

# **jaarverslag 1977**

**van het  
nederlands huisartsen instituut**

**uitgaande van de stichting  
nederlands huisartsen instituut**



**postbus 2570 – 3500 GN Utrecht  
mariahoek 4 – telefoon 030-319946**



## algemeen gedeelte

### NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Uitgaande van de

Stichting Nederlands Huisartsen Instituut

Mariahoek 4 - Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht

Dépendance: Springweg 7 - Utrecht

Telefoon: 030 - 31 99 46

Postrekeningnummer: 39 40 72

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

rekeningnummer: 48 44 59 724

### STICHTINGSBESTUUR \*

S. v.d. Kooij

voorzitter

Th.J. Weterman

secretaris

Mr M.H.B. Thissen

penningmeester

Th.J. Hondius

alg. adjunct

} *dagelijks bestuur*

H.L. van Amerongen

G. van Brakel

H.J. de Bruin

G.R. van Urk

A. Vrij

W.J. Waal

} *leden*

Dr H. Roelink

} *adviserend lid*

C.P. Bruins

Ir W. Wilson, ad interim

} *directie*

M. Olthuis-Heetveld

} *secretaresse bestuur*

\* opgave per 31 december 1977



## inleiding

### 1. De organisatie.

1977 was voor het Nederlands Huisartsen Instituut een jaar van grote activiteit. De moeilijkheden tussen bestuur en medewerkers, die in 1976 zoveel tijd hebben gevergd, zijn tot het verleden gaan behoren, nadat overigens al in de laatste maanden van 1976 een verbetering in de onderlinge verhoudingen merkbaar geworden was. Het instellen van een 'Commissie van Vijf', bestaande uit vertegenwoordigers van bestuur en staf, heeft hieraan zeker bijgedragen. Afspraken konden worden gemaakt over besluitvormingsprocedures, publicatierecht van medewerkers, de externe contacten van personeelsleden, en over de voortgang van de activiteiten op korte termijn. Deze afspraken werden door het bestuur van de Stichting goedgekeurd. Het instellen van deze commissie was een initiatief van de in augustus 1976 aangetrokken organisatiedeskundige, die ook de leiding van de besprekingen voerde.

Het Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie (GITP) heeft in 1977 gewerkt aan de verstrekte opdracht advies uit te brengen aan het bestuur van het N.H.I. en aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne over positie, doel, taken, financiering en interne organisatie van het instituut. Op verzoek van het GITP werd een stuurgroep ingesteld bestaande uit twee bestuursleden (één namens de Landelijke Huisartsen Vereniging en één namens het Nederlands Huisartsen Genootschap), twee directieleden, de voorzitters van staf en personeelsraad en een vertegenwoordiger van de Overheid. Deze groep kreeg tot taak procedures ten aanzien van de voortgang van het onderzoek te ontwikkelen en de naleving van deze regels te bewaken. Geen inhoudelijke taak dus, maar een procesbewakende.

De eerste belangrijke activiteit van het GITP was het bezoeken van 13 organisaties die hetzij gerekend kunnen worden tot de 'doelgroepen' van het instituut, hetzij op een aantal formele kenmerken vergelijkbaar zijn met het N.H.I., of anderszins deskundig geacht werden een

bijdrage aan het onderzoek te leveren. Tevens werden enkele deskundigen op persoonlijke titel bezocht. Gevraagd werd onder andere naar de doelstelling, financiering en organisatie van de betreffende instelling, de specifieke problemen daarbij, en naar de visie op de positie en het doel van het N.H.I. binnen de gezondheidszorg. Bij deze gesprekken zijn medewerkers van het N.H.I. aanwezig geweest.

Een tweede belangrijke activiteit was de zogenaamde 'metaplan'dag, die het GITP in september 1977 georganiseerd heeft. Bij de dag waren, naast bestuur, directie en personeel van het instituut, vertegenwoordigers aanwezig van de subsidiënten (de Overheid, de Landelijke Huisartsen Vereniging, en het Nederlands Huisartsen Genootschap). Door deze groep, circa 50 in getal, werd gediscussieerd over een door het GITP geproduceerde discussienota over doel, positie en taken van het N.H.I., waarbij een zo compleet mogelijke inventarisatie gemaakt werd van alle naar voren gebrachte meningen. Een werkgroep werd ingesteld - waarin zitting hadden op persoonlijke titel afgevaardigden namens de L.H.V., het N.H.G., directie en medewerkers van het instituut en een vertegenwoordiger van de consumentenbond - om, in nauwe samenwerking met het GITP, deze nota verder uit te werken. Alvorens de definitieve nota omtrent deze onderwerpen aan de opdrachtgevers zal worden aangeboden krijgen alle betrokkenen gelegenheid hun oordeel op een gezamenlijke bijeenkomst uit te spreken. Volgens zal er aan een nota over de interne organisatie gewerkt worden.

## 2. De werkzaamheden.

Het beleid is in het verslagjaar gericht geweest op onderbouwing en ontwikkeling van de bestaande aandachtsvelden.

De Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek werkte verder in het kader van de Beleidsnota 1975. Binnen de aandachtsvelden (psychosociale hulpverlening, structuur beroepsgroep, relatie tussen eerste en tweede lijn, morbiditeitsregistratie) kwamen verschillende rapporten gereed.

Diverse nieuwe projecten werden gestart; één daarvan geschiedt in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Het heeft ten doel inzicht te krijgen in de motieven van huisartsen die vroegtijdig de praktijk verlaten.

In toenemende mate worden projecten van deze afdeling extra-budgettair gefinancierd. Een probleem hierbij is dat voortdurend voor een continue stroom projecten moet worden zorggedragen om de werkgelegenheid van de betrokken medewerkers enigszins te kunnen waarborgen. Dit impliceert bijvoorbeeld dat tijdens een project alweer een onderzoeksvoorstel voor een volgend project geschreven moet worden, waardoor tijd voor bezinning tezeer ontbreekt. Er ontstaat bovendien nogal eens vertraging in de besluitvorming van de opdrachtgevers; hierbij kan een gevaar ontstaan voor de continuïteit. Dit geeft de nodige onrust bij de betrokken medewerkers; gehoopt wordt dat deze in de toekomst kan worden weggenomen.

De Afdelingen Nascholing, en Voorlichting en Advisering hebben zich gegroepeerd in een gezamenlijke periodieke bijeenkomst waarin beleid en activiteiten gezamenlijk besproken worden.

Gezien de beperkte mankracht van het N.H.I. en het grote terrein van serviceverlening was herbezinning op de bijdrage die een landelijk instituut hieraan kan leveren noodzakelijk. Besloten werd op korte termijn een full-time huisarts aan te trekken, die de inhoudelijke bijdrage van het huisartsenvak zou moeten leveren bij de verdere uitbouw van de serviceafdelingen. Helaas kon, ondanks herhaalde advertenties, nog geen arts worden aangetrokken.

De Afdeling Nascholing werkte aan de voortgang van de bestaande activiteiten, zoals de nascholing voor huisartsen per televisie in samenwerking met TELEAC, de oriëntatiecursus, en de fonodidactische dienst. Het contact met de Stichting Nascholing Huisartsen werd vernieuwd.

De afspraak is gemaakt dat de SNH zorg draagt voor de organisatie van de nascholing, terwijl het N.H.I. zich, binnen de grenzen die de beperkte capaciteit nu eenmaal stelt, zal bezighouden met de inhoudelijke aspecten. Als aandachtsvelden voor het N.H.I. zijn genoemd:

- documentatie en inventarisatie
- methodiekontwikkeling en -evaluatie
- productie van nascholingsprogramma's
- training in gespreksvoering
- opleiding van regionale en lokale nascholingsfunctionarissen.

Drie concrete projecten werden de SNH aangeboden: een nascholingsprogramma over hypertensie, een trainingsprogramma, en een inventarisatieproject.

Het N.H.I. hoopt de samenwerking met de SNH verder te kunnen ontwikkelen.

Vele activiteiten van de Afdeling Samenwerkingsvormen werden verricht in het kader van het S1-project, een gezamenlijke onderneming van de Nationale Kruisvereniging, de Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening 'Joint' en het N.H.I., en gesubsidieerd door de Ministeries van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, alsmede door het Praeventiefonds. Doel is het begeleiden en ondersteunen van samenwerkingsverbanden tussen tenminste huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige. Het N.H.I. vindt dit vanouds een belangrijke taak; veel van de beschikbare mankracht en energie wordt dan ook in dit S1-project gestoken. Het is derhalve niet zo verwonderlijk dat de overige adviserings-taken wat in de knel komen. Project-subsidiëring ter ondersteuning van structurele ontwikkelingen binnen de eerstelijndie door huisartsen aangezet worden, werd aangevraagd bij het Praeventiefonds, maar helaas zonder resultaat.

### 3. Externe contacten van de directie.

De directie heeft de goede contacten met het veld, met vergelijkbare instituten en met de Overheid voortgezet. Zo werden alle Universitaire Huisartsen Instituten bezocht met de vraag welke taken het N.H.I. naar de mening van de verschillende instituten zou moeten hebben. Vrijwel allen ondersteunden de gedachte van de directie, dat het N.H.I. zich zou moeten of kunnen beperken tot het ondersteunen en ontwikke-



len van de structuur en het functioneren van de eerstelijns gezondheidszorg in het algemeen, en van de huisartsgeneeskunde in het bijzonder, waarbij overigens aangetekend moet worden dat met deze formulering weliswaar een min of meer duidelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen het N.H.I. en de Universitaire Huisartsen Instituten, maar dat voor het N.H.I. deze omschrijving van de werkzaamheden niet meer is dan een richtsnoer. In 1978, dat voor het instituut een erg belangrijk jaar zal worden, zullen met betrekking tot de taken van het instituut besluiten met verstrekkende consequenties worden genomen.

In de volgende bladzijden volgt een meer gedetailleerde beschrijving van de activiteiten in 1977.

## afdeling wetenschappelijk onderzoek

Het verslagjaar was voor de Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek een periode van vrij grote bedrijvigheid. Zo kwamen de volgende grotere publicaties gereed:

- Het rapport 'Samenwerking Huisarts-Psycholoog', resultaat van een onderzoek, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De voornaamste conclusie is dat weliswaar vrij veel psychologen contact hebben met één of meer huisartsen, maar dat nog maar weinigen van hen echt in de eerstelijns werken. Daarnaast blijkt de financiering van hun werkzaamheden nogal eens een punt van kritiek. In een opiniërend artikel over deze materie, gepubliceerd in Medisch Contact, wordt de stelling verdedigd dat er thans geen plaats is voor een psycholoog in de eerste lijn, gezien zijn niet adequate opleiding.
- Het tweede interimrapport van het project SPEECH (Samenwerking Psycholoog Eerste Echelon Capelse Huisartsen) kwam gereed. Dit project ging zijn tweede jaar in.
- De werkgroep Structuur Beroepsgroep produceerde de eerste van een serie 'Studies uit de Huisartsenregistratie': een beschrijving van de aantallen vertrokken huisartsen in de jaren 1972-1975. Een groot deel van de huisartsen die de praktijk verlaten vóór hun 65e jaar blijkt een functie te aanvaarden op het gebied van de sociale geneeskunde. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft inmiddels opdracht gegeven tot het verrichten van een onderzoek naar de motieven van de huisartsen die 'vroegtijdig' de praktijk neerleggen.
- In het kader van het aandachtsveld 'Hulpmiddelen/verwijzen' verscheen, in samenwerking met het Instituut voor Sociaal-medische Wetenschap van de Rijksuniversiteit te Groningen, een diepgaande studie, waarin op gemeenteniveau de relaties werden onderzocht tussen huisartsendichtheid, verwijzpercentages, opnamecijfers en ver-

pleegdagen. De stelling dat in gemeenten met een geringe huisartsendichtheid een grotere patiëntenstroom van eerste naar tweede lijn optreedt bleek niet bevestigd te worden. De belangrijkste invloed op de klinische consumptie wordt uitgeoefend door de afstand tot en de omvang van de voorzieningen.

- Een tweede belangrijke publicatie uit dit aandachtsveld is het proefschrift van J. Schilperoort, huisarts te Veenendaal, getiteld 'De toepasbaarheid van de electrocardiografische diagnostiek in de huisartspraktijk'. Zijn onderzoek is gebaseerd op een experiment van het N.H.I. met een cardiofoon (een instrument voor het overzeinen van een electrocardiogram per telefoon) in een aantal huisartspraktijken. Het werd uitgevoerd in samenwerking met de Afdeling Cardiologie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (hoofd: prof dr F.L. Meyler).

De conclusie van Schilperoort is dat het gebruik van een electrocardiograaf in de huisartspraktijk het vroegtijdig opsporen van hartafwijkingen bevordert. Hij beveelt aan dat de huisarts ten alle tijde de beschikking over een beoordeeld ECG moet kunnen hebben. Op grond van onderzoek bij een aantal huisartsen wijst hij het zelf beoordelen van een ECG door de huisarts af. Een goede organisatie van het laten beoordelen van een ECG is zeer gewenst.

- Uit het aandachtsveld 'Morbiditeitsregistratie' valt zoals gebruikelijk het jaarverslag (1976) van het project Peilstations te melden. Het bevat weer talrijke interessante epidemiologische gegevens.
- De publicaties uit het aandachtsveld 'Chronische Patiënten' zijn beschreven bij het verslag van de Afdeling Nascholing, waar dit onderwerp in de loop der jaren steeds meer is gaan thuishoren.
- Tot slot dient vermeld te worden het jaarlijkse overzicht van het Lopend Wetenschappelijk Onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg. Deze registratie verheugt zich in een toenemende belangstelling.

Vier nieuwe projecten gingen in 1977 van start:

- Genoemd werd reeds de opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging inzake het vertrek uit de huisartspraktijk. Dit onderzoek zal ongeveer één jaar duren.
- In de projectgroep 'Psycho-sociale Hulpverlening in de Huisartspraktijk' is begonnen met een consultatieproject. Het gaat hier om een consultatierelatie tussen de huisartsen, verbonden aan Philips Medische Dienst te Eindhoven, en medewerkers van de Rijkspsiatrische Inrichting, in dezelfde plaats. Dit onderzoek zal drie jaar in beslag nemen.
- Het project 'Registratie Samenwerkingsvormen' is 1 augustus 1977 officieel van start gegaan. De registratie beperkt zich tot groepspraktijken en gezondheidscentra.
- Het onderzoek 'Diagnostisch Centrum' heeft als locatie de plaats Hoogeveen gevonden; het aldaar op gang gebrachte proces van integratie tussen eerste en tweede lijn zal worden geëvalueerd. Er wordt samengewerkt met het Nationaal Ziekenhuis Instituut en met het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde/TNO.

Aan drie projecten tenslotte werden in het verslagjaar voorbereidende werkzaamheden verricht:

- Morbiditeitsregistratie. Naar aanleiding van een advies van de Commissie Onderzoek Functioneren en Organisatie Gezondheidszorg (COFOG) is overleg gevoerd over de mogelijkheden tot en problemen bij registratie van de morbiditeit in de huisartspraktijk, van interventies van de huisarts, van verwijzingen, etcetera. Er is samengewerkt met de Werkgroep Registratie van het Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Registratie adspirant-huisartsen. Teneinde inzicht te verkrijgen in de aansluiting tussen beroepsopleiding en beroepsuitoefening, en om

een beter beeld te krijgen van de gehele periode tussen het begin van het volgen van de huisartsenopleiding en de eerste vestiging als huisarts, zijn voorbereidingen getroffen om een registratiesysteem van adspirant-huisartsen op te zetten. Een aanvraag voor subsidie hiervoor is in 1977 ingediend bij het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

- Consultatie. Veel energie is besteed aan de voorbereiding van een subsidie-aanvraag voor de evaluatie van twee consultatieprojecten. Hoewel door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een principetoezegging is gedaan, is de voortgang van de activiteiten in deze minder dan wenselijk.

Bovenstaande werkzaamheden én lopende projecten zullen hierna nog uitvoeriger aan de orde komen.

Het geheel overziende kan gesteld worden dat 1977 een tamelijk vruchtbaar jaar is geweest.

## Psychosociale hulpverlening in de huisartspraktijk

### *inleiding*

De projectgroep 'Psychosociale hulpverlening' heeft zich in 1977 verder gestabiliseerd. Het project 'Doorlichting samenwerking huisarts-psycholoog', gestart in het vorige verslagjaar, is volgens plan in april 1977 afgerond met een eindrapport. Ook de werkzaamheden binnen het drie jaar durende project 'Evaluatie SPEECH' (eveneens begonnen in 1976) verliepen volgens schema.

Over deze beide projecten zal hierna afzonderlijk worden gerapporteerd. Om na de beëindiging van het doorlichtingsproject de continuïteit van de projectgroep te kunnen handhaven werden in het begin van 1977 pogingen in het werk gesteld om een nieuwe extra-budgettair project te verwerven. Het lag voor de hand om voor het nieuw te kiezen thema aansluiting te zoeken bij reeds bestaande of onderzochte thema's van de projectgroep. Op die manier zou immers optimaal gebruik gemaakt kunnen worden van de al aanwezige ervaring, terwijl tevens een zekere accumulatie van kennis zou kunnen plaatsvinden.

Tot op dat moment was de hulpverlening van de huisarts onderzocht in twee projecten:

- een gecombineerd trainings-onderzoeksproject (zie hiervoor de rapportage over het vorige verslagjaar)
- een samenwerkingsproject van elf huisartsen en een psycholoog die voornamelijk therapeutisch bezig is (zie de hierna volgende rapportage over het project 'Evaluatie SPEECH').

Besloten werd het nieuwe project aan de bestaande activiteiten aan te passen. Er werd dan ook een centrale en overkoepelende vraagstelling geformuleerd die beide projecten omvatte en waarin tevens het nieuwe project een plaats zou moeten vinden.

Deze vraagstelling werd als volgt geformuleerd:

"Wat is de invloed van verschillende vormen van deskundigheidsbevordering vanuit de geestelijke gezondheidszorg op het hulpverleningsgedrag van de huisarts, met name op psychosociaal gebied?"

Onderzocht was al:

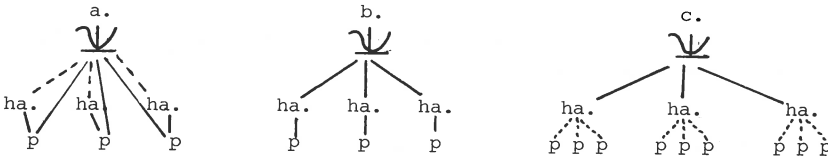
- een kortdurende, maar intensieve relatie tussen een deskundige op

het gebied van de geestelijke volksgezondheid (in dit geval een psycholoog) en een groep huisartsen, in de vorm van een trainingsproject. Kenmerkend hiervoor is dat de psycholoog algemene vaardigheden tracht over te brengen, die niet specifiek aan de casuïstiek van één patiënt gebonden zijn (de psycholoog ziet de patiënten dan ook niet);

- een langdurige, maar minder intensieve relatie tussen een deskundige op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (ook in dit geval een psycholoog) en een groep huisartsen, waarbij de psycholoog voornamelijk therapeutisch werk verricht.

Kenmerkend is hier dat de psycholoog contact met de huisartsen heeft over bepaalde patiënten, en dat de deskundigheidsoverdracht naar de huisartsen toe ook op deze patiënten is geënt (de psycholoog ziet de patiënten zelf; hij heeft ze in therapie).

Besloten werd voor het nieuwe project een tussenvorm te kiezen, te weten 'consultatie'. In onderstaand schema wordt deze keuze geïllustreerd.



schema 1: verschillende vormen van deskundigheidsoverdracht vanuit de geestelijke gezondheidszorg (V) op de (psychosociale) hulpverlening van de huisarts (ha.).

Figuur a. representeert een therapeutische relatie tussen de psycholoog en zijn patiënt (p). Centraal in deze relatie staat de individuele hulpverlening van de psycholoog aan de patiënt.

Figuur b. stelt een consultatierelatie tussen de psycholoog en de huisarts voor. Centraal staat hier de casuïstiek: de huisarts vraagt advies over een individuele patiënt. De bijdrage van de psycholoog is gericht op deze patiënt. De hulpverlening vindt plaats door de huisarts, de psycholoog blijft op de achtergrond.

Figuur c. representeert een trainings- en bijscholingsrelatie tussen de psycholoog en een groep huisartsen. Hier staat centraal het leren van algemene vaardigheden en deskundigheid (gesprekstrainingen, training in gezinstherapie, etc.). De bijdrage van de psycholoog is dan ook niet gericht op individuele patiënten, maar op de hulpverlening van de huisarts. De huisarts moet zelf de geleerde vaardigheden omzetten in concrete hulpverlening aan individuele patiënten.

Een eerste peiling bij het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne over een eventuele subsidie-aanvraag voor de evaluatie van een project als bedoeld bij figuur b. had een positief resultaat: het departement bleek belangstelling te hebben voor consultatie en de evaluatie daarvan. De rest van het verslagjaar is dan ook voor een belangrijk deel besteed aan de voorbereiding van een dergelijke projectaanvraag en aan de in dit kader noodzakelijke onderhandelingen. Eind 1977 werd de toezegging gedaan dat het N.H.I. twee consultatieprojecten, gesubsidieerd in het kader van Hoofdstuk XVII artikel 53 van de Rijksbegroting ter evaluatie zou krijgen aangeboden.

In diezelfde tijd deed zich de gelukkige omstandigheid voor dat ook van een andere kant interesse werd getoond in een evaluatie van een consultatieproject door het N.H.I.: Philips Medische Dienst en de Rijks Psychiatrische Inrichting, beide te Eindhoven, hebben, eveneens van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, een subsidie toegewezen gekregen voor een gezamenlijk te ondernemen consultatieproject. De wetenschappelijke evaluatie hiervan wilden de participanten gaarne uitbesteden, en vrij spoedig kon tussen deze instanties enerzijds en het N.H.I. anderzijds overeenstemming worden bereikt over het uit te voeren onderzoek. Over dit 'Consultatieproject Eindhoven', dat 1 juli 1977 een aanvang heeft genomen, zal hierna afzonderlijk gerapporteerd worden.

*evaluatie SPEECH (Samenwerking Psycholoog Eerste Echelon Capelse Huisartsen)*

Dit door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gesubsidi-



dieerde onderzoek is in 1977 zijn tweede jaar ingegaan.

Het betreft een evaluatie van een driejarige samenwerking tussen een psycholoog en een aantal huisartsen. Deze evaluatie heeft mede ten doel het therapeutisch effect van de psycholoog te bestuderen, maar de primaire doelstelling is het meten van eventuele veranderingen bij de huisarts. Te denken valt hierbij aan veranderingen in de perceptie van psychosociale klachten, in de attitude ten opzichte van dergelijke klachten, in het gespreksgedrag van de arts, in zijn voorschrijven van psychofarmaca, en in zijn verwijfspatroom. Deze variabelen worden, in de periode april 1976 - april 1978 viermaal gemeten, om aldus eventuele veranderingen te kunnen vaststellen. Dit geschiedt met behulp van interviews, vragenlijsten, beoordelingsschalen, video-opnamen en onderzoek naar verwijfs- en geneesmiddelencijfers door raadpleging van het kaartsysteem van de arts en gegevens van de ziekenfondsen.

Daarnaast wordt van elke cliënt van de psycholoog een aantal gegevens vastgelegd die enerzijds betrekking hebben op de therapie, anderzijds informatie verschaffen over het gedrag van de cliënt bij de huisarts, zowel vóór als na de behandeling.

In 1977 zijn de gegevens ten behoeve van de tweede en de derde meetronde verzameld. Tevens werden gedurende het hele jaar gegevens over de cliënten van de psycholoog vastgelegd.

De verwerking van dit materiaal resulteerde in het tweede interimrapport, dat begin augustus 1977 verscheen. Evenals het eerste interimrapport is dit rapport, wegens het vertrouwelijke karakter, slechts op beperkte schaal verspreid.

Bevatte het eerste interimrapport de globale gegevens van de eerste meetronde, het tweede rapport geeft diepgaander analyses en schetst de uitgangspositie van iedere arts afzonderlijk.

In april en oktober verschenen het tweede en derde voortgangsverslag, waarin verantwoording wordt afgelegd over de activiteiten in het betreffende halfjaar.

Interimrapporten en voortgangsverslagen werden besproken in een begeleidingscommissie, waarin vertegenwoordigers zitting hebben van de beide Geneeskundige Hoofdinspecties, het Rotterdams Huisartsen Instituut, het Instituut voor Medische Psychologie van de Erasmus Universi-

teit, de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Ziekenfondsen en het Nederlands Huisartsen Instituut.

*doorlichting samenwerking huisarts-psycholoog*

Het onderzoek naar de samenwerkingscontacten tussen psychologen en huisartsen, gesubsidieerd door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, is in april 1977 afgerond. De resultaten zijn uitgebreid gepubliceerd in een eindrapport. In dit rapport is tevens een beschrijving opgenomen van de opzet van het onderzoek, en een op literatuuronderzoek gebaseerde schets van de manier waarop de samenwerking tussen huisartsen en psychologen zich in de loop van de tijd ontwikkeld heeft. In de zomer van 1977 is een brochure verzonden aan alle respondenten, met daarin de hoofdlijnen van de inventarisatie.

Door middel van schriftelijke enquêtes en telefonische interviews zijn van 268 psychologen volledig bewerkbare gegevens ontvangen betreffende vier thema's, te weten: de genoten universitaire opleiding, de werkkring ten tijde van de start van de samenwerking, de werkzaamheden die in de relatie tot de huisartsen worden uitgevoerd, en de financiering van deze activiteiten.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de werkkring van de psychologen niet bij uitstek geschikt is tot het verrichten van werkzaamheden voor of in samenwerking met huisartsen, zoals diagnostiek, therapie, consultatie, en bijscholing. Hetzelfde geldt voor de genoten doctoraalopleiding.

De inhoud van de samenwerking lijkt dus nauwelijks bepaald te worden door wat de psycholoog vanuit zijn achtergrond te bieden heeft (een eventueel gevolgde postdoctorale opleiding buiten beschouwing gelaten). Als men daarbij dan nog bedenkt dat bijna de helft van de respondenten vindt dat de genoten doctoraalopleiding slecht of tamelijk slecht aansluit op het werken met huisartsen, dan dringt zich de vraag op of de opleiding eigenlijk wel adequaat is voor een dergelijke beroepsuitoefening. De onderzoekers zien op dit punt een dringende taak weggelegd voor de universiteiten.

Diagnostiek, consultatie en therapie vormen het merendeel van de werkzaamheden die door psychologen in relatie tot huisartsen worden verricht. Zo blijkt dat, als het gaat om vaste relaties met een bepaalde huisarts, in de helft van de gevallen consultatieve activiteiten worden uitgevoerd; in bijna de helft van de werkcontacten wordt - vaak naast andere activiteiten - therapie bedreven, en in een derde deel van deze relaties is sprake van diagnostische werken (eveneens vaak in combinatie). Bij- en nascholing aan huisartsen komt duidelijk minder voor, maar lijkt tegelijkertijd wel in vrij woelig vaarwater te verkeren: van alle psychologen willen de 'trainers' het meest frequent veranderingen gaan aanbrengen in de inhoud van hun werk; zij vormen in deze zin een tegenpool van de 'diagnostici', die nauwelijks suggesties voor ontwikkelingen in hun vak aandragen.

Diagnostiek valt overigens ook in een ander opzicht enigszins op: uit een tijdsanalyse blijkt dat deze activiteit zowel wat betreft het jaar van afstuderen van de psycholoog als wat betreft de start van de samenwerking met de huisarts in een duidelijk andere, vroegere periode moet worden geplaatst dan de therapie, de consultatie en de bij- of nascholing.

De betaling van de psycholoog verloopt merendeels via zijn normale salariëring; hij is dus over het algemeen wat betreft zijn inkomen niet rechtstreeks afhankelijk van het uitvoeren van werkzaamheden met of ten behoeve van huisartsen. Het feit dat dit voor de vrij gevestigde psycholoog per definitie niet geldt zal - zo menen de onderzoekers - waarschijnlijk niet onopgemerkt blijven als de psycholoog op grote schaal zijn intrede zou doen in de gezondheidszorg.

Overigens zijn niet alleen de vrij gevestigde, maar ook veel andere psychologen slecht te spreken over de wijze waarop hun werkzaamheden worden gefinancierd. Op dit gebied worden taken signaleerd voor de Overheid, de ziekenfondsen en voor de instanties van waaruit de psychologen opereren. Men zou misschien verwachten dat samenwerkingsrelaties die gebrekkig gefinancierd worden meer kans lopen vroegtijdig te worden afgebroken dan andere, maar dit blijkt niet het geval te zijn. Wellicht is dit te verklaren doordat de psychologen in kwestie zichzelf selecteren: als zij eenmaal besluiten onbezoldigd werk te gaan verrichten, heeft

een dergelijk project even veel overlevingskansen als een goed gefinancierd project. De vraag blijft uiteraard hoeveel psychologen hierdoor al van te voren afvallen en aan samenwerking met huisartsen niet eens toekomen.

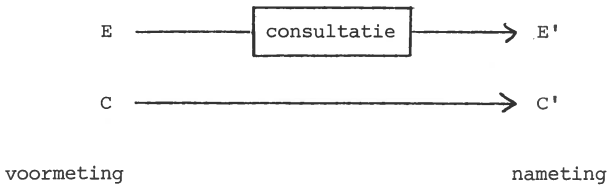
### *consultatieproject Eindhoven*

Na een aantal inleidende besprekingen is het N.H.I. op 1 juli van het verslagjaar officieel begonnen met de evaluatie van het consultatieproject Eindhoven, een gezamenlijke onderneming van de Rijks Psychiatrische Inrichting en Philips Medische Dienst. In dit project wordt door medewerkers van de RPI (een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige) consultatie gegeven aan een groep van zes met elkaar samenwerkende huisartsen van Philips Medische Dienst. Deze consultatierelatie zal twee jaar duren; hij is ingedeeld in drie fasen:

- de consultatietraining, die voor de deelnemers een eerste kennismaking met de consultatiemethode betekent;
- de proefperiode, waarin de deelnemers kennismaken met elkaar en met elkaars werk en waarin geëxperimenteerd wordt met verschillende vormen van consultatie; deze fase wordt afgesloten met een aantal afspraken over de consultatie tijdens de derde, experimentele periode (in de vorm van een 'consultatie-contract');
- de experimentele periode, waarin de deelnemers op een vaste, vastgelegde wijze consultatie vragen respectievelijk geven. De vaste afspraken betreffen procedurele zaken als frequentie en duur van de consultatiezittingen, duur van de afzonderlijke consultaties, verslaglegging, vorm (groepsconsultatie versus individuele consultatie), etcetera.

Doel van het evaluatie-onderzoek (de taak van het N.H.I.) is na te gaan of er veranderingen optreden in de hulpverlening van de huisartsen, die toe te schrijven zijn aan het consultatie-experiment. Hiervoor is een onderzoeksontwerp gekozen zoals weergegeven in sche-

ma 2:



*Schema 2: Onderzoeksontwerp voor de evaluatie van het consultatie-experiment.*

E = experimentele groep, C = controlegroep, deze bestaat uit vier artsen van Philips Medische Dienst die in een ander gebouw werken en geen consultatie gehad hebben of krijgen in de looptijd van het experiment.

Dit onderzoeksontwerp sluit nauw aan bij het project 'Evaluatie SPEECH', dat hiervoor is beschreven. Ook in het consultatieonderzoek is de primaire doelstelling veranderingen te meten in de perceptie van psychosociale klachten, in de attitude van de arts ten opzichte van deze klachten, in het gespreksgedrag van de huisarts, in zijn farmacotherapie en in zijn verwijspatroon.

In de tweede helft van 1977 hebben de volgende activiteiten plaatsgevonden:

- bij de consultatiegevers werden interviews afgenomen over de eigen achtergrond, opleiding en werksituatie, de verwachting ten aanzien van het project en de veranderingen die zij graag door middel van consultatie teweeg zouden willen brengen bij de consultatievragers. Daarnaast hebben zij een vragenlijst over de taak van de huisarts ingevuld (de Maastrichtse Huisartsen Vragenlijst);
- het grootste deel van de voormetingen vond echter plaats bij de consultatievragers, aangezien juist bij hen veranderingen moeten worden vastgesteld;
- de artsen zijn geïnterviewd over taakopvatting, ideeën over psychosociale problematiek, etc., waarbij ook enkele aspecten van de

- groep consultatievragers als geheel aan de orde kwamen;
- bij alle artsen werd gedurende drie achtereenvolgende uren een video-opname gemaakt van de spreekuurgesprekken; over ieder opgenomen consult beantwoordde de arts bovendien een aantal vragen (bijvoorbeeld over het oordeel t.a.v. het eigen optreden en de mening over de aard van de klachten);
  - elk van de artsen heeft gedurende tien achtereenvolgende dagen voor alle consulten op een vijfpuntsschaal (lopend van 'zuiver somatisch' tot 'zuiver psychosociaal') aangegeven wat zijn oordeel was over de gepresenteerde klachten; deze peiling dient als een vorm van controle op de video-opnamen (zijn die in dit opzicht representatief?), én om de betrouwbaarheid te meten van de variabele 'aantal psychosociale klachten in de praktijk', die in dit onderzoek als een kenmerk van de arts wordt opgevat;
  - vanaf 1 juli noteren alle artsen hun verwijzingen - zowel op psychosociaal als op somatisch gebied - waarbij steeds enkele vragen over de verwijzing beantwoord worden (het motief voor de verwijzing, de aard van de klachten, etc.). De registratie van verwijzingen (de enige continue meting) dient voornamelijk voor het meten van gedrag, namelijk gedrag dat invloed heeft op de medische consumptie;
  - de artsen hebben gedurende één maand al hun recepten genoteerd op receptenbloccs met copieerpapier; een copie zal naar het N.H.I. worden gezonden. De registratie van de medicatie dient eveneens voornamelijk voor het meten van gedrag dat van invloed is op medische consumptie.

Met de bewerking van de verzamelde gegevens is een begin gemaakt; resultaten zijn echter nog niet te geven.

Ten behoeve van de kennismakingsperiode in het project is een collage gemaakt van spreekuurgesprekken.

Voor het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van Philips Medische Dienst, de Rijks Psychiatrische Inrichting, de Geneeskundige Hoofdinspectie, de Provinciale Inspectie voor de Volksgezondheid in Noord-Brabant, de Sociaal-Psychiatrische Dienst Eindhoven en de Stichting Introductie Konsulta-

tietraining.

De commissie heeft, naast het beoordelen van het onderzoeksvorstel, tot taak de voortgang en de financiën te bewaken, werkafspraken te maken en het leveren van advies.

### Structuur Beroepsgroep

In de beroepsociologie is de wijze van recrutering van nieuwe leden van een beroepsgroep altijd een belangrijk onderwerp geweest, evenals wijzigingen in de samenstelling van die groep.

Binnen het N.H.I. heeft deze interesse (in casu in processen van vestiging en vertrek van huisartsen) in 1977 vastere vorm gekregen door het oprichten van een onderzoeksgroep 'Structuur Beroepsgroep'.

Binnen het algemene onderzoeksveld van het N.H.I., dat zich laat beschrijven als het onderzoeken van effecten van structuren of structuurveranderingen op het functioneren van eestelijshulpverleners (en met name de huisarts), richt deze groep zich op het in kaart brengen van de variabele 'structuur', terwijl bijvoorbeeld de projectgroep 'Psychosociale hulpverlening' zijn aandacht richt op de variabele 'functioneren'.

De basis van het door de werkgroep te verrichten onderzoek wordt gevormd door twee registratiesystemen: de reeds bestaande huisartsenregistratie en een nog op te zetten registratiesysteem van adspirant-huisartsen, d.w.z. al degenen, die de beroepsopleiding tot huisarts zijn gaan volgen. Deze registratiesystemen worden op twee manieren voor onderzoek gebruikt: ten eerste als basis voor een verantwoorde steekproeftrekking (bijvoorbeeld alle nieuw gevestigde huisartsen in een zekere periode, alle in de periode vertrokken huisartsen, een bepaalde leeftijdsgroep uit de gevestigde huisartsen, etc.); ten tweede kan men de cijfers zelf als te verklaren variabelen in verschillende soorten onderzoek gebruiken - bijvoorbeeld als men wil weten wat de invloed is van verschillen in huisartsendichtheid tussen gebieden op de verwijs- en opnamecijfers.

Belangrijke thema's van de werkgroep zijn:

- verandering van de samenstelling van de beroepsgroep. Dit betreft onderzoek naar recrutering (vestiging) van huisartsen en vertrek van artsen uit de praktijk. In 1976 en 1977 zijn twee enquêtes gehouden onder recent gevestigde huisartsen, teneinde een inzicht te verkrijgen in vestigingsprocessen en praktijkverwerving. De resultaten van de eerste enquête zijn gepubliceerd in Medisch Contact.



Bovendien is het thema 'vertrek uit de huisartspraktijk' tot onderwerp gemaakt van een uitvoerig onderzoek. Over dit onderzoek zal hierna afzonderlijk gerapporteerd worden.

- de aansluiting tussen huisartsenopleiding en huisartspraktijk. Dit omvangrijke onderzoek moet thans nog geheel worden opgezet en kan eigenlijk pas worden uitgevoerd wanneer het registratiesysteem van adspirant-huisartsen functioneert. Bedoeling van dit onderzoek is, middels een longitudinale opzet, de gang van 'cohorten' (jaargroepen) van adspirant-huisartsen te beschrijven: de groepen worden een aantal jaren min of meer op de voet gevolgd. De beschrijving zal gericht zijn op verschillen tussen de diverse huisartsenopleidingen en in het algemeen op de invloed van opleiding, vestigingsproces, investeringen en praktijksituatie op het uiteindelijke hulpverleningsgedrag.

Achtergronden, doelstellingen en onderzoeksplannen zijn in beknopte vorm vastgelegd in een nota 'Structuur Beroepsgroep'; zowel de Overheid als de Landelijke Huisartsen Vereniging hebben inmiddels belangstelling getoond voor de daarin gedane voorstellen.

#### *registratie samenwerkingsvormen*

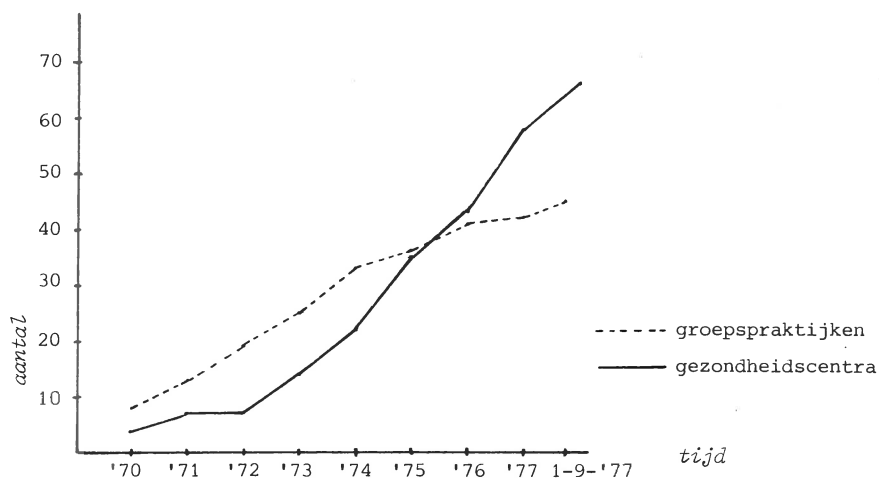
Hoewel de voorbereidingen van het project 'Registratie Samenwerkingsvormen' reeds van 1976 dateren, is de officiële begindatum van dit project 1 augustus 1977. Het project wordt gefinancierd door vier instellingen: het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Ziekenfondsraad; deze instanties zijn vertegenwoordigd in de begeleidingscommissie, waarin ook zitting hebben een vertegenwoordiger van het Centraal Bureau voor de Statistiek, de contactgroep Maatschappelijke Dienstverlening van het N.H.G., iemand van het S1-project, onder voorzitterschap van de Inspecteur van de eerstelijns gezondheidszorg, A. Vrij.

Op basis van een voorlopige lijst van gezondheidscentra en huisartsengroepspraktijken (de samenwerkingsvormen waartoe de registratie wordt beperkt) zijn in de periode september 1977 - januari 1978 telefonische

interviews gehouden met woordvoerders van de betrokken samenwerkingsverbanden, om een inzicht te krijgen in een aantal kenmerken van de structuur der samenwerking. Te noemen vallen het aantal medewerkers per discipline, het jaar van oprichting, de huisvesting en de rechtsvorm. Tevens werd informatie gevraagd ten aanzien van de patiënten respectievelijk cliënten: het aantal verzorgde personen, de overlap tussen de verschillende disciplines, de overlap met andere centra van extramurale zorg. Doel van de registratie is het krijgen van inzicht in de ontwikkeling van het aantal huisartsengroepspraktijken en het aantal gezondheidscentra en in veranderingen in de vorm van samenwerkingen. Eind 1977 konden de volgende cijfers worden vastgesteld:

- aantal huisartsengroepspraktijken (3 of meer huisartsen, samenwerkend onder één dak) per 1-9-1977;
- aantal gezondheidscentra (samenwerking onder één dak van tenminste huisartsen, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen) per 1-9-1977.

Beziet men de ontwikkeling van beide vormen van samenwerking in de tijd, dan krijgt men onderstaand beeld.



Figuur 1: Aantallen huisartsengroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari van de jaren 1970 tot en met 1977 (laatste peildatum 1-9-'77)

In de jaren 1968 en 1969 ontstaan de eerste groepspraktijken (de Huisartsdienst van Philips te Eindhoven buiten beschouwing gelaten), en gezondheidscentra. Tot 1975 ziet men voornamelijk groepspraktijken, daarna zijn de gezondheidscentra in de meerderheid. De grootste toename vindt plaats in 1976 en 1977.

### *huisartsenregistratie*

De herziening van het huisartsenbestand, noodzakelijk om het enigszins in het ongereede geraakte computerbestand weer in de pas te brengen met de hand-administratie, is in 1977 zover gevorderd dat voorlopige cijfers (gebaseerd op een voor tweederde gecontroleerd bestand) konden worden uitgedraaid voor de peildata januari 1975, januari 1976 en januari 1977.

Op deze peildata telde het N.H.I.-registratiesysteem respectievelijk 4688, 4841 en 4946 huisartsen; een langdurige assistent-situatie werd geregistreerd voor respectievelijk 27, 47 en 50 artsen.

Telt men deze laatste categorie artsen mee (en waarom zou men niet; het gaat immers om het leveren van volwaardige huisartsenzorg) dan komt men tot totalen van 4715, 4888 en 4996 huisartsen voor de drie genoemde peildata. <sup>1)</sup>

### \* leeftijd.

De leeftijdsverdeling van de geregistreeerde artsen (inclusief de assistenten) is weergegeven in tabel 1 (blz. 28)

De verjonging van het nederlandse huisartsenbestand is in deze jaarcijfers duidelijk zichtbaar. Was tot 1976 de groep artsen met een leeftijd tussen de 45 en 54 het grootst (het gaat hier in het algemeen om artsen die zich in de jaren vijftig gevestigd hebben, welke

<sup>1)</sup> Het aantal artsen met een langdurig assistentschap in de huisartspraktijk is niet exact: het is nooit geheel zeker dat al deze artsen door het systeem gesignaleerd worden. Het werkelijke aantal zou wel een factor 2 of 3 groter kunnen zijn.

	jan '75.		jan '76.		jan '77.		totaal	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
jonger dan 35	1126	23.9	1334	27.2	1459	29.2	3919	26.8
35 - 44	1197	25.4	1172	24.0	1174	23.5	3543	24.3
45 - 54	1460	31.0	1466	30.0	1439	28.8	4365	29.9
55 - 64	702	14.9	684	14.0	690	13.8	2076	14.2
65 en ouder	230	4.9	232	4.8	234	4.7	696	4.8
totaal	4715	100.0	4888	100.0	4996	100.0	14599	100.0

*tabel 1: Leeftijdverdeling van de huisartsen in de maanden januari van de jaren 1975, 1976 en 1977*

tijd een bloeiperiode was), in 1977 is de groep 'jonger dan 35 jaar' de meest omvangrijke geworden.

De geringe grootte van de groep huisartsen met een leeftijd tussen de 55 en 64 jaar heeft waarschijnlijk twee oorzaken: enerzijds waren voor deze groep de studie- en vestigingsomstandigheden minder gunstig (tijdens de oorlog met name), anderzijds heeft een aantal huisartsen reeds de praktijk verlaten voordat zij deze leeftijd bereikt hebben. De proportie huisartsen die na hun 65e nog blijven praktizeren ligt alle drie de jaren op een kleine 5%.

**\*** geslacht.

Het huisartsenberoep blijft een mannenaangelegenheid. Hoewel het aantal vrouwelijke huisartsen in absolute zin toeneemt (169, 193 en 206 voor de drie gepresenteerde jaren) blijft deze toename in de pas met de groei van het aantal huisartsen in zijn geheel: het relatieve aandeel van de vrouwelijke artsen schommelt constant rond de 4%.

**\*** solopraktijk of gezamenlijke praktijk.

Het aantal solistisch werkende huisartsen heeft in de drie beschreven jaren een daling ondergaan: van 76% in 1975 naar 70% in 1977. Het aantal huisartsen dat opgeeft met één collega praktijk uit te oefenen steeg in dezelfde periode van bijna 18 naar 22%; praktijkvoering door

drie of meer artsen tezamen neemt toe van 6 tot 8%. Samenwerking raakt dus onder huisartsen steeds meer ingeburgerd.

\* lidmaatschap beroepsvereniging.

Van dit gegeven is alleen de meest recente stand van zaken weer te geven: veranderingen worden in het systeem niet bijgehouden. Per 1-7-'77 is 91% van de praktizerende huisartsen lid van de Landelijke Huisartsen Vereniging, terwijl 47% behoort tot de leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Het aantal huisartsen, lid van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, wordt in het registratiesysteem (nog) niet bijgehouden.

\* gemiddelde praktijkgrootte - aantal inwoners per huisarts in januari 1976.

De praktijkgrootte van de huisarts is in het systeem niet opgenomen. Het betreft hier namelijk een gegeven dat continu verandert of althans veranderen kan en dat alleen dán in een centraal registratiesysteem kan worden bijgehouden als alle huisartsen daarover periodiek zouden worden geënquêteerd. Dit zou de doelstelling van het registratieproject verre te boven gaan; bovendien is het feit dat hoogstwaarschijnlijk niet iedere arts bereid is hierover inlichtingen te verschaffen in strijd met de eis van volledigheid van de gegevens, die aan een goed registratiesysteem moet worden gesteld.

Toch valt er over de geografische spreiding van huisartsen en over de daaruit voortvloeiende variabele 'gemiddelde praktijkgrootte' wel een en ander te zeggen.

In de volgende tabel is de verdeling van het aantal inwoners per huisarts weergegeven (per januari 1976) over de 11 provincies, samengevoegd tot vier landsdelen, over de urbanisatiegraad van de gemeenten waar de huisartsen hun praktijk uitoefenen. <sup>1)</sup>

1) Met dank aan het Centraal Bureau voor de Statistiek voor het beschikbaar stellen van de gegevens betreffende de verdeling van de bevolking van Nederland naar provincie en urbanisatiegraad.

	noord (gr., fr., dr.)	oost-mid- den (ov., gld., ut- ijss. meer- polders)	west (nh., zh. zeel.)	zuid (nbr., limb.)	totaal	aantal inw. aantal huis- artsen
platte- land A1 - A4	2292	2883	2752	3029	2716	3.202.529 1179
verste- delijkt platte- land B1 - B3	2841	2737	2939	3062	2904	3.676.477 1266
kleine stad C1 - C3	2773	2729	3053	3033	2931	1.969.819 672
grote steden C4 - C5	2788	2811	2715	2968	2779	4.921.558 1771
totaal	2545	2796	2809	3025	2817	
aantal inwoners	1.542.600	3.529.093	5.676.809	3.021.881		13.770.383
aantal huis- artsen	606	1262	2021	999		4888

tabel 2: Aantallen inwoners per huisarts (januari 1976) naar lands-  
deel en urbanisatiegraad (indeling 1960)

Het gemiddelde van 2817 inwoners per huisarts over geheel Nederland in januari 1976 heeft een aanzienlijke variatiebreedte: van 2292 inwoners per huisarts op het platteland in de drie noordelijke provincies tot 3062 inwoners per huisarts op het verstedelijkt platteland.

van Brabant en Limburg. In Brabant en Limburg is het aantal inwoners per huisarts over de gehele linie groter. Het huisartsentekort in de grote steden in het westen is in deze tabel niet meer te vinden. Of dit zijn oorzaak vindt in een terugloop van de bevolking of dat een flink aantal nieuwe vestigingen hiervoor verantwoordelijk is, valt uit de tabel niet af te lezen; dit zal echter door de Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek nader onderzocht worden. Uit de tabel wordt wèl duidelijk, dat een eventueel vestigingsbeleid een tamelijk gericht karakter zal moeten hebben: voor het platteland anders dan voor stedelijke gebieden, voor het noorden van het land anders dan voor het zuiden.

#### *vertrek uit de huisartspraktijk*

Het in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging verrichte onderzoek naar 'vertrek uit de huisartspraktijk' is in januari 1977 van start gegaan. Het richt zich voornamelijk op vroegtijdig vertrek uit de praktijk, d.w.z. vertrek vóór het bereiken van de leeftijd van 65 jaar. Niettemin zijn - ter vergelijking - ook enkele gegevens verzameld onder huisartsen die zijn gaan rusten, terwijl om dezelfde reden eveneens een groep artsen werd benaderd die zijn blijven praktizeren. Uit de gegevens van het project Huisartsenregistratie bleek dat in de periode 1972 tot en met 1975 in totaal 669 huisartsen de praktijk hebben neergelegd; deze werden allen benaderd met een verzoek om medewerking aan het onderzoek. Uit de groep praktizerende huisartsen in de leeftijdsklasse van 42 tot 59 jaar werd een steekproef ter grootte van 337 getrokken om de gegevens van de praktijkverlaters mee te kunnen vergelijken.

Het materiaal werd in de eerste helft van 1977 verzameld middels een postenquête. De respons kan betrekkelijk hoog genoemd worden: 78% van de vertrokken artsen en 69% van de praktizerende vulde de vragenlijst in; percentages die, ook voor artsen (wier responspercentage doorgaans drie tot vier maal zo hoog ligt als dat van de gehele bevolking waar het postenquêtes betreft) alleszins bevredigend zijn. De eerste uitkomsten van het onderzoek zijn in september van dit verslagjaar neergelegd in een interimrapport. Enkele resultaten daaruit zijn:

- slechts een klein aantal praktijkverlaters heeft geen opvolger (ongeveer 5%); praktijken zonder opvolger worden bijna uitsluitend in stedelijke gebieden aangetroffen;
- het gemiddelde percentage goodwill bij overdracht van de praktijk ligt rond de 84%. In 1975 is het aanzienlijk hoger dan in de voorgaande jaren. Verschillen zijn ook gevonden tussen stad en platteland (respectievelijk 79 en 89%) en tussen praktijken waarvan de arts is gaan rusten en de overige praktijken (respectievelijk 78 en 86%);
- wat betreft de achtergronden van het vertrek: belangrijke factoren blijken te zijn de werkbelasting en een verminderd plezier in het huisartsenvak.

Het eindrapport, waarvan de verschijning in april 1978 tegemoet gezien wordt, zal onder andere de volgende onderwerpen bevatten: een beschrijving van het proces van overdracht van de praktijk, de nieuwe functie (wat voor functie is het, hoe heeft men hem gevonden, wat zijn de verschillen tussen die functie en de werkzaamheden als huisarts), de achtergronden van het vertrek en een vergelijking van de werkbelasting van huisartsen die vertrokken zijn met die van artsen die nog praktizeren.



Relatie tussen eerste en tweede lijn <sup>1)</sup>

*project verwijzen*

Het verwijsonderzoek, uitgevoerd door het N.H.I. en het Instituut voor Sociaal-medische Wetenschap van de Rijksuniversiteit te Groningen, is in 1977 in het stadium van eindrapportage gekomen.

Teneinde de resultaten van dit omvangrijke en complexe onderzoek zo systematisch mogelijk te presenteren is een schema ontworpen waarin geïllustreerd wordt dat het aggregatieniveau van het gebruikte onderzoeksmateriaal in belangrijke mate bepaalt welk soort uitspraken men op grond van de resultaten van de analyse mag doen. Men mag bijvoorbeeld niet op grond van het feit dat, op het niveau van ziekenhuisrayons, een negatieve relatie gevonden wordt tussen het aantal huisartsen per 10.000 inwoners en het aantal ziekenhuisopnamen, concluderen dat huisartsen met kleine praktijken minder verwijzen. Wil men dit laatste verifiëren dan moet onderzoek gedaan worden op het niveau van de huisartspraktijk en moeten gegevens per praktijk worden verzameld.

De rapportage van het onderzoek is op analoge wijze opgezet. Na een algemene inleiding over begripsafbakening en aggregatieniveau volgt het verslag van het onderzoek naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers op macroniveau. De per gemeente gepubliceerde verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers uit het LISZ-jaarboek <sup>2)</sup> 1974 zijn nader geanalyseerd. Achtergrondkenmerken van de gemeente - zoals het aantal huisartsen per 10.000 inwoners, het aantal beschikbare ziekenhuisbedden, de afstand tot een centrum van intramurale zorg, het aantal particulier verzekerden, het aantal bejaarden, de urbanisatiegraad en de regio - fungeren als gegevens die verschillen in de cijfers tussen ge-

1) In tegenstelling tot het aandachtsveld 'Psychosociale hulpverlening' wordt in dit aandachtsveld vooral de relatie tussen de verschillende echelons van de somatische gezondheidszorg bestudeerd.

2) LISZ: Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen

meenten moeten verklaren.

Wat de gemeentelijke verwijscijfers betreft werd een relatie gevonden met:

- het aantal beschikbare ziekenhuisbedden (hoe meer bedden, hoe hoger het verwijscijfer);
- de afstand tot het dichtstbijzijnde centrum van klinische zorg (hoe korter de afstand, hoe hoger de verwijscijfers);
- de urbanisatiegraad (in grotere steden en op het verstedelijkt platteland meer verwijzingen);
- het percentage bejaarden in een gemeente (hoe meer bejaarden, hoe hoger het verwijscijfer);
- de regio (in het zuiden van het land zijn de verwijscijfers hoger dan elders).

Opmerkelijk was de positieve relatie die gevonden werd tussen het aantal huisartsen per 10.000 inwoners en de verwijscijfers: hoe meer huisartsen, hoe hoger de verwijscijfers. Dit resultaat gaat geheel tegen alle verwachtingen en bekende onderzoeksresultaten in. Hoeveel betekenis deze uitkomst precies heeft kan vooralsnog in het midden gelaten worden; feit is in ieder geval dat de verwachte uitkomst (hoe meer huisartsen, hoe lager de verwijscijfers) niet gevonden wordt.

Voor de gemeentelijke opnamecijfers werd een zeer sterke samenhang geconstateerd met de verwijscijfers. Gegeven de hoogte van het verwijscijfer bleken de opnamecijfers samen te hangen met:

- de regio (in het noorden des lands zijn de opnamecijfers hoger dan in de rest van Nederland);
- de aanwezigheid van een ziekenhuis (deze factor werkt verhogend op de opnamecijfers);
- de urbanisatiegraad (op het verstedelijkt platteland en in grote steden wordt naar verhouding minder opgenomen);
- het aantal beschikbare bedden (hoe meer, hoe hoger de opnamecijfers);
- het percentage bejaarden (hoe hoger, hoe lager de opnamecijfers).

Het zij nog eens herhaald, dat bovenstaande samenhangen gelden gegeven het verwijscijfer.

De verpleegduur tenslotte wordt, behalve door het verwijscijfer (posi-

tief: hoe hoger het verwijscijfer, hoe langer de verpleegduur) en het opnamecijfer (negatief: hoe hoger het opnamecijfer, hoe korter de verpleegduur) zeer sterk beïnvloed door twee factoren: het percentage bejaarden per gemeente en het aantal beschikbare ziekenhuisbedden. Ook is de verpleegduur in noord en zuid nederland korter dan elders in het land.

Samenvattend kan gesteld worden dat de omvang van de klinische voorzeningen per gemeente het verwijscijfer beïnvloedt en, gegeven het verwijscijfer, de gemeentelijke opnamecijfers en tenslotte, gegeven de verwijs- en opnamecijfers, in zeer sterke mate de verpleegduur. Een belangrijke conclusie uit dit onderzoek (waarmee duidelijk aangesloten wordt bij reeds gepubliceerde onderzoekingen) is dat onderzoek naar het functioneren van de eerstelijns gezondheidszorg, zonder daarbij de invloed van de hogere echelons te betrekken, veelal tot onjuiste interpretaties zal leiden.

In 1978 wordt de rapportage voortgezet: allereerst zullen de op macro-niveau gevonden relaties nader bestudeerd worden op microniveau; in plaats van een variabele als 'huisartsendichtheid' zal dan het verband tussen praktijkgrootte, aantal contacten tussen arts en patiënt en verwijscijfers worden onderzocht.

In een derde deel van de verslaggeving zal de invloed van het gebruik van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen op het verwijscijfer worden behandeld.

### *diagnostisch centrum*

De lotgevallen van het project 'Diagnostisch Centrum' zijn in het verslagjaar niet zonder meer gunstig geweest. Onzekerheid omtrent de locatie van onderzoek is hiervan een belangrijke oorzaak.

Uitgaande van een onderzoeksopzet waarbij nog een vóórmeting verricht zou kunnen worden voordat het experiment van start zou gaan werd een lijst van relevante variabelen gemaakt. Op grond van literatuuronderzoek werden twee schalen ontworpen en aan een groep praktizerende huisartsen voorgelegd; één schaal om een aantal kenmerken van de relatie tussen huisarts en specialist te meten, de andere om een indruk

te krijgen van wat beschouwd wordt als het 'terrein van de huisarts'. Deze laatste schaal werkte bevredigend, de huisarts-specialist-schaal bleek verbetering te behoeven.

In de herfst van 1977 werd door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen aangewezen als locatie van een onderzoek, dat overigens niet beperkt zou dienen te blijven tot een evaluatie van een diagnostisch centrum alleen. In en rond Hoogeveen zijn alle werkers in de gezondheidszorg sedert het einde van de jaren zestig actief betrokken bij een proces van integratie, waarvan het diagnostisch centrum (in casu de mogelijkheid voor huisartsen om gebruik te maken van enkele diagnostische faciliteiten in het ziekenhuis) slechts een onderdeel is. Dit gehele proces zou object van onderzoek moeten zijn. Noodgedwongen heeft een dergelijk onderzoek een retrospectief karakter, waardoor aan een aantal wensen met betrekking tot de materiaalverzameling niet voldaan kan worden. Daar staat tegenover dat een aantal complicerende factoren die de (onderzoekstechnisch toch al ingewikkelde) situatie verstoren - de aanwezigheid van een huisartsenlaboratorium dat een afname van de omzet vreest, de relatie met andere ziekenhuizen ter plaatse, matige collegiale verhoudingen - in Hoogeveen afwezig zijn.

Hoewel uiteraard op geen enkele wijze generaliseerbaar, kan een gedetailleerde beschrijving van dit integratieproces en van de effecten daarvan illustratief zijn voor de mogelijkheden en onmogelijkheden van integratie van eerste en tweede lijn.

In december 1977 kwam de door het voornoemde Ministerie ingestelde begeleidingscommissie voor de eerste maal bijeen. Aan de onderzoekende instituten (Nationaal Ziekenhuis Instituut, Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde/TNO en het Nederlands Huisartsen Instituut) werd aldaar opgedragen de nog zeer algemeen geformuleerde probleemstelling nader uit te werken en een onderzoeksontwerp te maken. Een verzoek van deze instituten om, alvorens de onderzoeksopdracht definitief te aanvaarden, een inventarisatie te mogen maken van het in en rond Hoogeveen aanwezige onderzoeksmateriaal om aldus de mogelijkheden en beperkingen van het onderzoek in kaart te kunnen brengen, werd ingewilligd. In de eerste week van 1978 is dit project, na een wel erg

trage start, dan eindelijk goed op gang gekomen.

Halverwege 1978 zal in een interimrapport verslag worden uitgebracht van de eerste fase van het onderzoek, welke zal bestaan uit een verificatie van de gegevens die reeds door het betreffende ziekenhuis zijn geproduceerd, een nadere analyse van de patiëntenstromen (met name van verwijscijfers van huisartsen), en een ontwerp voor verder onderzoek.

### Morbiditeitsregistratie

#### *continue morbiditeitsregistratie door middel van de Peilstations*

Het project Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations, een gezamenlijke onderneming van het Nederlands Huisartsen Instituut, de Geneeskundige Hoofdinspectie en het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, ging zijn achtste jaar in.

Het aantal peilstations was in 1977 45; hierbij waren 60 artsen betrokken. Er vond wederom een praktijktelling plaats. Hieruit bleek dat nog steeds wordt voldaan aan de opzet, te weten een steekproef van 1% uit de Nederlandse bevolking, waarbij rekening wordt gehouden met een geografische spreiding en een spreiding over gebieden met verschillende graad van urbanisatie.

In het verslagjaar werden de volgende gegevens geregistreerd:

- . nieuwe gevallen van influenza(-achtig) ziektebeeld
- . nieuwe gevallen van mazelen (gevaccineerd/niet gevaccineerd)
- . psoriasis
- . mononucleosis infectiosa
- . geneesmiddel wegens urineweginfectie voorgeschreven
- . cervixuitstrijkje
- . sterilisatie verricht van de man
- . sterilisatie verricht van de vrouw
- . morning-after pil voorgeschreven
- . abortus provocatus
- . schedeltrauma in verkeer (klinisch/niet klinisch)

De rubriek 'adviezen geboorteregeling' is niet gehandhaafd.

In deze rubriek werden slechts de nieuwe consulten betreffende hormonale anticonceptie gerapporteerd, waaronder ook werd verstaan een opnieuw beginnen met hormonale anticonceptie na tijdelijk stoppen. Het ligt in de bedoeling dit onderzoek over enkele jaren te herhalen, maar dan zodanig dat een indruk kan worden gekregen van zowel nieuwe als 'oude' contacten.

De rubriek 'geneesmiddel wegens urineweginfectie voorgeschreven' staat slechts voor één jaar op de weekstaat, aangezien rapportage van

een relatief vrij veelvuldig voorgeschreven geneesmiddel gedurende één jaar gegevens oplevert die voldoende betrouwbaar zijn.

De registratie van mononucleosis infectiosa zal enige jaren op de weekstaat gehandhaafd blijven. Daar het hier een besmettelijke ziekte betreft is het van belang na te gaan of er een stijging dan wel een daling plaats vindt, of dat de ziekte niet in relatieve frequentie wijzigt.

Naast de wekelijks in te sturen staten zijn aan de artsen eenmalige vragen gesteld met betrekking tot multiple sclerose en over de vraag van de patiënt om actieve euthanasie toe te passen. Vooral de tweede vraag zorgde voor enige opschudding in de pers. Hier wordt echter, misschien ten overvloede, nog eens vermeld dat het slechts gaat om een peiling met behulp van een zeer korte vraagstelling. Het past niet in het kader van het werk van de peilstationsartsen om meer genuanceerd op dergelijke problemen in te gaan, althans niet op de registratie-aspecten ervan.

Bij de bewerking van de gegevens van 1976 werd ook enige aandacht besteed aan de omvang en continuïteit van de rapportage.

Vergeleken met 1975 nam het aantal dagen waarover gerapporteerd werd toe van 79.5 naar 84.7%. Tevens bleek sprake te zijn van een betere vakantiespreiding.

Het ligt in de bedoeling om verder onderzoek te doen naar de wijze van rapporteren. Dit onderzoek zal, gezien de complexiteit van het onderwerp, wel enige tijd in beslag nemen.

De resultaten van de registratie over 1977 zullen zoals gebruikelijk in een apart verslag worden gepubliceerd getiteld 'Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations 1977'.

### *Longitudinaal onderzoek*

In het kader van het Peilstationsproject zijn in de periode 1971-1976 gegevens verzameld van vier ziektebeelden, die een beeld moeten geven van het verloop van deze aandoeningen. Het betreft hier materiaal over patiënten met angineuze klachten, hartinfarct, acuut cerebrovasculair accident en epileptiform beeld. Op vaste tijdstippen na de mel-

ding van een patiënt met één van deze aandoeningen werd door de peilstationsarts informatie gegeven over de toestand van de patiënt. Halverwege het verslagjaar werd een medewerker aangetrokken om de gegevens van het hartinfarctonderzoek, die in 1973 tijdens de materiaalverzameling al globaal bekeken waren, nader te analyseren. De rapportage van dit onderzoek verschijnt in februari 1978; daarna zal met de analyse van de overige projecten begonnen worden.

*project registratie (COFOG)*

De Commissie Onderzoek Functioneren en Organisatie Gezondheidszorg (COFOG) van de Raad voor Gezondheidsresearch/TNO, welke door de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid is ingesteld om na te gaan welke vormen van onderzoek gewenst zijn ter onderbouwing van de Structuurnota 1974, heeft aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne twee adviezen uitgebracht over onderzoek ten behoeve van de eerstelijns. Eén advies betreft registratie van gegevens in de eerstelijns; het andere handelt over beslissingsmodellen in het eerste echelon. Bij de uitwerking van het eerste advies is het N.H.I. betrokken geweest.

Het voorstel luidde om een probleemgeoriënteerde werkkaart, ontwikkeld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap, bij ongeveer 25 huisartsen in te voeren en deze gedurende een jaar te evalueren. Tevens zou nagegaan moeten worden in hoeverre de kaart bruikbaar zou kunnen zijn voor het centraal verzamelen van gegevens ten behoeve van het beleid. Deze gegevens zouden betrekking moeten hebben op structuur en functioneren van de eerstelijns. Gedacht werd aan een beperkte hoeveelheid materiaal over de patiënt, de huisarts, de aangeboden problematiek, de interventie van de huisarts en zijn verwijzingen. De door de World Organisation of National Colleges and Academies (WONCA) ontwikkelde internationale classificatie van problemen in de eerstelijns gezondheidszorg zou hiervoor gebruikt kunnen worden. Voor de verwerking werd het N.H.I. genoemd.

Aan het einde van het verslagjaar was het overleg over deze voorstellen tussen de betrokkenen (COFOG, VOMIL, Commissie Registratie N.H.G.,



N.H.I.) nog gaande, zodat ook het N.H.I. nog geen duidelijkheid heeft omtrent het aandeel dat van het instituut verwacht wordt.

Diversen

*registratie lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg*

In de verslagen over 1975 en 1976 is uitvoerig uiteengezet hoe het registratieproject is opgezet en hoe het functioneert. In het eerste kwartaal van 1977 werd het jaarrapport nr. 5 (1976) verzonden aan alle onderzoekers wier onderzoek in dit rapport is opgenomen, aan de contactpersonen, de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en andere beleidsvormende instanties.

Bij de verschijning van deze uitgave werd wederom aan vele instellingen een bericht van verschijnen verzonden en publiceerden diverse eerstelijns tijdschriften een aankondiging.

Tijdens de eerste zes maanden van het verslagjaar werden reeds 84 nieuwe onderzoeken gemeld. Om aan deze onderzoeken al enige landelijke bekendheid te geven vóórdat zij in het volgende jaarrapport worden opgenomen, werden de gegevens, zoals gebruikelijk, gepubliceerd in het mededelingenblad betreffende nieuw aangemelde onderzoeken. Halverwege twee jaarrapporten wordt dit toegezonden aan alle onderzoekers, contactpersonen en overige geïnteresseerden. Dit mededelingenblad gaat vergezeld van een vervolgregistratieformulier; op deze wijze komt het registratieproject in het bezit van de meest recente gegevens, die vervolgens verwerkt kunnen worden.

Begonnen werd aan de samenstelling van jaarrapport no. 6 (1977); hiervoor werd dezelfde indeling aangehouden als voor het vorige rapport:

- deel 1: De in het verslagjaar beëindigde onderzoeken, met vermelding van de wijze waarop het onderzoek werd beëindigd.

Aantal afgesloten onderzoeken:	109
Beëindigd met publicatie:	88
Beëindigd zonder publicatie:	15
Gestopt:	6
- deel 2: Lopende onderzoeken: 224

In het verslagjaar gemelde onderzoeken:	102
---	-----

In het verslagjaar werd contact gelegd met de CILO (Coördinatiegroep Informatiesystemen Lopend Onderzoek) van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Het registratieproject werd opgenomen in de inventarisatie van informatiesystemen inzake lopend onderzoek, opgezet door de UNESCO/UNISIST, in samenwerking met Smithsonian Science Information Exchange (SSIE).

*werkgroep groepsgewijze behandeling*

De werkgroep, die ten doel heeft aan diegenen, die met groepen in de huisartspraktijk werken, de mogelijkheid te bieden hun ervaringen uit te wisselen, heeft twee maal vergaderd. Hiervan is verslag gedaan in de tijdschriften Huisarts & Wetenschap en De Eerste Lijn.

Binnen de werkgroep werd behoefte gevoeld om het onderwerp op een intensievere wijze te bestuderen, onder andere door de frequentie van de bijeenkomsten te verhogen en door ondersteuning met deskundige mankracht.

In de periode dat de groep binnen het N.H.I. heeft gefunctioneerd zijn twee rapporten verschenen: een literatuurstudie en een onderzoek van bestaande groepen in Nederland. Medewerking werd verleend aan een themanummer van Huisarts & Wetenschap over het onderwerp.

De belangstelling voor groepsgewijze behandeling is - langzaam - aan het groeien; o.a. zijn verscheidene Universitaire Huisartsen Instituten, en ook anderen, hiermee gaan experimenteren.

*deelname aan commissies en werkgroepen buiten het instituut door leden van de afdeling wetenschappelijk onderzoek*

= Werkgroep delegatie aan de praktijkassistente van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit. Het N.H.I. participeerde in deze werkgroep middels zijn directeur. De werkgroep heeft enkele delegatieschema's opgesteld inzake het aannemen van spoedvisites; het betreft hier drie schema's voor gevallen waarbij respectievelijk sprake is van pijn op de borst, benauwdheid en koorts bij kinderen.

Daar de belangstelling verminderde is de groep halverwege 1977 opgeheven. De genoemde schema's zijn aan de Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap gestuurd, die verder aan dit onderwerp wil werken.

= College Huisartsgeneeskunde.

Het N.H.I. participeert als adviseur in het college. Vooral nu de beroepsopleiding tot huisarts een duidelijke structuur heeft gekregen, zal meer aandacht aan de inhoud van de opleiding worden besteed. Dit is voor het N.H.I. een belangrijke fase, vooral ook in het licht van zijn taak ten aanzien van nascholing.

= Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde.

Het N.H.I. heeft een waarnemer in de Sectie Onderzoek van het IOH; deze sectie vervult een coördinerende taak ten aanzien van het onderzoek in en over de eerste lijn.

= Gezondheidsraad.

In de Commissie Hypertensie van deze raad wordt door het instituut geparticipeerd. De commissie dient het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne advies uit te brengen over de aanpak van het hypertensieprobleem in de Nederlandse samenleving. Mede door de bijdrage van het N.H.I. zal de huisarts een belangrijke plaats kunnen innemen bij het opsporen, behandelen en begeleiden van patiënten met een matige tot ernstige hypertensie.

= Huisarts en Computer.

De Stichting Automatisering Arnhemse Ziekenhuizen heeft een project 'Huisarts en Computer'. Doel is na te gaan in hoeverre de computer van de ziekenhuizen ingeschakeld kan worden bij de verbetering van de organisatie van de huisartspraktijk en bij het klinisch handelen van de huisarts.

Drie huisartsen hebben de gegevens betreffende hun patiënten in het computersysteem ingebracht. De rol van het N.H.I. is tot nu toe beperkt gebleven tot die van adviseur.

= Werkgroep Research Eerst Lijn.

In deze groep, bestaande uit psychologen die onderzoek in de eerste lijn verrichten, werd in het verslagjaar vrij actief geparticipeerd.

= Begeleidingscommissie Onderzoek Wijkgezondheidscentra.

In dit onderzoek, uitgevoerd onder auspiciën van de Ziekenfondsraad, wordt gepoogd de werkwijze van huisartsen, werkzaam in gezondheidscentra, te vergelijken met die van hun collegae die niet in een dergelijk centrum werken. Het N.H.I. is vertegenwoordigd in de begeleidingscommissie.

= Werkgroep Behoeftte aan Huisartsenzorg van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

Het ontbreken van voldoende gegevens om op verantwoorde wijze de behoefte aan huisartsenzorg te ramen werd door de werkgroep als een probleem ervaren.

= Landelijke Contactcommissie Huisarts-Psycholoog.

In deze commissie, die is samengesteld uit vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Instituut van Psychologen, vervult het N.H.I. een adviserende rol.

= De adviserende functie binnen de Commissie Medische Psychologie van het N.H.G. werd in 1977 voortgezet.

= SIMG (Societas Internationalis Medicinae Generalis).

De bijeenkomsten van de SIMG werden door de directeur van het N.H.I. bezocht; hoewel het leggen en onderhouden van internationale contacten belangrijk wordt geacht, wordt overwogen deze activiteit in de nabije toekomst enigszins te beperken.

= N.H.G.-bestuur.

De directeur heeft hier een adviserende functie.

## afdeling voorlichting en advisering

Tijdens het verslagjaar bestonden de werkzaamheden, zoals gebruikelijk, uit het verstrekken van informatie over de praktijkvoering aan overwegend jonge (huis)artsen. Ongeveer 80 bezoekers en 8 groepen arts-assistenten bezochten de voorlichtingsruimte, een zekere teruggang ten opzichte van 1976.

Daarnaast werden weer vele vragen van algemene aard betreffende praktijkvoering, salariering van praktijkassistentes, etc. schriftelijk of telefonisch beantwoord.

Veel informatie die de afdeling verstrekt ligt vast in rapportjes. Gedurende het verslagjaar is een groot aantal hiervan herzien. Aan vergelijkingen van kwaliteit en prijs wordt in deze publicaties nu iets minder aandacht besteed; uitgebreider dan vroeger wordt echter ingegaan op achtergrondinformatie, de omstandigheden waaronder het product gebruikt wordt en op de punten waarop gelet moet worden bij aanschaf of ingebruikneming.

In het vorige jaarverslag is al vermeld dat het sedert enkele jaren de Afdeling Samenwerkingsvormen is die zich bezighoudt met het geven van voorlichting en advisering aangaande structuur en organisatie (bouw en verbouw, samenwerking, juridische en financiële aspecten van de praktijkvoering, de problemen die het werken in groepspraktijken met zich meebrengt, werkzaamheden van praktijkassistentes, regionale ontwikkelingen, etc.). Regelmatig moet echter geconstateerd worden dat deze scheiding tussen de twee afdelingen kunstmatig is. Gehoopt wordt dat de resultaten van het onderzoek door het GITP nog in 1978 aanleiding kunnen geven tot een reorganisatie.

De werkgroep Voorlichting heeft in 1977 veel werk verzet bij het herzien van de rapportjes. Daarnaast zijn door de groep dit jaar de volgende Tips voor de huisarts voorbereid:

- . wegwerp teststrip lichaamstemperatuur
- . bloeddrukmeter voor zelf-controle
- . nieuwe semafoon in zakformaat
- . telefoonbeantwoorder met op afstand te veranderen meldtekst
- . bepaling zoutgehalte in urine met teststrookje.

In voorbereiding is een instructieboek voor de praktijkassistente.

## afdeling samenwerkingsvormen

### *bemannig*

In het verslagjaar vond een belangrijke wisseling in de bemanning van de afdeling plaats: De sociaal-psychologe verliet het instituut in juli, terwijl de arts part-time ging werken in een beginnend gezondheidscentrum. Aldus ontstond een nieuwe vacature. Bij de vraag hoe deze vacature vervuld zou moeten worden, is veel gewicht toegekend aan het regelmatig vastgestelde feit, dat het werkelijk goed functioneren van het eerstelijns team veelal verhinderd wordt door problemen in de sfeer van de interne organisatie, het management en de inpassing van het samenwerkingsverband in de plaatselijke organisatie. In de sector advisering werd dan ook - mede in verband met de activiteiten binnen het S1-project <sup>1)</sup> - sterke behoefte gevoeld aan de inbreng van een deskundige op het gebied van organisatie-advisering. Per 1 december trad daarom een organisatie-adviseur in dienst van het instituut; deze verricht zijn werkzaamheden in het kader van het S1-project. Voor de adviseringswerkzaamheden is, ter invulling van de bestaande vacature, per 1 augustus een verpleegkundige met deskundigheid op het gebied van de openbare gezondheidszorg in tijdelijke dienst genomen.

### *werkzaamheden*

Evenals in het verslag over 1976 volgen hier enige cijfers over de werkzaamheden:

	1976	1977
- totaal aantal adviesaanvragen:	235	283
waarvan specifieke S1 vragen:	81 (34%)	77 (27%)
- totaal aantal door S1 behandelde vragen:	ca. 100 <sup>2)</sup>	ca. 100 <sup>2)</sup>

- 1) Over het S1-project zal hierna afzonderlijk gerapporteerd worden.
- 2) Door een niet geheel vergelijkbare wijze van ordening dienen deze getallen eerder als indicatie voor de orde van grootte beschouwd te worden dan als exacte gegevens.

Het totaal aantal aanvragen nam ten opzichte van 1976 toe van 235 naar 283. Ook in het verslagjaar had een groot deel van de aanvragen (77) betrekking op bestaande of toekomstige samenwerkingsverbanden; de afhandeling had in die gevallen plaats in het kader van het S1-project. Uit een vergelijking van de aantallen door S1 behandelde vragen met de aantallen bij het N.H.I. ontvangen specifieke S1 vragen blijkt dat in 1977 evenals in 1976 het grootste deel van de aanvragen voor het S1-project via het N.H.I. binnenkomt (ruim driekwart). Wel is zichtbaar uit de gegevens van dit project dat een toenemend aantal vragen rechtstreeks aan medewerkers van S1 gesteld wordt: de landelijke bekendheid van het project is groeiende. Wellicht verklaart dit ook de dalende tendens van het aantal aan het N.H.I. gestelde vragen rond samenwerkingsprojecten. Van deze vragen (77 in getal) werden er 49 door N.H.I.-medewerkers afgehandeld; 28 aanvragen zijn verwezen naar andere S1 medewerkers.

#### \* verwerking

Het merendeel van de aanvragen werd telefonisch afgedaan. In de meeste gevallen wordt hiervan slechts een korte notitie gemaakt op een werkkaart. 87 maal vond een uitgebreider verslaglegging plaats. Daarnaast kreeg iets meer dan de helft van de aanvragers schriftelijk materiaal toegezonden.

Verwerking:

. telefonisch	174
. persoonlijk gesprek	63
. uitgebreid verslag	87
. schriftelijk advies	12
. toezending bestaand materiaal	154

#### \* de aard van de vragen

Het is niet eenvoudig de vragen exact te verdelen naar inhoud, mede daar veel vraagstellers meer dan één vraag stellen. Hieronder volgt



niettemin een overzicht. Aangezien de rubricering van de vragen anders is geschied dan in 1976 is vergelijking van de getallen met die van het vorig jaar slechts op enkele punten mogelijk.

I. *vragen die betrekking op multidisciplinaire samenwerkingsprojecten hebben*

	1977	1976
Totaal aantal aanvragen S1	77	81
Aard der vragen:		
- juridische vormgeving	17	
- managementproblemen	5	
- subsidies/financiering	23	
- vestiging	7	
- informatie gezondheidscentra	23	
- begeleiding	2	
- associatie	3	
- bouw en huisvesting	18	16
- verbouw	3	
- onderzoek	1	

II. *overige vragen (betrekking hebbend op huisartspraktijken, groepspraktijken)*

	1977	1976
Totaal aantal vragen	206	154
- associatie	35	31
- vestiging	30	23
- juridisch	19	
- management	15	
- informatie samenwerken	28	
- begeleiding	2	
- tijdelijke huisvesting	1	
- bouw	48	23
- verbouw	57	65
- financiën	45	

Een overzicht van de vraagstellers geeft het volgende beeld:

- huisarts	223
- groepspraktijk	13
- multidisciplinair samenwerkingsverband	33
- home-team	1
- platform	1
- co-assistent	7
- architect	8
- apotheker	4
- bouwcommissie	4
- overheid	7
- GG en GD	5

N.B.: Doordat per vraag verscheidene onderwerpen aan de orde kunnen komen kan één contact onder meer dan één onderwerp geregistreerd staan, waardoor de som van de onderverdeling meer bedraagt dan het totaal aantal vragen.

### *schriftelijk materiaal*

De wisseling in de personele bezetting en de grote hoeveelheden overheadwerkzaamheden die verricht moesten worden, hebben het schriftelijk vastleggen en uitwerken van ervaringen niet vergemakkelijkt.

Het belangrijkste resultaat op dit gebied is het gereedkomen van de nieuwe druk van het rapport 'De praktijkruimte van de huisarts'. Deze publicatie is herzien op grond van ervaringen, opgedaan bij de adviseringswerkzaamheden en uitgebreid met beschrijvingen van het bouwproces en elementen voor duo- en groepspraktijken.

### *externe adviseurs*

Het zwaartepunt van de externe advisering ligt bij de bouw. Door de architect werden 22 adviezen uitgebracht, door de binnenhuisarchitecte 30. Het aantal adviezen van de organisatieadviseur en de accountant zijn gering. In de vergaderingen met de externe adviseurs werd, gezien deze tendens, besloten om één maal per twee maanden met het gehele

advies-team te vergaderen en in de tussengelegen maand alleen met de bouw-deskundigen. Overigens is er volgens de afdeling wel degelijk behoefte aan advisering op het gebied van financiën praktijkorganisatie, maar de huidige vorm sluit niet goed aan bij wat de huisarts nodig heeft. Een nadere bezinning op dit punt is noodzakelijk.

#### *de relatie tussen de afdeling en het S1-project*

De band met het S1-project is zeer nauw. Voor het overgrote deel van de projecten waaraan S1 service verleent wordt de relatie met S1 gelegd via het N.H.I. Bovendien is vrijwel de gehele mankracht van de afdeling Samenwerkingsvormen beschikbaar voor S1 en in het verslagjaar als zodanig actief geweest.

De in de naaste toekomst te nemen beslissingen over het lot van S1 zullen voor het functioneren van de afdeling dan ook grote gevolgen hebben.

#### *externe contacten*

In 1977 werd door medewerkers van de afdeling geparticipeerd in de volgende commissies en werkgroepen:

- . contactgroep voor centra van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap);
- . contactgroep gezondheidscentra (onder auspiciën van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst);
- . technische commissie NOBEL (Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn);
- . werkgroep registratie van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

## S1

Officieel startte S1 (een project ter ondersteuning van samenwerking in de eerste lijn) zijn geplande driejarig bestaan op 1 februari 1976. In de loop van de tijd groeiden zwakke punten in de projectopzet uit tot flinke problemen, terwijl goede aanzetten zich konden ontwikkelen tot een volwassen vorm. 1977 was voor S1 dan ook een actief jaar. Het belangrijkste probleem dat zich aandiende was de opzet van het geplande onderzoek. Ook de afstand tussen de S1 medewerkers - die immers uit drie verschillende organisaties afkomstig zijn - bleek regelmatig een moeilijk hanteerbare zaak. Het heeft veel moeite gekost om aan deze problemen het hoofd te bieden. Niettemin konden in het verslagjaar met name de service-activiteiten verbeterd worden en werd een begin gemaakt met de registratie van het servicewerk en met de systematisering van de door S1 opgedane ervaringen. Eén en ander is gedetailleerd weergegeven in de halfjaarlijkse rapportages die S1 uitbrengt. Hier wordt volstaan met enkele hoofdlijnen.

### \* aard en omvang van de geboden service

In totaal hebben vanaf de start van S1 156 samenwerkingsverbanden (waarvan sommige in oprichting) een beroep op S1 gedaan.

In 1977 vroegen 34 samenwerkingsverbanden voor het eerst medewerking van het project. Opvallend is dat in vele gevallen na de eerste vraag een min of meer vaste relatie ontstaat.

Een ruwe rubricering van de vragen geeft hetzelfde beeld als in 1976; zo betreft in ongeveer een kwart van de gevallen de bemoeienis van S1 een vraag om begeleiding. Daadwerkelijk langer durende begeleiding werd in 18 gevallen verleend. Bij een aantal projecten kreeg de verdere integratie tussen adviserende en agogische ondersteuning gestalte. Opvallend is, dat bij de vragen die S1 gesteld worden het thema 'hulpverlening' zelden aan de orde komt.

### \* ontwikkelingen met betrekking tot het onderzoek

Met het uitbrengen van de onderzoeksnota in mei 1977 leken de aanvankelijk bestaande problemen rond het onderzoek grotendeels opgelost. In de nota werd voorgesteld om op drie peildata het gedrag en de me-

ningen van hulpverleners in samenwerkingsverbanden te onderzoeken, om aldus te zien of er na verloop van tijd veranderingen optreden. Bovendien lag het in de bedoeling om deze veranderingen in de hulpverlening af te zetten tegen de wijze van samenwerking.

Bij het uitbrengen van het voorstel bestonden echter twijfels ten aanzien van de mogelijkheid tot realisering. Eén van de voornaamste problemen vormde de constatering dat S1 onvoldoende is toegerust voor een dergelijk omvangrijk onderzoek. In de nazomer werd dan ook naarstig gezocht naar een opzet waarmee het onderzoek meer kans van slagen zou hebben. De zogenaamde 'ondernemers' (Nationale Kruisvereniging, Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening 'Joint' en het Nederlands Huisartsen Instituut), zochten contact met het Instituut voor Toegepast Sociaal-wetenschappelijk Onderzoek, Begeleiding en Advies (Itoba). Dit instituut produceerde een werkplan en een begroting, die in november 1977 door de ondernemers aan de Overheid werden gepresenteerd. Helaas gaf de Overheid gelet op de resterende looptijd van het project en de beschikbare middelen de voorkeur aan een bescheidener opzet. Hiermede werd het onderzoek opnieuw teruggebracht tot de oorspronkelijke setting binnen het project die tot op heden juist weinig kans van slagen bood.

Door de ondernemers werd daarop de hulp van enkele onderzoekskundigen ingeroepen om te beslissen of, binnen de bestaande beperkingen qua tijd, mankracht en middelen, onderzoek mogelijk is en zo ja, hoe een ontwerp voor dit onderzoek opgebouwd zou moeten zijn.

\*registratie en systematisering van ervaringen

*registratie*

In afwachting van de te nemen beslissingen is door de onderzoeksmedewerker voor het S1-project een analyse gemaakt van de gedurende een half jaar ingevulde registratieformulieren met betrekking tot het servicewerk van S1. Het registreren is inmiddels een vaste werkwijze binnen S1 geworden, waardoor op den duur een redelijk overzicht van de servicewerkzaamheden te verwachten is.

### *systematisering van ervaringen*

Binnen S1 hanteren de verschillende serviceverleners ieder een werkwijze die naar hun inzicht een goede is in de gegeven situatie. Maar in de loop van de tijd is gebleken dat van een systematisering of vergelijking van al die individuele werkwijzen weinig terecht komt. Gezamenlijk initiatief om hieraan voldoende aandacht te geven ontbrak. Zodoende werd per 1 oktober 1977 een studente andragogie als stagiaire aangetrokken. Haar onderzoek richt zich op de servicegroep en de begeleiderspool van S1. De resultaten zullen in de zomer van 1978 bekend zijn.

### *hoe verder na S1?*

Zowel de resultaten van bovengenoemd onderzoek als het overzicht dat de registratieformulieren bieden kunnen bijdragen aan de beantwoording van de vraag 'Hoe verder na de officiële looptijd van S1?'. Binnen het project werd dit vraagstuk aan het einde van het verslagjaar voor het eerst systematisch besproken.

### **\*** ontwikkeling in het project

#### *sub-groepen*

Het project kent nog steeds de volgende groeperingen: plenum, servicegroep, onderzoeksgroep, plenumcommissie, begeleiderspool en externe adviseurs. In de loop van 1977 zijn er accentverschuivingen opgetreden. Meer nadruk is komen te liggen op de servicegroep, die zijn vergaderfrequentie verhoogde, terwijl het plenum minder vaak bijeenkwam. De begeleiderspool blijkt een steeds duidelijker zicht gekregen te hebben op de specifieke problematiek van samenwerkingsverbanden.

Het project heeft verder een geregeld overleg opgezet met de provinciale platforms van Utrecht en Noord-Holland.

#### *organisatieontwikkeling*

In de loop van het verslagjaar werd meer vorm gegeven aan het begrip 'organisatieontwikkeling'. Het samengaan in één servicegroep van de oorspronkelijke subgroepen advies/informatie en begeleiding bleek in

dat kader vruchtbaar te werken.

*themadagen, trainingen*

Doordat veel aandacht aan de problemen rond het onderzoek moest worden besteed, werd in 1977 slechts één themadag georganiseerd, wat minder is dan gepland. Deze dag, die zeer succesvol verliep, had als thema 'Oriëntatie voor beginners'. De geplande trainingen 'Sociale vaardigheden' en 'Hulpverlening' werden verschoven naar 1978.

## afdeling nascholing en trainingen

### Algemeen

In tegenstelling tot voorgaande jaren, waarin vooral de methodiek van nascholing in de belangstelling stond, is tijdens dit verslagjaar de aandacht voor een belangrijk deel gericht geweest op de inhoud ervan, overigens zonder de methodische aspecten uit het oog te verliezen. De afdeling heeft gebruik kunnen maken van de eerste resultaten van de werkgroep 'Chronische Patiënten', waarover elders in dit verslag afzonderlijk wordt gerapporteerd. De gegevens die het deelproject 'Hypertensie' opleverden konden gebruikt worden bij de nascholingslessen per televisie over dit onderwerp, in de herfst van 1977. In dezelfde periode vonden de voorbereidingen plaats voor een over deze materie te organiseren symposium (18 januari 1978), wat gevolgd zal worden door een aantal nascholingsavonden in het land.

Dit project is een voorbeeld van een activiteit die past bij een instituut met een landelijk karakter als het N.H.I. Op te merken is echter dat voor het realiseren van dergelijke activiteiten aan het eind van het verslagjaar nog slechts een minimale bezetting aanwezig was. Ook de financiële mogelijkheden voor uitvoering van een aantal taken die een landelijk instituut ter ondersteuning van de nascholing aan huisartsen kan vervullen werd als minimaal ervaren. Over de activiteiten die desondanks werden ontwikkeld zal hierna afzonderlijk worden gerapporteerd.



### Fonodidactische dienst

In het verslagjaar werd het bestand van de band/diaseries met één uitgebreid; aan de bestaande videobanden werden er dertien toegevoegd, namelijk de negen programma's die uitgezonden werden in het kader van de nascholing voor huisartsen per televisie en vier programma's van de werkgroep Neurologie-onderwijs.

Het feit dat de uitbreiding van de mediatheek van de fonodidactische dienst uitsluitend bestaat uit elders geproduceerde programma's geeft het specifieke probleem van deze sub-afdeling weer: de eigen productie. In de niet al te verre toekomst zal hiervoor een oplossing moeten worden gevonden.

Enkele cijfers over het gebruik van de op het N.H.I. aanwezige audiovisuele programma's:

- er werd 200 maal een band/diaserie geleend; 168 daarvan werden in groepsverband bekeken en besproken;
- 51 maal werd één van de videobanden geleend; 43 daarvan zijn in groepsverband gedraaid.

Geconstateerd kan worden dat het gebruik van de programma's redelijk constant blijft.

### Oriëntatiecursus

In maart en in september van het verslagjaar werden respectievelijk de 24e en 25e oriëntatiecursus gehouden. Voor beide cursussen schreef het maximale aantal van 30 deelnemers in.

In de twee cursussen werd hetzelfde programma geboden, wat overigens niet impliceert dat de bijeenkomsten dan ook identiek verliepen. De vele discussiemogelijkheden die in het programma zijn ingebouwd stellen de deelnemers in staat hun stempel op de cursus te drukken. Het accent van het programma ligt op de behandeling van de bedrijfsmatige aspecten van de praktijkvoering en op de te verwachten proble-

men bij het zoeken naar en vinden van een huisartspraktijk. De thema's 'arts en justitie' en 'sociale verzekeringsgeneeskunde' blijken een gewaardeerde afwisseling van de meer zakelijke aspecten.

Een programma met deze inhoud blijft een zekere aantrekkingskracht houden, ook voor deelnemers die aan één van de Universitaire Huisartseninstituten de beroepsopleiding gevolgd hebben of volgen. De deelnemers aan de najaarscursus hadden allen deze achtergrond en konden, blijkens de evaluatieformulieren die ingevuld werden, de geboden onderwerpen over het algemeen appreciëren. De kritiek die geuit wordt geeft aanleiding tot voortdurende bezinning op inhoud en vormgeving van het programma; het voorkomen van doublures met de beroepsopleiding tot huisarts is daarbij een belangrijk gegeven. Daartoe werd dan ook overleg gevoerd met vertegenwoordigers van de Universitaire Huisartseninstituten.

#### Werkgroep Chronische Patiënten

De werkgroep is het verslagjaar zeer actief geweest met het ontwikkelen van een nascholingsprogramma op basis van de door een landelijke groep van deskundige huisartsen en specialisten opgestelde richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van hypertensiepatiënten door de huisarts. Allereerst werd een themanummer van 'Huisarts & Wetenschap' geproduceerd, waarin de richtlijnen gedocumenteerd werden en praktische adviezen werden gegeven.

Voorts werden de richtlijnen, met een hypertensiekaart, een verkort schema op een geplastificeerde kaart en een instructiefolder voor patiënten toegestuurd aan alle nederlandse huisartsen, specialisten en apothekers. Hiervoor werd een financiële bijdrage ontvangen van de Nederlandse Hartstichting.

Inmiddels is de werkgroep begonnen aan het opstellen van een behandelings- en begeleidingsschema voor CARA-patiënten. De werkgroep is uitgebreid met enkele jongere leden, waardoor de continuïteit verzekerd

is.

Het aandachtsveld chronische patiënten blijkt bij de nederlandse huisarts goed aan te slaan. Belangrijk is dat de werkgroep zich niet beperkt tot de medisch-technische aspecten, maar zich ook verdiept in de psycho-sociale kanten van het chronisch patiënt zijn, om een meer integrale benadering mogelijk te maken. Aan dit laatste hopen de leden van de groep in de toekomst meer aandacht te kunnen schenken. Uitbreiding van de groep met ter zake deskundigen is daarvoor echter noodzakelijk.

#### Consult voor de huisarts

Mede onder auspiciën van het N.H.I. geeft de uitgeverij Bohn, Scheltema & Holkema viermaal per jaar een selectie uit van voor de huisarts relevante literatuur. Er zijn A-, B- en C-artikelen. A-artikelen worden integraal vertaald overgenomen, van B-artikelen worden referaten gemaakt, van C-artikelen worden alleen de samenvattingen weergegeven. De eerste selectie geschiedt door een redactieraad van praktizerende huisartsen; de tweede door een kernredactie waarin het N.H.I. is vertegenwoordigd. Er zijn meer dan 2.000 abonnees.

## Trainingen

In 1977 is, evenals in voorgaande jaren, een aantal trainingen georganiseerd, waarvan sommige op aanvraag. Een overzicht van deze trainingsactiviteiten is te vinden op pagina 63.

Een groot deel van de aandacht is in het verslagjaar gericht geweest op de ontwikkeling en de opzet van de trainingen. Belangrijke knelpunten waren:

- een gebrek aan mankracht in de staf voor de afdeling Trainingen;
- een gebrek aan financiën;
- onvoldoende mogelijkheden om als instituut een eigen gezicht te laten zien, bijvoorbeeld door met betrekking tot vorm, doel en methode van de trainingen een gerichte keuze te maken en van hieruit trainingsmodellen nader te ontwikkelen.

Aan deze problemen is zowel intern gewerkt, als in overleg met de voor het N.H.I. werkende trainers. Na ruim overleg is besloten om:

- de mankracht voor de afdeling Trainingen te vergroten tot één volledige formatieplaats, te bezetten door twee medewerkers;
- met een kleine groep buitentrainers een, in vergelijking met het verleden, intensieve samenwerking aan te gaan;
- twee soorten trainingen verder te ontwikkelen en uit te voeren, die uiteindelijk de benamingen 'werktraining' en 'training persoonlijk functioneren' kregen.

Eén van de gevolgen is geweest dat de samenwerking tussen bij het N.H.I. werkende trainers en buitentrainers, de zogenaamde trainerspool, is opgeheven. Met een aantal van deze trainers van wie sommigen al vier jaar voor het instituut werken, is nog steeds contact in de vorm van een verwijsrelatie, met name voor trainingen in de regio. Een andere, nog veel wezenlijker verandering in de personele sfeer was het vertrek, in juli 1977, van de sociaal-psychologe, die gedurende vijf jaar de drijvende kracht van de trainingen is geweest. Weliswaar bleef zij als adviseuze aan het instituut verbonden, maar de aanzetten voor het nieuwe beleid ten aanzien van de trainingen

moesten toch grotendeels gegeven worden zonder haar steun en ervaring. Bij de keuze tussen de verschillende trainingsmodellen hebben de medewerkers zich voor een belangrijk deel laten leiden door de gegevens uit de rapporten 'Trainers en face' en 'Trainers en profil' (doctoraalscriptie uit 1976). In deze scriptie, die gebaseerd is op onderzoek onder de toenmalige trainers en buitentrainers van het N.H.I. komen drie typen trainingen naar voren, genaamd de A-, B- en C-trainingen.

Training A - Hier staat het leren van gespreksvaardigheden centraal.

In sterk gestructureerde vorm leert de arts deze vaardigheden aan de hand van voornamelijk rollenspelen, videobandjes met casuïstiek, discussie, literatuur en uiteenzettingen van de trainer. Men richt zich op verbaal gedrag en niet op emoties, waarde-oriëntaties, normen, intuïtie, lichamelijke boodschappen, etcetera.

Training B - In deze training is de persoon van de huisarts in zijn contact met de patiënt het uitgangspunt. In deze weinig gestructureerde vorm van training leert de huisarts, evenals in training A, door rollenspel en vaardigheids-oefeningen, en door zijn wijze van communiceren met anderen en via feedback op zijn functioneren in de groep. Het communiceren staat centraal; er wordt niet gewerkt aan het bewust maken van gevoelens, normen, manipulatiespelletjes, etcetera.

Training C - Deze richt zich op de persoon van de huisarts in zijn totaliteit, voorzover er in zijn beleving verband bestaat met zijn werk als huisarts. Belangrijke thema's in deze training zijn: verstand-gevoel-intuïtie, lichaamsbeleving-lichaamstaal, ziekte-dood, relatie-manipulatie-contact, beleving van het dagelijks werk. Ook in deze training is weinig voorgestructureerd, men werkt voornamelijk door middel van zelfonderzoek. Allerlei

oefeningen, zoals communicatie-oefeningen, fantasie-oefeningen en lichaams-oefeningen, zijn hierbij behulpzaam. Het functioneren in de groep blijft een punt van aandacht, evenals de verstandelijke verwerking.

De benadering die bij training C naar voren komt is binnen het N.H.I. niet algemeen toegepast. De opzet in sommige follow-up trainingen komt echter wel dicht bij het hier geschetste model.

Bij het maken van een keuze uit deze typen trainingen heeft de gedachte voorop gestaan, dat de methoden en technieken die de huisarts gebruikt en de vaardigheden die hij beheerst, niet los staan van de persoon die hij is. Anderzijds is de huisarts ook niet los te zien van zijn beroepsuitoefening. Aldus is gekozen voor het verder ontwikkelen van twee trainingsmodellen: de *werktraining*, waarin het gaat om gespreksvoering, houding, praktijkorganisatie en samenwerking en de training *persoonlijk functioneren*, waarin het ontdekken en verder uitbouwen van ieders persoonlijke stijl van beroepsuitoefening centraal staat.

Voor 1978 zijn 9 trainingen gepland, waarvan 6 werktrainingen en 3 trainingen persoonlijk functioneren.

Het initiatief tot het geven van deze trainingen wordt genomen door het N.H.I.; daarnaast blijft de mogelijkheid van trainingen op aanvraag bestaan.

overzicht trainingen 1977

Datum	Regio	Soort training	Aant.deeln.	Trainer(s)
6 jan., 1e helft maart en 2e helft april	Eindhoven	training gespreksvoering	8	D. Brand
5 febr., zes avonden: 9,16 febr., 2,9,16,23 maart, 7 t/m 9 april	Julianalaan 12 Ruterhuus/Diever (Dr)	begintraining gespreksvoering	11	M. Wolffensperger + co-trainer
14 t/m 18 maart	Huize Doornburgh	begintraining gespreksvoering	6	M. Zeeuwen
6,13,20,27 sept., 4,11,18,25 okt., 2 dagen in november	Emmen Motel 'Prinsen' Giethoorn	relatietraining	8	M. Wolffensperger R. van Boven
27 t/m 30 april	Huize Doornburgh	follow-up	7	M. Zeeuwen K. van Til
8 t/m 10 september	Huize Thalatta	follow-up communi- catie training	7	M. Zeeuwen M. van Reekum
12 t/m 16 september	Huize Doornburgh	begintraining gespreksvoering	12	J. Dietvorst
5 oktober avonden: 19,26 okt. 9,16,23 nov., 1,3 dec.	regio Emmen Julianalaan 12	training gespreksvoering	9	M. Wolffensperger S. Willems
28 nov. t/m 2 dec.	Huize Doornburgh	begintraining gespreksvoering	11	J. Dietvorst

Nascholing voor huisartsen per televisie in samenwerking met TELEAC

In het verslagjaar kwamen negen programma's gereed. De eerste vier waren overgenomen voorlichtingsfilms, vervaardigd in opdracht van het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie te Utrecht, onder leiding van A.M.H. Stufkens.

De titels zijn: - individuele gesprekstherapie (B. Lehmann);  
- echtpaartherapie (D. v.d. Linden);  
- gedragstherapie (E. Klip);  
- psycho-analyse (A.J. ten Hagen).

In het vijfde programma werd gediscussieerd met de samenstellers van de eerste vier. Voor de uitgegeven schriftelijke begeleiding bestond veel belangstelling ook buiten de huisartsenkring.

In het najaar volgden nog vier uitzendingen:

- bloedingen tijdens de zwangerschap (H.C.S. Wallenburg, gynaecoloog, mevrouw C.H.R. Oudshoorn, verloskundige en A. Prins, huisarts);
- onderzoek van de pasgeborenen (J.W. Mettau, kinderarts);
- vroege opsporing van hypertensie. Hierin werden vele voordelen van vroegtijdige opsporing belicht (A.C. Arntzenius, W. Brouwer, J.W. van Ree), maar werden ook kritische kanttekeningen gemaakt (S. Thomas);
- medicamenteuze ontwikkelingen inzake hypertensie (W.H. Birkenhäger). De behandeling van de bèta-blokkers nam in deze uitzending een belangrijke plaats in.

De regie van de uitzendingen was in handen van Ineke van Trommel-Sipkema; redactie en presentatie deed P. Lens.

Alle uitzendingen zijn op videoband vastgelegd; deze banden worden aan belangstellenden uitgeleend.



in 1977 uitgekomen rapporten van het n.h.i.

- Registratie Wetenschappelijk Onderzoek nr. 5 (afgesloten december 1976) circa 500 ex.
- Nieuwe vestigingen van huisartsen, circa 900 ex.
- Structuur beroepsgroep, circa 100 ex.
- Huisarts en Psycholoog, circa 400 ex.
- Huisartsen en Patiënt, circa 450 ex. (herdruk)
- Tweede interimrapport evaluatie SPEECH, circa 80 ex. \*
- Samenvatting Huisarts en Psycholoog, circa 475 ex.
- Vertrek uit de Huisartspraktijk, circa 130 ex.
- Jaarverslag Peilstations over 1976.

## publicaties van medewerkers van het instituut

(anders dan in de vorm van door het N.H.I. uitgegeven rapporten)

- C.P. Bruins - De vitale betekenis van registratie in en over de huisartspraktijk.  
(Patient Care, nov./dec. 1977)
- C.P. Bruins - Commentaar op rapport 'Alleen Samen' van de werkgroep 'Visie lange termijn' van de Kruisorganisaties.  
(Maatschappelijke Gezondheidszorg juli/ aug. 1977)
- C.P. Bruins, W.A. van Veen - Wie moet onze verhoogde bloeddruk opsporen?  
(Medisch Contact 1977, 32, 569)
- J. Bensing - De psycholoog in de eerste lijn; modderbad of aderlating.  
(Medisch Contact 1977, 32, 531)
- A.I.M. Bartelds, J.P. Dopheide, J.P. van der Zee - Nieuwe vestigingen van huisartsen, een onderzoek over de periode januari 1975-augustus 1976.  
(Medisch Contact 1977, 32, 459)
- J.H. Levelink - De plaatselijke overheid en de eerste-lijns gezondheidszorg.  
(Medisch Contact 1977, 32, 107)
- J. Bensing - Tegenspraak, help ons verder: naschrift discussie 'de psycholoog in de eerste lijn'.  
(Medisch Contact 1977, 32, 1004)
- C.P. Bruins, W.A. van Veen - Het Parisoordeel ontmythologiseerd.  
(Huisarts & Wetenschap 1977, 202)
- C.P. Bruins - Het gedrag van hypertensiepatiënten.  
(Huisarts en Praktijk, 1977, 22)

## financieel overzicht

<u>Lasten</u>	<u>1977</u>	<u>(1976)</u>
Be'stuurskosten	f 111.460	f 98.610
Nederlands Huisartsen Instituut	1.542.700	1.526.630
Project Samenwerkingsvormen 1e lijn	299.690	275.520
Project Peilstations	230.850	195.300
Project Registratie Wetenschappelijk Onderzoek	15.950	14.910
Project Huisartsen Registratie	23.010	20.700
Project Evaluatie SPEECH	70.520	43.810
Project Doorlichting SAP	11.970	41.470
Project Philips Medische Dienst/R.P.I.	27.270	-
Project Onderzoek vertrek huisartsen	81.860	-
Project Registratiesysteem Samenwerkingsvormen	24.510	-
Project Hypertensie-standaardisering	25.970	-
Project Cardiofonie	-	19.430
Interimmaatregel jeugdige werkloze	4.090	-
Dotaties voorzieningen	50.240	35.640
Totaal aan lasten <u>netto</u>	f 2.520.050 =====	f 2.272.020 =====

### Baten

Verwacht aan subsidies van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne	f 2.142.300	f 2.033.740
Overige vergoedingen en bijdragen:		
Nederlands Huisartsen Genootschap	45.220	37.080
Leden van het N.H.G.	33.790	33.780
Landelijke Huisartsen Vereniging	195.480	98.750
Nederlandse Hartstichting	25.970	19.430
Ministerie van C.R.M.	17.650	-
Ziekenfondsraad	3.430	-
Intrest en diverse baten	39.240	31.600
Onttrekking voorzieningen	16.970	17.640
Totaal aan baten	f 2.520.050 =====	f 2.272.020 =====

De verkregen opbrengsten zijn in mindering gebracht op de verantwoordte kosten.

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

## inhoudsopgave

	blz.
Algemeen gedeelte . . . . .	3
Inleiding . . . . .	5
de organisatie . . . . .	5
de werkzaamheden . . . . .	6
externe contacten van de directie . . . . .	8
Afdeling wetenschappelijk onderzoek . . . . .	10
inleiding . . . . .	10
psychosociale hulpverlening in de huisartspraktijk . . . . .	14
structuur beroepsgroep . . . . .	24
relatie tussen eerste en tweede lijn . . . . .	33
morbiditeitsregistratie . . . . .	38
diversen . . . . .	42
Afdeling voorlichting en advisering . . . . .	46
Afdeling samenwerkingsvormen . . . . .	47
S1 . . . . .	52
Afdeling nascholing en trainingen . . . . .	56
algemeen . . . . .	56
fonodidactische dienst . . . . .	57
oriëntatiecursus . . . . .	57
werkgroep chronische patiënten . . . . .	58
consult voor de huisarts . . . . .	59
trainingen . . . . .	60
overzicht trainingen . . . . .	63
nascholing voor huisartsen per televisie in samenwerking met TELEAC . . . . .	64
Publicaties van het instituut . . . . .	65
In 1977 uitgekomen uitgekomen rapporten van het N.H.I. . . . .	66
Financieel overzicht . . . . .	67