeste faculteiten beginnen de opleidingen hun eerste stadium van improvisatie en pionierswerk te boven te komen. Aan de ene faculteit verschijnen schriftelijke vastleggingen van minimum voorwaarden voor het functioneren van huisartsen, elders werkt men systematisch aan nieuwe vormen van huisartsgeneeskunde. De band van deze universitaire instellingen met hun omgeving is sterker geworden: vele huisartsen zijn als opleiders ten nauwste betrokken bij de universitaire activiteiten, hetgeen deze opleiders op hun beurt de mogelijkheid biedt nieuwe ontwikkelingen van nabij te volgen. Doordat deze Instituten regionaal opereren en sterk bemand zijn, is het voor een centraal werkend Instituut als het onze onmogelijk een vergelijkbare band te ontwikkelen.

- Ten aanzien van de beroepsorganisaties en de Overheid wordt in de nota gesteld dat er structurele onduidelijkheden zijn. De subsidiërende Overheid heeft gesteld dat de dienstverlenende afdelingen zoveel mogelijk kostendekkend dienen te zijn; de weinige uitbreidingsposten die er gekomen zijn, zijn dan ook vrijwel alle toegewezen aan de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek. Bovendien is een groot bedrag op tafel gelegd voor het doen slagen van het S1-project, een gemeenschappelijke onderneming van de overkoepelende organisaties van maatschappelijk werk, de wijkverpleging en het N.H.I. Vooral dienstverlenende afdelingen zijn in een verslechterde concurrentiepositie geraakt ten opzichte van de al genoemde U.H.I.'s en, wat de afdeling Nascholing betreft, de smetteloos uitgevoerde producten van de farmaceutische industrie.

- Was in het vorige jaarverslag de interne discussie tussen de voorstanders van het accentueren van de "ontwikkeling" respectievelijk de "dienstverlening" nog onbeslist, in NHI-Extra is door de medewerkers vooral het ontwikkelingsaspect van het Instituut benadrukt.

Overigens zijn "ontwikkeling" en "dienstverlening" niet geheel de polaire begrippen waarvoor zij doorgaans gehouden worden:

wat voor één groep (de "voorlopers" in de huisartsgeneeskunde) als service bestempeld kan worden, is voor een andere groep (de "modale huisarts") als ontwikkelingsactiviteit aan te merken.

Aan ontwikkeling kunnen dan ook twee aspecten onderscheiden worden: ten eerste al die activiteiten t.a.v. nieuwe werkterreinen van de huisarts zoals samenwerking, psychosociale hulpverlening, preventie, etcetera, ten tweede de activiteiten die dienen ter verbetering van de bestaande werkzaamheden van de huisarts.

Indien voldoende mankracht en middelen aanwezig zijn om de op afroep verleende service gepaard te laten gaan met het opdoen van meer kennis en ervaring op deze gebieden, en het, in samenwerking met degenen die in het veld werkzaam zijn, exploreren van verdere ontwikkelingen, kan het N.H.I. ook via zijn dienstverlenende activiteiten een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en de onderbouwing van het werk van de huisarts.

In het licht hiervan pleiten wij in de beleidsnota dan ook bij de Overheid voor meer ondersteuning van de dienstverlenende activiteiten.

- Behalve een plaatsbepaling van het Instituut wordt in NHI-Extra ook een taakafbakening van de diverse afdelingen gegeven. Registrerende en coördinerende activiteiten vormen bij uitstek een taak van een centraal Instituut: huisartsenregistratie, registratie wetenschappelijk onderzoek, morbiditeitsregistratie zijn en blijven belangrijke activiteiten, relevant voor het beleid in de gezondheidszorg. Ook taken die een centraal medium behoeven (nascholing per televisie op het open net bijvoorbeeld) vallen hieronder.

- Tenslotte wordt nog kort stil gestaan bij toekomstige ontwikkelingen van het Instituut. Dat betreft enerzijds de vorm van financiering en bestuur van het Instituut; gepleit wordt voor een meer stabiele financiering en bredere bestuurssamenstelling.

Anderzijds wordt de mogelijkheid overwogen het Instituut te laten uitgroeien tot een eerstelijns Instituut; als een soort tegenhanger van

een nationaal ziekenhuisinstituut.

Door de ontwikkeling in de gezondheidszorg en in de maatschappij, en door zijn historische verbondenheid met de pioniers van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft het N.H.I. zich vanaf zijn ontstaan intensief beziggehouden met alle aspecten van samenwerking van de huisarts met anderen.

Het blijkt ook uit de twee groepen, die het merendeel der producten van het Instituut consumeren.

1 Ten eerste de "warme dokter"; de kern van het Huisartsen Genootschap, actief in samenwerkingsverbanden en alert op de maatschappelijke achtergronden van lichamelijke spanningen. Trainingen in gespreksvoering, begeleiding van samenwerkingsvormen, onderzoek naar de diagnostiek van psychosociale problemen in de algemene praktijk, adviezen over bouw, inrichting en structuur van groepspraktijken en gezondheidscentra hebben in de 10 jaar van het bestaan van het Instituut altijd een belangrijk deel van het gezicht naar buiten bepaald.

2 De tweede groep is die der vestigende jonge huisartsen die met de idealen van de opleiding in hun knapsak moeten proberen zich een plaats te verwerven binnen de gezondheidszorg, welke structuur vriendelijk gezegd weinig tot ontwikkeling en verandering noodt.

Adviezen over verwerving van praktijken, zaken als vrije vestiging, afspraken bij associaties vormen een steeds belangrijker deel voor de dienstverlenende werkzaamheden van ons Instituut. In het vacuüm tussen opleiding-nieuwe-stijl en harde werkelijkheid ligt een steeds in belang toenemende taak voor het N.H.I.

Het zal duidelijk zijn dat het belang van deze nota uitgaat boven de belangen van het Instituut alleen, maar ook van algemeen belang is wanneer er gesproken wordt over de opvatting, die men heeft over de positie van de huisarts in de gezondheidszorg en de wijze waarop de eerste lijn inhoudelijk en organisatorisch versterkt moet worden.

DE AFDELING VOORLICHTING EN ADVISERING

Het geven van voorlichting en verstrekken van adviezen aan aanstaande en praktizerende huisartsen is nog steeds een belangrijke activiteit van het N.H.I. De voorlichting betreft de bedrijfsvoering van de huisarts in de ruimste zin des woords:

financieel-economische problemen, bouw- en verbouw van praktijkruimte en apotheek, en praktijkvoering (medische en financiële administratie, instrumentarium, laboratorium; interne communicatie, personeelsbeleid, patiëntenvoorlichting).

In 1975 bezochten een kleine 300 (aanstaande) huisartsen de permanente expositie op het N.H.I.: een veelvoud van dit aantal werd schriftelijk of telefonisch van de benodigde informatie voorzien. De meeste aanvragen worden afgehandeld door de twee informatrices van de afdeling; voor meer specifieke problemen wordt de hulp ingeroepen van de externe adviseurs: mevrouw M.A.A. Oswald-Gerritsen, interieurarchitecte,

G.J. Sterrenburg, architect,

K.G.H.H. Doyle, organisatie-deskundige, en

W. Groot, registeraccountant.

Deze vergaderden in het verslagjaar vijf maal en brachten 68 adviezen uit.

Een deel van de activiteiten van de afdeling werd in 1975 verricht in het kader van het project "NHI 10": ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van het N.H.I. werd een boottocht door Nederland georganiseerd teneinde onze ideeën en producten dichterbij de huisarts-in-het-veld te brengen. Op deze tocht zal later in dit verslag uitvoeriger worden ingegaan.

In het afgelopen jaar werd, wederom een zekere spanning ervaren tussen vraag en aanbod van de afdeling. De directe verzoeken om advisering konden weliswaar over het algemeen zonder al te grote moeilijkheden worden gehonoreerd; tijd en mankracht voor bezinning op meer specifieke methoden van voorlichting en het ontwerpen daarvan ontbrak echter. Zolang de afdeling zichzelf nog zal moeten financieren is hierin naar wij vrezen geen verandering te verwachten. Wij blijven echter van mening dat een goede voorlichting aan de huisarts op zijn vakgebied een bij-

drage levert tot de volksgezondheid, die voor ruimere financiële ondersteuning in aanmerking dient te komen.

De N.H.I.-boottocht

In 1974 ontstond binnen het N.H.I. het plan om zich - in het kader van het 10-jarig bestaan van het instituut - met een gerichte voorlichtingscampagne aan de Nederlandse huisartsen te presenteren. Doelstellingen van de campagne zouden moeten zijn:

1. het geven van een helder en ondubbelzinnig beeld van het activiteitenpakket van het instituut.
2. het verduidelijken van de plaats van het instituut binnen de gezondheidszorg in Nederland.
3. het verkleinen van de "psychologische afstand" tussen het instituut en de primaire doelgroep.

Al gauw rees het plan om de campagne uit te voeren vanuit een boot die daartoe een tocht door de Nederlandse binnenwateren zou maken. Gedacht werd aan het houden van een expositie betreffende het gehele activiteitenpakket van het N.H.I., en daarnaast het organiseren van programma's waarin specifieke onderwerpen zouden kunnen worden belicht in de vorm van lezingen, demonstraties, discussies, workshops en audiovisuele middelen.

Realisering van het plan was afhankelijk van het vinden van financiën en mankracht. Gelukkig werd de oplossing voor deze problemen aangereikt door:

- Janssen Pharmaceutica Nederland
- het Nederlandse Huisartsen Genootschap en
- Laméris Instrumenten b.v.

Nadat dit project (onder de naam N.H.I. 10) door het bestuur gefiatteerd was, werd een projectgroep geformeerd, deels bestaande uit N.H.I.-medewerkers, deels uit extern aangetrokkenen.

Het vaarschema voorzag in een bezoek aan 13 verschillende plaatsen in de periode 14 april - 9 mei. Dit schema was uiteraard een compromis tussen wat wenselijk was en wat mogelijk bleek; tot onze spijt was het niet te verwezenlijken ook de provincie Zeeland aan te doen.

Aan boord werd aan de drie subsidiënten expositieruimte ter beschikking

gesteld; ook was aanwezig een uitgebreide tentoonstelling van relevante en recent op de markt verschenen boeken, verzorgd door Broese en Kemink. De N.H.I.-expositieruimte werd verzorgd door een professionele standbouwer.

Door de projectgroep werden negen programma's voorbereid die aan boord verzorgd zouden kunnen worden. Door gebruik te maken van een inmiddels opgezet landelijk net van contactpersonen werden de Nederlandse huisartsen in staat gesteld zelf hun voorkeur voor de verschillende programma's kenbaar te maken.

Ter ondersteuning van de schriftelijke publiciteit rond de boottocht werd een speciaal vignet ontworpen. Aan alle Nederlandse huisartsen werd driemaal een bericht over de tocht gezonden : in januari, maart en april. Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne was bereid voor de verzending hiervan zorg te dragen. De reeds genoemde contactpersonen (voor iedere aanlegplaats één) werden middels twee bijeenkomsten bij de voorlichting betrokken. Van hun vele waardevolle suggesties kon een groot aantal worden overgenomen.

In de vakpers (Huisarts en Wetenschap, Medisch Contact, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde) en in de landelijke en regionale pers en op radio en televisie werd via een door de projectgroep uitgegeven uitvoerig persbericht aandacht geschonken aan de op handen zijnde gebeurtenis.

De kernbemanning bestond uit een medewerker van Laméris Instrumenten b.v. een van de directeurs van het N.H.I. en vier informatrices. Janssen Pharmaceutica Nederland stelde een medewerker beschikbaar om gedurende de tocht te zorgen voor een permanente bezetting van de balie.

Op 14 april werd in Assen, door het luiden van de scheepsbel, het officiële startsein voor de campagne gegeven. De opening werd verricht door de heer J. Hollenbeek Brouwer, lid van Gedeputeerde Staten van Drenthe. Onder de circa 55 gasten waren de Commissaris van de Koningin in Drenthe, mevrouw mr. A.P. Schilthuis en de Burgemeester van Assen, de heer G. Grolleman.

De belangstelling voor de boottocht was goed te noemen: er werden in totaal 965 bezoekers ontvangen van wie 667 artsen. Van deze 667 waren er 591 huisarts.

Wat betreft de programma's stonden vooral de onderwerpen "Sfeer in de praktijk" en "Aandacht voor de chronische patiënt" in de belangstelling. In totaal werden 22 programma's verzorgd. Opvallend was dat een niet onbelangrijk deel van de bezoekers op één dag twee bezoeken aan de boot bracht: 's middags voor het bekijken van de expositie en 's avonds voor het bijwonen van een programma.

Gedurende de tocht bestond de mogelijkheid om allerlei rapporten en brochures aan te schaffen, alsmede ampullenetuis, patiënteninstructie-materiaal zoals setjes diëten, etcetera.

Teneinde de waardering voor de campagne te meten werd aan de bezoekers een beoordelingsformulier uitgereikt, waarop onder andere een cijfer kon worden gegeven (variërend van 1 tot 10) voor de expositie en de hele manifestatie (tentoonstelling, programma's, het idee op zich). Het feit dat de expositie een 7½ en het idee op zich een 8 haalde, sterkt ons in de overtuiging dat van een geslaagd experiment gesproken kan worden.

Ampullenetui voor de huisarts

In 1975 kwam het ampullenetui, passend in de N.H.G.-praktijktas, in productie. Het is voor f 55,-- per set van twee verkrijgbaar bij het N.H.I.

Geneesmiddelen-dispenser voor bejaarden

Proefnemingen met verschillende ontwerpen voor een geneesmiddelen-dispenser voor bejaarden leverden de nodige moeilijkheden op. Niettemin zijn er behoorlijke vorderingen gemaakt, zodat in 1976 met de productie kan worden begonnen.

Tips voor de huisarts

Maandelijks werd in de N.H.I.-rubriek in Huisarts en Wetenschap een tip voor de huisarts gepubliceerd.

De volgende onderwerpen kwamen aan bod:

- zitlift langs de trap
- naaldvoerder voor de kleine hechting
- ampullenetui voor de N.H.G.-praktijktas
- disposable Sahli-pipetten
- gelijkbenig trapezium als hulpmiddel bij het terugzetten van werkkaarten
- doos met voorlichtingsmateriaal voor patiënten
- verbandwagentje
- nieuwe verlichting voor Heine-instrumentarium
- Clipsac afvalzakhouders
- verlichte letterkast
- instrumentenspray

Chronische patiënten

In 1975 werd een proef genomen met een laboratoriumkaart en behandelingschema's voor diabetici en lijders aan hartvaatziekten. De schema's bleken goed bruikbaar en werden in productie gebracht; de laboratoriumkaarten behoeften verbetering.

Er is een verbeterde versie van de hypertensiekaart gereed gekomen.

Patiëntenvoorlichting

De volgende instructiebloccs kwamen gereed:

- zelfonderzoek van de borsten
- verhoogde bloeddruk
- suikerziekte
- blaasontsteking/nierbekkenontsteking

Halverwege het jaar werden alle dieetvoorschriften herzien in verband met een nieuwe nomenclatuur volgens Europese standaardisatie.

Tenslotte zij nog vermeld dat een brochure gereed kwam met richtlijnen voor het geven van injecties door wijkverpleegkundigen. Alle wijkverpleegkundigen ontvingen een exemplaar.

DE AFDELING TRAINING EN NASCHOLING IN HET ALGEMEEN

De taak van deze afdeling is zich te verdiepen in inhoud en methodiek van nascholing en training. Daarnaast is het aanbieden van concrete stukken nascholing deel van haar takenpakket. Wij noemen in dit verband de realisatie van nascholingsprogramma's per televisie in samenwerking met Teleac, het maken en uitlenen van band-diaseries, het organiseren, al of niet in samenwerking met anderen, van cursussen zoals de gespreks-training en de oriëntatiecursus voor aanstaande huisartsen.

Op landelijk niveau bestaan in Nederland verschillende instellingen die zich met nascholing en training van huisartsen bezig houden. Zo is er de Stichting Nascholing Huisartsen, die zich op landelijk niveau beijvert voor optimale nascholingsmogelijkheden voor de huisarts. In de stichting participeren de beide beroepsorganisaties, de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Ten aanzien van het aanbieden van concrete nascholingsprogramma's schaart het N.H.I. zich in een keur van andere instellingen, zoals de Boerhaave Commissie, de Van Hoytema Stichting, de Rotterdamse Artsencursussen, etcetera.

Ook de farmaceutische industrie heeft een aandeel in deze activiteit, waarbij veelal moderne media en didactische principes worden toegepast. Terzijde zij opgemerkt dat de farmaceutische industrie daarbij uiteraard nog andere belangen voor ogen heeft dan het opfrissen en uitbreiden van kennis en vaardigheden van de huisarts.

Een nieuwe ontwikkeling is de opkomst van commerciële uitgevers van zogenaamde soft-ware; voor audiovisuele producten nog voornamelijk een buitenlandse aangelegenheid.

Ook op het terrein van de trainingen neemt het aantal mogelijkheden toe, zowel op de vrije markt door commerciële instellingen als aan de universiteiten (Universitaire Huisartsen Instituten).

Tenslotte zijn te noemen de traditionele vormen van nascholing die op plaatselijk niveau binnen de artsenwereld gebruikelijk zijn: refereeravonden, klinische demonstraties, voordrachten, Warffumcursussen, etcetera.

Een meer gedetailleerd overzicht zou een indrukwekkend geheel aan

activiteiten te zien geven, waarin een grote hoeveelheid mankracht en middelen is geïnvesteerd. Desondanks is er sprake van een zekere onvrede met de nascholing van huisartsen; dit blijkt o.a. uit de nota "Inventarisatie van taken en activiteiten van Nascholingswerkgroepen in Nederland" van M. Warmenhoven-Haasbroek (Stichting Nascholing Huisartsen, 1974)

In het verslagjaar hebben wij ons met verschillende problematische aspecten van nascholing en training van huisartsen bezig gehouden. Verslag werd gedaan van onze verkenningen van een systematische opzet bij het ontwerpen van specifiek voor huisartsen gemaakte nascholings- en trainingsprogramma's: "Op zoek naar het ontwerpen van specifieke nascholing voor huisartsen" (J.C. Oeberius Kapteijn, Huisarts en Wetenschap 1975, p. 207-211).

Met de Stichting Nascholing Huisartsen werd op bestuursniveau (ondersteund door directie en stafleden met beleidsvoorbereidende rapporten) intensief overleg gepleegd over wederzijdse samenwerking en taakverdeling. De ontwikkelingen binnen het Postacademisch Onderwijs Geneeskunde, welke door de Overheid in gang zijn gezet door uitbreiding van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs, gaven daartoe aanleiding.

Binnenshuis werd voornamelijk gewerkt aan het hanteerbaar maken van diverse didactische principes ten behoeve van de verschillende nascholingsactiviteiten. De resultaten daarvan worden beschreven bij de verslaglegging van de afzonderlijke activiteiten in 1975.

Gesprekstrainingen (Men zij tevens verwezen naar het project Psychosociale Hulpverlening van de Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en Experimenten).

In 1975 vonden vijftien trainingen plaats in verschillende delen van het land. (Zie overzicht Trainingen).

De variatie in het type training was groter dan in voorafgaande jaren; wij onderscheiden:

- trainingen in gespreksvoering, waarbij het accent ligt op training in communicatieve vaardigheden in de arts-patiëntrelatie (zowel begintraining als voortgezette training).
- relatietrainingen, vaak gegeven naar aanleiding van of als vervolg op een training in gespreksvoering. Hierin werd gewerkt aan verhelde-

ring van relaties in de groep, terwijl tevens de gelegenheid werd geboden om te experimenteren met "nieuw" gedrag, zoals het op bevredigende wijze leggen van contacten, het hanteren en uiten van emoties en het omgaan met depressies. Dit zijn alle vaardigheden, die de huisarts van nut kunnen zijn in zijn dagelijkse praktijkuitoefening.

- intervisietrainingen: met behulp van bandopnamen van spreekkamer-gesprekken wordt groepsgewijs feedback gegeven op het hulpverlenings- en gespreksgedrag van de deelnemende artsen.
- experimentele training in gespreksvoering. Deze training droeg een experimenteel karakter, omdat 1). de training een onderdeel vormde van het onderzoeksproject Psycho-sociale Hulpverlening in de huisartspraktijk en 2). gepoogd werd om tevoren gemaakte video-opnamen van spreekuurgesprekken (van iedere deelnemer 2 uur) in de training te gebruiken. Op het project Psycho-sociale Hulpverlening (PSH) wordt zowel later in dit afdelingsverslag als in het verslag van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en Experimenten nader ingegaan.

De geschetste variatie in trainingen lijkt aan te sluiten bij in voorgaande jaren gevoerde discussies over training in vaardigheid en technieken versus training gericht op persoonlijke groei, relatievorming en wijziging van zekere attitudes. In het vorige verslagjaar (1974) zeiden wij de dilemma als oneigenlijk te beschouwen: in ieder training zijn beide elementen aanwezig. Afgelopen jaar hebben wij - mede naar aanleiding van vragen van huisartsen om ook andersoortige trainingen - gezien dat een keuze voor een specifieke training mogelijk moet zijn. Met name follow-up trainingen kregen een wat specifiek karakter - uiteraard in overleg tussen deelnemers en trainer(s).

Het project Psycho-sociale Hulpverlening in de Huisartspraktijk is een gecombineerd onderzoeks-trainingsproject met als doelstelling het beschrijven van de processen die een rol spelen bij het tot stand komen van de diagnose "psycho-sociaal" of "niet-organisch" en van de factoren die de verdere behandeling van een als zodanig gediagnosticeerde klacht bepalen.

De materiaalverzameling geschiedt o.a. middels het observeren van videobanden van spreekuurgesprekken; de huisartsen die door het laten maken van dergelijke video-opnamen hun medewerking aan dit project verleenden kregen in ruil hiervoor een training in gespreksvoering aangeboden. Onderzoek en training haakten halverwege in elkaar: na de eerste acht trainingssessie (voorjaar 1975) en vóór de laatste vijf zittingen (najaar 1975) werd de artsen een uitvoerige beschrijving aangeboden van hun gespreksgedrag op de videobanden. Deze rapporten werden besproken in groepjes bestaande uit twee artsen, één trainer en één onderzoeker en fungeerden o.a. als oriëntatie en start voor de tweede helft van de training.

Dit project loopt door in 1976; er zal dan o.a. bekeken worden hoe de huidige trainingen aansluiten bij de huisartsensituatie en wat de trainingen aan veranderingen teweeg brengen bij de deelnemers. Na de training zal een tweede ronde video-opnamen plaatsvinden.

Fonodidactische Dienst

De in 1974 aangevangen werkzaamheden aan een tweetal experimentele - in de zin van nieuwe didactische methoden - band-diaseries werden in het verslagjaar voortgezet. Door de grote hoeveelheid tijd, die hieraan besteed moest worden, kwamen in 1975 geen nieuwe series gereed. Wél werd een begin gemaakt met de revisie van oudere band-diaseries.

Bij één van de experimentele projecten rezen nogal wat inhoudelijke problemen. Bij nadere analyse bleek namelijk dat het gebruik van een screenings-audiometer in de huisartspraktijk een aantal vragen opriep, welke ondubbelzinnig beantwoord dienden te worden voordat de werkzaamheden aan de serie voortgezet konden worden.

De conclusie moest luiden dat het gebruik van dergelijke instrumenten in de huisartspraktijk aan vele beperkingen onderhevig is en niet zonder meer kan worden aanbevolen. Een koerswijziging met betrekking tot de inhoud van dit nascholingsprogramma werd noodzakelijk geacht.

De videotheek van de afdeling Nascholing en Training werd in 1975 uitgebreid met de acht programma's over "Depressieve mensen in de

huisartspraktijk". Deze werden in het najaar uitgezonden in het kader van de nascholing voor huisartsen per televisie.

Enkele cijfers over het gebruik dat gemaakt werd van de op het N.H.I. aanwezige audiovisuele nascholingsprogramma's: uitgeleend werden 258 band-diaseries; 85 maal aan een solitaire gebruiker en 173 maal aan een groep. De grootte van dergelijke groepen varieerde van 3 tot 80. In vergelijking met de vorige registratieperiode is een toename van het gebruik te constateren (325 uitgeleende banden over een periode van anderhalf jaar).

Veel belangstelling bestond voor de onderwerpen "Behandeling van het Ulcus Cruris", "De acuut zieke zuigeling", "Oogheelkunde in de huisartspraktijk" en "Kleine Chirurgie".

Er werd 30 maal een videocassette uitgeleend; de belangrijkste afnemers op dit gebied waren de Universitaire Huisartsen Instituten;

Als het geheel bekeken wordt, blijkt dat - ondanks het niet gereed komen van nieuwe band-diaseries - vergroting van de afzet van producten van de fonodidactische dienst plaats vond.

Tijdens de rondvaart van de N.H.I.-boot is ons opgevallen dat de fonodidactische dienst een nog veel te geringe bekendheid in den lande geniet; slagen wij erin deze bekendheid aanmerkelijk te vergroten, dan is een verdere uitbreiding van de belangstelling te verwachten.

De Oriëntatiecursus

In het voor- en najaar van 1975 werden de 21e en 22e oriëntatiecursus voor aanstaande huisartsen georganiseerd. In de programma's van beide cursussen kwamen met onderling geringe verschillen de vertrouwde thema's aan de orde: vestigings- en financieringsproblematiek, bouw- en verbouw van het praktijkpand, praktijkvoering, huisarts en structuur en financiering van de gezondheidszorg, samenwerking tussen huisartsen onderling, tussen huisarts en specialist, multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, farmacotherapie. Het onderdeel huisarts op het platteland werd vervangen door een bijdrage over psychosociale hulpverlening in de huisartspraktijk.

De bezetting van de voorjaarscursus was zoals gewoonlijk maximaal. Voor de najaarscursus was aanmerkelijk minder belangstelling. Naast een ditmaal wat gebrekkige aankondiging moet hieraan het feit debet worden geacht dat inmiddels op alle Universitaire Huisartsen Insti-
tuten de specifieke huisartsenopleiding van start is gegaan: er is sprake van het optreden van doublures. Gezien deze ontwikkeling is contact gelegd en zijn de eerste besprekingen gevoerd met de Coördi-
natoren Commissie van de U.H.I.'s ten einde te komen tot een betere afstemming van de programma's van de specifieke beroepsopleiding en de oriëntatiecursus. In deze gesprekken werd besloten dat de cursus van het N.H.I. vooral gericht zou zijn op de economische, financiële en maatschappelijke kaders van het huisartsenvak.

Met het oog op het doorvoeren van deze wijzigingen werd het raadzaam geacht de cursus in het voorjaar van 1976 niet te organiseren. Tenslotte zij vermeld dat ook in 1975 gastvrijheid werd verleend door Laméris B.V. te Utrecht.

Nascholing per televisie in samenwerking met de Stichting Teleac.

Na lange aarzeling binnen de productiegroep werd voor 1975 het onderwerp "Depressieve mensen in de huisartspraktijk" gekozen. Aarzeling, omdat er vanuit de huisartsendiscipline zelf weinig over dit onderwerp is gepubliceerd en omdat men nu eenmaal liever niet - en zeker niet over het open televisienet - over depressieve gevoelens spreekt. Zo kon er dus op weerstand gerekend worden bij het zoeken naar medewerking, zowel van artsen als van patiënten. Tijdens de productiefase bleek deze schatting juist te zijn: artsen en patiënten zagen soms van verdere medewerking af; overigens om ook voor de productiegroep invoelbare redenen.

De wetenschap dat depressie en depressieve gevoelens zoveel voorkomen in de huisartspraktijk én het feit dat in een eerdere enquête (W. Brouwer en H.R. Pijlman, Medisch Contact 1969, p. 1419-1423) de helft van de responderende huisartsen geantwoord had dat zij dit onderwerp graag op de televisie behandeld zouden zien, bracht ons ertoe toch door te zetten.

In het najaar van 1975 werden tenslotte acht programma's uitgezonden.

De titels van deze programma's, die bij het N.H.I. geleend kunnen worden, zijn:

- uitzending 1: "Het diagnostisch dilemma" (Hebben we met een depressie te maken, zo ja, wat voor depressie, wat is de ontstaanswijze, hoe is het beloop?)
- uitzending 2: "Het gesprek" (Praten met depressieve mensen is vaak moeilijker dan de "normale" gesprekken tussen arts en patiënt)
- uitzending 3: "Suicide" (Veel artsen hebben een grote schroom om naar suicidegevoelens te vragen. Hoe kan het reële suicidegevaar geschat worden?)
- uitzending 4: "Over de verschillende vormen van therapie". (Therapie en " " 7: te geven door de huisarts zelf in de vorm van gesprekken, eventueel ondersteund door medicamenten. Consultatie of verwijzen? Wat gebeurt er met een patiënt die naar de kliniek is verwezen? Welke behandelingsmogelijkheden zijn er in een kliniek?)
- uitzending 8: "Een discussieprogramma tussen een aantal huisartsen uit Alkmaar en de psychiaters Van Dijk, Van Praag en Van Dantzig".

Aan de serie werd medewerking verleend door Dr. A. van Dantzig, Prof. H.M. van Praag, Prof. Dr. W.K. van Dijk, D.N. Oudshoorn, allen psychiater, Hans Man in 't Veld van het toneelcollectief "Het Werktheater", Dr. M.J. van Trommel, lector huisartsgeneeskunde, Mevrouw J.C. van der Meulen, maatschappelijk werkster, F.H. Bergveld en C.J. Weidema.

Redactie en presentatie van de programma's had P. Lens, huisarts en medewerker van het N.H.I. Veel steun ondervond de productiegroep van Drs. S.E.M. Everwijn, die de analyse verrichtte van de te behandelen onderwerpen en onderwijskundige adviezen gaf. De regie was in handen van Ineke van Trommel-Sipkema (Teleac). Het uitgebreide schriftelijke materiaal, waarvan de eindredactie werd verzorgd door het N.H.I., werd geleverd door Drs. W. Frankenberg, Drs. F. Bloemsma en Prof. Dr. H.M.

OVERZICHT TRAININGEN

Plaats	Datum	Aantal deelnemers
Leeuwarden	dec. 74 / jan. 75	8
Doorn	20 t/m 24 jan.	8
Oisterwijk	15 t/m 17 jan.	10
Woudrichem	17,24 febr., 5,12,25,mrt., 4 apr. + week-end 18 t/m 20 apr.	9
Ommen	febr. / maart	9
Emmen	5 febr. t/m 5 april	11
Overveen	maart	7
Zwolle	april / mei	11
Zwolle	17,18,19 april	8
Emmen	24 sept., 8,22 okt., 5,19 nov. en 3 dec.	12
Zwolle	27 t/m 29 nov.	8
Maarssen	6 t/m okt.	8
Overveen	22,23,24,25 okt.	8
Assen	15 sept., 6,20 okt., 3,17 nov., 1,15 dec.	10
Utrecht	8 x voorjaar en 5 x najaar	10

IN GESPREKSVOERING 1975

Soort training	Trainers
gesprekstraining	V. Berbers / A. Hiemstra
gesprekstraining/follow-up 5 dagen intern	D. Brand / M. Zeeuwen
follow-up bloktraining 3 dagen	M. Zeeuwen / R. Jacobs
gesprekstraining 6 avonden + week-end	A. van Veen
gesprekstraining	Y.N. van der Veen
gesprekstraining	M. Wolffensperger / N. Matil
gesprekstraining/follow-up 4 dagen	K. van Til / M. Zeeuwen
gesprekstraining 5 avonden + week-end	M. Keizer
relatietraining	M. Wolffensperger
interviewstraining	M. Wolffensperger
relatietraining	M. Wolffensperger
gesprekstraining 5 dagen intern	J. Dietvorst
relatietraining 4 dagen	K. van Til / M. Zeeuwen
interviewstraining	M. Wolffensperger/ N. Matil
exp. training in kader van onder- zoeksproject PSH 13 avonden	D. Brand / M. Zeeuwen

van Praag.

De opvang van patiënten - er keken, afhankelijk van het onderwerp, 1000 tot 2000 leken mee - werd verzorgd door de Stichting Korrelatie te Odijk.

De produktiegroep hoopt met het uitzenden van deze programma's een kleine bijdrage aan een groot probleem te hebben gegeven.

DE AFDELING SAMENWERKINGSVORMEN IN HET ALGEMEEN

Aansluitend op de verslaglegging over 1974, waarin de verdere ontwikkelingen van het project "Samenwerkingsvormen in de eerste lijn" - kortweg S1 genoemd - werden geschetst, kan voor 1975 een energieke start van dit project worden gemeld.

Nu dit project eenmaal draaiende is, is het mogelijk geworden met een groter aantal deskundigen van dienst te zijn bij het helpen oplossen van de problemen, waarmee multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn te maken krijgen.

Met name bij de start van dergelijke vormen van samenwerking zijn deze problemen, ondanks de geldende stimulerings- en subsidieregelingen, vaak levensgroot aanwezig.

Door een bredere aanpak groeit de deskundigheid op dit terrein echter, en is een betere begeleiding en advisering mogelijk.

Een groot deel van de werkzaamheden van de medewerkster van de afdeling Samenwerkingsvormen wordt verricht in het kader van het S1-project. Voor een gedetailleerder verslag hiervan zij verwezen naar de afzonderlijke verslaglegging van dit project in dit jaarverslag.

Voor het N.H.I. blijft onzes inziens op het gebied van samenwerking in de eerste lijn een eigen taak over. Nog steeds blijft de afdeling actief en aanspreekbaar als het gaat om samenwerking tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en andere medische en paramedische werkers zoals apothekers, specialisten, fysiotherapeuten, etcetera. Vragen betreffende bouw en verbouw van een praktijkpand, financieringsproblemen, en over de organisatie van samenwerking worden met grote regelmaat aan het N.H.I. gesteld en, zo nodig met inschakeling van de vaste externe adviseurs, beantwoord.

Vragen om als vast adviseur aan samenwerkingsverbanden deel te nemen (in de vorm van het begeleiden van initiatieven of het zitting nemen in stuurgroepen) bereiken het N.H.I. bij herhaling. Door de problemen bij de bemanning van het Instituut in verslagjaar enerzijds, en de toenemende vraag om advisering anderzijds, is het onmogelijk gebleken deze vraag te honoreren.

De deelname aan de projecten in Maarssen (Maarssenbroek), Zeist (Zeist-

West), Hengelo (Hasseler Es) en Huizen (Huizermaat) is onder andere voorlopig om deze reden gestaakt.

Hoewel onvermijdelijk, lijkt dit ons een ongewenste ontwikkeling. Door de tot nu toe nog beperkte spreiding van kennis op dit gebied beschikken initiatiefnemers tot samenwerking immers niet over de ervaringen van groepen die al verder gevorderd zijn of een mislukte poging achter de rug hebben. De ervaring leert tevens, dat men geneigd is incidentele adviesaanvragen pas in te dienen als er problemen rijzen over bouw, financiering en juridische vormgeving.

Vaak blijken de op zich relevante adviesaanvragen een indicatie te zijn van onderliggende problematiek. Zo komt het voor dat de groep stagneert in de besluitvorming en hulp denkt te vinden bij een technisch advies, terwijl ons ook gevallen bekend zijn waarin men verzuimd heeft één of meer relevante groeperingen bij de voorbereiding te betrekken. Dit zijn problemen die men als permanent adviseur doorgaans tijdig kan onderkennen, waardoor voorkomen wordt dat veel tijd besteed moet worden om vastgelopen projecten weer op gang te brengen en verstoorde relaties te herstellen.

Alle projecten maken derhalve nog slechts voor concrete, omschreven problemen gebruik van de adviesmogelijkheden van het N.H.I.

Indien in een project de basisdisciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en maatschappelijk werk vertegenwoordigd zijn, vindt de afhandeling doorgaans plaats in het kader van het S1-project.

Voor het N.H.I. ligt het zwaartepunt van de advisering op het terrein van vragen rond de bouw. Ook binnen S1 heeft het N.H.I. op dit gebied een grote inbreng, dankzij de beschikbaarheid van de vaste externe adviseurs (architect, accountant, organisatie-adviseur en binnenhuis-architecte).

Op verschillende plaatsen in het land is op het moment de bouw van een gezondheidscentrum in ontwikkeling, een zaak die de betrokkenen vaak voor grote, slechts ten koste van een zware investering in tijd op te lossen problemen stelt. De ervaringen van de "eerste generatie" gezondheidscentra (Ommoord, Hoensbroek-Noord, Venlo en andere) bieden blijkbaar weinig houvast. Nadere studie en onderzoek op juridisch, financieel, organisatorisch en bouwkundig gebied zal, ten behoeve van de

onderbouwing van het advieswerk van de afdeling, op korte termijn geïnitieerd moeten worden.

Ook bij advisering aan solisten en groepspraktijken betreft een groot deel van de aanvragen adviezen betreffende bouw en inrichting van praktijkruimte. Daarnaast echter bereiken ons vele vragen over praktijkovername, vestiging en associatie.

De afdeling werd in het verslagjaar geconfronteerd met ernstige problemen, doordat in mei één van de medewerkers ziek werd en niet meer terugkeerde. Zijn werkzaamheden werden gedurende de verdere maanden van het jaar overgenomen door een aantal stafleden en één van de directeuren, later aangevuld met een voor twee halve dagen per week aangetrokken huisarts.

Per 1 december 1975 kon een huisarts als full-time medewerker worden aangetrokken om zich met de advisering te belasten; wij menen dat op deze wijze de mogelijke schade op het terrein van advisering tot een minimum beperkt is gebleven.

De adviesgroep

Halverwege het verslagjaar werd, zoals hiervóór vermeld, een "adviesgroep" geformeerd uit directie en staf.

Ingegeven door de behoefte aan onderling overleg tussen de leden van de groep en de noodzaak van een goede registratie werd voor de afhandeling van vragen een standaard-procedure ontworpen, onder andere tot uiting komend in het ontwerpen en hanteren van een standaard-intake-formulier. De inhoud van alle gesprekken wordt op schrift vastgelegd, en van uitgebreide oriënterende besprekingen wordt een verslag gemaakt dat aan de betrokkenen ter kennisneming wordt toegezonden. Een belangrijk onderdeel van de procedure voor afhandeling van adviezen bleek het moment en de wijze van inschakelen van de vaste externe adviseurs van de afdeling. Mede door het vastleggen en hanteren van een aantal afspraken in deze, maar ook door voortdurende discussie en meningsvorming over inhoud en richting van advisering werd de relatie met deze adviseurs verbeterd.

Dankzij deze structurerende activiteiten werd een kader gecreëerd waarin de afdeling, met name na het aantrekken van een nieuwe full-

time medewerker, weer voluit kon draaien. De groep heeft in de loop van 1975 haar bevindingen en meningen vastgelegd in een interne beleidsnota betreffende advisering.

Samenwerking huisarts-specialist

Zowel van de kant van huisartsen als van specialisten bereikten ons vragen over advies en/of daadwerkelijke hulp bij het bevorderen van de samenwerking tussen deze twee groepen.

Bij gebrek aan mankracht konden wij deze verzoeken niet honoreren, met uitzondering van de hieronder weergegeven activiteiten. Noodgedwongen zal ook hieraan in 1976 een einde moeten komen.

Eénmaal werd een lezing gehouden voor een groep huisartsen en specialisten. Een tweetal gesprekken werd gevoerd met de directie van een streekziekenhuis aangaande mogelijkheden van advisering en begeleiding van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten van dat ziekenhuis.

In één geval werd wél een adviesrelatie aangegaan, namelijk met het ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht. De vraagstelling luidde: hoe het contact te verbeteren tussen de specialisten van dit ziekenhuis en de op dit ziekenhuis betrokken huisartsen. Gedacht werd tevens aan concrete samenwerkingsprojecten, zoals een verloskundig centrum, nascholingsactiviteiten, etcetera.

Met medewerking van het N.H.I. en het Universitair Huisartsen Instituut van de Katholieke Universiteit te Nijmegen werden door de programma-commissie twee bijeenkomsten voorbereid van huisartsen en specialisten, met als doelstellingen:

- 1). het realiseren van een open uitwisseling van wensen en behoeften en het inventariseren van de verschillende meningen;
- 2). het bevorderen van informele contacten ;
- 3). in een tweede bijeenkomst realiseren van de gemaakte plannen.

Er werden "gemengde" gespreksgroepen gehouden onder leiding van ervaren gespreksleiders, afgesloten met een bijeenkomst in pleno, waarin de resultaten van de gespreksgroepen werden gepresenteerd. Op deze bijeenkomst in pleno werd besloten nogmaals bijeen te komen om de genoemde thema's nader uit te werken.

De opkomst was goed: ongeveer 35 huisartsen en een dertigtal specialisten. Om de plannen tot verdere samenwerking te effectueren zullen werkgroepen geformeerd worden rond de volgende thema's (het resultaat van de tweede bijeenkomst):

- 1). verloskundig centrum;
- 2). nascholing;
- 3). taakafbakening bij de begeleiding van de oncologie-patiënt;
- 4). begeleiding van de patiënt, zowel binnen als buiten het ziekenhuis.

Deze werkgroepen worden gecoördineerd door de voorbereidingscommissie, die in het najaar van 1976 een derde bijeenkomst zal beleggen, waar de resultaten uit de verschillende werkgroepen zullen worden besproken.

Het S1-project

Op 27 februari 1975 presenteerde het Samenwerkingsproject Eerste Lijn (S1) zich voor het eerst aan het veld. Dit gebeurde tijdens een kennismakingsbijeenkomst op Woudschoten, die door ongeveer 100 samenwerkende hulpverleners werd bezocht. Het S1-project is een gezamenlijk project van de landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening JOINT, het Nationaal Centrum voor Kruiswerk en het Nederlands Huisartsen Instituut.

Als doel heeft het project meegekregen het scheppen van condities voor een optimale samenwerking in de eerste lijn. De participanten willen dit verwezenlijken door bestaande of zich formerende teams (waarin in ieder geval vertegenwoordigd zijn de disciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en maatschappelijk werk) terzijde te staan middels informatie en advies, begeleiding en onderzoek. Tegelijkertijd kreeg het project de opdracht systematisch te bouwen aan een arsenaal aan kennis over en ervaring met deze gemeenschappelijke vorm van service-verlening, wat in de toekomst ook aan andere service-instellingen op stedelijk, regionaal of provinciaal niveau ten goede zou kunnen komen.

Voor het project is subsidie verkregen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en het Praeventiefonds.

Daarnaast hebben JOINT, N.C.v.K. en N.H.I. ieder een eigen stafmede-

werker ingezet voor het project.

Sinds begin 1975 voor het eerst bekendheid werd gegeven aan de plannen van S1, is er sprake geweest van een groeiend beroep vanuit het veld op de projectactiviteiten. De noodzaak daarop slagvaardig en adequaat te reageren stelde de projectleden nog dikwijls voor problemen; enerzijds omdat de projectgroep, waarin representanten van drie verschillende organisaties participeren, haar eigen samenwerkingsproblemen kent, anderzijds deskundigheid en ervaring geleidelijk moeten worden ontwikkeld.

In het eerste halfjaar van zijn bestaan werd op S1 ongeveer 40 maal een beroep gedaan vanuit het veld.

Het merendeel van de vragen betrof (juridische) vormgeving van samenwerkingsprojecten. In negen gevallen werd een beroep op S1 gedaan om enige vorm van begeleiding; in vier van deze gevallen - op basis van gesprekken met de te begeleiden groepen - besloten tot formuleren van een begeleidingsaanbod.

In het verslagjaar werd een begeleiderspool gevormd, bestaande uit 8 externe begeleiders, en drie begeleiders vanuit S1.

DE AFDELING WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK EN EXPERIMENTEN

In het vorige verslagjaar werd al medegedeeld dat het beleid van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en Experimenten in de loop van 1974 ingrijpend gewijzigd is. Besloten werd toen tot een concentratie van de activiteiten van de afdeling rond een vijftal thema's, deels voortkomend uit de landelijke registrerende en coördinerende functie van het Instituut (huisartsenregistratie, registratie lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn, continue morbiditeitsregistratie door middel van een landelijk net van peilstations) en deels voortkomend uit onze belangstelling voor onderzoek naar het functioneren van de huisarts (verwijzen, gebruik van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen, hulpverlening bij psychosociale problematiek). De oorspronkelijke bedoeling was elk van deze thema's te doen uitgroeien tot zelfstandig bemande projecten, maar de eind 1975 aangekondigde extra bezuinigingen maakten een verdere uitbouw van de afdeling langs de weg van de normale begroting onmogelijk.

Daarom is besloten niet alle thema's tot zelfstandige projecten te laten worden en wel op de volgende wijze. Ten eerste zijn de thema's verwijzen en hulpmiddelen nu gecombineerd. Bestudeerd zal worden welke factoren een verschuiving van "verwijzen" naar "zelf doen" (een in alle structuur- en ander toekomstnota's wenselijk geachte verandering) meer of minder sterk beïnvloeden. Te denken valt hierbij aan evaluatie van nieuwe vormen van diagnostiek voor de huisarts.

Ten tweede is het onderwerp "voorschrijfgedrag" tamelijk ingeperkt; het voorschrijven van de huisarts zal alleen bestudeerd worden in het raam van het thema "psycho-sociale hulpverlening in de huisartspraktijk". Gezien de ontwikkelingen binnen de projectgroep die zich met dit thema bezighoudt, zal "voorschrijfgedrag" voorlopig echter niet in concreet onderzoek kunnen worden omgezet.

Het project "Het oordeel van patiënten over hun huisarts" kon door overbelasting van de afdeling in 1975 niet worden afgerond. De kansen dat in deze situatie in 1976 verandering komt lijken niet gunstig.

In de loop van 1975 kwamen enkele kortlopende projecten gereed: "Enkele aspecten van samenwerking in de eerste lijn in Limburg" (een onderzoek

naar samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen, gepubliceerd als intern rapport) en "Het functioneren van de doktersassistenten in groepspraktijken en gezondheidscentra".

De werkzaamheden die in het verslagjaar aan de verschillende projecten werden verricht worden hieronder beschreven.

Groep I: Projecten voortkomende uit de landelijke functie van het N.H.I.

Project I: Continue morbiditeitsregistratie d.m.v. de peilstations.

Het project continue morbiditeitsregistratie, een gezamenlijk project van het Nederlands Huisartsen Instituut, de Geneeskundige Hoofdinspectie en het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ging zijn zesde jaar in. Het aantal deelnemende artsen bleef vrijwel constant (een uitbreiding met één tot 59).

In 1975 vond wederom een praktijktelling plaats.

In het verslagjaar werden de volgende gegevens geregistreerd:

Vijfdaagse rapportering:

- nieuwe gevallen van influenza (-achtig) ziektebeeld; gevaccineerd/niet-gevaccineerd
- nieuwe gevallen van mazelen
- advies geboorteregeling (uitsluitend primaire consulten)

Weekrapportering:

- sterilisatie van de man verricht
- sterilisatie van de vrouw verricht
- morning-after pil voorgeschreven
- verzoek om abortus
- abortus provocatus
- alcoholisme
- ulcus ventriculi/duodeni
- schedeltrauma in verkeer
- afgegeven verklaring voor andere woning

Per 1 januari 1976 is een wettelijke meldingsplicht voor mazelen ingevoerd, waarmee een controle op een mogelijke "underreporting" mogelijk is geworden.

Een aantal globale resultaten zijn:

- 1). In het aantal consulten inzake ovulatieremmers trad een daling op van (geëxtrapoleerd op de totale Nederlandse bevolking) 29400 naar 22900.
- 2). Het aantal verzoeken om abortus daalde eveneens, zij het minder (van 28 per 10.000 Nederlanders in 1974 tot 26 in 1975). Op het platteland was echter een stijging waar te nemen van 32 tot 40.
- 3). Hetzelfde patroon is waar te nemen bij het aantal gevallen van abortus provocatus: totaal een daling van 22 naar 17 per 10.000 inwoners; op het platteland een stijging van 19 naar 24.
- 4). De sterilisatie van de man is gelijk gebleven (46 per 10.000), maar ook hier een stijging op het platteland, tegenover een forse daling in de verstedelijkte gebieden.
- 5). Het aantal verrichte sterilisaties van de vrouw is toegenomen (van 35 tot 46), met binnen de verschillende urbanisatiecategorien het boven beschreven patroon. Waarschijnlijk is hier sprake van het "inhalen" van een "achterstand".

Wat betreft het aantal gemelde gevallen van alcoholisme dient opgemerkt te worden dat onder deze noemer alleen gevallen gemeld worden waarin de patiënt of diens omgeving het alcohol-probleem naar voren brengt; als er alleen volgens de huisarts sprake is van een dergelijk probleem, wordt er niet gerapporteerd. Hierdoor zijn de gevonden cijfers niet zonder meer vergelijkbaar met overige gegevens over het voorkomen van alcoholisme.

Tenslotte zij nog vermeld dat het Ministerie van VOMIL met ingang van het verslagjaar het project volledig subsidiëert.

Voor een gedetailleerd overzicht van de gevonden cijfers wordt verwezen naar het Jaarverslag over 1975 van het project.

Project 2: De Huisartsenregistratie

Aan het project huisartsenregistratie is in 1975 bijzonder veel ener-

gie besteed. Een "uitdraai" van de verzamelde gegevens kwam nog niet tot stand, maar is begin 1976 te verwachten.

De eerste helft van het jaar werd besteed aan het verwerken van de antwoorden op het vragenlijstje, dat eind september 1974 aan alle in het systeem geregistreerde huisartsen was verstuurd. Van de ongeveer 4500 geënquêteerden bleef na twee herhaalde verzoeken een 250-tal huisartsen over die telefonisch zijn benaderd om alsnog de gevraagde informatie te verstrekken.

Uiteindelijk hebben ongeveer 30 artsen geweigerd de vragen te beantwoorden. Het bestand van het N.H.I. is in de loop van 1975 vergeleken met de bestanden van het Landelijk Informatie Systeem der Ziekenfondsen en met het huisartsenbestand van de Geneeskundige Hoofdinspectie.

Behalve enkele feilen in ons eigen systeem (zo waren er ten onrechte wel eens huisartsen afgevoerd als zij voor het lidmaatschap van de Landelijke Huisartsen Vereniging bedankten) stuitte wij bij deze vergelijking op een wat algemener probleem, namelijk "wanneer noem je een arts een huisarts?"

Het registratiesysteem van de Ziekenfondsen bijvoorbeeld is gebaseerd op het honoreringsprincipe: elke arts die patiënten op zijn naam heeft staan is voor hen een huisarts. Dit betekent dat assistent-artsen die in loondienst werkzaam zijn (waaronder ook veel huisarts-echtgenotes) niet zijn opgenomen, maar dat anderzijds artsen werkzaam in inrichtingen en tehuizen wél als huisarts staan genoteerd.

De registratie van de Hoofdinspectie heeft wél een duidelijke controle aan het begin van de registratie (de visering van de artsenbul door de Geneeskundig Inspecteur), maar daarentegen is er geen meldingsplicht voor hen die de huisartspraktijk beëindigen.

Bovendien zijn ook huisartsen met allen particuliere patiënten of met alternatieve geneeswijzen via het bestand van de Hoofdinspectie opgenomen.

De aantallen gevonden huisartsen kunnen op deze manier behoorlijk uiteenlopen, afhankelijk van de gehanteerde criteria. Om verdere misverstanden te vermijden is besloten al deze verschillende soorten huisartsen in ons systeem op te nemen, hopen de dat hiermede verschillen in aantallen op hun juiste waarde kunnen worden getaxeerd.

Ook is energie besteed aan het herschrijven van de computerprogramma's behorende bij het registratiesysteem; een verbinding is tot stand gebracht met enkele bestaande wetenschappelijke programmapakketten, zodat in de loop van 1976 de analyse van de gegevens in het bestand ter hand genomen kan worden.

Project 3: Registratie lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijns gezondheidszorg

In het verslag over 1974 werd aangekondigd dat, wegens gebrek aan administratieve ondersteuning van dit project, gekozen was voor een registratie per computer en afgezien werd van een jaarlijkse rapportage in rapportvorm. Op deze wijze was het mogelijk belangstellenden op afroep te voorzien van de informatie waarvoor zij belangstelling hadden. Deze verandering in de opzet van het project heeft vele negatieve reacties bij de betrokkenen opgeroepen: men bleek grote waarde te hechten aan een jaarlijkse, volledige rapportage van het lopende onderzoek. Op zichzelf waren deze afwijkende reacties een positief teken: onze rapportage bleek in een grotere behoefte te voorzien dan wij op het oog hadden geschat!

Om deze service aan onderzoekers, onderzoekers in spé en aan instanties die het onderzoeksbeleid moeten bepalen te kunnen voortzetten op de oorspronkelijke manier, werd bij het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een verzoek om subsidie ingediend. Op dit verzoek werd positief gereageerd, waardoor wij in staat waren een part-time medewerkster voor dit project aan te trekken.

Bij de registratie werd gebruik gemaakt van de reeds aanwezige gegevens en van het opgezette net van contactpersonen.

Alle geregistreeerde onderzoeken werden verwerkt in drie verschillende kaartsystemen: één systeem op onderzoeker, één systeem op onderwerp en één systeem op instelling; op dit laatste systeem werd de voortgang van het onderzoek bijgehouden.

In 1975 is een nieuw jaarrapport verschenen.

Ter verhoging van overzichtelijkheid en duidelijkheid is de opzet van deze jaarlijkse rapportage anders dan in de voorgaande jaren. Het

rapport geeft alle lopende onderzoeken in chronologische volgorde, gevolgd door een alfabetische lijst van instellingen en zelfstandige onderzoekers met een verwijzing naar de betreffende onderzoeken. Achterin het rapport treft men een uitgebreide lijst van trefwoorden aan.

In het verslagjaar werden 100 nieuwe onderzoeken geregistreerd, wat een toename van 36% betekent ten opzichte van 1974.

Het laat zich uiteraard niet ondubbelzinnig vaststellen of dit betekent dat er in 1975 een stijging in de belangstelling voor onderzoek in de eerste lijn heeft plaatsgehad, of dat er ten gevolge van een betere aanpak van de registratie, een groter gedeelte van de onderzoeken is opgespoord.

Het totale aantal lopende onderzoeken in 1975 bedroeg 168, waarbij wel aangetekend dient te worden dat op het moment van uitgave van het rapport niet exact was na te gaan of alle onderzoeken inderdaad nog voortgezet werden. Een globale inspectie van de onderwerpen van de geregistreeerde studies leert dat de belangstelling van de onderzoekers meer uitgaat naar vóórkomen en beloop van somatische aandoeningen dan naar meer kennis van psycho-sociale klachten. Het vraagstuk van de preventie komt nauwelijks aan de orde.

Groep II: Projecten rond de evaluatie van het functioneren van de huisarts.

Project 4: Verwijzen

De activiteiten rond het project "Verwijzen" hebben zich in het verslagjaar afgespeeld op twee terreinen: het opnieuw analyseren van het in 1968 door dr. J.C.M. Raupp onder Limburgse solo-artsen verzamelde materiaal enerzijds en anderzijds het verrichten van nader onderzoek in de regio Nijmegen.

De in deze regio door het ziekenfonds BAZ geregistreeerde verwijscijfers zijn voor verder onderzoek geschikt gemaakt, onder andere door ze aan te vullen met enquêtemateriaal, verzameld onder de daar geves-

tigde huisartsen.

Uit Raupp's materiaal ("Over werkwijzen van huisartsen", dissertatie Nijmegen 1970) kan men ten aanzien van de verwijscijfers twee belangrijke conclusies trekken: ten eerste dat de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis de verwijscijfers sterk beïnvloedt en ten tweede dat de verwijscijfers onderling dermate hoog samenhangen, dat aangenomen kan worden dat "verwijzen" als één begrip te beschouwen valt.

Deze laatste conclusie blijkt echter bij nader toezien enigszins lichtvaardig: er is immers een onbetwifelbare ("echte") en hoge samenhang tussen de afstand tot het ziekenhuis enerzijds en (vrijwel) alle verwijscijfers voor basisspecialismen anderzijds.

Geen wonder dat door deze hoge samenhang de verwijscijfers ook onderling sterk samenhangen. Schakelt men echter de invloed van de factor "afstand tot ziekenhuis" uit, dan wordt de onderlinge samenhang tussen de verwijscijfers minder sterk: verwijzingen naar oogheelkunde, gynaecologie en verloskunde en neurologie-psychiatrie staan meer op zichzelf.

Vervolgens is - met een tamelijk grove benadering - gekeken naar de invloed van de verschillende groepen gegevens op de hoogte van de verwijscijfers. De betreffende groepen bestaan uit: 1). structurele kenmerken van de huisartspraktijk (leeftijdsverdeling van de patiënten, vestigingsnorm van de arts. etcetera); 2). gegevens betreffende de praktijkvoering van de huisarts, vooral met betrekking tot het hanteren van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen en 3). de houding van de arts ten opzichte van het huisartsenberoep.

Het zal niemand verwonderen dat vooral de verwijscijfers naar gynaecologie-verloskunde, kindergeneeskunde en KNO beïnvloed worden door de samenstelling (vooral wat betreft leeftijd) van de praktijk. Hoe meer oudere patiënten men heeft, hoe lager de verwijscijfers voor deze specialismen zijn.

Het gebruik van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen heeft eveneens invloed op de verwijscijfers, zij het dat de richting van het verband tussen verwijscijfers en gebruik van diagnostische hulpmiddelen tegengesteld is aan de richting van het verband tussen dit cijfer en het hanteren van therapeutische hulpmiddelen. Men zou ver-

wachten dat veel "zelf doen" gepaard gaat met een laag verwijscijfer, maar dit is niet zonder meer waar: veel zelf doen op diagnostisch gebied en weinig zelf doen op therapeutisch gebied resulteert zelfs in zeer hoge verwijscijfers. Van huisartsen met, wat betreft het gebruik van hulpmiddelen, naar verhouding veel diagnostische én therapeutische activiteit zijn de verwijscijfers daarentegen het laagst.

Deze resultaten vormen een aanmerkelijke nuancering van de gedachte dat het "zelf doen" van de huisarts zijn verwijscijfer drukt. Méér gebruik van diagnostische hulpmiddelen leidt tot méér vondsten en méér onzekerheid bij de arts; als daar niet de nodige activiteiten op therapeutisch gebied tegenover staan is het verwijscijfer extreem hoog!

Tot zover een nadere analyse van het Limburgse materiaal.

Het project is zoals gezegd verder voortgezet met een analyse van gegevens die het ziekenfonds BAZ te Nijmegen heeft geregistreerd betreffende eerste verwijzingen, herhalingsverwijzingen en ziekenhuisopnamen over 1973, 1974 en 1975. Dankzij een vruchtbare samenwerking met het Instituut voor Sociaal-medische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit te Groningen kon dit computertijd en programmatuur verslindende materiaal gereed worden gemaakt voor onderzoek. Voor aanvulling van deze gegevens is gezorgd door in de regio Nijmegen een enquête te houden onder de daar gevestigde huisartsen naar praktijkvorm en hulpmiddelengebruik over de betreffende jaren.

De analyse van dit materiaal zal in 1976 geschieden waarna eindrapportage van de beide onderzoeken zal volgen.

Project 5: Evaluatie hulpmiddelengebruik (Project Cardiofonie)

In de loop van 1975 kwam het derde interimverslag van het cardiofonieproject gereed, waarin het resultaat van de analyse van een deel van het materiaal is weergegeven.

De onderzoeksopzet was als volgt:

Bij een groep huisartsen die hun ECG's telefonisch ter beoordeling doorstuurden naar het Academisch Ziekenhuis Utrecht werd na drie en na twaalf maanden gekeken hoe de toestand van de patiënten was. De

aldus verzamelde gegevens werden vergeleken met die van een groep huisartsen die zélf hun ECG's beoordeelden en deze achteraf nog eens opstuurden naar het Academisch Ziekenhuis. Tenslotte is er een tweede contrôlegroep samengesteld, bestaande uit huisartsen zonder ECG-apparaat. De analyse in het derde interimverslag heeft betrekking op de gegevens van de eerstgenoemde groep en wel op de toestand na drie maanden follow-up. De follow-up na één jaar en een vergelijking met de twee contrôle groepen komen in een volgend rapport aan de orde.

Enkele resultaten

In totaal zijn en één jaar door 23 huisartsen 1599 ECG's gemaakt van 1389 patiënten. Gemiddeld is dit 69 ECG's per arts, met een minimum van 27 en een maximum van 195. Per 1000 patiënten worden per jaar ongeveer 19 ECG's vervaardigd. 80% van de ECG's werd per telefoon doorgeseind, 20% per post.

De meest vóórkomende indicatiestellingen zijn "ter geruststelling" (40%) en "a-typische pijn" (39%). "Pijn, typisch voor angina pectoris" werd in 11% van de gevallen als indicatie genoemd, "verdenking infarct" in 8%. De indicatiestellingen kunnen ook in combinatie voorkomen: zo vallen in 20% van de gevallen "a-typische pijn" en "geruststelling" samen.

Een aantal globale resultaten zijn: 60% van de ECG-uitslagen is normaal; in 65% van de gevallen wordt de uitslag van het ECG gevolgd door een "passief" beleid van de huisarts (niets doen, sederen); 65% van de patiënten heeft de huisarts niet meer geconsulteerd (na drie maanden); bij een even groot percentage is na drie maanden geen lichamelijke afwijking geconstateerd.

Een groot deel van de gemaakte ECG's valt in de categorieën indicatie: ter geruststelling, uitslag ECG: normaal, beleid: passief, na drie maanden de huisarts niet meer geraadpleegd, lichamelijke afwijkingen: geen. De voor het onderzoek interessante gegevens bevinden zich uiteraard in de andere categorieën. Over de toestand na drie maanden valt nog op te merken dat de uitslag van het ECG een sterkere invloed heeft op het al of niet terugzien van de patiënt dan de indicatiestelling. De enige indicatie waarvoor dit niet geldt is de groep

duidelijke verdenkingen. Komt de patiënt wél terug, dan blijkt noch de uitslag van het ECG, noch de indicatiestelling samen te hangen met het verminderen van de klachten.

Het derde interimrapport bevestigde nog eens wat ook al in het tweede rapport aan het licht kwam: de huisarts laat zich bij zijn beleid ten aanzien van de patiënt eerder leiden door de uitslag van het ECG dan door zijn indicatiestelling.

De vraag is natuurlijk: zijn er na drie maanden al consequenties van het beleid van de arts zichtbaar; wat is er gebeurd met de patiënten die een normaal ECG hadden, hoewel de indicatie van de huisarts in de richting van de patiënten voor wie een cardiogram is vervaardigd ter geruststelling, maar die met een afwijkende uitslag werden geconfronteerd?

Nu kan men de vraag "Wat is er gebeurd?" niet al te precies opvatten. Het meest concrete wat we weten van de toestand van de patiënten na drie maanden is de door huisarts of specialist gestelde diagnose. Deze diagnoses zijn voor nadere analyse verdeeld in twee groepen: cardiologische afwijkingen enerzijds en overige diagnoses (inclusief "geen afwijkingen") anderzijds. Voor de 1123 mensen, die niet aan de huisarts bekend waren als hartpatiënt, maar blijkbaar wel in aanmerking kwamen voor het laten vervaardigen van een ECG, gelden de volgende cijfers:

Bij 19% van deze patiënten werd een cardiologische diagnose gesteld. Dit percentage varieert van 2,7% in de groep met als kenmerken indicatie: geruststelling, uitslag ECG: normaal, beleid huisarts: passief, leeftijd patiënt: jonger dan 65, tot 85,7% in de veel kleinere groep (n=35) met indicatie: verdenking, uitslag ECG: abnormaal, leeftijd boven de 65 en actief ingrijpen van de huisarts.

Nog enkele bijzonderheden:

- 1) Het percentage patiënten met hartlijden in de groep met indicatiestelling: geruststelling en uitslag ECG: abnormaal is 59% (n=84) tegen 12% (n=202) in de groep waarbij van een zekere verdenking van de kant van de huisarts kan worden gesproken. Deze cijfers

Passen geheel in het reeds geschetste beeld: de uitslag van het ECG heeft niet alleen grote invloed op het beleid van de huisarts, maar hangt ook hoog samen met de lichamelijke toestand van de patiënt, drie maanden na het vervaardigen van het ECG.

2) Onder het bovengenoemde begrip "verdenking" valt een nogal heterogene groep indicatiestellingen. Er zijn enkele verdenkingen (pijn, typisch voor angina pectoris, verdenking van infarct), waarbij het in het algemeen niet als geoorloofd wordt beschouwd al te zeer te vertrouwen op een normaal ECG. Bij de analyse bleek dat bij deze verdenkingen de invloed van de uitslag van het ECG inderdaad minder sterk is, maar wel aanwezig.

In het vijfde hoofdstuk van het rapport worden dezelfde analyses per huisartspraktijk uitgevoerd, aangezien niet zonder meer mag worden verondersteld dat de voor de gehele groep gevonden verbanden ook gelden voor iedere huisarts afzonderlijk .

Uit deze analyse bleek dat de gevonden correlaties per huisarts een flinke spreiding vertoonden; de totale samenhangen dienen derhalve als gemiddelden te worden beschouwd voor de hele groep. Het totale patroon blijft overigens wel redelijk herkenbaar bij analyse op het niveau van de afzonderlijke huisartsenpraktijk. Bij gebrek aan nadere gegevens over de praktijken kunnen geen uitspraken gedaan worden over de factoren die de gevonden onderlinge verschillen kunnen verklaren. Het derde interimrapport eindigt met enkele methodologische beschouwingen over onderzoek naar het effect van diagnostische hulpmiddelen in de huisartsenpraktijk.

De analyse wordt in 1976 voortgezet.

Project 6: Psycho-sociale hulpverlening in de huisartspraktijk

In 1974 is de start gemeld van het project "Psycho-sociale hulpverlening in de huisartspraktijk" (PSH), een onderzoek dat wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met het Instituut voor Clinische en Industriële Psychologie van de Rijksuniversiteit te Utrecht. De doelstelling van dit project is het beschrijven van de processen die lei-

den tot het diagnosticeren van een klacht als "psycho-sociaal" of "niet-organisch" en van de factoren die van invloed zijn op de behandeling van als zodanig gediagnosticeerde klachten.

Het project is van start gegaan (in 1974) met een observatiefase, waarin video-opnamen van spreekurgesprekken werden geobserveerd en tevens bij een aantal huisartsen life-observaties in de spreekkamer werden verricht. Hieruit kwam een aantal thema's naar voren die nader uitwerking behoeften, te weten:

- a) het gespreksgedrag van de huisarts
- b) de continuïteit van de arts-patiënt relatie
- c) de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het consult.

Deze thema's zijn in het verslagjaar onderwerp geworden van een drietal exploratieve onderzoekjes die naast elkaar zijn uitgevoerd.

- a) Het gespreksgedrag van de huisarts (dit onderzoek maakte deel uit van het gecombineerde trainings-onderzoeksproject in samenwerking met de Afdeling Nascholing en Training; men zij derhalve eveneens verwezen naar het verslag van deze afdeling).

Voor een analyse van het gespreksgedrag van de arts zijn in het voorjaar van 1975 bij een tiental huisartsen video-opnamen gemaakt tijdens het spreekuur. Min of meer als tegenprestatie hiervoor kregen deze artsen gedurende de zomermaanden een experimentele training in gespreksvoering aangeboden, op basis van deze opnamen. De opnamen werden geanalyseerd aan de hand van een aantal observatiecategorien die hun oorsprong deels ontleenden aan de resultaten van de eerste observatiefase, deels aan literatuurstudie en deels aan informatie van de gesprekstrainers over gedragselementen waaraan in de training speciale aandacht zou worden besteed.

Trainers en onderzoekers hebben tesamen in het najaar van 1975 aan de artsen (in groepjes van twee) persoonlijke feedback gegeven op grond van de eerste analyseresultaten, die voor deze gelegenheid per arts in een protocol waren vastgelegd. Daarnaast hebben de trainers een schriftelijk verslag geproduceerd van hun ervaringen tijdens de ex-

perimentele training. Gezien het persoonlijke karakter van het materiaal draagt dit een vertrouwelijk karakter. De verwachting is dat begin 1976 de eerste resultaten gebundeld en gepubliceerd kunnen worden.

b) De continuïteit van de arts-patiënt relatie.

Twee doctoraalstudenten van het I.C.I.P. hebben zich onderzoeksmatig bezig gehouden met het effect van het continu karakter van de arts-patiënt relatie op de psycho-sociale hulpverlening door de huisarts. De centrale probleemstelling luidde: Heeft het feit dat een arts een patiënt beter dan wel slechter kent invloed op zijn diagnosticering en verdere gespreksgedrag?

Dit bleek inderdaad zo te zijn voor één van de maten die de factor "bekendheid met de patiënt" moest meten: als men de arts vroeg alles te vertellen wat hij van een bepaalde patiënt wist en deze informatie vervolgens indeelde in een aantal van te voren vastgestelde gebieden, bleek een samenhang tussen het noemen van veel afzonderlijke gebieden en het stellen van de diagnose "psycho-sociaal". Als men de arts zelf op een schaal liet invullen in welke mate hij bekend was met de patiënt, werd deze samenhang echter niet gevonden. Blijkbaar geven de "psycho-sociale casussen" de arts wel aanleiding om meer te vertellen over de betrokken patiënt, maar geven ze hem niet het gevoel ook beter bekend te zijn met hem of haar. Voorts hingen beide gebruikte bekendheidsmaten samen met het gespreksgedrag van de arts: artsen die over het algemeen aandachtig zijn, bleken tegelijkertijd veel passief gedrag te vertonen én beter bekend te zijn met de patiënt.

In de conclusie wordt onder andere naar voren gebracht dat de factor "bekendheid" (d.w.z. "informatie hebben over") een te nauwe inperking is van het begrip "continuïteit van de arts-patiënt relatie". Om meer greep te krijgen op dit begrip zou ook onderzoek gedaan moeten worden naar factoren als stereotypering, etikettering en dergelijke. Ook de verwachtingen van de arts ten aanzien van de specifieke patiënt of het specifieke consult verdienen in dit kader nader onderzoek.

c) De verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het consult.

Als exclusief I.C.I.P.-onderzoek is in het kader van het PSH-project een exploratief onderzoek verricht naar de invloed van de verwachtingen van de patiënt op het verloop van het consult. Hiertoe werd aan een aantal patiënten voorafgaand aan het consult een vragenlijst voorgelegd, waarin de verwachtingen ten aanzien van het consult werden vastgelegd. Gevraagd werd onder andere of men een actief of passief gedrag van de arts verwachtte en of zijn optreden naar verwachting meer in de somatische of meer in de psycho-sociale richting zou gaan. Na afloop van het consult kregen de patiënten een vragenlijst met corresponderende vragen naar de ervaringen tijdens het consult ter invulling. De consulten werden op een geluidsband vastgelegd. De resultaten van het onderzoek worden begin 1976 verwacht.

Literatuuronderzoek huisarts-patiënt.

Naast deze drie exploratieve onderzoekjes is in 1975 in het kader van het PSH-project een literatuuronderzoek verricht door twee doctoraalstudenten psychologie. Het doel van deze studie was een overzicht en een kritische evaluatie te geven van onderzoekingen die gedaan zijn op het gebied van de arts-patiënt relatie.

Na een inleiding waarin uitvoerig wordt beschreven vanuit perspectieven de arts-patiënt relatie zoals benaderd kan worden, worden 15 onderzoeken beschreven en kritisch bekeken.

Tenslotte werden de onderzoeken naar thema gerangschikt en qua resultaat met elkaar vergeleken. Dit literatuuronderzoek is onder de titel "Huisarts en Patiënt" bij het N.H.I. verkrijgbaar.

Samenwerking huisarts-psycholoog.

Een laatste activiteit die in het kader van het PSH-project in 1975 heeft plaats gevonden is de voorbereiding van twee projecten waarvoor in december van het verslagjaar een aparte subsidie bij het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd aangevraagd. Beide projecten

hebben als onderwerp de samenwerking tussen huisartsen en psychologen. De projecten verschillen van elkaar in omvang en diepgang. Het ene project behelst een drie jaar durende evaluatie van het effect van de inschakeling van een psycholoog in de eerste lijn van de gezondheidszorg (het door VOMIL gesubsidieerd project SPEECH te Capelle aan de IJssel). Het tweede project duurt slechts één jaar en betreft een inventarisatie en doorlichting van alle samenwerkingsvormen tussen huisartsen en psychologen en is daardoor wat globaler van karakter. Wij hopen dat deze combinatie van projecten meer inzicht zal geven in het nut en de wenselijkheid van de psycholoog in de eerste lijn van de gezondheidszorg.

Groep III: Projecten vallend buiten de gewone thema's, in 1975 afgesloten.

Project 7: Het functioneren van de doktersassistente in groepspraktijken en gezondheidscentra.

Dit onderzoek werd in 1975 afgerond; begin 1976 volgt publicatie van de resultaten in twee versies: één in brochurevorm, met een globale beschrijving van het onderzoek en de belangrijkste resultaten en één uitgebreid rapport waarin op onderzoek en onderzoekstechnische problemen wat dieper wordt ingegaan. Door middel van postenquête werden gegevens ontvangen van 131 assistentes, uit 36 gezondheidscentra en 20 groepspraktijken. Ongeveer de helft van de assistentes bleek voorafgaand aan hun huidige baan gewerkt te hebben in een solo-praktijk; van deze groep beoordeelde ongeveer de helft de overgang naar groepspraktijk of gezondheidscentrum negatief. De oorzaken hiervan zijn voornamelijk gelegen in het feit dat het werk in de nieuwe baan moeilijker en fysiek inspannender wordt gevonden. Een positief oordeel over de overgang betekende dat men het nieuwe werk afwisselender, uitdagender en interessanter vond.

De problemen waarmee de overgang van solopraktijk naar een groter samenwerkingsverband gepaard bleken te gaan, waren onder andere een

moeizaam verlopende communicatie, een niet geheel duidelijke positie van de assistentes met betrekking tot de door hen uitgeoefende invloed in het team, de delegatie en hun aanwezigheid bij teambesprekingen, de taakverdeling tussen de assistentes onderling en een veranderde relatie met de patiënten ten gevolge van het toegenomen aantal hiervan. Verder bleek het aantal assistentes niet altijd goed afgestemd op de grootte van de organisatie; met name in de grotere centra leek nogal eens sprake te zijn van onderbemanning (strikt genomen dus onderbevrouwing), doordat niet tijdig gerealiseerd werd dat bij toename van het aantal activiteiten van een organisatie het aantal hulpkrachten doorgaans meer dan evenredig dient toe te nemen.

Ook bleek in de grotere centra de coherentie in de groep assistentes vrij zwak, wat de communicatie niet ten goede komt. De communicatie tussen de assistentes en andere teamleden zou bevorderd kunnen worden door eerstgenoemden wat meer invloed te geven, iets wat zij blijkens dit onderzoek zelf ook wensen. Een centrale hypothese in het onderzoek had betrekking op de relatie tussen de organisatiedruk enerzijds en de oriëntatie van de assistentes op de organisatie versus oriëntatie op de cliënten anderzijds. De nogal verassende uitkomst was, dat een hoge organisatiedruk (grote patiëntenstroom in verhouding tot het aantal assistentes) samenhangt met een oriëntatie van de assistentes op de cliënten en niet, zoals verwacht op de organisatie. Met andere woorden: hoe meer patiënten een assistente op een dag te "verwerken" krijgt, hoe groter de kans dat zij, in gevallen waarin de belangen van de patiënten strijdig zijn met die van de organisatie, de belangen van de patiënten prioriteit zal verlenen. Dit resultaat kan voorshands niet bevredigend verklaard worden.

Het rapport eindigt met enkele aanbevelingen met betrekking tot het functioneren van de assistentes, waarbij zowel aandacht wordt besteed aan de opleiding (die meer gericht zou moeten zijn op het aanleren van relationele en communicatieve vaardigheden), als aan de organisatie van groepspraktijken en gezondheidscentra. Hierbij wordt overigens onderkend dat de problematiek van de spanning tussen aan de ene kant voldoende aandacht geven aan het soepel functioneren van de organisatie en aan de andere kant de belangen van de patiënten niet

schaden, van structurele aard is en inherent aan de positie die de assistente nu eenmaal heeft: zij moet ervoor zorgen dat de patiënten zonder problemen het "systeem" binnenkomen, maar zij moet tegelijkertijd een bufferfunctie vervullen tussen de organisatie en patiëntenstroom, om verstoring van de gang van zaken te voorkomen.

Project 8: Enkele aspecten van samenwerking in de eerste lijn in Limburg.

Het in opdracht van de Stichting Medisch Regionaal Centrum Zuid-Limburg verrichte onderzoek naar enkele aspecten van samenwerking in de eerste lijn werd in 1975 voltooid en aangeboden aan de betrokkenen. Jonge artsen, zo bleek uit het onderzoek, werken aanmerkelijk meer samen (zowel intra- als interdisciplinair) dan hun oudere collegae. Het gestructureerde overleg (regelmatig en op vaste tijden) komt nog weinig voor. 32% van de huisartsen overlegt op vaste tijden met collegae, waar tegenover staat dat een even groot percentage geen enkele vorm van overleg kent. Als groot obstakel bij het tot stand komen van vast overleg tussen huisarts en wijkverpleegkundige wordt de wijkgebondenheid van de laatste genoemd.

Samenwerking met het maatschappelijk werk zou volgens de artsen verbeterd kunnen worden door een minder frequente wisseling van medewerkers en door een gelijkmatiger niveau.

Het rapport toont aan dat het voor een vruchtbare samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige noodzakelijk is dat de huisarts een duidelijker beeld van de taak en de deskundigheid van de wijkverpleegster heeft dan thans het geval is.

Project 9: Enkele gereedgekomen literatuuronderzoeken.

Nurse-practitioner: over het delegeren van taken in de huisartspraktijk.

Het rapport begint met een nadere begripsbepaling van "delegeren" en gaat vervolgens over tot behandeling van een aantal thema's, aan de hand van verricht onderzoek. Aan de orde komen de gedelegeerde, wat

wordt er gedelegeerd, hoe vindt de delegatie organisatorisch plaats, de kwaliteit van de uitvoering van de gedelegeerde taken, tijdsbesparing ten gevolge van de delegatie en "client acceptance". Het blijkt dat de resultaten van de (voornamelijk Angelsaksische) onderzoeken niet altijd eenduidig te interpreteren zijn. Zo is de kwaliteit van de uitvoering van de gedelegeerde taken moeilijk meetbaar en doorgaans ook niet geldig vastgesteld. Ook tijdsbesparing is een relatief begrip: het kan geheel verschillende zaken betreffen zoals enerzijds "belangrijke taken krijgen meer aandacht" en anderzijds "meer patiënten worden geholpen". De in de verschillende studies gevonden mate van acceptatie van de zijde van de cliënten is zeer hoog; niettemin zet de literatuuronderzoeker ook hier een vraagteken bij de geldigheid van de meting. Toch lijkt een conclusie te mogen zijn dat er in de huisartspraktijk voor de functie van praktijkzuster ruimte is aan wie uitgebreidere taken dan traditioneel kunnen worden gedelegeerd. Tevens werd een literatuuronderzoek voltooid betreffende de groepsgewijze behandeling van patiënten: als vervolg op de in het vorige verslagjaar vermelde studie werd thans een inventarisatie gemaakt van alle bekende projecten waar gewerkt wordt aan groepsgewijze behandeling.

Het literatuuronderzoek "Huisarts en patiënt" is reeds bij het project Psycho-sociale hulpverlening ter sprake gekomen.

Groep IV: Congressen, cursussen en overige activiteiten.

Cursus Methodologie.

De in december 1973 gestarte proefcursus Methodologie werd in het voorjaar van 1975 beëindigd. De ervaringen met deze proefneming waren gunstig genoeg om te besluiten met een dergelijke cursus door te gaan. Gebleken is dat de leergang aan kwaliteit zou winnen door een wat strakkere opbouw, terwijl tevens meer aandacht besteed diende te worden aan de zelfwerkzaamheid van de deelnemers middels het maken van

practische opgaven en het thuis beantwoorden van schriftelijke vragen. Voor het verkrijgen van een min of meer volledig overzicht van de methodologische en technische problemen van onderzoek, bleek een aantal van 30 bijeenkomsten het minimaal noodzakelijke; aangezien een frequentie van meer dan twee maal per maand niet haalbaar is, werd besloten eens in de twee jaar (in het najaar) te starten met een cursus van anderhalf jaar. Tevens leek het uit didactisch oogpunt wenselijk de deelnemers gedurende het laatste deel van de cursus zelf een klein onderzoekje te laten doen.

De inhoud van de cursus is in drie qua stof ongeveer even grote delen te verdelen: 1) de structuur van een wetenschappelijke theorie; 2) de data-matrix (eenheden, variabelen, meten, steekproeven); 3) methoden van materiaalverzameling en principes van analyse. Op 15 oktober 1975 werd de eerste bijeenkomst van de cursus gehouden; het aantal deelnemers bedraagt 14, allen practizerend huisarts. Tot op heden verloopt de cursus volgens plan.

Door de medewerkers van de afdeling werden in 1975 de volgende congressen bezocht:

Congres van de Societas Internationalis Medicinae Generalis (SIMG)
te Igls.

General Spring Meeting te Dundee.

Door de directeur, belast met de afdeling, werd een korte studiereis
naar Engeland ondernomen.

Op de N.H.G.-referatendag werden door verschillende medewerkers voor-
drachten gehouden.

Commissies, waarin werd geparticipeerd:

Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G.

Commissie Medische Psychologie van het N.H.G.

Commissie Huisartsgeneeskunde

Landelijke Contactcommissie huisarts-psycholoog

"Sociale Indicatoren Club"

Commissie Coördinatie Wetenschappelijk Onderzoek in de eerste lijn

Commissie Experiment Diagnostisch Centrum

Begeleidingscommissie Project Anticonceptiegedrag

Werkgroep Registratieproblematiek in de eerste lijn

Commissie Experiment Consultatie huisarts-wijkverpleegkundige- en
ambulante geestelijke gezondheidszorg

Hypertensiecommissie

Werkgroep Chronische patiënten

Werkgroep groepsgewijze behandeling

Commissie "De computer in de eerste lijn".

F I N A N C I E E L O V E R Z I C H T

<u>LASTEN</u>	1975	(1974)
	-----	-----
Nederlands Huisartsen Instituut:		
- personele kosten	f 1.128.140	f 954.800
- materiële kosten	258.100	191.900
- wetenschappelijk onderzoek	76.530	40.100
- voorlichting en advisering	12.490	4.000
- samenwerkingsvormen	6.040	6.900
- nascholing en training	19.620	24.400
- kosten Hartfilm 1974	—	23.400
Projekt Peilstations	65.400	56.400
Projekt Cardiofonie	10.450	10.100
Dotatie voorzieningen	<u>27.900</u>	<u>27.300</u>
Totaal aan lasten netto	f 1.604.670	f 1.331.300
	=====	=====

BATEN

Verwacht aan subsidies van het Ministerie van		
Volksgezondheid en Milieuhygiëne	f 1.414.300	f 1.175.700
Overige bijdragen en subsidies:		
- Nederlands Huisartsen Genootschap	24.460	16.500
- Leden van het N.H.G.	33.030	32.900
- Landelijke Huisartsen Vereniging	44.800	38.000
- Stichting Nascholing Huisartsen	1.700	9.300
- Nederlandse Hartstichting	10.450	10.100
- Interest en diverse baten	36.750	48.800
- Onttrekking voorziening	<u>39.180</u>	—
Totaal aan baten netto	f 1.604.670	f 1.331.300
	=====	=====

De verkregen opbrengsten van de verschillende afdelingen zijn in mindering gebracht op de gemaakte kosten.

Mede langs deze weg betuigen wij onze erkentelijkheid voor de verantwoorde bijdragen en subsidies.

Publicaties van medewerkers van het N.H.I.

- Bruins, C.P. Wetenschappelijk Onderzoek in en over de Huis-
artsgeneeskunde in Engeland. Verslag van een
korte studiereis.
Huisarts en Wetenschap 18, p. 138
- Groepgewijze behandeling: een nieuwe methode voor
de huisartspraktijk?
Huisarts en Wetenschap 18, p. 279
- Oeberius Kapteyn, Op zoek naar het ontwerpen van specifieke nascho-
J.C. ling voor huisartsen.
Huisarts en Wetenschap 18, p. 279
- Wachters-Kaufmann, Inventarisatie van groepsgewijze behandeling in
C.S.M. de huisartspraktijk.
Huisarts en Wetenschap 18, p. 279
- Widt, R.A. de De eerste lijn; een (viciëuze) cirkel?
Medisch Contact 1975, p. 127
- Gezondheidscentrum Krimpen aan de IJssel.
Medisch Contact 1975, p. 435
- Registratie in de eerste lijn.
Medisch Contact 1975, p. 1231
- Veranderingen en samenwerking in de eerste lijn.
(twee boekbesprekingen)
Medisch Contact 1975, p. 1671

INHOUDSOPGAVE

	<u>blz.</u>
Algemeen gedeelte	1
Inleiding	4
De afdeling Voorlichting en Advisering	8
De N.H.I.-boottocht	9
Ampullenetui	11
Geneesmiddelen-dispenser voor bejaarden	11
Tips voor de huisarts	11
Chronische patiënten	12
Patiëntenvoorlichting	12
De afdeling Training en Nascholing in het algemeen	13
Gesprekstrainingen	14
Fonodidactische Dienst	16
De Oriëntatiecursus	17
Stichting Teleac	18
Overzicht trainingen	21
De afdeling Samenwerkingsvormen	23
De adviesgroep	25
Samenwerking huisarts-specialist	26
Het S1-project	27
De afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en Experimenten	29
Projecten voortkomende uit de landelijke functie van het N.H.I.	30
Projecten rond de evaluatie van het functioneren van de huisarts	34
Projecten, vallend buiten de gewone thema's in 1975 afgesloten	43
Congressen, cursussen en overige activiteiten	46
Financieel overzicht	49
Publicaties van het N.H.I.	50

