jaarverslag 1978

van het
nederlands huisartsen instituut

uitgaande van de stichting
nederlands huisartsen instituut

ostbus 2570 - 3500 GN utrecht - mariahoek 4 - 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 - 319946
Postrekeningnummer: 394072
Bank: AMRO-bank N.V., kantoor Vredenburg 26, Utrecht
rekeningnummer: 48.44.59.724

STICHTINGSBESTUUR*

S. van der Kooij	voorzitter	*dagelijks bestuur*
Th.J. Weterman	sekretaris	
Mr M.H.B. Thissen	penningmeester	
Th.J. Hondius	alg. adjunkt	
H.L. van Amerongen		*leden*
G. van Brakel		
H.J. de Bruin		
G.R. van Urk	(tot november 1978)	
A. Vrij		
W.J. Waal		
Dr H. Roelink		*adviserend lid*
C.P. Bruins		*direktie*
Ir W. Wilson		
M. Olthuis-Heetveld	(tot 30-6-1978)	*sekretaresse bestuur*
M.M. van den Berg	(vanaf 1-9-1978)	

*opgave per 31 december 1978

inhoudsopgave

blz.

Inleiding 7

Afdeling Nacholing en Training

inleiding 13
de fonodidaktische dienst 14
de oriëntatiekursus 14
het hypertensieprojekt 15
consult voor de huisarts 16
werkgroep chronische patiënten 16
trainingen 17

Afdeling Dokumentatie en Informatie

inleiding 20
voorlichting 20
bibliotheek en dokumentatie 21
registratie lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg 22

Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek

inleiding 24
verwijzen 27
psychosociale hulpverlening in de huisartspraktijk 33
struktuur beroepsgroep 40
diversen 57

Afdeling Samenwerkingsvormen 59
S1 62

Personeelsraad 65

Kommissies en redakties 66

Lijst van publikaties van medewerkers van het NHI in 1978 67

Financieel overzicht 68

Medewerkers 69

inleiding

Dit jaarverslag begint met een beschrijving van de organisatie van het Nederlands Huisartsen Instituut. Daarna volgt een globale samenvatting van de werkzaamheden en een korte beschouwing over de positie van het Instituut. Het overige - grootste - gedeelte bestaat uit een gedetailleerder verslag over de diverse aktiviteiten.

Medewerkers, direktie, bestuur

Een ingrijpende gebeurtenis aan het eind van 1978 was het afscheid om gezondheidsredenen van de direkteur, C.P. Bruins. Hij heeft zich vanaf 1971 op onnavolgbare wijze voor het Instituut ingezet.
Tijdens een bijeenkomst in de aula van de Rijksuniversiteit te Utrecht werden de deskundigheid, het stimulerend enthousiasme en de veelzijdigheid van de afscheidnemende direkteur geprezen door sprekers namens de nederlandse huisartsen, de Overheid, het bestuur van de stichting en medewerkers van het Instituut. Daarna bestond er tijdens een receptie voor zeer velen gelegenheid Bruins nogmaals te ontmoeten. En tot slot was er voor direkte relaties, bestuur en (ex)medewerkers van het NHI, een groots feest in Kasteel Wijk bij Duurstede.
Bruins blijft ook in de toekomst voor een deeltaak aan het NHI verbonden. Aan het eind van 1978 was nog geen definitieve opvolger gevonden.

Bij de medewerkers waren er diverse mutaties: F. van Lerven verdween bij de afdeling training; de drukker, P. van der Flier vond na zeven jaar NHI elders een baan. Verder hebben M. Olthuis (sekretaresse), H. Sanders (tijdelijk verbonden aan de afdeling Begeleiding en Advisering), D. van der Grift (boekhouder), C.F. Hey-Bos en E.B.J. van der Horst-Schokker (beiden buro-assistente), J. Koopman (arts) en L.H. de Vries (boekhouder) afscheid van het Instituut genomen.
Het bestuur verloor door overlijden de heer G.R. van Urk, sociaal geneeskundige en bestuurslid à titre personnel. Van Urk heeft op zijn eigen

wijze veel voor het Instituut gedaan. Hij had een specifieke inbreng in de vergaderingen van het bestuur.

Organisatie

De reorganisatie onder begeleiding van het Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie (GITP) vond verdere voortgang. In april werd door een werkgroep bestaand uit vertegenwoordigers van NHG, LHV, Overheid, direktie, medewerkers en - voor het eerst - gezondheidszorgkonsumenten een diskussienota uitgebracht. Deze nota werd in een plenaire vergadering van alle belanghebbenden en later afzonderlijk door personeel, staf, bestuur, NHG, LHV besproken, terwijl tevens een gesprek plaats vond met de staatssekretaris, mevr. mr. E. Veder-Smit.
De besprekingen leverden veel nieuwe informatie op. Er was van verschillende zijden kritiek, met name over de doelstelling - 'ontwikkeling van de eerstelijns gezondheidszorg vanuit het gezichtspunt van de huisartsgeneeskunde' - de zelfstandige positie van het Instituut en de gekozen bestuurskonstruktie: een beleidsraad en een bestuursraad. Toch konden alle betrokkenen zich in zoverre in deze nota vinden, dat deze de uitgangspunten kan leveren voor verdere uitwerking in de vorm van nieuwe statuten, een struktuur voor de interne organsiatie en een vijfjarenplan.
Er werd een statutenkommissie ingesteld; de vormgeving van de interne struktuur werd voorbereid door een tweetal nieuwe nota's van het GITP op basis van de voorafgaande diskussies, waarbij de noodzaak van een profielschets van de nieuwe direkteur en anderzijds de konseptie van een aantal 'basiseenheden' zoals 'Relatie 1e-2e lijn', 'Psychosociale hulpverlening', 'Struktuur beroepsgroep', 'Advisering en Begeleiding', 'Nascholing en Training', 'Dokumentatie en Informatie' de basisgedachten vormden. Voor de vijfjarenplannen werden met name in de staf vele voorbereidende werkzaamheden verricht. Eind 1979 zal de reorganisatie vermoedelijk zijn afgerond. De stuurgroep voor het GITP-onderzoek, bestaande uit vertegenwoordigers van bestuur en medewerkers, begeleidde en bewaakte het proces.

Huisvesting, werkomstandigheden, financiën

De huisvesting van het Instituut is te klein, zodat veel medewerkers hun werk onder niet-optimale omstandigheden moeten doen. Hiervoor kon nog geen oplossing worden gevonden. Mede door de onzekerheden van de reorganisatie en de wisseling van medewerkers was er enige tijd een hoog ziekteverzuim. Na enige gesprekken in het bestuur en door de manager kwam hierin verbetering. Door vele medewerkers werd met grote inzet en plezier gewerkt.

De financiering van het Instituut baart zorgen. Enerzijds berust deze geheel op een basissubsidie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, anderzijds zijn er een aantal afzonderlijk gesubsidieerde projekten; er is een bijdrage van een groot deel der NHG-leden en van het NHG en de LHV als vereniging. Deze financiering veroorzaakt diverse moeilijkheden zoals de soms te korte voorbereidingstijd voor nieuwe projekten, beperkte mogelijkheden tot reflektie en het probleem om een kontinue werkgelegenheid voor de medewerkers te verzekeren. Een nieuw probleem vormt de eis van het Ministerie van Financiën, dat extra-budgettaire inkomsten op de subsidie in mindering gebracht moeten worden. Er dient dan ook gezocht te worden naar nieuwe vormen van financiering van het Instituut; daartoe werd door het bestuur een kommissie ingesteld, terwijl men zich ook op het Ministerie hierover bezint. In principe zou de financiering van een eerstelijns instituut, analoog aan die van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde of het Nationaal Ziekenhuis Instituut, een rechtvaardige zaak zijn, temeer daar de ter beschikking staande gelden voor deze instituten veel groter zijn. Naast het Kruiswerk zou ook het NHI uit de AWBZ kunnen worden gefinancierd. Daarnaast overweegt het bestuur de mogelijkheid van de instelling van een fonds, terwijl ook een grotere bijdrage van de beroepsbeoefenaren in de een of andere vorm: een vaste bijdrage of 'fee for service' nodig lijkt - zowel voor de financiën als voor een tastbare betrokkenheid van de huisartsen bij het NHI.

Werkzaamheden

De afdeling Wetenschappelijk Onderzoek verrichtte in ieder van de vier aandachtsgebieden zeer veel werk. Dat blijkt onder meer uit de diverse rapporten en lopende onderzoeken:

relatie 1e-2e lijn

- rapportage vooronderzoek 'Integratie 1e - 2e lijns gezondheidszorg te Hoogeveen'
- rapporten 'Tussen 1e en 2e echelon', deel I en II
- voorbereiding 'Onderzoek Diagnostisch Centrum Oudenrijn'

psycho-sociale hulpverlening

- rapportage evaluatie SPEECH
- konsultatieprojekt Eindhoven
- voorbereiding 'Projekt Psycho-Sociale Hulpverlening Breda'

struktuur beroepsgroep

- rapportage huisartsenregistratie, nieuwe vestigingen
- rapportage vertrekonderzoek
- rapportage registratie samenwerkingsverbanden
- voorbereiding reglement registratiesystemen ter bewaking van de privacy

morbiditeitsregistratie

- rapportage Peilstationsprojekt
- rapportage longitudinaal onderzoek
- voorbereiding van een groot registratieprojekt

diversen

- cardiofonie
- groepsgewijze behandeling
- registratie lopend wetenschappelijk onderzoek

De afdeling kent een geleidelijke groei. Dat is helaas met de service-afdelingen veel minder het geval, ofschoon ook hier een aantal verheugende

aktiviteiten plaats vonden:
het hypertensieprojekt, de voorbereiding van het projekt chronische ziekten, het S1-projekt, de voorbereiding van de nieuwe basiseenheid Dokumentatie en Informatie zijn hiervan enkele voorbeelden. Daarentegen is het aantal trainingen dit jaar ver beneden de planning gebleven, de basiseenheid Begeleiding en Advisering en de bibliotheek lijden een minimumbestaan. In deze afdeling doet zich een moeilijke periode voor waarvoor vele faktoren aansprakelijk zijn: een gebrek aan financiën, misschien een tekort aan ervaren huisartsen, misschien een gebrek aan konkrete visie. Zeker is ook de samenwerking met de LHV, de SNH en de NHG-Commissie Praktijkvoering niet optimaal. Door een nieuwe organisatie, het maken van een konkreet vijfjarenplan en overleg met de beroepsorganisaties wordt getracht deze krisisperiode te gebruiken als startpunt voor een nieuwe bloei.

De positie van het NHI

De doelstelling van het Nederlands Huisartsen Instituut - 'ontwikkelen van de eerstelijns gezondheidszorg vanuit het gezichtspunt van de huisartsgeneeskunde' - biedt veel ruimte. De huisartsgeneeskunde wordt op zeer gevarieerde wijze uitgeoefend: solistisch en in multidisciplinaire teams, in kleine en in zeer grote praktijken, goedkoop en duur, met vrijwel uitsluitend aandacht voor klinische problemen of algemeen hulpverlenend, autoritair of in een vrijwel horizontale arts-patiënt relatie.

Uiteraard hebben ook bestuur en medewerkers van het NHI hun visie over de wijze waarop en waar naar toe de Nederlandse huisartsgeneeskunde zich zal moeten ontwikkelen. Ondanks het feit dat niet over de *visie van het NHI* gesproken kan worden is er wel een communis opinio over enkele algemene tendensen: de huisartsgeneeskunde zal medikalisering zoveel mogelijk moeten tegengaan, zich verzetten tegen een technologisch, hoog-gespecialiseerde gezondheidszorg, die de patiënten van de gezondheidszorg afhankelijk maakt; de huisartsgeneeskunde zal een open oog dienen te hebben voor de hulpvrager zélf en voor het hele spektrum van zijn problemen, maar ander-

zijds zal de huisartsgeneeskunde de beperkingen van de huisartsgeneeskundige hulpverlening moeten beseffen; de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde behoeft verbetering; de huisarts dient zowel met andere eerstelijns hulpverleners als met de tweedelijns gezondheidszorg samen te werken.

Soms is het verleidelijk zich een utopische gezondheidszorg als ver doel voor ogen te stellen. Maar in de dagelijkse praktijk en ook in de vijfjarenplannen heeft het Nederlands Huisartsen Instituut te maken met de Nederlandse huisarts van nu en de huidige struktuur van de Nederlandse gezondheidszorg. Daarom is het belangrijk dat het NHI van de beleidsinstanties - in dit geval vooral de Overheid en de beroepsorganisaties - èn voor de individuele Nederlandse huisarts, herkenbaar is. Voor de beleidsinstanties is dat in meer of mindere mate het geval, al valt aan regelmatig wederzijds overleg tussen Overheid, NHG en LHV enerzijds en het NHI anderzijds nog wel iets te verbeteren. Of *de* Nederlandse huisarts het NHI 'ziet zitten' is zeer de vraag. Wanneer het NHI een wezenlijke funktie bij de ontwikkeling van de eerstelijns gezondheidszorg wil vervullen zal het beeld dat de Nederlandse huisartsen van het NHI hebben aanzienlijk dienen te verbeteren. Het staat wel vast dat de afdeling 'Service' daarbij een grotere rol zal kunnen spelen dan de afdeling 'Wetenschappelijk Onderzoek'. Moge het lukken deze doelstelling in de komende vijf jaar minstens voor een deel te bereiken.

afdeling nascholing en training

Inleiding

Aan het eind van 1977 verscheen het tweede interimrapport van het Overleg-orgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, dat in hoofdzaak handelt over het post-academisch onderwijs voor huisartsen. In dit rapport wordt de afdeling Nascholing en Training van het Nederlands Huisartsen Instituut slechts zijdelings vermeld als een van de instellingen welke zich met nascholingsaktiviteiten op huisartsen richt.
De bescheiden vermelding van de afdeling komt overeen met de realiteit, die een afdeling laat zien bestaande uit drie half-time stafmedewerkers: twee huisartsen en een trainer. Wat personele bezetting betreft een dieptepunt in het bestaan van de afdeling.
Niettemin bleek het mogelijk een aantal aktiviteiten uit te voeren. Daarover zal hierna afzonderlijk worden gerapporteerd.

Deze aktiviteiten zijn:
- de fonodidaktische dienst, waarin de trend van de voorgaande jaren zich voortzette;
- de oriëntatiekursus, waarvan in het verslagjaar een editie werd gehouden;
- het hypertensieprojekt, dat in dit verslagjaar ten uitvoer werd gebracht;
- de werkgroep chronische patiënten, die zich bezig hield met de zorg voor de diabetespatiënt;
- het 'Consult voor de Huisarts', dat in het verslagjaar vier maal verscheen;
- de nascholing voor huisartsen per televisie, waaraan een belangrijk evaluatieonderzoek werd gekoppeld;
- de trainingen die - ondanks personele problemen - doorgang konden vinden.

De fonodidaktische dienst

Binnen deze aktiviteit vindt een voortgaande verschuiving plaats van band-diaseries naar videoprogramma's, zowel wat het aanbod als wat de vraag betreft. De produktie van band-diaseries ligt stil; het bestaande materiaal veroudert en de vraag ernaar daalt: in 1977 200 aanvragen, in 1978 nog 100. De produktie van videobanden blijft op nivo. Er is via het op videoband zetten van de televisie-nascholingsprogramma's een kontinue aanmaak. De vraag naar deze programma's steeg van 50 naar 70. De nieuw in de mediatheek opgenomen programma's zijn:

1978/1/1 Bloedverlies tijdens zwangerschap
/1/2 Onderzoek pasgeborene
/1/3 Hypertensie I
/1/4 Hypertensie II

1978/2/1 Antikonseptie I
/2/2 Antikonseptie II
/2/3 Menopauze I
/2/4 Menopauze II

1978/3/1 Neurologisch onderzoek
/3/2 Extrapiramidale bewegingsstoornissen
/3/3 Trauma Capitis
/3/4 Epilepsie

De oriëntatiekursus

In het verslagjaar werd de 26ste oriëntatiekursus gehouden. De voorjaarskursus vond geen doorgang wegens de aktiviteiten met betrekking tot het hypertensieprojekt.
Het in vorige jaren gerapporteerde overleg met vertegenwoordigers van de Universitaire Huisartsen Instituten leidde tot de afspraak, dat elk instituut naar eigen behoefte gebruik zou maken van de mogelijkheden die de kursus biedt. Een enkel instituut bleek belangstelling te hebben voor de

'aankoop' van onderdelen van de kursus. Andere maakten kenbaar de onderwerpen, welke in de kursus worden behandeld, zelf in het opleidingsjaar aan de orde te stellen met inschakeling van eigen medewerkers.
De oriëntatiekursus van het Nederlands Huisartsen Instituut blijft echter aantrekkingskracht behouden: een uitverkocht huis en - blijkens de evaluaties van de kursisten - een leerzame, gevarieerde maar vermoeiende kursus. De deelnemers waren afkomstig van de verschillende Universitaire Huisartsen Instituten.

Het hypertensieprojekt

Het hypertensieprojekt vroeg in het verslagjaar een belangrijk deel van de energie van de afdeling.
Op 18 januari werd het werksymposium gehouden onder het thema: Huisarts en Hypertensie. Gekozen was voor een gevarieerde indeling van de dag. Na het stellen van het probleem door enkele inleiders werden in kleine groepen ervaringen uitgewisseld en werd, doorgaans buitengewoon enthousiast, gediskussieerd. In de middag kwam het probleem van de opsporing aan de orde. De hiervoor gekozen vorm was een 'kort geding' rond de stelling *'de huisarts dient in zijn praktijkvoering een aktief en systematisch opsporingsbeleid te voeren ten aanzien van hypertensie'*. Naar aanleiding van kasuïstiek werd het symposium besloten met het bespreken van de konkrete problemen, welke zich voordoen bij het begeleiden van een patiënt met verhoogde bloeddruk.
Er waren ruim 300 deelnemers op deze bijeenkomst.

In de maanden volgend op het symposium werden 20 nascholingsavonden gehouden. De organisatie van die avonden was in handen van plaatselijke nascholingsgroepen. Het programma van de avonden werd door het Nederlands Huisartsen Instituut verzorgd. Presentatie van dit programma was in handen van huisartsen met een meer dan gemiddelde kennis op dit gebied, die door het Nederlands Huisartsen Instituut waren aangezocht.
Financiële steun werd ontvangen van de Nederlandse Hartstichting; technische ondersteuning van Smith, Kline en French B.V.

De avonden werden door ongeveer tweehonderd huisartsen bezocht.

'Consult voor de huisarts'

Mede onder auspiciën van het NHI geeft de uitgeverij Bohn, Scheltema en Holkema vier keer per jaar een selektie uit van voor de huisarts relevante literatuur. Er zijn A-, B- en C-artikelen. A-artikelen worden integraal vertaald opgenomen, van B-artikelen worden referaten gemaakt, van C-artikelen worden alleen de samenvattingen weergegeven. De eerste selektie geschiedt door een redaktieraad van praktizerende huisartsen; de tweede door een kernredaktie waarin het NHI is vertegenwoordigd. Er zijn meer dan 2000 abonnees.

Werkgroep chronische patiënten

De adviezen voor diagnostiek en begeleiding van diabetici kregen hun definitieve vorm na een aantal besprekingen met deskundigen op dit gebied. Daarnaast werd de definitieve versie van de werkkaart voor de begeleiding van de patiënt met suikerziekte vastgesteld. Hierna werd begonnen met de voorbereiding van een themanummer van Huisarts & Wetenschap en de uitwerking van de plannen voor een nascholingsaktiviteit over dit onderwerp in de loop van 1979.
De werkzaamheden aan het konsept-advies over het onderwerp CARA-patiënten stagneerde op inhoudelijke problemen. Op het ontwerp voor de behandeling en begeleiding van urineweginfekties werd schriftelijk kommentaar gevraagd aan de hoogleraren op dit terrein. Deze kommentaren zullen verwerkt worden in het definitieve advies.
Bevestigd werd de indruk, zoals neergelegd in het voorgaande jaarverslag, dat deze aktiviteiten voor huisartsen tastbare steun opleveren in hun dagelijkse werkzaamheden.

Trainingen

De belangrijkste trainingsaktiviteiten lagen in het verslagjaar op de volgende terreinen:

- trainingen met open inschrijving
- trainingen op aanvraag
- experiment 'de trainer aan huis'
- methodisch werken

trainingen met een open inschrijving

Voor 1978 stonden 9 trainingen met open inschrijving op het programma. Deze waren te onderscheiden in werktrainingen, waarin het aksent ligt op gespreksvoering, houding, praktijkorganisatie en samenwerking, en trainingen persoonlijk funktioneren, waarin het ontdekken en verder uitbouwen van ieders persoonlijke stijl van beroepsuitoefening centraal staat.
Van deze 9 geplande trainingen waren er 6 werktrainingen en 3 trainingen persoonlijk funktioneren. Het was voor de huisarts bovendien mogelijk deze trainingen te volgen in blokvorm óf gespreid in de tijd.
Helaas gingen in totaal slechts twee van de negen trainingen door; de andere moesten wegens te geringe belangstelling worden afgezegd. De twee trainingen die wèl doorgingen waren de trainingen persoonlijk funktioneren in blokvorm. Besloten is dan ook enkele trainingen van dit type in 1979 opnieuw te organiseren.
Natuurlijk is er binnen het instituut veel gesproken over de oorzaken van deze tegenvallende belangstelling. Daarbij werden onder andere genoemd:

- onbekendheid bij de huisarts met deze vorm van training; veel meer tijd moet worden besteed aan verduidelijking, waarvoor de mankracht ontbreekt. Tevens ontbreekt op dit ogenblik een lange-termijn-visie van het instituut.
- er zijn andere, niet vergelijkbare, maar wel goedkopere en kortere trainingen voor huisartsen (onder andere de PAC-kursussen van Roche, en de kursussen van de Universitaire Huisartsen Instituten).

trainingen op aanvraag

Ook in 1978 bood het NHI de mogelijkheid tot training op aanvraag voor bestaande groepen. Los van de aanvragen die via het S1-projekt liepen, werd hiervan in NHI-verband door één groep gebruik gemaakt. Het betreft een groep hulpverleners, vooral artsen, die met elkaar een grote belangstelling voor het onderwerp 'humanistic medicine' gemeen hadden. Een training van in totaal 20 dagdelen vond plaats in de herfst van 1978 en januari 1979. Zowel de theorie als de praktijk van humanistic medicine kwamen in deze training aan de orde.

experiment 'de trainer aan huis'

In 1978 werd geëxperimenteerd met een vorm van training die met name voor groepspraktijken en andere samenwerkingsverbanden perspektieven biedt: training in de praktijk. Bij deze opzet is de trainer een aantal dagen aanwezig bij spreekuur, visites, etcetera. Aan de hand van observaties en video-opnamen wordt geoefend met nieuwe mogelijkheden van werken, of op andere wijze aan de leerdoelen van de deelnemende huisartsen gewerkt. De resultaten van dit experiment, in de groepspraktijk Nieuwkoop, zijn positief en vragen om voortzetting.

methodisch werken

Eind 1978 werd een begin gemaakt met een proefkursus 'Methodisch Werken'. Methodisch werken is het in praktijk brengen van een doelgerichte, systematische opzet van het hulpverleningsproces. Veel aandacht wordt besteed aan de participatie van de patiënt bij het formuleren van de hulpvraag, bij het opstellen van een behandelingsplan en bij de evaluatie van het proces. Daarbij leert de hulpverlener zijn relatie met de patiënt benutten ten dienste van een optimale hulpverlening.

nascholing per televisie in samenwerking met de Stichting TELEAC

Het streven naar een grotere doelgroep dan alleen huisartsen werd duidelijk door de keuze van de onderwerpen antikonseptie en de middelbare leeftijd van de vrouw. Hierbij werd gehoopt op een publiek van vrouwen-

artsen, psychiaters, internisten, wijkverpleegkundigen, verloskundigen en maatschappelijk werkenden.
Aan de uitzendingen over antikonseptie werd medewerking verleend door mevrouw M.C. Dersjant-Roorda, prof. dr. A.A. Haspels en dr. J.P.C. Moors.
Aan de uitzendingen over de middelbare leeftijd van de vrouw werd medegewerkt door mevrouw drs. Marion Bloem, psychologe en schrijfster, mevrouw dr. Marcha Flint, antropologe aan het Montclair State College New Yersey, V.S., dr. P.A. van Keep, direkteur van de International Health Foundation en dr. J.E. Zeylmans, huisarts.
De invloed van deze uitzendingen op patiënt en huisarts zal worden geëvalueerd door medewerkers van de Subfakulteit psychologie van de Rijksuniversiteit te Leiden.
Ook van deze uitzendingen zijn videobanden vervaardigd die voor belangstellenden bij het NHI te leen zijn.

afdeling dokumentatie en informatie

De afdeling Dokumentatie en Informatie is een nieuwe loot aan de NHI-stam. Zowel in de GITP-nota over plaats en funktie van het NHI als in een interne nota over de service-afdelingen werd de mogelijkheid geopperd om de informatiestromen in het Instituut te bundelen. Daarbij, zo werd gedacht, is er voor het NHI, als landelijk instituut, ook zeker een taak op het gebied van dokumentatie weggelegd. In de loop van dit verslagjaar kregen deze plannen langzamerhand meer vorm.
Aan de doelstelling van de afdeling zijn twee aspekten te onderscheiden: enerzijds het verzamelen en toegankelijk maken van informatie over de aandachtsvelden van het Instituut zelf, anderzijds het zelf verrichten van voorlichtingsaktiviteiten of het stimuleren daarvan, zowel ten behoeve van personen binnen het Instituut als aan individuen en instellingen daarbuiten. De afdeling is per 1 november 1978 gekreëerd; de voormalige afdeling Voorlichting, de bibliotheek, de Registratie lopend Wetenschappelijk Onderzoek in en over de eerste lijn, en de receptie hebben er een plaats in gevonden. Gehoopt wordt in 1979 deze aktiviteiten in één ruimte te kunnen onderbrengen.

Voorlichting

Gewoontegetrouw heeft de afdeling Voorlichting in het verslagjaar de nodige aktiviteiten verricht voor een aantal individuele bezoekers en een aantal groepen arts-assistenten (7 groepen en ongeveer 70 bezoekers). Daarnaast werd een vrij groot aantal telefonische vragen verwerkt. Meestal hebben deze vragen betrekking op tamelijk eenvoudige problemen, zoals het salaris van een doktersassistente, het vinden van een bepaald adres etcetera. Vaak wordt ter verdere informatie een brochure verstuurd. In tegenstelling tot vorige jaren is geen enkele brochure herzien en slechts een enkele nieuwe - over Hb-meters - verschenen.
Dit was overigens slechts één teken van een niet geheel naar wens funktioneren van de afdeling, zodat een grondige bezinning op de plaats van de

voorlichting binnen het Instituut noodzakelijk werd geacht. De reeds vermelde reorganisatie is dan ook vooral voor deze afdeling zeer ingrijpend geweest.
In augustus 1978 kon een arts als tijdelijk medewerker worden aangetrokken, waardoor tijd vrijkwam voor enige reflektie en voorbereiding van de reorganisatie. Daarbij werd met name aandacht geschonken aan het beter omschrijven van het begrip 'praktijkvoering'; in principe kan men immers alles tussen vloerbedekking en plafond van de praktijkruimte hieronder laten vallen, waardoor het als richtsnoer voor voorlichtingsaktiviteiten een nauwelijks bruikbaar begrip is. Besloten is de aktiviteiten te centreren rond twee aspekten van de praktijkvoering, namelijk het bedrijfsmanagement, dat wil zeggen, zaken die op wezenlijke punten het bedrijf beïnvloeden, zoals kommunikatiesystemen, bouw, administratie en dergelijke, en patiëntmanagement, dat wil zeggen, de organisatorische aspekten van de behandeling van patiënten als kollektief (bijvoorbeeld selektering van chronische patiënten). Door deze beperking van het begrip praktijkvoering kunnen de voorlichtingsaktiviteiten van het instituut beter geprofileerd worden.
Eind 1978 is een begin gemaakt met het projektgewijs opzetten van voorlichting, met name gericht op arts-assistenten en pas gevestigde huisartsen. Hierbij zal ook aan de methodische aspekten van het voorlichten aandacht worden geschonken. Gepoogd wordt de Universitaire Huisartsen Instituten hierbij te betrekken. In verband met de andere opzet van de afdeling werd per 15 december van het verslagjaar de permanente tentoonstellingsruimte gesloten. De Werkgroep Voorlichting zag in het veranderde kader voor zichzelf geen plaats meer en heeft zich per 1 november opgeheven.

Bibliotheek en dokumentatie

Sinds de scheiding in 1976 van de bibliotheken van het Nederlands Huisartsen Instituut en die van het Universitair Huisartsen Instituut heeft de bibliotheek van het NHI een noodlijdend bestaan geleid. Ook in 1978 was hij niet toegankelijk voor derden. Aan het einde van het jaar is, binnen

de nieuw gekreëerde afdeling, een begin gemaakt met het reorganiseren van de verzameling.
De inhoud van de bibliotheek zal vooral door de aandachtsvelden van het Instituut worden bepaald en zal zich derhalve richten op de strukturele en organisatorische aspekten van de eerstelijns gezondheidszorg. Over deze plannen is kontakt gezocht met verwante instellingen zoals de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening Joint, en met het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Stichting Nascholing Huisartsen. Er wordt naar gestreefd begin 1980 weer service aan derden te verlenen, zij het aanvankelijk nog op beperkte schaal.

Registratie lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg

In de verslagen over 1975, 1976 en 1977 is uitvoerig uiteengezet hoe het registratieprojekt is opgezet en hoe het funktioneert. In het eerste kwartaal 1978 werd het jaarrapport nr. 6, 1977 verzonden aan alle onderzoekers, wier onderzoek in het rapport was opgenomen, de kontaktpersonen, de vaste kamerkommissie voor Volksgezondheid, het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en andere beleidsvormende instanties.
Bij het verschijnen van het rapport werd aan vele instellingen een bericht van verschijnen gezonden; verschillende eerstelijns tijdschriften publiceerden een aankondiging.
De nieuwe onderzoeken die in het eerste halfjaar van 1978 werden gemeld zijn, zoals gebruikelijk, gepubliceerd in het mededelingenblad voor nieuwe onderzoeken dat halverwege twee jaarrapporten wordt gezonden aan onderzoekers, kontaktpersonen en andere geïnteresseerden. Dit mededelingenblad gaat vergezeld van een vervolgregistratieformulier; op deze wijze tracht het registratieprojekt in het bezit te komen van de meest recente gegevens, die vervolgens in het volgende rapport verwerkt kunnen worden.
Tevens werd gebruik gemaakt van de gegevens van het Sociaal Wetenschappelijk Dokumentatie- en Informatiecentrum te Amsterdam.
Begonnen werd aan de samenstelling van rapport nr. 7, 1978. Dit rapport

werd als volgt ingedeeld:

Hoofdstuk I	:	lopende onderzoeken	206
		in het verslagjaar gemelde onderzoeken	63
Hoofdstuk II	:	de in het verslagjaar beëindigde onderzoeken	67

De onderwerpenindex is dit jaar kwa opzet anders dan voorgaande jaren. Er is geprobeerd door het opnemen van een groot aantal verwijzingen een associatie-netwerk op te bouwen. Gehoopt wordt de nauwkeurigheid en de trefzekerheid hiermee te hebben verbeterd.

Het registratieprojekt werd opgenomen in de inventarisatie inzake lopend onderzoek opgezet door Unesco/Unisist in samenwerking met Smithsonian Science Information Exchange (SSIE).

afdeling wetenschappelijk onderzoek

Veel aandacht is in het verslagjaar besteed aan de interne organisatie van de afdeling. Toen halverwege het jaar C.P. Bruins, direkteur en tevens hoofd van de afdeling, zijn vertrek per 1 januari 1979 bekend maakte, openbaarde zich de noodzaak van een diepgaande bezinning over de de funktie van afdelingshoofd.
Hoewel intern inmiddels overeenstemming is bereikt over de aard van de funktie en over de bezetting daarvan, is het definitief tot stand komen van deze plaats binnen het Instituut afhankelijk van de goedkeuring van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
Ook inhoudelijk was het voor de afdeling echter een druk en in de meeste opzichten een vruchtbaar jaar.

* Zo valt uit het aandachtsveld 'Relatie tussen eerste en tweede lijn' de publikatie te melden van het tweede rapport in de serie 'Tussen eerste en tweede echelon', waarin ditmaal uitgebreide aandacht wordt geschonken aan de mikrobenadering van het verschijnsel 'verwijzen', waarbij vooral de relatie tussen verwijspercentage en praktijkgrootte de nodige aandacht kreeg, evenals de relatie tussen de hoogte van het verwijspercentage en de gemiddelde ernst van de verwijzing. In dit rapport wordt tevens een voorstel gedaan voor een uitgebreid onderzoek naar verwijzen op mikronivo.
Het vooronderzoek naar de integratie tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg te Hoogeveen werd afgesloten met een rapport, tot stand gekomen in samenwerking met het Nationaal Ziekenhuis Instituut en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde/TNO. Hoewel in dit vooronderzoek met soms gebrekkig materiaal gewerkt moest worden, viel wel te konkluderen dat de veranderingen in de werkwijze van de huisartsen groter waren dan die aan de kant van de specialisten. Naar verwachting zal in 1979 met een vervolgonderzoek kunnen worden begonnen.
De werkzaamheden aan het projekt 'Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn' werden getemporiseerd totdat, geheel aan het eind van het jaar, de officiële onderzoeksopdracht van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd ontvangen. Met het opstellen van een onderzoeksontwerp is inmiddels, ook hier in samenwerking met het NZI, een begin gemaakt.

* De projektgroep 'Psychosociale hulpverlening in de huisartspraktijk' besteedde enige tijd aan het systematiseren en in een nieuw theoretisch kader plaatsen van de ervaringen opgedaan met drie jaar onderzoek op dit terrein. Dit resulteerde onder andere in een voorstel voor onderzoek naar de effekten van een konsultatie-experiment te Breda, waarin meer dan tot voorheen aandacht geschonken wordt aan de invloed van de arts op de lotgevallen van de patiënt.
De werkzaamheden aan het konsultatieprojekt Eindhoven verliepen grotendeels volgens plan; in de herfst van het verslagjaar werd het konsept-interimrapport aangeboden.
Het onderzoek Evaluatie SPEECH ging zijn derde en laatste jaar in; ook van dit onderzoek werd middels een interimrapport verslag gedaan. Per 1 april 1979 zal het eindrapport beschikbaar zijn.

* Uit het aandachtsveld 'Structuur Beroepsgroep' dient allereerst het onderzoek naar achtergronden van vertrek uit de huisartspraktijk vermeld te worden, verricht in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Medio 1978 werd een uitvoerig rapport gepubliceerd. De werkbelasting van vroegtijdig vertrokken huisartsen bleek een bijzonder belangrijke faktor te zijn, evenals, en wellicht daarmee samenhangend, het aantal nevenfunkties.
De huisartsenregistratie leverde weer vele overzichten van de aantallen gevestigde, vertrokken en praktizerende huisartsen. In september 1978 werd begonnen aan een onderzoek naar nieuwe vestigingen van huisartsen, mede op basis van de gegevens uit het huisartsenregistratiesysteem.
Halverwege het verslagjaar kwam het eerste rapport van het projekt Registratie Samenwerkingsverbanden gereed. De publikatie bevat een groot aantal gegevens, onder andere over aantallen groepspraktijken en gezondheidscentra, hun spreiding over het land, hun toename in de tijd, en informatie over bestuur en beheer, management, etcetera.

* Uit het aandachtsveld 'Morbiditeitsregistratie' is, zoals gebruikelijk, het jaarverslag van het Peilstationsprojekt te vermelden. Het bevat vele interessante gegevens. Met het bij dit projekt behorende longitudinale onderzoek werd in het verslagjaar flinke vorderingen gemaakt; een rap-

port over twee jaar follow-up van hartinfarctpatiënten is gereed gekomen, drie andere rapporten zullen in mei 1979 gepubliceerd worden. Teneinde dit aandachtsveld verder te ontwikkelen is een uitgebreide literatuurstudie over de problemen van morbiditeitsregistratie gemaakt.

Over bovenstaande projekten zal hierna uitvoeriger gerapporteerd worden.

Verwijzen

Werden in het vorige jaarverslag uitvoerig de resultaten vermeld van onderzoek naar achtergronden van verschillen in ziekenfondsverwijzingen op macro-nivo, ditmaal worden enkele resultaten gegeven van een onderzoek waar op micro-nivo het verband is vastgesteld tussen de omvang van de huisartspraktijk en het huisartsenverwijscijfer.
Tijdens de opzet en uitvoering van dit onderzoek (een heranalyse van het uit 1969 stammende materiaal van Van Es en Pijlman) werden twee dingen bijzonder duidelijk:

- Het meestal in onderzoek gebruikte bruto-verwijscijfer (het aantal verwijskaarten per 100 of 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar) is zeer slecht bruikbaar wanneer men de invloed van kenmerken van de huisarts (-praktijk) op verschillen in verwijscijfers wil onderzoeken.
- Voor een onderzoek waarin men op micro-nivo het verband wil onderzoeken tussen kenmerken van de huisarts(-praktijk) en door de huisarts afgegeven verwijskaarten, moet men beschikken over zeer gedetailleerde gegevens betreffende:
  . het aantal eerste, respektievelijk het aantal terugbestelkontakten tussen huisarts en patiënt voor ziekenfonds- en partikuliere verzekerden;
  . het aantal 'echte' verwijzingen (aktieve verwijsbeslissingen van de huisarts), het aantal verwijzingen waarover de huisarts in feite niet veel zeggenschap heeft (verwijskaarten, na 1 jaar afgegeven omdat de maximale specialistische behandelingstermijn verstreken is, achteraf gegeven verwijskaarten vanwege akute klinische of poliklinische behandeling, verwijzingen naar de oogarts vanwege refractie-afwijkingen) en het aantal verwijzingen dat nadrukkelijk op verzoek van de patiënt plaats vindt; ook deze verwijscijfers wederom voor ziekenfonds- en partikulier verzekerden.

Daarnaast dient men te beschikken over gegevens die de positie van de huisartspraktijk nader bepalen, zoals afstand tot en omvang van de klinische voorzieningen, urbanisatiegraad vestigingsgemeente, samenstelling van de praktijk naar leeftijd en geslacht, en eerst dán kan men op enigs-

zins verantwoorde wijze het verband tussen de omvang van de huisartspraktijk en het aantal verwijskaarten vaststellen.
Men moet dan bovendien de aktieve verwijzingen niet betrekken op het aantal patiënten of verzekerden, maar, en dit is erg belangrijk, op het aantal arts-patiënt kontakten!
Het bruto-verwijspercentage is namelijk samengesteld uit 2 komponenten: het aantal verwijzingen per 100 kontakten en het aantal kontakten per patiënt, in formule:

$$\frac{100 \times \text{verwijzingen}}{\text{patiënten}} = 100 \times \frac{\text{verwijzingen}}{\text{kontakten}} \times \frac{\text{kontakten}}{\text{patiënten}}$$

Nu is het zo dat de grootte van de praktijk de eerste komponent (aantal verwijzingen per 100 kontakten) positief beïnvloedt: hoe meer patiënten, hoe vaker patiënten naar verhouding verwezen worden; en de tweede komponent negatief: hoe groter de praktijk, hoe kleiner het gemiddeld aantal kontakten per patiënt.
Het netto-effekt van deze beide relaties is nihil: het bruto-verwijspercentage wordt door de grootte van de praktijk nauwelijks beïnvloed.
De uitkomsten van de uitgevoerde heranalyse van het materiaal van Van Es en Pijlman (met alle voorzichtigheid, vanwege het ontbreken van belangrijke gegevens, gepresenteerd) illustreren bovengenoemde overweging duidelijk:

- er is positief verband tussen praktijkgrootte en het aantal aktieve verwijzingen per 100 kontakten,
- er is geen verband tussen praktijkgrootte en het aantal 'onechte' verwijzingen per 100 patiënten,
- beide verwijscijfers worden positief beïnvloed door de aanwezigheid van een ziekenhuis,
- bovendien blijkt de proportie minder ernstige verwijsdiagnosen hoger als meer patiënten worden verwezen.

Aansluiting kan dan ook gezocht worden bij de konklusie van Pel, die in 1975 in Medisch Contact een overzicht geeft van de aard van de in zijn praktijk afgegeven verwijskaarten en formuleert, dat 'verschillen in verwijspercentages tussen stads- en plattelands huisartsen wel eens veroorzaakt

kunnen worden door een veel groter percentage pseudo-verwijzingen bij de stadsarts'.

Het onderzoek zal in 1979 worden voortgezet met een nadere analyse van de invloed van de huisarts (gebruik van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen) op het verwijscijfer.

projekt 'integratie tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg te Hoogeveen'

Zoals aangekondigd in het jaarverslag over 1977 werd 1978 besteed aan het uitvoeren van een vooronderzoek naar de effekten van het proces van integratie tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg in en rond het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen. Doel van dit vooronderzoek was een globale verifikatie van de konklusies van het rapport 'Samenwerking eerste- en tweedelijns gezondheidszorg in de praktijk gebracht in Hoogeveen', een syllabus samengesteld door medewerkers van het ziekenhuis en de eerstelijns gezondheidszorg te Hoogeveen. Deze konklusies hebben voornamelijk betrekking op gegevens betreffende een verschuiving van tweede naar eerste lijn (afnemend aantal polikliniekbezoeken, afnemende gemiddelde verpleegduur en op minder snel toegenomen kosten van geneesmiddelen). De onderzoeksinstituten (Nationaal Ziekenhuis Instituut, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO en Nederlands Huisartsen Instituut) besloten het vooronderzoek te centreren rond een aantal thema's:

- het zogenoemde 'kader' waarin de ontwikkelingen te Hoogeveen geplaatst dienen te worden: groei en samenstelling van de bevolking, voorzieningenpatroon in en rond Hoogeveen, beleidsvoornemens;
- patiëntenstromen: verwijzingen door huisartsen, polikliniekbezoeken, behandeling door specialisten;
- geneesmiddelenkonsumptie;
- diagnostische hulpmiddelen: klinisch chemisch laboratorium, röntgenkamer.

Met behulp van door de betrokken ziekenfondsen verstrekte gegevens was het mogelijk de huisartsenverwijscijfers van Hoogeveen te vergelijken met die van een aantal andere plaatsen over de jaren 1973-1977, geordend naar

specialisme. Tevens werden, over dezelfde periode en voor dezelfde plaatsen, enkele gegevens verzameld over het terugbestellen door de specialist, gemeten middels de herhalingsfaktor. In het algemeen werd vastgesteld dat de veranderingen in de patiëntenstromen sterker zijn geweest waar het de huisarts is die de beslissing neemt tot verwijzing, dan waar het de specialist is die de beslissing neemt tot terugverwijzing, terugbestellen, of opnemen van de patiënt. Voor sommige specialismen kon te Hoogeveen een spektakulaire daling van het verwijspercentage worden vastgesteld, waarbij echter moet worden opgemerkt dat het verwijspercentage van de Hoogeveense huisartsen kort na de opening van het nieuwe, vergrote ziekenhuis in vergelijking met de andere onderzochte plaatsen buitengewoon hoog was. Het beeld dat de afzonderlijke specialismen vertonen wat betreft opnamen, verpleegdagen en gemiddelde verpleegduur is wisselend, en mede bepaald door de bezetting van de medische staf en de wijzigingen daarin.
Op het gebied van de door huisartsen voorgeschreven geneesmiddelen kon vastgesteld worden dat de te Hoogeveen gemaakte afspraken, met name de afspraak om bij gelijkwaardige preparaten het goedkoopste voor te schrijven, hebben geleid tot een afname van de kostenstijging.
Analyse van de ziekenfondsgegevens over de periode 1972-1977 voor Hoogeveen en drie kontroleplaatsen laat zien dat de grafiek van de gemiddelde kosten per aflevering, die in andere plaatsen steil omhoog loopt, te Hoogeveen een aantal knikken vertoont. Vergelijkt men in alle plaatsen de goedkoopst voorschrijvende arts met de op één na duurste, dan ziet men dat deze twee elkaar in Hoogeveen in de loop der jaren steeds dichter gaan naderen, een tendens die in de andere plaatsen ontbreekt. Verondersteld wordt dat het te Hoogeveen opgerichte huisartsenberaad in deze als een soort mechanisme van sociale kontrole funktioneert: doordat de plaatselijke huisartsen elkaar frekwent in een tamelijk geformaliseerde setting ontmoeten is er een mogelijkheid ontstaan om 'overtreders' van de gemaakte afspraken met sukses op hun afwijkende gedrag te wijzen.
De beschikbare en verzamelde gegevens op het gebied van diagnostische hulpmiddelen (gebruik van het klinisch-chemisch laboratorium en de röntgenkamer door de huisartsen) boden geen grond voor het aannemen van een verschuiving van tweede naar eerste lijn. De gedachte dat een vergroting van het diagnostisch arsenaal van de huisarts resulteert in een vergroot

probleemoplossend vermogen van de eerste lijn en daardoor in een verminderde noodzaak een beroep te doen op de specialist kon in dit onderzoek niet ondersteund worden; voor de hypothese dat het te Hoogeveen in vergelijking met de kontroleplaatsen zeer hoge gebruik dat de huisartsen maken van de röntgenfaciliteiten als een substitutie van specialistisch gebruik van deze faciliteiten kan worden opgevat, kon evenmin steun worden gevonden. Een eventuele verbetering in de kwaliteit van de verwijzing door de huisarts kon met het beschikbare materiaal niet onderzocht worden.
De algehele konklusie was dat, met uitzondering van de verwijspercentages van de huisartsen, geen duidelijke effekten van het integratieproces konden worden vastgesteld, althans niet met de gevolgde methode. De op het gebied van de geneesmiddelen konsumptie bereikte resultaten staan in feite wat buiten de integratie in strikte zin, maar zijn niettemin van belang, ook als richtsnoer voor verder onderzoek. Door alle onderzoekers werd het feit dat te Hoogeveen geen op de nagestreefde integratie gerichte registratie van hulpverlening werd bijgehouden als een groot probleem ervaren.
De resultaten van het vooronderzoek zijn, in de vorm van een gemeenschappelijk rapport van de drie instituten, in november 1978 aangeboden aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op welks verzoek het vooronderzoek is verricht. Het rapport draagt een vertrouwelijk karakter. In overleg tussen dit ministerie en de drie instituten wordt thans gezocht naar een vorm voor het definitieve onderzoek. Hoewel het vooronderzoek een aantal interessante kwantitatieve gegevens heeft opgeleverd, staat wel vast dat een vervolgonderzoek geen retrospektief karakter zal hebben.

diagnostisch centrum

In het verslag over 1977 werd onder dit hoofd het onderzoek inzake de integratie van eerste en tweede lijn te Hoogeveen behandeld.
Eind 1978 is, aanmerkelijk later dan aanvankelijk verwacht, van de zijde van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het officiële verzoek ontvangen mede te werken aan de evaluatie van een Diagnostisch Centrum in de zin van het rapport 'Experiment Diagnostisch

Centrum' van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit 1975. Als lokatie voor onderzoek door het N.H.I. is aangewezen het diagnostisch centrum van het ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht. Wellicht zal tevens een nog nader aan te wijzen andere lokatie door het N.H.I. geevalueerd worden. Begin 1979 zijn de besprekingen gestart met de andere instituten die met de evaluatie zijn belast, te weten het Nationaal Ziekenhuis Instituut, het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en de Medische Fakulteit Maastricht. De samenwerking met het N.Z.I. zal het meest intens zijn; het R.I.V. richt zich voornamelijk op de bewaking van de kwaliteit van de geleverde diensten; de Medische Fakulteit Maastricht is niet bij het projekt Oudenrijn betrokken, maar is belast met de evaluatie van het Diagnostisch Centrum in het ziekenhuis St. Annadal te Maastricht. Met laatstgenoemde organisatie zal wel een frekwent overleg gevoerd worden om te bewerkstelligen dat de verschillende onderzoekingen althans op een aantal belangrijke kenmerken kwa opzet enigszins overeenkomen.

Psychosociale hulpverlening in de huisartspraktijk

In 1978 zijn niet veel opzienbarende dingen gebeurd rond de projektgroep 'psychosociale hulpverlening': het projekt 'Evaluatie SPEECH' ging volgens plan zijn laatste jaar in, en ook het konsultatieprojekt Eindhoven verliep grotendeels volgens plan. Over deze beide onderzoekingen wordt hierna afzonderlijk gerapporteerd.
De werkzaamheden in het kader van de evaluatie van twee nieuwe konsultatieprojekten, zoals aangekondigd in het vorige jaarverslag, werden aanvankelijk enigszins getemporiseerd. De voornaamste reden hiervoor is dat de inzichten die geleidelijk in het projekt SPEECH verworven zijn, geleerd hebben dat het niet zinvol is dergelijke projekten analoog aan de bestaande onderzoekingen te later verlopen, wat aanvankelijk in de bedoeling lag. Daarnaast bestond duidelijk behoefte aan een zekere reflektie over de eigen werkzaamheden: het aangeven van punten die verbetering behoeven is één ding; het feitelijk aanbrengen van die verbeteringen iets heel anders.
Eén en ander heeft, in de herfst van 1978, geleid tot een geheel nieuw onderzoeksvoorstel, geschreven op basis van de op dat moment beschikbare kennis en toegepast op een konkreet projekt: het projekt PSH Breda. Dit onderzoeksvoorstel is tot stand gekomen mede op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, bij welk ministerie in december van het verslagjaar een subsidieaanvrage werd ingediend. Gehoopt wordt in februari 1979 met het onderzoek te kunnen beginnen. Onder de kop 'Van SPEECH naar PSH-Breda' zal over de aard van dit onderzoek iets meer verteld worden.

projekt evaluatie konsultatie Eindhoven

In het konsultatieprojekt Eindhoven - een gezamenlijke onderneming van de Rijks Psychiatrische Inrichting en de Philips Medische Dienst - geven medewerkers van de R.P.I. konsultatie aan een groep huisartsen van de P.M.D. Het N.H.I. heeft tot taak dit projekt te evalueren. Konsultatie wordt algemeen beschouwd als een overlegsituatie, waarin aan de hand van konkrete gevallen of werkproblemen het funktioneren

van de hulpverlener aan de orde komt. Konsultatie zou een veranderingveroorzakende kracht zijn, die de huisarts zó beïnvloedt dat er een verbetering van zijn funktioneren ontstaat. Deze omschrijving geeft al aan dat het N.H.I. zich in dit projekt op twee facetten konsentreert: een evaluatie van het funktioneren van de huisartsen enerzijds, een nauwkeurige beschrijving van de konsultatiesituatie anderzijds.

Om met het laatste te beginnen: elke veertien dagen vindt er een door het N.H.I. genotuleerde konsultatiezitting plaats, waaraan zes P.M.D.-huisartsen en vier medewerkers van de R.P.I. van verschillende disciplines deelnemen. De opkomst van deze konsultatievragers en -gevers is over het algemeen goed. Het jaar 1978 stond voor hen in het teken van de experimentele konsultatieperiode: na een tijd waarin men 'freewheelde' met konsultatie werd in maart het konsultatiekontrakt door de participanten besproken en als afdwingbare richtlijn voor de zittingen bekrachtigd. Dit betekende onder andere dat de konsultatiemiddagen verder volgens een vast schema verliepen: op alfabetische volgorde werd steeds door één der artsen een casus ingebracht. Hij vertelde daarbij iets over de voorgeschiedenis van de patiënt en formuleerde een konkrete konsultatievraag, die meestal in eerste instantie werd gesteld aan één van de konsultatiegevers. Daarop volgde dan een groepsgesprek dat door de konsultatievrager zelf werd afgerond met een korte evaluatie.

In de konsultatieliteratuur wordt het patiëntprobleem vaak opgevat als een 'kapstok' naar aanleiding waarvan gesproken kan worden over de vraag hoe het komt dat de arts het probleem van de patiënt niet kan oplossen: deze oorzaak wordt dan vooral gezocht in het funktioneren van de arts zelf. Uit de door de artsen aan de onderzoekers verstrekte gegevens komt naar voren dat zij de problemen waarvoor zij konsultatie vragen zelf zeker niet overwegend bij de patiënt lokaliseerden; de notulen wijzen uit dat de artsen zich - naarmate het projekt vorderde - ook kwetsbaarder gingen opstellen in hun konsultatievragen tijdens de zittingen. Dit loskomen van specifieke patiëntproblemen werkt ook zo af en toe door in de vormgeving van de konsultatiebijeenkomsten; zo werden bijvoorbeeld twee middagen besteed aan rollenspelen, die betrekking hadden op 'praten over seksualiteit'.

Tot zover een eerste indruk van het konsultatiegebeuren. Daarnaast houdt het N.H.I. zich, zoals gezegd, bezig met de evaluatie van eventuele veranderingen in het funktioneren van de huisartsen, welke zijn toe te schrijven aan het konsultatieëxperiment. Hiertoe vindt bij de in het projekt participerende huisartsen én bij vier artsen die als kontrolegroep funktioneren, een voor- en een nameting plaats. In deze metingen wordt onder andere gelet op de mate waarin de artsen psychosociale klachten waarnemen, op hun attitude ten opzichte van deze klachten, op het gespreksgedrag van de huisartsen en op hun receptuur en verwijzingen.
In 1978 viel het aksent op het bewerken van gegevens uit de voormeting. In de herfst verscheen dan ook het eerste gedeelte van het vertrouwelijke konsept-interimrapport, waarin werd stilgestaan bij:

- een aantal meningen van konsultatievragers en -gevers, toegespitst op hun motieven tot deelname aan en hun doelen met het projekt. Tevens kwam hier aan de orde wat de artsen zelf vonden van hun psychosociale hulpverlening bij de aanvang van het projekt;
- het waarnemen van psychosociale klachten. Na een theoretische beschouwing kwamen de resultaten van een 10-daagse peiling aan de orde, waarin de artsen van elk konsult vastlegden wat hun oordeel was over de gepresenteerde klachten;
- het verwijzen. In dit deel van het rapport is informatie verschaft over aantal en aard van de verwijzingen van de artsen van de experimentele groep gedurende de vier maanden voor aanvang van het projekt.

Het interimrapport dient als referentiepunt voor de nameting; tevens wordt uitgebreid ingegaan op de vraag of het waarnemen van psychosociale klachten en het verwijspatroon als artsenkenmerk mogen worden aangemerkt.
De begeleidingskommissie (bestaande uit vertegenwoordigers van de P.M.D., de R.P.I., de Geneeskundige Hoofdinspektie, de Provinciale Inspektie van de Volksgezondheid in Noord-Brabant, de Sociale Psychiatrische Dienst Eindhoven en een konsultatiedeskundige) heeft het interimrapport samen met het derde voortgangsverslag in november besproken en in grote lijnen aanvaard.
Aldaar is ook toegezegd dat het tweede gedeelte van het interimrap-

port handelend over het voorschrijfgedrag en het gespreksgedrag zoals dat tot uiting komt op drie uur video-opnamen van spreekuurgesprekken, begin 1979 gereed zal zijn.
De werkzaamheden van de onderzoekers centreerden zich in de laatste maanden van 1978 dan ook rond beide laatste thema's.
In 1979 komt de evaluatie van het konsultatieprojekt in zijn afrondingsfase. De nameting start in februari, zodat daarna alle genoemde aspekten van de hulpverlening van de huisartsen op veranderingen kunnen worden geanalyseerd. Tevens zal een nauwgezette procesbeschrijving worden opgesteld van het konsultatiegebeuren, zodat in het eindrapport eventuele veranderingen in de hulpverlening in samenhang met de experimentele konditie kunnen worden besproken.

projekt evaluatie SPEECH

In het verslagjaar ging de evaluatie van de Samenwerking Psycholoog Eerste Echelon Capelse Huisartsen (SPEECH) zijn derde en laatste jaar in. Van 1 september 1975 tot 1 september 1978 heeft in Capelle aan de IJssel een psycholoog samengewerkt met een aantal huisartsen. Deze konden patiënten naar hem verwijzen; hij was snel en gemakkelijk bereikbaar, en werkte op een wijze die eerder kenmerkend is voor een huisarts dan voor een psychosociaal hulpverlener: pragmatisch, flexibele werktijden, e.d.
Doel van de evaluatie is na te gaan in welke mate een dergelijke samenwerking veranderingen bij de huisarts teweeg brengt en wat het therapeutisch effekt van de psycholoog is. Met betrekking tot veranderingen bij de huisartsen zijn gedurende drie of vier meetrondes gegevens verzameld die informatie opleverden over de perceptie van psychosociale klachten, de attitude ten opzichte van psychosociale klachten, het gespreksgedrag en de medisch konsumptie (voorschrijven, kontaktfrekwentie, verwijzen). Deze gegevens werden verzameld met behulp van interviews, vragenlijsten, beoordelingsschalen, videoopnames van spreekuurgesprekken en het N.H.G.-registratiesysteem van de artsen.
Het therapeutisch effekt werd bestudeerd met behulp van Goal Attainment Scaling, kliëntgegevens van de psycholoog en gegevens aangaande

de medische konsumptie van ex-kliënten, zowel voor als na de behandeling. In 1978 werd de materiaalverzameling voltooid.
In totaal zijn op vier tijdstippen (maart-april 1976; december 1976-januari 1977; september-oktober 1977, mei-juni 1978) interviews-vragenlijsten afgenomen en beoordelingsschalen ingevuld door de artsen. Gedurende de eerste drie tijdstippen werden bij de artsen videoopnames gemaakt. Van september 1974 tot september 1978 is bij steekproeven van patiënten de medische konsumptie vastgelegd aan de hand van het N.H.G.-registratiesysteem. Van april 1976 tot mei 1978 zijn van alle kliënten van de psycholoog Goal Attainment Schalen vastgelegd, hun medische konsumptie werd van één jaar vóór tot één jaar ná behandeling geregistreerd.
In maart 1978 verscheen het derde interimrapport, waarin de stand van zaken van alle deelonderzoeken op dat moment werd meegedeeld. Evenals de voorgaande interimrapporten is ook dit vertrouwelijk; het werd slechts op beperkte schaal verspreid.
De bewerking van het materiaal ten behoeve van de eindrapportage nam een belangrijk deel van het jaar in beslag. Rond de jaarwisseling waren de gegevens met betrekking tot perceptie van psychosociale klachten en gespreksgedrag van de arts volledig verwerkt: de konsept eindhoofdstukken voor de eindrapportage zijn gereed. De eindrapportage zal, volgens plan, in april 1979 gereed zijn.
Naast het interimrapport verschenen in april en oktober het vierde en het vijfde voortgangsverslag, waarin verantwoording werd afgelegd over de aktiviteiten in het betreffende halfjaar.
Interimrapporten en voortgangsverslagen werden besproken in een begeleidingskommissie, waarin vertegenwoordigers zitting hebben van de Geneeskundige Hoofdinspektie, de Geneeskundige Hoofdinspektie voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Instituten voor Huisartsgeneeskunde en voor Medische Psychologie van de Erasmus Universiteit, de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Ziekenfondsen, en het Nederlands Huisartsen Instituut.

van SPEECH naar PSH-Breda

De gegevens van het SPEECH-onderzoek zijn grotendeels geanalyseerd voor alle betrokken artsen afzonderlijk; de mogelijkheid werd opengelaten dat het effekt van de psycholoog niet voor iedere arts gelijk zou zijn. Desondanks bestond voor het feit dat de huisarts zèlf van invloed is op een aantal belangrijke faktoren waaraan in het SPEECH-projekt het effekt van de psycholoog gemeten werd weinig aandacht.

In de loop der jaren is het echter, zowel door de resultaten van SPEECH als door andere onderzoeksgegevens binnen de projektgroep PSH duidelijk geworden dat de invloed van artsenkenmerken op 'patiëntenkarrières' wel eens zeer groot zou kunnen zijn. Zo wordt naar aanleiding van de SPEECH-gegevens verondersteld dat artsen een min of meer konstant percentage van de hen aangeboden klachten als niet puur somatisch beoordelen; dit percentage blijkt per arts sterk te kunnen verschillen, en wel onafhankelijk van de aard van de aangeboden klachten. Dit oordeel heeft uiteraard de nodige invloed op het door de arts gevolgde beleid, en bepaalt als zodanig de verdere lotgevallen van de patiënt in soms aanzienlijke mate. Het gaat hier in feite om een aspekt van wat wel wordt aangeduid als 'etikettering' en dat het belangrijkste voorwerp van onderzoek zal zijn in het projekt Breda.

Uitgangspunt daarbij is, dat etikettering niet afhankelijk is van de etiologie van de klachten die aan de arts gepresenteerd worden, maar beïnvloed wordt door subjektieve faktoren als de achtergronden van de patiënt die de arts kent, de voorgeschiedenis die aan de konkrete klacht voorafgaat, etcetera. De etikettering kan betrekking hebben op de ideeën van de arts inzake het al dan niet somatisch zijn van de klacht, op de ernst van de klacht, de gewenste behandeling, etc. Als de arts op grond van dergelijke mentale processen een beslissing neemt en komt tot een bepaalde behandeling, dan zal de uitwerking die dit heeft op de patiënt in een latere fase ook gaat behoren tot de vóórgeschiedenis van de patiënt, die in volgende etiketteringsprocessen weer een rol kan spelen, enzovoort.

In Breda gaan acht huisartsen samenwerken met een psychosociaal

team van psychologen en maatschappelijk werkers; de behandeling van de patiënt wordt vastgesteld in een gesprek van patiënt, huisarts en psychosociaal team. De hulpverleners laten zich in hoge mate leiden door de theorieën over krisisinterventie van Caplan. Deze theorie onderscheidt verschillende risikofaktoren die tot een krisis kunnen bijdragen, zoals risiko's met betrekking tot maatschappelijke faktoren (werk, wonen, vrije tijd), met betrekking tot het ontbreken van steun (onvolledig gezin bijvoorbeeld), en met betrekking tot de individuele kompetentie van de patiënt. Caplan's theorie voorspelt dat bij een samengaan van deze drie risiko's een krisis ontstaat; in Breda wordt gehoopt met behulp van het psychosociaal team beter op deze risiko's te kunnen inspelen. En daarmee sluiten deze ideeën weer aan bij de ontwikkelingen binnen de projektgroep PSH, aangezien binnen een patiëntenkarrière zoiets als het verloop van een krisis goed te bestuderen zou moeten zijn, terwijl de mate waarin een huisarts risikofaktoren bij een patiënt waarneemt geheel past in de ideeën omtrent labeling binnen de projektgroep PSH, en zich eveneens goed laat bestuderen. De bedoeling van het te entameren onderzoek is per konsult labeling, beslissing en evaluatie hiervan te expliciteren en deze gegevens gedurende langere tijd vast te leggen, zodat een patiëntenkarrière geregistreerd kan worden, kompleet met beslissingen van de arts en de overwegingen die hieraan vooraf zijn gegaan. Een dergelijke bestand van patiëntenkarrières, dat in de tijd steeds in omvang toeneemt, kan dienen om een aantal deelonderzoeken mee uit te voeren. Er bestaan plannen om de aandacht te richten op de manier waarop een krisis kan worden geregistreerd en geanalyseerd in termen van medische konsumptie; een tweede deelonderzoek zou zich kunnen richten op de wijze waarop en de mate waarin risikofaktoren vast te leggen zijn en het ontstaan van krises voorspellen.

In een derde fase zou de wijze waarop de arts gegevens kongnitief struktureert en de invloed daarvan op zijn beslissingen vastgelegd moeten worden. Tot slot zou het funktioneren van het psychosociaal team voorwerp van onderzoek kunnen zijn, en wel in een zodanige onderzoeksopzet dat de inzichten die in de eerste drie fasen zijn verworven volledig benut kunnen worden.

Struktuur Beroepsgroep

Het in januari 1977 begonnen onderzoek naar achtergronden van vertrek uit de huisartspraktijk, waarin huisartsen die in de periode 1972 - 1975 de praktijk 'voortijdig' verlieten zijn ondervraagd, kon medio 1978 met een uitvoerige rapportage worden afgesloten.
Nieuw onderzoek naar de wijze waarop huisartsen hun praktijk verwerven is niet van start gegaan.
Het voor 1978 voorgenomen onderzoek naar de kloof tussen huisartsenopleiding en huisartspraktijk is een jaar uitgesteld, omdat de financiële middelen hiervoor niet tijdig konden worden gevonden.
De huisartsenregistratie leverde velerlei overzichten van het totaal aantal huisartsen, en van de aantallen nieuwe en vertrokken huisartsen. Deze overzichten worden hierna samengevat. De gegevens zijn vanaf 1974 betrouwbaar; er wordt thans gewerkt aan het volledig maken van de informatie vanaf 1970; dit maakt het mogelijk om kohorten (jaargroepen) gevestigde huisartsen in hun loopbaan te volgen.
Wat de onderzoekplannen betreft blijft het aksent liggen op onderzoek naar vestiging en op nader onderzoek naar de regionale verschillen in huisartsendichtheid. Daarnaast zullen de gebruikelijke overzichten van totaal aantal nieuwe en vertrokken huisartsen blijven verschijnen, uitgebreid tot de periode 1970 - 1979.

huisartsenregistratie

Terwijl in het vorige jaarverslag nog voorlopige cijfers gepresenteerd werden omdat het bestand niet geheel gekontroleerd was, kunnen nu cijfers gegeven worden op verschillende peildata vanaf 1-1-1974. De kontrole van het bestand is voltooid.
Om te kunnen beschikken over langere cijferreeksen wordt er nu teruggewerkt in de tijd om het bestand vanaf 1-1-1968 volledig te krijgen.
Daarnaast is er in het verslagjaar gewerkt aan een reglement, waarin de opzet en werkwijze van het registratiesysteem is vastgelegd.

* het reglement van de huisartsenregistratie

Vooruitlopend op een definitieve wettelijke regeling, zoals voorge-

steld door de Staatskommissie bescherming persoonlijke levenssfeer in verband met persoonsregistraties, is in het verslagjaar een konsept-reglement geschreven waarin de volgende onderwerpen aan de orde komen: doelstelling, inhoud, werkwijze en beheer van het registratiesysteem, de relaties met instanties die gegevens verstrekken, de relaties met derden die gebruik wensen te maken van de gegevens uit de registratie, en de relaties met de geregistreerden.
Een van de zaken, die in het reglement vastgelegd zijn, is de procedure die gehanteerd wordt bij aanvragen van derden van gegevens uit de registratie. Gegevens op naam worden slechts verstrekt na toestemming van het Bestuur van de Stichting Nederlands Huisartsen Instituut en alleen ten behoeve van wetenschappelijke of algemeen maatschappelijke doeleinden.
Ook wordt er in het reglement vastgelegd dat jaarlijks aan de geregistreerde personen een overzicht gegeven wordt van gehonoreerde èn niet gehonoreerde aanvragen. Hoewel het reglement nog slechts in konsept vorm gereed is, wordt hier alvast een overzicht verstrekt van de aanvragen over 1978.
In het afgelopen jaar zijn 13 aanvragen om gegevens op naam ingediend; slechts één aanvraag is niet gehonoreerd, omdat in dat geval klaarblijkelijk een partikulier (kommercieel) doel gediend werd.
Van de gehonoreerde aanvragen heeft de helft een wetenschappelijk doel.
Zie overzicht op bladzijde 42 en 43.

* cijfers uit de huisartsenregistratie
De hier gepresenteerde aantallen huisartsen en assistenten verschillen slechts in geringe mate van de vorig jaar gegeven, voorlopige cijfers. Het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen is gestegen van 4583 in januari 1974 tot 5077 in januari 1978. De stijging van het aantal assistenten (langdurige assistentschappen ná de huisartsenopleiding) is sneller gestegen: respektievelijk 33 en 86. Waarschijnlijk is dit de resultante van een werkelijke stijging van het aantal assistenten èn van een grotere sensitiviteit van het registratiesysteem.

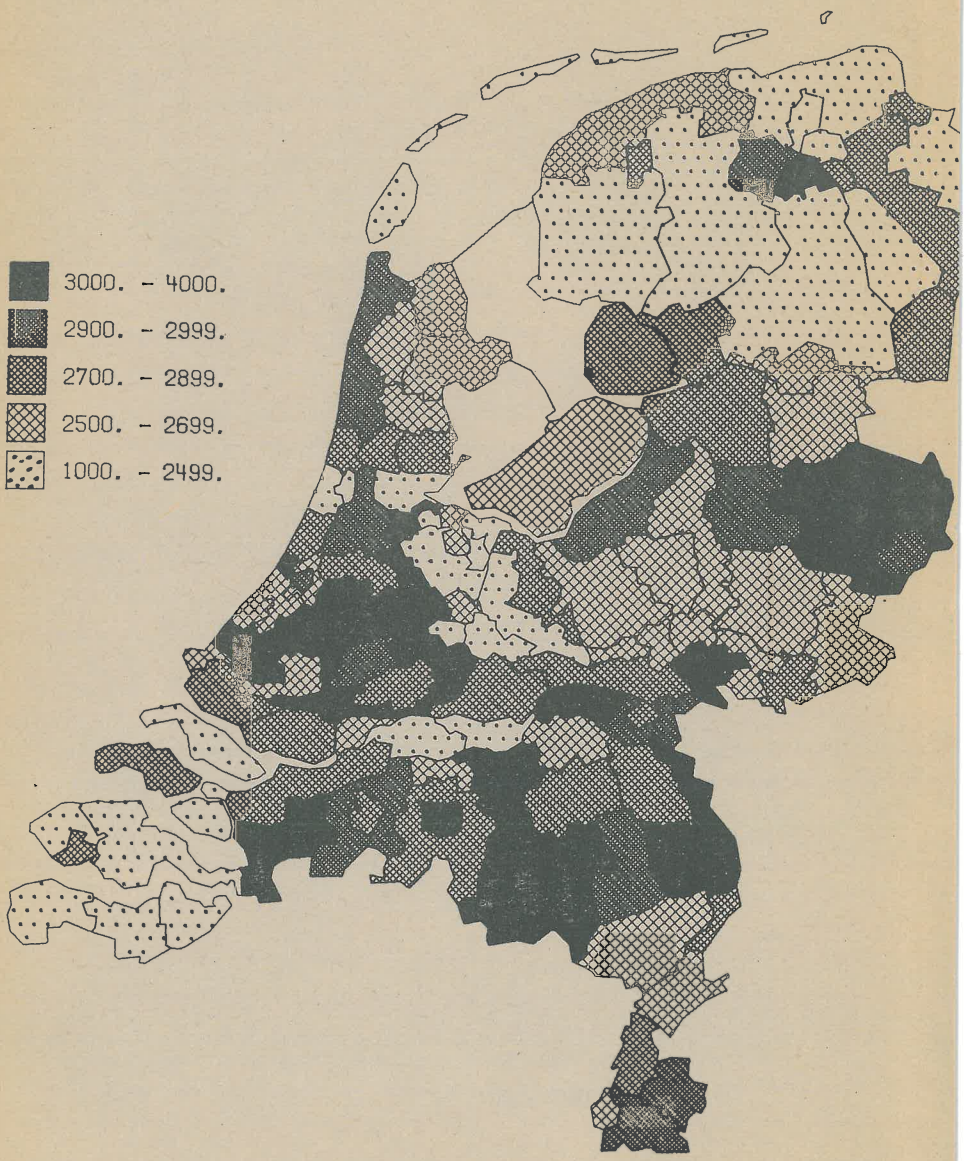
overzicht: AANVRAGEN UIT DE HUISARTSENREGISTRATIE

Aanvrager	Doel
Interuniversitair Cardiologisch Instituut	nascholing cardiologie
Werkgroep Sociale Pharmacologie R.U. Groningen	onderzoek naar voorschrijfgedrag
Universitair Huisartsen Instituut Utrecht	vooronderzoek naar hulpverleningsgedrag van huisartsen
Nationale Kruisvereniging	evaluatie van effekt van publiciteitskampagne geslachtsziektebestrijding
Oudervereniging van motorisch gehandikapte kinderen BOSK	informatie naar huisartsen over vereniging BOSK
Uitgeverij en Handelsmaatschappij VUGA B.V.	informatie over 'Revalidatievademekum'
Stichting Kruiscentrum Utrecht	informatie ter gelegenheid van opening Kruiscentrum
Beraad Gezondheidszorg gewest 's-Gravenhage	verbetering van overleg en samenwerking van personen en instanties in gezondheidszorg
Preventicon	informatie over bevolkingsonderzoek borstkanker in Zeist
Dienst Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek R.U. Leiden	onderzoek naar behandelings- en verwijsgedrag m.b.t. overgangsklachten
Universitair Huisartsen Instituut Leiden	onderzoek naar dissertaties van huisartsen
Regionale nascholingskommissie Leiden	verzending nascholingsagenda
Instituut voor multi- en interdisciplinair onderzoek Erasmus universiteit Rotterdam	besliskundig onderzoek naar diagnostisch proces van huisartsen

Gevraagde gegevens	
naam en praktijkadres van huisartsen in prov. Gr., Fr., Dr., Ov., Gld., en N.H.	gehonoreerd
naam, prak. adres, geboortejaar, sexe, jaar en univ. van afstud., vest. jaar, apoth. in Twente	gehonoreerd
naam, praktijkadres van huisartsen jonger dan 60 en minimaal 5 jaar gevestigd	gehonoreerd
naam, praktijkadres van landelijke steekproef	gehonoreerd
naam, praktijkadres van huisartsen in Drenthe	gehonoreerd
naam, praktijkadres van alle huisartsen	niet gehonoreerd
naam en praktijkadres van huisartsen in prov. Utrecht	gehonoreerd
naam, praktijkadres, vest.jaar, vest.vorm, apoth., halve dagen werkzaam, aant. kollegae	gehonoreerd
namen en praktijkadres van huisartsen in Zeist	gehonoreerd
naam en adres van huisartsen in Ede en omgeving	gehonoreerd
naam, adres, jaar en univ. van afstuderen en promotie van huisartsen	gehonoreerd
naam, praktijkadres van huisartsen in nascholingsregio Leiden	gehonoreerd
naam, praktijkadres, sexe, geboortejaar, jaar van afstuderen van Rotterdamse huisartsen	gehonoreerd

AANTAL INWØNERS PER HUISARTS PER ECØNØMISCH GEØGRAFISCH GEBIED

JANUARI 1978



Weinig huisartsen worden aangetroffen in Twente, West- en Oost-Brabant, Rijnmond en in het Groene Hart van Holland. Inkomen van de bevolking, aantrekkelijkheid van de woonomgeving en snelle bevolkingsgroei lijken hierop van invloed.

nieuwe vestigingen van huisartsen

In september 1978 is een onderzoek naar nieuwe vestigingen van huisartsen van start gegaan. Op de volgende vragen wordt door middel van dit onderzoek een antwoord gegeven:

- Hoeveel huisartsen hebben zich jaarlijks gevestigd in de jaren 1974 tot en met 1977?
- Waar zijn de nieuw gevestigde praktijken gesitueerd?
- Op welke manier hebben de nieuwe huisartsen zich gevestigd?
- Wat zijn de artsen, die zich in de onderzochte periode gevestigd hebben en inmiddels die praktijk weer hebben verlaten, gaan doen en om hoeveel artsen gaat het in deze?

Een belangrijk deel van de voor dit onderzoek benodigde gegevens wordt verkregen uit de huisartsenregistratie. Hoewel over een aantal van de bovenstaande vragen al vrij veel materiaal beschikbaar is, zal hier over dit onderzoek niet gedetailleerd gerapporteerd worden; dit zal geschieden na gereedkomen van de definitieve verslaggeving.

vertrek uit de huisartspraktijk

Het in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging verrichte onderzoek 'Vertrek uit de huisartspraktijk' is in mei 1978 afgesloten met een eindrapport.

Het onderzoek richtte zich vooral op vroegtijdig vertrek uit de praktijk, dat wil zeggen vertrek vóór het bereiken van de 65-jarige leeftijd. De periode waarop de studie betrekking heeft, liep van 1 januari 1972 tot en met 31 december 1975. In die periode legden een kleine 800 huisartsen hun praktijk neer, hetgeen een gemiddeld verloop inhoudt van 4.3% per jaar. Onder de huisartsen beneden 65

jaar is het gemiddelde verloop 3.2% per jaar.
Van die ca. 800 huisartsen verdween 45% door natuurlijk verloop: opgeven van de funktie om leeftijdsredenen, emigratie, ziekte en overlijden en 55% door aanvaarden van een nieuwe medische funktie of door specialisatie. Het onderzoek richtte zich met name op die groep van 55%, de artsen dus die het huisartsenberoep voor een andere medische funktie hadden verruild.

* het nieuwe beroep van de ex-huisarts
Uit het onderzoek blijkt dat de ca. 440 huisartsen die in de periode 1972 - 1975 van werkkring zijn veranderd, terechtgekomen zijn in de volgende funkties:
- 53% aanvaardde een sociaal-geneeskundige of aanverwante funktie
- 16% werd specialist in opleiding
- 14% ging naar een hogere beleidsfunktie
- 12% aanvaardde de zorg voor wat 'specifieke populaties' genoemd kan worden
- 4% kwam in het wetenschappelijk onderwijs terecht
- 1% werd arts voor alternatieve geneeswijzen

* het percentage goodwill bij de overdracht van de praktijk
Het percentage ontvangen goodwill lag gemiddeld iets boven de 84%. Het bleek toe te nemen in de tijd: van gemiddeld 82% in 1972 tot 91% in 1975. Huisartsen met een plattelandspraktijk en degenen met een wat grotere praktijk ontvingen gemiddeld meer goodwill.

* redenen om de praktijk neer te leggen
De werkbelasting van de huisarts bleek bij de beslissing om de praktijk neer te leggen een voorname rol te spelen: door 25% van de praktijkverlaters werd deze faktor doorslaggevend genoemd. Daarna kwamen als belangrijke oorzaken de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe funktie, een verminderd plezier in het huisartsenvak, de eigen gezondheid en de pensioenvoorziening.
Praktijkverlaters die de werkbelasting als belangrijkste faktor noemden, hadden daarvoor wel hun redenen: in vergelijking tot degenen

voor wie deze faktor niet de belangrijkste was deden zij meer bevallingen en werden ook als men de bevallingen niet meetelt, vaker 's nachts gestoord. Bovendien besteedden zij meer tijd aan de directe verzorging van de patiënten, aan praktijkorganisatie en -administratie en aan nevenfunkties. Hun praktijk teslotte bleek aanmerkelijk groter: 3400 voor hen die werkbelasting als doorslaggevende faktor noemden, tegen 2900 voor de andere praktijkverlaters.

* vertrokken artsen vergeleken met een groep praktizerende artsen
De praktijkverlaters zijn op een aantal belangrijke punten vergeleken met een kontrolegroep van praktizerende artsen. De praktijkverlaters bleken, toen zij nog huisarts waren, per dag meer uren te maken, wat samenhangt met het feit dat zij meer tijd aan nevenfunkties besteedden, en op een drukke dag een groter aantal patiënten te zien. 64% oefende één of meer nevenfunkties uit, tegen 45% voor de praktizerende artsen. Men zou kunnen veronderstellen, dat het hebben van nevenfunkties de stap naar een andere werkkring heeft vergemakkelijkt. Evenzeer is mogelijk dat een reeds bestaand gevoel van onvrede over het huisartsenwerk tot het aanvaarden van nevenfunkties heeft geleid.
Andere verschillen tussen vertrokken en praktizerende artsen zijn: de praktijkverlaters deden meer bevallingen, hadden vaker een solopraktijk, en waren minder geneigd de druk van de werkbelasting te verminderen door aktief ingrijpen, zoals het sluiten of verkleinen van de praktijk.

* inkomen en pensioenpremie
De meeste praktijkverlaters die een andere funktie zijn gaan uitoefenen zijn kwa inkomen achteruitgegaan: 69% ging minder verdienen, 25% bleef gelijk en slechts 6% zag zijn inkomen stijgen. Uit deze cijfers volgt dat inkomensverbetering in elk geval geen motief voor deze huisartsen kan zijn geweest om een andere funktie te aanvaarden. Voor de huisartsen die zich gingen specialiseren is de achteruitgang in inkomen nog groter, maar voor hen is het meestal een tijdelijke achteruitgang. Van de huisartsen die gebruik hebben gemaakt

van de mogelijkheid om een nadere toelichting op hun antwoorden te geven hebben er 27 aangegeven dat de pensioenpremie één van de overwegingen is geweest om de praktijk neer te leggen.

registratie samenwerkingsverbanden

Bij de bespreking van de medio 1978 verschenen eerste rapportage uit het registratiesysteem van samenwerkingsverbanden, bleek dat de titel ruimere verwachtingen wekte dan in de bedoeling van de auteurs heeft gelegen. Het betreft een overzicht, niet van alle samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg, maar van huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra. Het rapport bevatte een breed samengestelde hoeveelheid gegevens, waarvan hierna een korte samenvatting volgt.

Per 1 september 1977 waren er in Nederland 66 gezondheidscentra en 45 huisartsgroepspraktijken; daarin werkten respektievelijk 220 en 158 huisartsen en dit betekent, dat door gezondheidscentra een klein half miljoen mensen (491.000) werden bediend en door groepspraktijken ruim 400.000 (411.000 om precies te zijn).
De verdeling van groepspraktijken over Nederland is niet geheel gelijkmatig tegenover de situatie in de IJsselmeerpolders; waar alle huisartsen in gezondheidscentra werkzaam zijn, stond Friesland zonder gezondheidscentrum per 1-9-1977. Inmiddels is per februari 1978 daar het gezondheidscentrum te Noordwolde geopend, zodat er nu in alle provincies voorbeelden van deze samenwerkingsvorm te vinden zijn.
Hoewel gezondheidscentra in de definitie die bij het registreren wordt gehanteerd bestaan uit ten minste samenwerkende huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden, komen in 56 van de 66 centra méér dan deze drie soorten hulpverleners voor. Dat betreft dan in 70% van de gevallen de discipline fysiotherapie. Daarna volgen verloskunde met 31%, gezinsverzorging met 32%, de diëtiste met 25%, terwijl in een zelfde percentage van de centra de tandarts een plaats heeft gevonden. Als gekorrigeerd wordt voor het aantal dagdelen dat de hulpverleners opgeven te werken, vindt men per gezondheidscentrum 3.2 huisartsen (in groepspraktijken 3.5), 2.4 wijkverpleegkundigen, 1.3 maatschappelijk werkenden,

2.3 fysiotherapeuten, terwijl de overige disciplines met niet meer dan één hulpverlener zijn vertegenwoordigd.
Beziet men deze aantallen over de periode 1970 - 1977 dan springt met name de stagnatie van het algemeen maatschappelijk werk in het oog. Het zeer strikte personeelsbeleid (vakaturestop) vertraagt ook de ontwikkeling van nieuwe gezondheidscentra.

Dienstverband of vrij beroep
Per 1 juli 1978 waren 21 huisartsen werkzaam in groepspraktijken in dienstverband (dat is iets meer dan 10%). Van hun kollegae in gezondheidscentra was op dat tijdstip één kwart in loondienst (24%, 60 huisartsen). Tandartsen en apothekers in dienstverband zijn veel zeldzamer: de voor de Philips-huisartsendienst werkende apotheker krijgt in 1978 gezelschap van een kollega in dienstverband in gezondheidscentrum Huizermaat. In het centrum Lunetten is behalve een apotheker ook een tandarts in dienstverband werkzaam. Met uitzondering van de twee verloskundigen van het gezondheidscentrum Ommoord, die evenals de huisartsen en fysiotherapeuten een dienstverband hebben met de GG & GD, wordt de verloskunde als vrij beroep uitgeoefend, en alleen bij de fysiotherapeuten vindt men een breed skala van dienstverband situaties: 43% van de fysiotherapeuten is uitoefenaar van een vrij beroep, 14% heeft een dienstverband relatie met de instelling die het gehele gezondheidscentrum beheert en 44% is in dienst van vrij gevestigde fysiotherapeuten. Eén van de voornaamste problemen bij de multidisciplinaire samenwerking vormt het uiteenlopen van de werkgebieden van de verschillende hulpverleners. Slechts in 31 van de 66 gevallen zijn de bestanden van de huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige identiek en meestal is het dan zo georganiseerd dat de kliëntenbestanden van maatschappelijk werk en wijkverpleegkunde aangepast zijn aan dat van de huisarts. In 10 gevallen is het huisartsenbestand identiek met één van beide kliëntenbestanden en in 16 gevallen hebben wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende de zorg voor een gemeenschappelijk kliëntenbestand, dat slechts gedeeltelijk het patiëntenbestand van de huisarts overlapt.
Tot zover dit overzicht; gerapporteerd is nog over bestuur en beheer, management, subsidies, agogische begeleiding en wetenschappelijk onder-

zoek, maar hiervoor raadplege men het rapport.
In de loop van 1978 zijn de samenwerkingsverbanden ondervraagd over de situatie per 1 januari en per 1 juli. De resultaten van deze peilingen zullen in de loop van 1979 als vervolgrapporten verschijnen.

Morbiditeitsregistratie

De kontinue morbiditeitsregistratie door middel van een net van 'peilstations' werd in het verslagjaar op de inmiddels vertrouwde wijze voortgezet. Met het uitwerken van de in het kader van dit projekt indertijd verzamelde gegevens inzake het verloop van een aantal ziektebeelden in de tijd werden flinke vorderingen gemaakt.
Van beide projekten wordt hierna gedetailleerder verslag gedaan.
De in het vorige jaarverslag al genoemde ambtelijke werkgroep, belast met het uitwerken van de door de Commissie Onderzoek en Functioneren Organisatie Gezondheidszorg (COFOG) uitgebrachte adviezen, is in 1978 niet bijeen geweest. Niettemin zijn door het N.H.I. op dit terrein in het verslagjaar zeer vele aktiviteiten ontplooid, in belangrijke mate in de persoon van Dr. C.W. Aakster, wetenschappelijk adviseur van het instituut. Deze heeft een inventarisatie van bestaande morbiditeitsprojekten gemaakt en een uitgebreide literatuurstudie. Zijn adviezen zullen in 1979 tot konkrete projekten worden uitgewerkt en aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ter subsidiëring worden aangeboden. Het zal een ambitieuze onderneming worden, waarbij het uiteindelijke doel zal zijn een betrouwbaar en een voor Nederland representatief registratiesysteem op te zetten voor het verzamelen van gegevens uit de eerste lijn ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en beleid.
Het is duidelijk dat hier methodologisch en organisatorisch vele haken en ogen aan zitten. Begeleidende onderzoeken over o.a. 'labeling' van aangeboden problemen, klassifikaties, etc. zijn hierbij onmisbaar. De mogelijkheden die geboden worden door de komputer zullen volledig benut moeten worden, ook in de praktijken waarin de registratie plaats vindt.

kontinue morbiditeitsregistratie door middel van de Peilstations
Het projekt Kontinue Morbiditeitsregistratie Peilstations, een gezamenlijke onderneming van het Nederlands Huisartsen Instituut en de Geneeskundige Hoofdinspektie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, ging zijn negende jaar in.

De gegevens van het achtste jaar zijn inmiddels verwerkt en gepubliceerd onder de titel 'Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1977'. Bij de bewerking van de gegevens van 1977 werd evenals in de afgelopen jaren aandacht besteed aan de omvang en kontinuïteit van de rapportage. Vergeleken met 1975 en 1976 nam het aantal dagen waarover gerapporteerd werd toe, respektievelijk 79.5, 84.7 en 88.8%. De toename van het percentage rapportagedagen is voornamelijk een gevolg van een toename van het aantal weken waarin volledig (= 5 dagen) wordt gerapporteerd; de percentages hiervan zijn respektievelijk 89.0, 90.9 en 93.1%.
Het is verheugend, dat de betere rapportage, die in 1976 werd gekonstateerd, niet slechts gedurende één jaar heeft plaatsgevonden, maar zich in 1977 heeft voortgezet; de betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens is zeer afhankelijk van een goede, regelmatige rapportage. Het aantal peilstations was in 1978 47; hierbij waren 60 artsen betrokken.
In het verslagjaar werden de volgende gegevens geregistreerd:
- nieuwe gevallen van influenza(-achtig) ziektebeeld
- nieuwe gevallen van mazelen (gevaccineerd - niet gevaccineerd)
- mononucleosis infectiosa
- cervixuitstrijkje
- sterilisatie verricht bij de man
- sterilisatie verricht bij de vrouw
- abortus provocatus
- morning-after-pill voorgeschreven
- hooikoorts
- hartinfarkt - klinisch/niet klinisch

Naast de wekelijks in te sturen staten zijn aan de artsen weer eenmalige vragen, de zogenaamde incidentele onderzoeken, gesteld met betrekking tot multiple sclerose en over de vraag van de patiënt om aktieve euthanasie toe te passen. Deze onderzoeken zullen, gezien het relatief weinig frekwent voorkomen van deze ziekte en vraag nog enige malen worden herhaald, zodat een meer verantwoorde uitspraak kan worden gedaan.
De resultaten van de registratie over 1978 zullen zoals gebruikelijk in een apart verslag worden gepubliceerd.
Het in het vorige verslag genoemde onderzoek naar de wijze van rapporteren

is in 1978 gestart met het opstellen van een korte vragenlijst over de administratieve praktijkvoering en de wijze waarop het werk m.b.t. kontinue morbiditeitsregistratie wordt ingevoegd. Deze lijsten zijn inmiddels door de deelnemers ingevuld en teruggestuurd; er is een begin gemaakt met de bewerking.

longitudinaal onderzoek

In het kader van het peilstationsprojekt is in de periode 1970 - 1975 materiaal verzameld over het verloop van vier ziektebeelden: hartinfarkt, angineuze klachten, acuut cerebrovasculair accident en epileptiform beeld. In februari 1978 kwam het eerste verslag van de serie gereed, dat een analyse bevatte van de gegevens inzake de hartinfarktpatiënten. Ten tijde van het schrijven van dit jaarverslag zijn tevens de resultaten van de andere drie projekten geheel of grotendeels bekend. De vier rapporten zullen in beperkte oplage vervaardigd worden; in de zomer van 1979 zal gewerkt worden aan het samenstellen van een eindrapport, waarin de meest belangwekkende resultaten verwerkt zullen worden.
Van het reeds verschenen verslag over het hartinfarktonderzoek volgt hieronder een korte samenvatting.

Door de peilstationartsen zijn tussen 1 september 1970 en 1 januari 1974 713 patiënten gemeld. De 95 patiënten van wie bleek dat hen ten onrechte een hartinfarkt was toegeschreven (de fout-gediagnostiseerde gevallen) zijn in de meeste gevallen niet bij de analyse betrokken. Het blijkt dat bijna driekwart van de gemelde patiënten van het mannelijk geslacht is (74.6%). De gemiddelde leeftijd van de patiënten ligt rond de 65 jaar. Verder moet worden genoemd dat 21.6% van de patiënten al eerder een hartinfarkt heeft doorgemaakt. Afgezien van deze achtergrondgegevens wordt hier nog op de volgende punten ingegaan: gebeurtenissen rond het hartinfarkt zelf, arbeidsgeschiktheid van de patiënten en sterfte.
Het blijkt dat de eerste klachten zich relatief vaak rond middernacht en tussen 's ochtends 9.00 uur en 's middags 3.00 uur manifesteren en relatief minder vaak in de zeer vroege ochtenduren. De patiënt of diens omgeving lijkt, zelfs als het om een ernstige zaak als een hartinfarkt gaat, geneigd te zijn met het inroepen van de hulp van de arts te wachten

tot een aanvaardbaar tijdstip. Tussen 's middags 16.00 uur en 7.00 uur 's morgens wordt de arts relatief weinig gewaarschuwd; rond 9.00 uur 's ochtends relatief veel (spreekuur!). In 63% van de gevallen arriveert de arts binnen 20 minuten nadat hij is geroepen. Het 'patients delay' is veel groter: 20 minuten na het optreden van de klachten heeft nog slechts 28% van de patiënten of hun omgeving de huisarts geroepen. Waarschijnlijk hangt het uitstellen van de hulpvraag samen met de ernst van het infarkt: naarmate de aanval als minder ernstig wordt ervaren zal vaker gewacht worden tot een aanvaardbaar tijdstip.
69% van de patiënten van 64 jaar en jonger is drie maanden na het infarkt volledig arbeidsongeschikt. Negen maanden later is dit percentage afgenomen tot 38; in het tweede jaar treedt niet meer zo veel verbetering op: 32% is na twee jaar nog steeds volledig arbeidsongeschikt.
Tijdens de eerste acht dagen na het infarkt sterft 40% van de patiënten, in de daar op volgende twee jaar slechts 13%. De kritieke periode ligt vooral in de eerste uren na het infarkt. Ouderen en recidivisten hebben een grotere kans om de eerste acht dagen niet te overleven dan anderen.

Diversen

groepsgewijze behandeling

De werkgroep groepsgewijze behandeling bestaat sinds 1974. De groep is multidisciplinair samengesteld en komt één- tot tweemaal per jaar bijeen om ervaringen uit te wisselen over het begeleiden van groepen in de eerstelijns gezondheidszorg. In het afgelopen jaar is de administratieve ondersteuning van de werkgroep overgegaan in handen van het Nederlands Huisartsen Genootschap.
In oktober van het verslagjaar is een mede door N.H.I.-medewerkers georganiseerde workshop gehouden, die een groot sukses was. De afspraak voor een volgende bijeenkomst is inmiddels gemaakt.
Er zal een landelijke open bijeenkomst worden georganiseerd voor belangstellenden die nog geen ervaring hebben met groepsgewijze behandeling. Een belangrijk diskussiepunt hierbij zal gevormd worden door de vraag hoe professioneel er met de groepen patiënten moet worden gewerkt: moet de begeleiding in eerste instantie in handen zijn van deskundigen, of moeten juist vertegenwoordigers van de patiënten zelf het initiatief nemen?
Een uitgebreid verslag van de workshop is verschenen in het decembernummer van Huisarts en Wetenschap.

kardiofonie

Van 1971 - 1976 heeft het N.H.I. een onderzoek gedaan naar de waarde van het E.C.G. en het overseinen per telefoon ervan in de huisartspraktijk. De huisarts Schilperoort promoveerde in 1977 op dit onderzoek. Een intern rapport over het gedrag van de huisarts na het verkrijgen van een door een deskundige beoordeeld E.C.G. kwam medio 1978 gereed. Eén van de konklusies hieruit was, dat de uitslag van het E.C.G. een belangrijker invloed op de handelswijze van de huisarts had dan de reden van aanvraag van het E.C.G.
Eind 1978 heeft een medisch student een samenvattend rapport van beide onderzoeken geschreven, speciaal bedoeld voor de financier van het pro-

jekt, de Nederlandse Hartstichting.
Nader zal bezien worden in welke vorm dit eindverslag gepubliceerd zal worden. Op welke wijze E.C.G.-diensten ten behoeve van huisartsen georganiseerd moeten worden is nog een open vraag. De diskussie hierover dient op gang te komen.

afdeling samenwerkingsvormen

bemanning

Gedurende het verslagjaar is onderbezetting in de personele sfeer een belangrijk knelpunt geweest en gebleven op de afdeling. Tot maart werden de problemen verlicht door een medewerkster in tijdelijke dienst; daarna echter bleef een bestaande vakature onbezet. Op een advertentie voor een arts kwamen geen reakties binnen.
Sinds maart bestond de bemanning van de afdeling derhalve uit een organisatie-adviseur, full time, en een arts, half time. Uit deze formatie moest in totaal één full time positie ter beschikking van het S1-projekt worden gesteld. Daardoor bleven voor andere aktiviteiten slechts marginale mogelijkheden over.
Tevens werd de sekretaresse zwaar belast door het opvangen van tal van telefoontjes en de voortdurende moeite om de afwikkeling van gestelde vragen nog enigszins op gang te houden. Te vaak ook moest volstaan worden met het toezenden van schriftelijk materiaal.
Door het voortdurende tijdgebrek is de registratie van de verrichte werkzaamheden ernstig in het gedrang gekomen. Daardoor is het ook niet mogelijk dit jaar een getalsmatige verslaggeving van de binnengekomen adviesaanvragen te geven: deze zou bepaald onvolledig zijn.

schriftelijk materiaal

Het op schrift vastleggen van ervaringen in het servicewerk en het vervaardigen van dokumentatiemateriaal is de laatste jaren bij voortduring een knelpunt geweest. Door de druk van de situatie is dit in het verslagjaar vrijwel geheel stil komen te liggen.

externe adviseurs

De uit voorgaande jaren bekende tendens heeft zich ook in 1978 voortgezet: weinig of geen aanvragen voor de financieel deskundige en de organisatie-adviseur en een toenemende stroom aanvragen rond de bouw, dit laatste vooral met een piek in het najaar. Begin 1979 zal met de externe

adviseurs worden besproken welke beleidskonsekwenties hieruit eventueel te trekken zijn. De kontakten met de architekt en met de binnenhuisarchitekt werden verder geïntensiveerd door besprekingen inzake de nota van de Subkommissie Akkomodatiebeleid van de Begeleidingsgroep Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra en het evaluatieonderzoek van gebouwen van gezondheidscentra.

* Subkommissie Akkomodatiebeleid

Naar aanleiding van een in 1977 geschreven uitvoerige reaktie op de eerste nota van de Subkommissie Akkomodatiebeleid vonden enkele gesprekken plaats met de voorzitter en de sekretaris van deze kommissie over de visie van het N.H.I. op de betreffende nota. Deze hebben er toe geleid dat een medewerker van het N.H.I., de externe bouw-adviseurs en voorzitter en sekretaris van de kommissie het rapport geheel hebben herzien en dat het N.H.I. als adviseur aan de verdere besprekingen van de kommissie heeft deelgenomen.

* Evaluatieonderzoek gebouwen van gezondheidscentra

In het kader van de besprekingen rond het akkomodatiebeleid voor gezondheidscentra werd door het N.H.I. gesteld dat onvoldoende gegevens bekend zijn om op dit moment normen te kunnen vaststellen betreffende de ruimten in een gezondheidscentrum. Nader onderzoek is daarvoor nodig. Daar in Nederland reeds vele centra funktioneren zou een evaluatieonderzoek van de gebouwen van de bestaande centra veel gegevens kunnen opleveren.
Van de zijde van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd medegedeeld dat gaarne een onderzoeksvoorstel in deze zin ontvangen zou worden.
Voorbereidende besprekingen vonden plaats met de bouw-adviseurs en een medewerker van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.I.
In een latere fase werden kontakten gelegd met het Centrum voor Architektuuronderzoek van de Technische Hogeschool te Delft. Door de laatste organisatie is inmiddels een onderzoeksvoorstel gemaakt.

vestigingsbeleid

De Plaatselijke Huisartsen Vereniging Eindhoven werd door de manager van het instituut begeleid bij het ontwikkelen van een lokaal vestigingsbeleid. De werkzaamheden werden afgesloten met een advies.

assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra

In het verslagjaar werd in twee centra gewerkt aan het verbeteren van het funktioneren van de assistentes. De werkzaamheden hadden het karakter van een adviesprojekt en werden uitgevoerd door de manager van het instituut, in regelmatig overleg met de medewerkers van de afdeling. In één centrum werd de advisering met gunstig effekt, in het andere met veel minder tevredenheid afgesloten. Het funktioneren van de assistentes blijkt in hoge mate samen te hangen met het funktioneren van de artsen en hun relatie met de assistentes. Deze aktiviteit werd als zeer waardevol ervaren, maar kon door tijdgebrek niet worden voortgezet.

de N.H.I.-advisering

Rond een aantal probleemvelden bereiken het instituut nog regelmatig vragen. Door gebrek aan mogelijkheden kunnen deze echter niet of nauwelijks naar behoren worden afgewerkt. Dit heeft tot gevolg dat de beeldvorming naar buiten nadelig wordt beïnvloed, waardoor steeds minder vragen aan het N.H.I. zullen worden gesteld. Verder is onduidelijk welke taak de beroepsorganisaties het N.H.I. toedenken inzake advisering, waardoor een profilering van de serviceverlening niet goed mogelijk is. Wel lijkt een aantal van de huidige onderwerpen zeer geschikt voor advisering door het N.H.I. als een min of meer onafhankelijke serviceorganisatie. Voorbeelden hiervan zijn:

- begeleiding van de vestiging van jonge huisartsen. Aanstaande huisartsen ervaren de beroepsorganisaties veelal als belangenbehartigers van de reeds gevestigde huisartsen. Het is voor hen nuttig en aangenaam als ze steun kunnen vinden bij een onafhankelijke adviseur die hen kan begeleiden bij het grote aantal belangrijke beslissingen dat bij een vestiging, vaak onder grote tijdsdruk, moet worden genomen.

- advisering bij associaties. Bouwend op ervaringen uit het verleden en uit het S1-projekt zou steun verleend kunnen worden met name op het gebied van de immateriële aspekten van de samenwerking.
- assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra: zie boven.
- financiën. Voor groepspraktijken en gezondheidscentra begint de financieringsstruktuur te veranderen. Daardoor moet door de betrokkenen inzicht verkregen worden in alternatieven, moeten door de groepen beslissingen worden genomen en is meer zelfwerkzaamheid vereist voor het aanvragen van subsidies en het maken van begrotingen en rapportages. Dit zal vooral in de beginfase veel aandacht en steun vragen. In de huidige situatie, het zij nog eens nadrukkelijk gesteld, is ontwikkeling van deze en andere relevante aandachtsvelden niet mogelijk.

de relatie met het S1-projekt

Van de service aktiviteiten waarmee het N.H.I. zich bezighoudt, kan S1 zonder aarzelen de best lopende genoemd worden, dit uiteraard mede door de inspanningen van de Nationale Kruisvereniging en de Joint. Niettemin houdt dit projekt een rechtstreekse bedreiging in voor de eigen service van het instituut: diensten die via S1 door N.H.I.-medewerkers verleend worden, gaan deels ten koste van werkzaamheden ten behoeve van de eigen afdeling. Het grootste gevaar daarvan is, dat een uitholling van de N.H.I.-service tevens gepaard gaat met een verminderde inbreng van het N.H.I. in het S1-projekt. Deze vicieuze cirkel wordt momenteel als zeer problematisch ervaren.

S1

Het S1-projekt had in het verslagjaar een druk maar boeiend bestaan. Dit werd mede veroorzaakt door het feit dat het projekt, dat destijds voor een periode van drie jaar was aangegaan, per 1 februari 1979 zou aflopen, zodat bezinning op de ondersteuning van samenwerkingsverbanden na afloop van S1 noodzakelijk was.
In de uitvoerende werkzaamheden was een verschuiving te konstateren naar de meer algemene, indirekte serviceverlening, zoals themadagen, trainingen, studium generale, hoewel ook de direkte ondersteuning door

middel van informatieverstrekking, advisering en begeleiding de nodige aandacht bleef krijgen. Het zogenaamde mesonivo, d.w.z. de optiek waarbij een samenwerkingsverband bezien wordt binnen het bestaande lokale kader, won het afgelopen jaar aan betekenis. Helaas bleek in 1978 eveneens dat het in het projekt geplande onderzoek niet tot resultaat zou leiden.
In de herfst van het verslagjaar verscheen de 'Eindrapportage Samenwerkingsprojekt Eerste Lijn', het eindverslag van S1. Tevens is verschenen de als resultaat van een stage geproduceerde nota 'Wat doet S1 in de eerste lijn?'. Deze nota's, die bij het S1-sekretariaat verkrijgbaar zijn, bieden een grote hoeveelheid informatie over het projekt.
Vooral in het licht van de beleidsvoornemens voor het als vervolg van S1 te beginnen projekt is aktief geprobeerd te komen tot onderlinge afstemming en samenwerking met provinciale en grootstedelijke serviceplatforms. Participatie in en initiatiefname tot de zogenaamde minikonferentie voor medewerkers van de verschillende platforms in oktober 1978 is hiervan het duidelijkste voorbeeld.
De reakties op de gedurende het projekt uitgebrachte 'beleidssignalen' doen veronderstellen dat deze vorm van beleidsbeïnvloeding door het projekt een zinvolle zaak is.

uitgangspunten voor het kontinueren van het S1-projekt

De organisaties die in het S1-projekt participeren (Nederlands Huisartsen Instituut, Nationale Kruisvereniging, Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening 'Joint') hebben overeenstemming bereikt over de wenselijkheid van voortzetting van het projekt. Uitgangspunten hierbij zijn onder andere de volgenden:

- samenwerking kan de kwaliteit van de hulpverlening verbeteren, met name op psychosociaal gebied,
- samenwerking in de eerste lijn is niet meer weg te denken; de vooral door de overheid gewenste versterking van de eerste lijn kan niet plaats vinden zonder gelijktijdige 'verbreding van de eerste lijn'; de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde wijzen steeds meer in de richting van een noodzakelijke samenwerking met andere disciplines,
- veel werk valt nog te verrichten aan het kreëren van strukturele voorwaarden voor het tot stand komen van samenwerking.

In de vervolgfase zal het projekt zich aktiever opstellen ten aanzien van ontwikkelingen in de eerste lijn en zich niet beperken tot de inmiddels geïnstitutionaliseerde vormen van eerstelijnssamenwerking, zoals gezondheidscentra. Tevens wil S1 stimulerend optreden tegenover de bij het projekt betrokken organisaties. Tenslotte dient de aandacht, meer dan voorheen, gericht te worden op het scheppen van voorwaarden voor een betere hulpverlening. Wat betreft de organisatorische vormgeving van het projekt dient gezocht te worden naar een modus waarbij enerzijds een zekere mate van zelfstandigheid van S1 wordt verzekerd (dit ter wille van de mogelijkheid van een slagvaardig beleid), terwijl anderzijds de S1- medewerkers een referentiekader binnen de eigen organisatie dienen te hebben. Mede met het oog hierop zal het nieuwe S1 kunnen beschikken over een manager die optreedt als projektleider.
Aan de publikatie 'Wat doet S1 in de eerste lijn' wordt tenslotte enig cijfermateriaal ontleend over de periode 1 februari 1976 tot najaar 1978.

In totaal deden 180 samenwerkingsprojekten (in oprichting) één of meerdere malen een beroep op ondersteuning door S1. De hierop geboden ondersteuning varieerde van een éénmalig advieskontakt tot langlopende begeleidingsprojekten.
Het totaal aantal informatie- en adviesvragen bedraagt 213, waarbij vragen om toezending van dokumentatiemateriaal buiten beschouwing gelaten zijn. Van de 34 vragen om begeleiding hebben er 24 geresulteerd in een langduriger begeleiding. Het aantal begeleidingsbijeenkomsten bedraagt 268, hetgeen een gemiddelde van 11 bijeenkomsten per begeleiding betekent. Het zijn vooral de op enige wijze geformaliseerde samenwerkingsverbanden, met name gezondheidscentra, die beroep doen op S1. De konklusie luidt, dat er vanuit het veld behoefte bestaat aan ondersteuningsmogelijkheden zoals door S1 geboden.

personeelsraad

Veel van de werkzaamheden van de personeelsraad over de afgelopen twee jaar zijn gericht geweest op de interne organisatie van het instituut. Centraal daarbij stond het nog steeds lopende G.I.T.P.-onderzoek; onder andere middels deelname in de stuurgroep, die een procesbewakende funktie heeft, heeft de personeelsraad getracht een voortdurende en volledige kommunikatie tussen alle betrokkenen te verzekeren. Dit lukte de ene keer wat beter dan de andere.
Met het groter en komplexer worden van het instituut is ook de aard en de omvang van de taak van de personeelsraad vrij ingrijpend veranderd. Lag een jaar of wat geleden het aksent voornamelijk op de meer 'gezellige' aspekten van de personeelszaken, zoals het dagje uit en een kadootje bij de verjaardag, de laatste jaren zijn zaken als een (helaas nog niet tot stand gekomen) rechtspositieregeling, karrièrebeleid, goed verlopende sollicitatieprocedures en een waardevaste pensioenvoorziening de meeste aandacht gaan vragen.
Dit betekende dat er van de leden van de raad meer inzet gevraagd werd, en vaak ook meer deskundigheid dan in vroeger jaren het geval was.
De gezelligheid werd echter niet vergeten: naast de gebruikelijke en zeer geslaagde dagjes uit in 1977 en 1978, werden verschillende borrels en vergelijkbare aktiviteiten georganiseerd.

kommissies en redakties

In het verslagjaar werd door medewerkers van het NHI het lidmaatschap van de volgende kommissies en redakties vervuld:

- Commissie hypertensie van de Gezondheidsraad
- College Huisartsgeneeskunde (adviseur)
- Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, sektie Onderzoek (waarnemer)
- Huisarts en Computer
- Bestuur Nederlands Huisartsen Genootschap (adviseur)
- Societas Internationalis Medicinae Generalis
- Stichting Medische Communicatie (adviseur)
- Commissie Buitenland van het Nederlands Huisartsen Genootschap
- Stuurgroep Cardiofonie Sofiaziekenhuis Zwolle
- Landelijke contactgroep voor centra van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (Nederlands Huisartsen Genootschap)
- Contactgroep Gezondheidscentra (Landelijke Huisartsen Vereniging)
- Subcommissie Accomodatiebeleid van de Begeleidingsgroep Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne)
- Werkgroep Registratie (Nederlands Huisartsen Genootschap)
- Landelijke Contactcommissie Huisarts-Psycholoog (een kommissie van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Instituut van Psychologen; adviesfunktie)
- Werkgroep Research Eerste Lijn (tot april)
- Begeleidingskommissies:
  . Onderzoek S1
  . Onderzoek Vrije Universiteit naar verwachtingen van de patiënten bij spreekuurbezoek
  . Onderzoek naar het funktioneren van gezondheidscentra (Ziekenfondsraad)
  . Onderzoek Organisatiestruktuur gezondheidscentra (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne)
- Redakties:
  . De Eerste Lijn
  . Consult voor de Huisarts
  . Tijdschrift Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen
  . Samenleving en Gezondheid (in oprichting)

lijst van publikaties van medewerkers van het NHI in 1978
(anders dan in de vorm van door het NHI uitgegeven rapporten)

P.P. Groenewegen en J. van der Zee	Vertrek uit de huisartspraktijk 1972-1976 - een studie uit de huisartsenregistratie van het NHI. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 16(1978)496-500.
J. van der Zee	Oriëntatiekursus NHI 1978 - gegevens uit de huisartsenregistratie ten behoeve van een vestigingsbeleid.
J.P. Dopheide, G.J.M. de Cock en J.J. Witte	Vooronderzoek integratie eerste- en tweedelijns gezondheidszorg te Hoogeveen. Deel I en deel II. (rapport NIPG Leiden, november 1978)
B.H. Posthuma en J. van der Zee	Tussen eerste en tweede echelon. Medisch Contact 4(1978)105-108, 5(1978) 142-146 , 6(1978)175-180, 7(1978)221-227 en 8(1978)245-250.
C.P. Bruins	Diskussie - Toekomst eerstelijns samenwerking gezondheidszorg-welzijnszorg. Medisch Contact 33(1978)649-650.

financieel overzicht

Lasten	1978	(1977)
Bestuurskosten	f 99.210	f 188.610
Nederlands Huisartsen Instituut	1.591.620	1.460.270
Projekt Samenwerkingsvormen 1e lijn	332.190	299.690
Projekt Peilstations	259.425	230.850
Projekt Registratie Wetenschappelijk Onderzoek	17.645	15.950
Projekt GENAH-huisartsenregistratie	59.645	23.010
Projekt Evaluatie SPEECH	82.475	70.525
Projekt Doorlichting SAP	-	11.930
Projekt Philips Medische Dienst/R.P.I.	72.400	27.270
Projekt Registratiesysteem Samenwerkingsvormen	48.240	24.515
Projekt Onderzoek redenen vertrek huisartsen	96.150	-
Projekt Hypertensie	33.780	25.970
Interimmaatregel jeugdige werklozen	21.920	4.090
Dotaties voorzieningen	63.080	25.300
Totaal aan lasten netto	2.777.780	2.407.980

Baten		
Verwacht aan subsidies via het Ministerie van:		
- Volksgezondheid en Milieuhygiëne	f 2.427.500	f 2.143.580
- Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk	-	17.650
Overige vergoedingen en bijdragen:		
Nederlands Huisartsen Genootschap	21.800	26.420
Leden van het N.H.G.	36.200	33.790
Landelijke huisartsen Vereniging	154.060	60.430
Nederlandse Hartstichting	29.180	25.970
Ziekenfondsraad	8.010	3.430
Norwich Benelux B.V.	7.800	-
Smith, Kline & French B.V.	4.600	-
Intrest en diverse baten	86.630	33.970
Onttrekking voorzieningen	-	62.740
Totaal aan baten	f 2.777.780	f 2.407.980

De verkregen opbrengsten zijn in mindering gebracht op de verantwoorde kosten.
Mede langs deze weg betuigen wij onze erkentelijkheid voor de vermelde subsidies en overige bijdragen.

medewerkers

A.I.M. Bartelds	arts, wetenschappelijk medewerker
E. Becht-Melai	sekretaresse
J.M. Bensing	psychologe
M.M. van den Berg	staf/bestuurssekretaresse
V. van Bergen Henegouwen	socioloog, Peilstations
A.F.M. Biek	boekhouder, in dienst 14-8-1978
W.G.W. Boerma	assistent registratie samenwerkingsverbanden, in dienst 1-9-1978
M.A. Boschman	research-assistente
J.J. Boswijk	agoog, S1-projekt
E.D.M. Bresser-Scheepmaker	sekretaresse RWO
C.P. Bruins	arts, algemeen direkteur
M.M. Cornelius	sekretaresse
C.M. van Dam-Felperlaan	receptioniste/telefoniste
J.P. Dopheide	socioloog
H.L. van Dijk	medewerkster registratie samenwerkingsverbanden
M.J. van Ede	ponstypiste
P.J. van der Flier	reproducist/offsetdrukker, uit dienst 2-11-1978
W.E. Gelens	buro-assistente
D.H. van der Grift	boekhouder, uit dienst 4-10-1978
P.P. Groenewegen	socioloog
C.F. Hey-Bos	buro-assistente, uit dienst 3-3-1978
E.B.J. van der Horst-Schokker	buro-assistente, uit dienst 31-8-1978
J. Koopman	arts, wetenschappelijk medewerker, uit dienst 31-10-1978
A.F. Leerentveld	reproducist/offsetdrukker, in dienst 16-10-1978
P. Lens	arts, wetenschappelijk medewerker
F.R. van Lerven	psycholoog/trainer, uit dienst 31-7-1978
J.H. Levelink	arts, wetenschappelijk medewerker
J. Louw	administrateur
M.E. Lub	buro-assistente
A.C.T. Nijhof	administratief medewerkster GENAH

M. Olthuis-Heetveld	sekretaresse bestuur, uit dienst 30-6-1978
T. Overdijk	journalist/publicist
J.G. Patist-Aalten	hoofd huishouding
W. Renes-Martens	medewerkster financiële administratie, in dienst 6-3-1978
H.G. Sanders-Glasbergen	verpleegkundige, adviseuze, uit dienst 20-1-1978
A.F. Scheepmaker	administratief medewerker GENAH
P.B.M. Schoonderwoerd	organisatiedeskundige, S1-projekt
H. Schut	psychologe, Konsultatieprojekt Eindhoven
H. van der Steen	algemeen assistent
P.F.M. Verhaak	psycholoog, Evaluatie SPEECH
M.C. Verhaar-van der Gouw	sekretaresse nascholing/training
L.H. de Vries	boekhouder, uit dienst 14-8-1978
H. van Weerden	voorlichtster
A.C.A. van Welie-Verweij	sekretaresse Peilstations
W. Wilson	manager
J.O.M. Zaat	arts, wetenschappelijk medewerker, tijdelijk in dienst 1-8-1978
J. van der Zee	socioloog
E. Zoer-van der Veen	sekretaresse begeleiding/advisering