

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

jaaverslag 1979

van het
nederlands huisartsen instituut

 NIVEL
bibliotheek
drieheringstraat 6
postbus 1668
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

mariahoek 4 3511 LD utrecht

telefoon 030-31 99 46

correspondentieadres: postbus 2570

3500 GN utrecht

AGGZ
Ambulante Geestelijke Gezond-
heidszorg

GITP
Gemeenschappelijk Instituut
voor Toegepaste Psychologie

HUAN
Huisartsen Nascholing Project

IOH
Interfacultair Overleg Huis-
artsgeneeskunde

JOINT
Landelijke Organisatie voor
Maatschappelijke Dienstverle-
ning

KNMG
Koninklijke Nederlandse Maat-
schappij ter Bevordering der
Geneeskunst

LHV
Landelijke Huisartsen Vereni-
ging

NGF
Nederlands Genootschap van
Fysiotherapeuten

NHG
Nederlands Huisartsen Genoot-
schap

NK
Nationale Kruisvereniging

NOBEL
Nationaal Overleg Beleid Eer-
ste Lijn

NUHI
Nijmeegs Universitair Huis-
artsen Instituut

NZI
Nationaal Ziekenhuis Instituut

PAOG
Post Academisch Onderwijs Ge-
neeskunde

PMD
Philips Medische Dienst

RPI
Rijks Psychiatrische Inrichting

RWO
Registratie Wetenschappelijk
Onderzoek

S-1
Project Samenwerking Eerste
Lijn

SNH
Stichting Nascholing Huisartsen

SPEECH
Samenwerking Psycholoog Eerste
Echelon Capelse Huisartsen

Uitgave en druk:
NHI, Utrecht, 1980

inhoudsopgave

	BLZ
I HET NHI IN 1979	6
beleid	7
werkzaamheden	9
bestuursvorm en organisatie	10
bestuur en medewerkers	11
relaties en vertegenwoordigingen	13
financiering	15
huisvesting	16
personeelsraad	16
II AFDELING WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	18
<i>Structuur Beroepsgroep</i>	20
registratie van gevestigde huisartsen	20
aanvragen uit de huisartsenregistratie	22
registratie van adspirant-huisartsen	29
registratie van samenwerkingsverbanden	31
<i>Relatie Eerste - Tweede Lijn</i>	38
Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn	39
verwijzen	42
<i>Psychosociale Hulpverlening</i>	44
samenwerking huisartsen-psycholoog in Capelle a/d IJssel	44
konsultatieproject Eindhoven	48
project psychosociale hulpverlening Breda	51
gespreksgedrag van huisartsen	54
<i>Registratie in de eerstelijns gezondheidszorg</i>	56
peilstations	56
automatisering in de eerste lijn	59
classificatie in de eerste lijn	60
HUAN-project	62

	BLZ
III	AFDELING NASCHOLING EN TRAINING 65
	de fonodidactische dienst 67
	nascholing per televisie in samenwerking met de stichting Teleac 68
	nascholing over diabetes mellitus 68
	werkgroep Chronische Patiënten 69
	video-onderzoek ten behoeve van de afdeling nascholing . 69
	trainingen 70
	methodisch werken 71
IV	AFDELING DOCUMENTATIE EN INFORMATIE 72
	voorlichting 73
	oriëntatiecursussen 74
	registratie wetenschappelijk onderzoek 75
	bibliotheek 77
V	AFDELING BEGELEIDING EN ADVISERING 80
	NHI-advisering en -begeleiding 81
	externe advisering 82
	bouw van gezondheidscentra 83
	werkgroep Registratie van het NHG 83
	deelname aan externe commissies 84
	S-1 project 84
VI	PUBLICATIES EN RAPPORTEN DOOR MEDEWERKERS VAN HET NHI . . 89
VII	SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR PER 31 DECEMBER 1979 . . . 91
VIII	FINANCIEEL OVERZICHT 92
IX	MEDEWERKERS 94

I **het nhi in 1979**

De belangrijkste gebeurtenis in 1979 was het verschijnen van een beleidsnota, die een beeld geeft van de visie die de medewerkers en het bestuur op de huisartsgeneeskunde in Nederland hebben ontwikkeld en die de plannen van de diverse afdelingen voor de komende jaren beschrijft. De beleidsnota is één van de vruchten van het reorganisatieproces dat het NHI doormaakt; een proces dat in het verslagjaar goed vorderde. Naast het verschijnen van de beleidsnota vond een interne reorganisatie plaats en werden concept statuten opgesteld die een nieuwe bestuursvorm voor de Stichting Nederlands Huisartsen Instituut beschrijven.

De activiteiten bleven echter niet tot bezinning, plannen maken en reorganisatie beperkt: 1979 was een produktief jaar. Met name in de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek werden diverse projecten door rapporten afgerond en andere projecten ter hand genomen, terwijl een aantal lopende activiteiten zoals de registratie van huisartsen, adspirant huisartsen en samenwerkingsverbanden werd voortgezet. Deze activiteiten worden verderop in dit verslag uitvoeriger beschreven in een afzonderlijk hoofdstuk over de desbetreffende afdeling, en worden voorts opgesomd in de lijst van publicaties. Ook de zogenaamde service-afdelingen van het instituut waren actief, zij het dat de in het vorige jaarverslag beschreven achterblijvende groei nog niet kon worden ingehaald. Niettemin was er met name sprake van een uitbouw van de afdeling Documentatie en Informatie, mede dankzij een verbouwing die een nieuwe ruimte voor de bibliotheek en de voorlichtingsfunctionarissen opleverde. De afdeling Nascholing en Training legde de fundamenten voor een aantal activiteiten die deze afdeling de komende jaren

veel werk zullen gaan opleveren. De afdeling Begeleiding en Advies - de vroegere afdeling Samenwerkingsvormen werd aldus omgedoopt - moest door financiële en personele problemen haar werkzaamheden vrijwel beperken tot het S-1 project (bevorderen van samenwerking in de eerste lijn).

Een groot deel van het jaar functioneerde het NHI zonder directeur. Dankzij extra inspanningen van de medewerkers, het bestuur en van ir. W. Wilson en drs. Cl. Olthof van het GITP te Nijmegen, die tijdelijk de directietaken waarnamen, lukte het deze periode zonder te grote moeilijkheden te overbruggen. Op 1 oktober trad S. van der Kooij, arts, in dienst als directeur en opvolger van de per 31 december 1978 afgetreden C.P. Bruins, arts.

beleid

Het beleid van het NHI voor de toekomst werd in concept statuten en in de beleidsnota vastgelegd. De beleidsdoelstellingen zijn in grote trekken dezelfde gebleven als die van voorgaande jaren. De aandacht blijft geconcentreerd op de huisarts: het instituut draagt zijn naam niet voor niets. Maar de huisarts wordt niet geïsoleerd beschouwd: het gaat om de huisarts in de maatschappij, de huisarts als hulpverlener aan de hulpvragende, de huisarts als 'teamgenoot' van andere eerstelijns hulpverleners, de huisarts als één der hulpverleners in de gezondheidszorg. Veel aandacht dus voor het netwerk van relaties waarin de huisarts zich bevindt. Daarnaast beseffen bestuur en medewerkers dat er in de komende jaren bezinning zal moeten plaatsvinden over de taak van het - dan wellicht te herdopen - instituut ten opzichte van de eerstelijns

gezondheidszorg als geheel; één van de aansporingen daartoe vormt de Schets van de Eerstelijns Gezondheidszorg van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne die begin 1980 het licht zag. Anderzijds is er met name bij de LHV een onmiskenbare bezorgdheid dat een dergelijke verbreding van de doelstelling van het NHI ten koste zou gaan van de ondersteuning en ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

De breedte van het belangstellingsgebied van het NHI leidt tot de paradox dat het instituut zich op ieder aandachtsgebied aanzienlijke beperkingen moet getroosten. Voor buitenstaanders is het vaak moeilijk te aanvaarden dat het NHI meer activiteiten *niet* dan wel lijkt te verrichten - terwijl men het gevoel heeft dat juist voor zulke activiteiten het NHI is opgericht. Ook binnen het instituut zijn medewerkers vaak teleurgesteld dat veelbelovende onderzoeksgebieden (nog) niet ontgonnen kunnen worden en dat vragen van huisartsen en anderen op het gebied van service niet zó kunnen worden beantwoord als men graag zou willen.

Juist de meerjarenplanning heeft op deze problematiek meer zicht gegeven, aangezien deze ook een uitgangspunt biedt om, met name ten aanzien van servicemogelijkheden, prioriteiten te bepalen. Over dit onderwerp buigt zich nu een gemengde NHG-NHI-LHV werkgroep die probeert de behoeften aan 'ondersteuning' van de huisarts ten aanzien van nascholing, documentatie, technische en administratieve problemen, informatie, management, enzovoort in kaart te brengen en daarover aan de diverse besturen advies uit te brengen. Duidelijk is wel dat de financiering van de ondersteuning het grote knelpunt blijft. Indien voor de ondersteuning van de huisarts niet meer geld beschikbaar komt - uit subsidies,

uit bijdragen via de ziektekostenverzekeringen, van huisartsen zelf of op nog andere wijze - dan zal de ondersteuning van de Nederlandse huisartsen volstrekt onvoldoende blijven. Overigens geldt dit, zij het in mindere mate, ook voor wetenschappelijk onderzoek. Het research-budget voor de eerstelijns gezondheidszorg is een fractie van het totaal dat aan medisch wetenschappelijk onderzoek wordt besteed. Eind 1979 werden stappen ondernomen om tot een bundeling en een betere organisatie van onderzoekers en beleidsvormers ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek in de eerstelijns gezondheidszorg te komen.

werkzaamheden

De werkzaamheden van de diverse afdelingen worden verderop in dit verslag uitvoerig beschreven. Hier worden enige belangrijke punten aangestipt.

Het S-1 project maakte door onzekerheid over de subsidie een overgangsjaar door, waarin de advisering werd gecontinueerd, maar slechts weinig nieuwe activiteiten werden ontplooid. De bibliotheek werd heropend en een bescheiden documentatie-service gestart. Enige voorlichtingsrapporten zagen het licht, de activiteiten op het gebied van voorlichtingsfolders namen toe. Een groot nascholingsonderzoeksproject (HUAN) werd samen met het NUHI aangevangen. Enige trainingen voor 'methodisch werken' werden samen met het NHG uitgevoerd. Het project 'chronische patiënten' was dit jaar aan diabetes gewijd. De Teleac-uitzendingen worden na 1979 niet meer door het NHI verzorgd in verband met de verandering van de doelgroep waarop deze voorlichting is gericht.

De onderzoeken over psychosociale hulpverlening te Capelle a/d IJssel en Eindhoven - twee uitvoerige projecten met onder meer intensieve video-observaties van huisartsen - werden afgesloten, een nieuw project te Breda werd gestart. Het onderzoek over samenwerking eerste lijn - tweede lijn te Hoogeveen werd voorlopig beëindigd, terwijl een nieuw onderzoek betreffende een diagnostisch centrum te Utrecht werd aangevangen. De structuur van de huisartsgeneeskunde was voortdurend object van onderzoek, mede met het oog op de verwijscijfers. Een veelzijdig morbiditeits- en interventieonderzoeksprogramma wordt voorbereid. Het peilstationsproject werd op traditionele wijze voortgezet.

bestuursvorm en organisatie

In 1979 werden besprekingen gevoerd die moesten leiden tot het vastleggen van een nieuwe organisatiestructuur in een huishoudelijk reglement. Deze besprekingen mondden uit in de reeds vermelde concept statuten, die voorzien in een nieuwe bestuursvorm, waarin het beleid en het beheer gescheiden worden en toebedeeld worden aan een beleidsraad en een beheersraad, die uit verschillende personen bestaan. In de beleidsraad zijn NHG, LHV, medewerkers en gebruikers van de gezondheidszorg elk met twee leden vertegenwoordigd. Overheid, universitaire huisartsgeneeskunde, ziektekostenverzekeraars en andere eerstelijns organisaties nemen als adviseur deel aan de beleidsraad. De beheersraad bestaat uit deskundigen op het gebied van management.

Een 'Nota interne structuur' van het GITP, dat als begeleider bij het reorganisatieproces optrad, regelt de organisatie in grote

lijnen. De medewerkers van het NHI werden in zeven betrekkelijk zelfstandige basiseenheden gegroepeerd. Vier van deze basiseenheden vormen samen de afdeling wetenschappelijk onderzoek, de drie service afdelingen functioneren elk als basiseenheid. De functie van hoofd van de afdeling wetenschappelijk onderzoek werd gecreëerd. Directeur, hoofd WO en basiseenheidcoördinatoren vormen samen de staf, met een beleidsvoorbereidende en uitvoerende taak. Naast de staf functioneert het zogeheten directiebestuur waaraan - naast de directeur - het hoofd WO, de administrateur en de in 1980 aan te trekken medewerker interne en personele zaken deelnemen.

bestuur en medewerkers

In januari 1979 trad W. Waal, arts, af als bestuurslid. Hij werd opgevolgd door M.P. Springer, arts. Beiden waren tevens bestuursleden van de LHV. In maart nam dr. H. Roelink afscheid als adviseur namens de KNMG. Per 1 april legde S. van der Kooij, arts, het voorzitterschap neer. Zijn plaats als voorzitter werd ingenomen door de vice-voorzitter Th.J. Hondius, arts. S. van der Kooij trad tot 1 oktober op als adviseur van het bestuur. Als bestuurslid namens het NHG werd hij opgevolgd door C.P. Schouwstra, arts.

Ir. W. Wilson nam gedurende enige maanden als plaatsvervanger het directeurschap waar, en werd van april tot juni (voor twee dagen per week) als waarnemend directeur opgevolgd door drs. Cl. Olthof, als adviseur verbonden aan het GITP. Per 1 oktober trad S. van der Kooij, arts, in dienst als directeur. Per 1 april werd mw. drs. J.M. Bensing hoofd van de afdeling WO. J.B. de Groot, arts,

werd op 1 april als trainer aangetrokken, en vanaf 1 november benoemd tot coördinator van de afdeling Nascholing en Training. P. Lens, arts - presentator bij Teleac - nam afscheid per 31 december 1979. Aan het eind van het jaar werd afscheid genomen van ir. W. Wilson die als manager in belangrijke mate heeft bijgedragen aan de reorganisatie van het instituut.

De volgende medewerkers kwamen in 1979 in dienst van het NHI:

Mw. E. Boon - Wensenk	vanaf 15-10-79 medewerkster peilstations.
Mw. Y. Driendijk - van Meteren	vanaf 15-11-79 secretaresse PSH
Mw. J.F. Gabeler	vanaf 01-10-79 methodologe-psychologe project HUAN
Mw. I. de Garde - Smith	vanaf 01-11-79 bibliothecaresse
J.B. de Groot, arts	vanaf 01-04-79 hoofd afdeling Nascholing en Training
J.J.M. Imants, arts	vanaf 19-02-79 video-medewerker
S. van der Kooij, arts	vanaf 01-10-79 algemeen directeur
D.E. Lancée	vanaf 20-07-79 algemeen assistent
B. Runia	vanaf 14-03-79 medewerker verzendafdeling
Drs. F.L. Sanavro	vanaf 01-09-79 psycholoog project PSH Breda
Mw. J.J. Stoel	vanaf 01-03-79 research-assistente diverse projecten
Mw. C.P. Swart	vanaf 12-11-79 secretaresse/informatrice Begeleiding en Advisering
Drs. D. Wijkel	vanaf 01-07-79 socioloog project Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn

En de volgende medewerkers verlieten het NHI in 1979:

V. van Bergenhenegouwen	per 30-09-79 socioloog Peilstations
C.P. Bruins, arts	per 31-12-79 directeur
Mw. E.D.M. Bresser - Scheepmaker	per 13-06-79 secretaresse RWO
Drs. J.J. Boswijk	per 31-01-79 agoog project S-1
J. Dronkers	per 31-07-79 student-assistent project PMD-RPI
Mw. M.J. van Ede	per 31-05-79 onstypiste
J.J.M. Imants, arts	per 15-10-79 videomedewerker
R.I.M. Kluver	per 31-08-79 student-assistent afdeling WO
P. Lens, arts	per 31-12-79 medewerker Teleac
Mw. drs. H. Schut	per 31-08-79 psychologe project PMD-RPI
Ir. W. Wilson	per 31-10-79 manager

Een volledig overzicht van alle bestuursleden en medewerkers treft u aan in hoofdstuk IX.

relaties en vertegenwoordigingen

Met het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne had het NHI ook in 1979 weer vele en plezierige contacten. In december werd met de Staatssecretaris, mw. mr. E. Veder - Smit van gedachten gewisseld over de concept statuten en de beleidsnota. Met de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg werden niet alleen subsidietechnische onderwerp maar ook het beleid en de mogelijkheden van het NHI besproken. Met het Stafbureau Beleidsontwikkeling werd overleg gepleegd over de plannen voor wetenschap-

pelijk onderzoek van het departement en van het NHI. Zoals vandoord waren er weer vele voortreffelijke contacten met de Geneeskundig Inspecteur in Algemene Dienst van de Eerstelijns Gezondheidszorg.

Het regelmatige contact tussen het dagelijks bestuur van het NHG en de NHI-staf werd weer opgevat. Met het NHG werden naast de statuten en de beleidsnota vooral de service activiteiten van het NHI besproken. Voor het NHG werd een referaat gemaakt over wetenschappelijk onderzoek betreffende de toetsing van de kwaliteit van het medisch handelen.

De NHI-staf had tevens enige gesprekken met een vertegenwoordiging van het bestuur van de LHV over de service en over het reglement betreffende de registratie van huisartsen. Dit laatste was tevens onderwerp van gesprek met enige vertegenwoordigers van de KNMG. De contacten met de LHV verliepen aanvankelijk stroef, maar het wederzijdse begrip groeide in de loop van het jaar. Er waren herhaaldelijk besprekingen met de SNH die onder meer betrekking hadden op de inventarisatie van de nascholingsactiviteiten. Met SNH en NHG werd een documentatieproject voorbereid, met LHV en NHG een project 'methodisch werken'.

Er waren verder contacten met het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, met het NGF en met de Sectie Onderzoek van het IOH. Met de NK en de Joint vond regelmatig overleg plaats over het S-1 project. Met het computercentrum van de Rijksuniversiteit Utrecht hadden wij goede contacten in het kader van ons gebruik van computerfaciliteiten. Met het NUHI en met het NZI werd gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek verricht.

Vertegenwoordigingen van het NHI

College Huisarts Geneeskunde

Contactgroep Gezondheidscentra van de KNMG (deze vertegenwoordiging is inmiddels overgegaan naar het S-1 project)

Nederlands Huisartsen Genootschap

Redactie 'Kompas voor de huisarts'

Redactie 'Practicum huisartsgeneeskunde'

Redactieraad 'Gezondheid en samenleven'

Sectie Wetenschappelijk Onderzoek van het IOH

Technische Commissie van het Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn

financiering

Over het vraagstuk van de financiering zal afzonderlijk verslag worden uitgebracht. De financieringsmogelijkheden van het NHI blijven beperkingen opleggen aan het activiteitenpakket. De financiering vindt thans voor veruit het grootste deel plaats door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Zowel op het instituut als op het departement wordt naarstig gezocht naar andere financieringsbronnen, waarbij onder meer gedacht wordt aan financiering door de beroepsverenigingen, uit de sociale verzekeringen, via een fonds en via retributies voor verleende service. Het is duidelijk dat een verdere - door velen noodzakelijk geachte - groei van het NHI alleen mogelijk is indien aanvullende (en substantiële) financieringsmogelijkheden worden gevonden. Overigens levert de positieve houding die ook op het departement

wordt ingenomen ten opzichte van de eerstelijns gezondheidszorg, een subsidiebeleid op, dat het instituut veel kansen tot ontplooiing biedt. Eén van de gevolgen hiervan is dat vanaf 1 januari 1980 de subsidie voor een aantal registratieprojecten bij de basissubsidie ten behoeve van het NHI wordt ondergebracht, waardoor deze subsidie een meer permanent karakter krijgt.

huisvesting

De behuizing van het NHI werd uitgebreid door het betrekken van het pand Springweg 3 en door een interne verbouwing van het pand op de Mariahoek. Het instituut heeft nu weer even 'lucht', hoewel er uiteraard nog een aantal wensen blijft bestaan. De aard van de behuizing en de centrale ligging van het instituut hebben onmiskenbare charmes, maar daartegenover staat een minder goede representativiteit door de vervallen panden aan de Springweg en een zeker achterstallig onderhoud. Een minder gunstig aspect van de behuizing is ook de 'opsplitsing' van het instituut over een aantal panden. Dit komt de efficiëncy en de samenhang tussen de verschillende afdelingen niet ten goede. Het is te verwachten dat het huisvestingsprobleem op korte termijn veel aandacht zal vragen. Daarbij lijkt een geheel nieuwe huisvesting één van de meest wenselijke oplossingen.

personeelsraad

De in het jaarverslag 1978 gesignaleerde verandering in de aard van de bezigheden van de personeelsraad, consolideerde zich in 1979. De meeste tijd en energie werd gestoken in zaken die zich onder het kopje 'belangenbehartiging' laten vatten. De traditione-

le 'gezellige' aspecten van de personeelsaangelegenheden zoals het jaarlijks dagje-uit, cadeautjes bij de verjaardag en attenties voor aankomende, afscheid nemende en zieke personeelsleden werden daarnaast natuurlijk niet vergeten.

Belangenbehartiging heeft in concreto onder meer het volgende ingehouden:

- het leveren van commentaar op de diverse concept-statuten van het NHI nieuwe stijl. Met betrekking tot de voorgestelde nieuwe topstructuur van het NHI werd de wenselijkheid uitgesproken dat personeelsleden participeren in de beleidsraad, aangezien daarmee een goede communicatie tussen personeel en top gegarandeerd lijkt
- het begeleiden van de totstandkoming van een nieuw interne organisatie in kleine functionele eenheden en het stimuleren van geregeld overleg binnen deze eenheden
- het bevorderen van een informatiestroom van de kant van het bestuur, de directie en de staf naar het personeel toe door middel van periodieke informatiebulletins
- het deelnemen aan sollicitatieprocedures
- het verzamelen van informatie over diverse mogelijkheden van waardevaste pensioenvoorzieningen en het doorgeven hiervan aan het personeel

Naast de bezigheden die voortdurend de aandacht van de personeelsraad zullen blijven vragen (toekomstige beleidsraad, personeelsvertegenwoordiging naar de toekomstige beheersraad en de directie, informatieoverdracht, sollicitaties, gezelligheidsaspecten) hoopt de huidige personeelsraad zich het komende jaar met name bezig te kunnen houden met de pensioenregeling en de omvorming van personeelsraad tot ondernemingsraad.

II afdeling wetenschappelijk onderzoek

De sterke behoefte aan informatie over het functioneren van de hulpverleners in de eerstelijns gezondheidszorg heeft binnen de afdeling onderzoek geleid tot een groei in mankracht en activiteiten. Per 31 december 1979 telde de afdeling vijf onderzoekers in vaste dienst, vier onderzoekers werkzaam op projectbasis, twee research-assistenten en elf ondersteunende medewerkers.

De organisatorische hergroepering van de medewerkers is in het verslagjaar voltooid. De afdeling bestaat uit drie functionerende eenheden: relatie eerste - tweede lijn, structuur beroepsgroep en psychosociale hulpverlening, alsmede een onderzoekseenheid in oprichting die zich zal bezighouden met het thema 'registratie in de eerstelijns gezondheidszorg'. De activiteiten van deze onderzoekseenheden worden verderop in afzonderlijke paragrafen beschreven. Wij noemen hier alvast de belangrijkste punten:

- structuur beroepsgroep: een belangrijke gebeurtenis binnen dit aandachtsveld was de totstandkoming van de eerste afleveringen uit de serie 'Cijfers en studies uit de huisartsenregistratie' met gegevens over de periode 1978 - 1979 (vestigingen, vertrek en spreiding van huisartsen, overzichten van huisarts-groepspraktijken en gezondheidscentra).
- relatie eerste - tweede lijn: er werd een begin gemaakt met het project Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn, in welk project bekeken zal worden wat de gevolgen zijn voor de gezondheidszorg ter plaatse, als het ziekenhuis ten behoeve van de omringende huisartsen zijn laboratorium- en röntgenfaciliteiten opentstelt.
- psychosociale hulpverlening: deze onderzoekseenheid sloot de vol-

gende projecten af: Samenwerking Psycholoog in het Eerste Echelon met de Capelse Huisartsen (SPEECH) en Evaluatie Konsultatie vanuit de geestelijke gezondheidszorg in Eindhoven. Daarnaast ging het project 'Psychosociale Hulpverlening Breda' van start.

- registratie in de eerstelijns gezondheidszorg: gereed kwamen het tiende jaarverslag van het Peilstationsproject en de verslagen inzake de longitudinale onderzoeken over angineuze klachten, hartinfarct, cerebrovasculaire aandoeningen en epileptiformbeeld. Door de subsidiegever werden twee projecten goedgekeurd ter voorbereiding van een omvangrijk landelijk registratiesysteem in de eerstelijns gezondheidszorg. Een project dat de meest wenselijke classificatie van ziekten, klachten en problemen bestudeert en een project dat een experiment zal bevatten voor de meest efficiënte wijze van automatisering van de voor de registratie benodigde gegevens.
- overige projecten: in samenwerking met de afdeling nascholing is in 1979 een analyse gestart en afgerond van op videoband opgenomen huisarts-patiëntconsulten, waar op één of andere wijze het onderwerp 'hoge bloeddruk' ter sprake kwam. De wijze waarop de huisarts de patiënten behandelde werd vergeleken met de door de werkgroep hypertensie opgestelde normen. Als een soort vervolg op dit project is een begin gemaakt met het HUAN-project, een onderzoek in samenwerking met het NUHI naar de wijze waarop huisartsen hart- en vaatziekten opsporen en behandelen, naar de lacunes op dit gebied en het effect van speciaal hiervoor ontwikkelde nascholingsprogramma's op het verdere handelen van de huisarts.

structuur beroepsgroep

De onderzoekseenheid 'structuur beroepsgroep' houdt zich bezig met het inventariseren en analyseren van verschijnselen als de toetreding tot en de terugtreding uit het huisartsenberoep (vestiging en vertrek), de opbouw van de beroepsgroep van huisartsen en de verdeling van huisartsen over Nederland. De globale gegevens over deze verschijnselen worden verschaft door twee registratiesystemen: één ten aanzien van gevestigde huisartsen en één ten aanzien van degenen die de huisartsenopleiding volgen. Nader onderzoek geeft een aanvullend beeld. Gedurende het verslagjaar is vooral aandacht besteed aan het opzetten van een publicatieserie uit de registratiesystemen ('Cijfers en studies uit de huisartsenregistratie') en aan het voorbereiden van nader onderzoek onder degenen die de opleiding hebben gevolgd en na verloop van tijd nog niet gevestigd waren. Bovendien is onderzoeksmateriaal verzameld om meer inzicht te krijgen in oorzaken en gevolgen van regionale verschillen in huisartsendichtheid.

Registratie van gevestigde huisartsen

Het verslagjaar is voor wat betreft de huisartsenregistratie een oogstjaar geworden: de eerste aflevering verscheen van de periodieke uitgaven 'Cijfers uit de huisartsenregistratie' en 'Studies uit de huisartsenregistratie'. Het eerste is een losbladig systeem waarin ieder jaar omstreeks oktober de cijfers per januari van dat jaar gepubliceerd worden over de opbouw van de huisartsenberoepsgroep, de spreiding van huisartsen over Nederland, vertrek en vestiging, aantallen groepspraktijken en gezondheidscentra en aantallen adspirant-huisartsen. De 'Studies uit de huisartsenre-

gistratie' omvat een serie monografieën over dezelfde onderwerpen waarbij de nadruk meer ligt op trends in de tijd. In sommige gevallen wordt via enquêtes en interviews verkregen informatie verwerkt.

Er zijn in het verslagjaar 17 aanvragen voor gegevens op naam van huisartsen ingediend bij het bestuur van de Stichting NHI, dat volgens het reglement van de huisartsenregistratie toestemming moet verlenen voordat gegevens op naam overgedragen kunnen worden. Bijna de helft van de aanvragen had betrekking op nascholingsactiviteiten (zie het bijgaande overzicht). Ook zijn er op verzoek enkele statistische overzichten op basis van de registratiegegevens vervaardigd: op verzoek van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen werd een beschrijving gemaakt van het bestand vrouwelijke huisartsen. Op verzoek van het NHG werd een statistisch overzicht van het NHG-ledenbestand vervaardigd en op verzoek van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Rotterdam werd een overzicht van de leeftijdsverdeling van de huisartsen in Rotterdam en in de rest van Nederland gemaakt. Deze vorm van serviceverlening - het maken van statistische overzichten - is een nieuwe activiteit van de onderzoekseenheid structuur beroepsgroep. Deze overzichten worden, mits de werkzaamheden dit toelaten, zowel samengesteld voor de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen als voor (groepen) huisartsen.

Vestigingen in 1978

Er hebben zich in 1978 326 artsen gevestigd als zelfstandig huisarts (dat wil zeggen: met eigen patiënten op naam), 50 minder dan het jaar daarvoor. Slechts 5,5% van hen was van het vrouwelijk ge-

overzicht: AANVRAGEN UIT DE HUISARTSENREGISTRATIE

aanvrager	doel
Huisartsen Instituut der Vrije Universiteit, Amsterdam	werving van huisartsgastheren
Capaciteitsgroep Medische Sociologie Rijks Universiteit Limburg	onderzoek naar taken en taakopvatting van huisartsen
NHG centrum 's-Gravenhage & Kring 's-Gravenhage NGF	symposium over patiënt met lage rugklachten
Capaciteitsgroep Medische Psychologie Rijks Universiteit Limburg	onderzoek naar diagnostische criteria bij 'Anorexia Nervosa'
Nederlandse Invaliden Sportbond	verspreiding van bondsorgaan via de wachtkamer
Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen	ledenwerving en belangenbehartiging
Instituut voor Huisartsgeneeskunde Rijks Universiteit Utrecht	analyse van dissertaties van huisartsen
Bureau Post Academisch Onderwijs Rijks Universiteit Utrecht	verzending nascholingsmateriaal

gevraagde gegevens	
naam en praktijkadres huisartsen in Twente	gehonoreerd
steekproef van 650 huisartsen naam, praktijk- adres, collegae	gehonoreerd
naam en praktijkadres nascholingsregio Leiden	gehonoreerd
naam en praktijkadres huisartsen in Amersfoort Bergen op Zoom, Den Haag, Den Bosch, Nijmegen, Sittard, Tilburg en Utrecht	gehonoreerd
naam en praktijkadres van alle huisartsen	gehonoreerd
naam en praktijkadres, aantal collegae halve da- gen werkzaam van alle vrouwelijke huisartsen	gehonoreerd
naam en praktijkadres en jaar van afstuderen en promotie van gepromoveerde huisartsen	gehonoreerd
naam en praktijkadres van alle huisartsen	gehonoreerd

aanvrager	doel
Regionale Nascholingscommissie Huisartsen Leiden	2 x verzending nascholings- agenda
Huisartsen Instituut der Vrije Universiteit, Amsterdam	samenstelling van representa- tieve groep bandopnamen van spreekuur-contacten ten behoeve van onderwijs en onderzoek
Bureau Post Academisch Onder- wijs Rijks Universiteit Gro- ningen	verzending nascholingsagenda
Provinciale Trainerswerkgroep/ Raad voor Maatschappelijke Dienstverlening Friesland	informatie over cursus systeem- benadering
Stagegroep medische studenten Katholieke Universiteit Nijme- gen (begeleiding: Instituut voor Sociale Geneeskunde)	enquête onder vrij gevestigde huisartsen
Wergroep Nascholing Huisarts- en West Brabant	verzending nascholingsmateriaal
Bureau Post Academisch Onder- wijs Katholieke Universiteit Nijmegen	verzending nascholingsmateriaal
Leids Universitair Huisarts- en Instituut	werving opleiders

gevraagde gegevens	
naam en praktijkadres van huisartsen in nascholingsregio Leiden	gehonoreerd
naam en praktijkadres van huisartsen in Amsterdam, Diemen, Duivendrecht, Amstelveen	gehonoreerd
naam en praktijkadres van huisartsen in regio Groningen	gehonoreerd
naam en praktijkadres huisartsen in Friesland	gehonoreerd
naam en praktijkadres van huisartsen die vanaf 1974 een niet gesteunde vrije vestiging hadden	gehonoreerd
naam en praktijkadres van huisartsen in regio Breda	gehonoreerd
naam en praktijkadres van alle huisartsen	gehonoreerd
naam en praktijkadres van huisartsen in Nieuwerkerk a/d IJssel, Berkel en Rodenrijs, Bergschenhoek	gehonoreerd

slacht, een lager percentage dan het jaar daarvoor. Ruim de helft van de artsen nam een hele praktijk over, 6% een deel van een praktijk. Bijna 20% van vestigingen betrof een associatie, 16% een gesteunde vrije vestiging en 6% een niet gesteunde vrije vestiging. Het percentage alleen werkende huisartsen onder de nieuw gevestigden bedroeg 59%, 32% ging in een tweemans-praktijk (in één gebouw) werken, 4% in een groepspraktijk en 6% in een gezondheidscentrum. Vergelijken wij deze cijfers met die uit de monografie 'Vestigingen van huisartsen 1970 - 1977' (verschenen als Studie uit de huisartsenregistratie), dan blijkt dat de trend in de richting van een vermindering van het aantal overnames en het aantal solopraktijken, van een toename van het aantal vestigingen door middel van associatie en van het aantal 'meermans'-praktijken zich in 1978 niet heeft doorgezet.

Vertrek uit de huisartspraktijk in 1978

Het aantal huisartsen dat de praktijk neerlegde was in 1978 bijna 100 lager dan het aantal vestigingen, namelijk 237. In het westen van het land (Noord-Holland, Zuid-Holland, Zeeland) en in de grote steden (meer dan 100.000 inwoners) legden relatief de meeste huisartsen de praktijk neer. De helft van de huisartsen die uit de praktijk vertrokken ging een andere medische functie uitoefenen (20% werd verzekeringsgeneeskundige, 12% bedrijfsarts, nog eens 12% ging zich specialiseren). De andere helft verdween door natuurlijk verloop (gaan rusten, overlijden of emigreren). Van de groep die een andere medische functie ging uitoefenen was de helft jonger dan 45 jaar.

De opbouw van de beroepsgroep per januari 1979

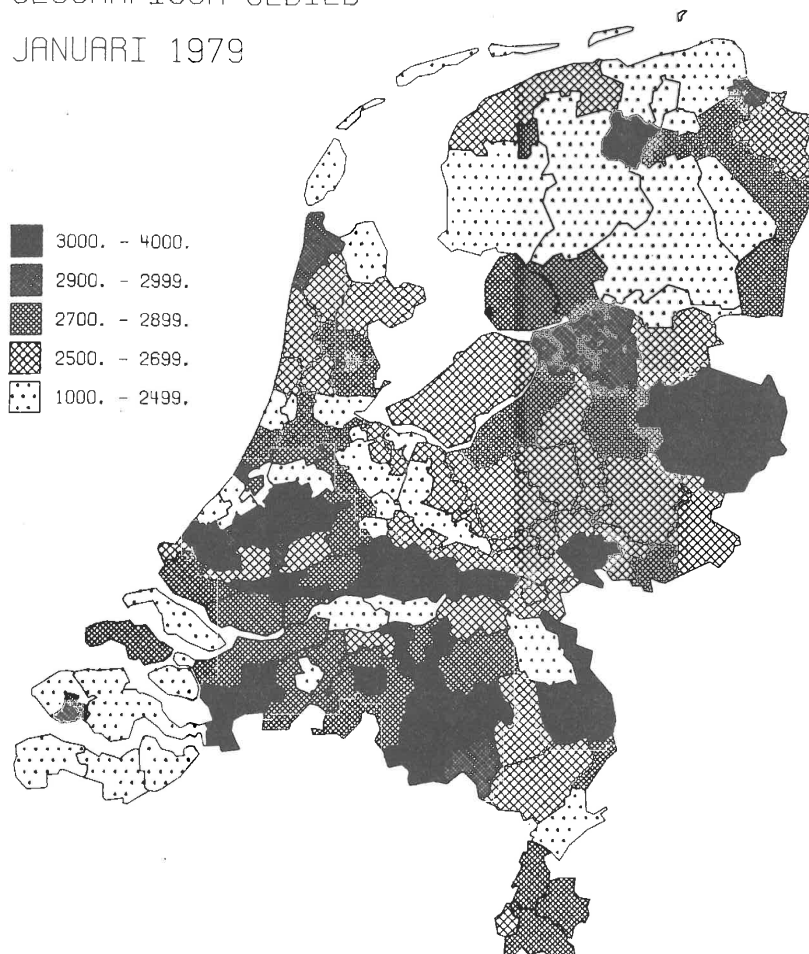
Per januari 1979 telde het registratiesysteem 5215 zelfstandig gevestigde huisartsen (dat wil zeggen: huisartsen met eigen patiënten op naam). De toename sinds 1970, toen het systeem 4420 huisartsen telde, kwam daardoor uit op 18%. Vanaf 1974 is er een gestage toename van het percentage vrouwelijke huisartsen te zien tot 4,5% in 1979 (de cijfers over de jaren 1970 tot 1979 zijn dit verslagjaar gepubliceerd als 'Studie uit de huisartsenregistratie' onder de titel 'De opbouw van de beroepsgroep huisartsen 1970 - 1979'). De gemiddelde leeftijd van de huisartsen is de afgelopen tien jaar gedaald van 45,9 tot 43,0 jaar voor de mannen en van 45,5 tot 40,5 jaar voor de vrouwelijke huisartsen. Een belangrijke verschuiving die in het afgelopen decennium heeft plaatsgevonden is die van de alleen werkende huisarts naar een beroepsuitoefening samen met andere collegae. Het percentage solo-artsen is gedaald van 87% in 1970 tot 64% in 1979. Het percentage huisartsen dat met één collega samenwerkt (al dan niet in hetzelfde praktijkgebouw) is in de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld en het percentage dat met meerdere collega's samenwerkt is zelfs meer dan verviervoudigd (van 2 tot 10%).

De spreiding van huisartsen per januari 1979

De gemiddelde praktijkgrootte was in januari 1979 2681 inwoners per huisarts (berekend door het aantal inwoners van ons land te delen door het aantal huisartsen). In de drie grote steden en in de provincies Groningen, Friesland en Zeeland is de gemiddelde praktijkgrootte tot beneden de 2500 gedaald. Op het bijgevoegde kaartje is het aantal inwoners per huisarts per economisch geografisch gebied weergegeven.

AANTAL INWONERS PER HUISARTS PER ECONOMISCH
GEOGRAFISCH GEBIED

JANUARI 1979



Registratie van adspirant-huisartsen

In het verslagjaar is een begin gemaakt met de opzet van een registratiesysteem van adspirant-huisartsen. Daaronder worden de artsen verstaan die de eenjarige opleiding tot huisarts gevolgd hebben en nog niet als zelfstandig huisarts gevestigd zijn. De eerste resultaten van dit registratiesysteem geven aan dat van de ongeveer 1500 artsen die voor 1 januari 1979 de huisartsenopleiding voltooid hadden, slechts ongeveer éénderde voor diezelfde datum als zelfstandig huisarts gevestigd was (zie tabel 1).

Tabel 1: percentage zelfstandig gevestigden naar jaar van voltooiing van de opleiding en geslacht (tussen haakjes het aantal artsen dat de opleiding voltooid heeft en waarop het percentage gebaseerd is)

jaar van voltooiing van de opleiding	geslacht		totaal
	man	vrouw	
1974	57% (28)	1* (2)	57% (30)
1975	53% (154)	16% (19)	49% (173)
1976	52% (277)	16% (62)	45% (399)
1977	36% (367)	13% (96)	31% (463)
1978	18% (370)	4% (114)	15% (484)

* te klein aantal om te percenteren

Van de artsen die in 1975 van de huisartsenopleiding kwamen, was vóór 1 januari 1979 - dus drie en vier jaar na het beëindigen van de opleiding - nog niet de helft als zelfstandig huisarts geves-

tigd. Onder de mannelijke afgestudeerden blijkt het percentage zelfstandig gevestigden drie tot vier keer zo hoog te zijn als onder de vrouwelijke afgestudeerden. Terwijl van het totaal van de afgestudeerden 20% vrouw was, was van de zelfstandig gevestigden maar 7% vrouw (deze verhouding is wat minder ongunstig als rekening gehouden wordt met de vrouwen die in de vorm van een assistentschap hun beroep uitoefenen).

Om na te gaan welke werkzaamheden de nog niet gevestigde artsen verrichten en in hoeverre die artsen nog (actief) zoeken naar een praktijk, werd onder een kleine groep (degenen die in Nijmegen afgestudeerd en nog niet gevestigd waren - 74 in getal) een telefonische enquête gehouden (zie tabel 2).

Tabel 2: werkzaamheden van de nog niet gevestigde, in Nijmegen afgestudeerde huisartsen

proefassociatie	9
assistent in huisartspraktijk	2
waarnemer in huisartspraktijk(en)	14
functie in de sociale geneeskunde	24
alternatieve geneeskunde	1
klinisch assistent	7
militair	17

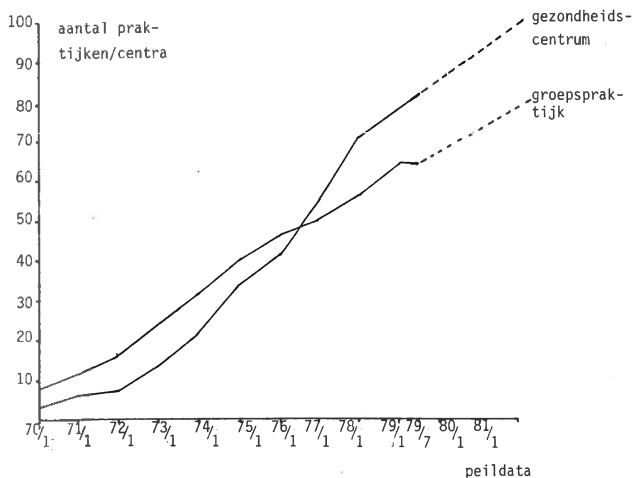
Van de 74 artsen die benaderd werden, bleken er 12 actief naar een praktijk te zoeken, 7 zochten matig actief, 12 zochten passief en 43 zochten in het geheel niet. Om een volledig beeld te krijgen van de situatie waarin adspirant-huisartsen verkeren zal, te be-

ginnen met januari 1980, jaarlijks een formulier aan alle adspirant-huisartsen toegezonden worden.

Registratie van samenwerkingsverbanden

Per 1 juli 1979 (de laatst bekende peildatum) waren er in Nederland 64 huisarts-groepspraktijken en 82 gezondheidscentra. Als deze stijgende lijn zich voortzet dan kunnen wij het 100e gezondheidscentrum medio 1982 verwachten. Dat gezondheidscentra niet meer weg te denken zijn uit de Nederlandse gezondheidszorg, blijkt onder meer uit de volgende cijfers: per juli 1979 vielen 592.600 mensen onder de zorg van huisartsen in gezondheidscentra en 556.200 mensen onder de zorg van huisarts-groepspraktijken (zie figuur 1).

Figuur 1: aantallen huisarts-groepspraktijken en gezondheidscentra in Nederland



Samenstelling

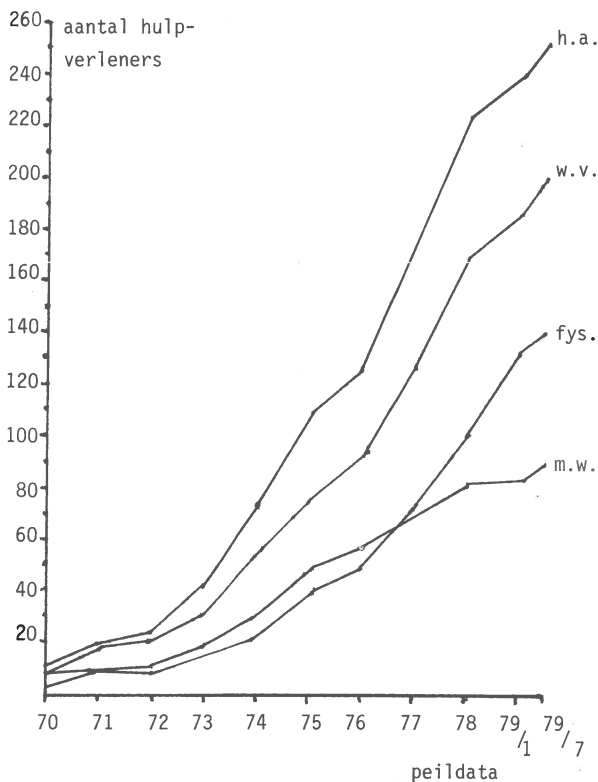
Per 1-7-1979 waren in de 64 huisarts-groepspraktijken 222 huisartsen (omgerekend in volledige arbeidsplaatsen: 206) werkzaam. De hulpverlenersteams in gezondheidscentra zijn gedifferentieerd samengesteld. 18 van de 82 centra per 1-7-1979 bestonden uitsluitend uit de drie kerndisciplines: huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende. In de overige centra waren meer soorten hulpverleners (disciplines) gevestigd. De verdeling van deze extra disciplines per juli 1979 ziet men in tabel 3.

Tabel 3: disciplines in gezondheidscentra per juli 1979

	aantal centra met discipline	% van het totaal aantal centra > 3 disciplines (n = 64)
fysiotherapie	55	86
verloskunde	26	41
gezinszorg	18	25
tandheelkunde	20	31
farmacie	14	22
voedingsleer	8	13
bejaardenzorg	7	11

De ontwikkeling in de tijd van het aantal hulpverleners per discipline vertoont enkele interessante aspecten. Wanneer wij alle part-time-functies omrekenen tot volledig bezette arbeidsplaatsen, dan zien wij voor wat betreft de vier voornaamste disciplines het beeld zoals weergegeven in figuur 2.

Figuur 2: aantallen huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en fysiotherapeuten in gezondheidscentra, omgerekend in volledig bezette arbeidsplaatsen



De stagnatie in de deelname van maatschappelijk werkenden in gezondheidscentra is nog niet opgeheven (al zijn er hoopvolle geluiden: samenwerken met andere eerstelijns hulpverleners blijft één van de drie belangrijkste prioriteiten van het Algemeen Maatschappelijk Werk). Het aantal fysiotherapeuten in gezondheidscentra stijgt spectaculair.

Dienstverband - vrij beroep

Tabel 4: dienstverband of vrij beroep voor hulpverleners die traditioneel tot de beoefenaren van een vrij beroep behoren. Centra waarbij niet alle vertegenwoordigers van een discipline een dienstverband hebben, zijn hier bij de categorie 'vrij beroep' geteld

	aantal centra met dienstverband	aantal centra met vrij beroep	totaal
huisartsen	18	64	82
fysiotherapeuten	17	38	55
verloskundigen	1	25	26
tandartsen	2	18	20
apothekers	5*	9	14

* in twee centra dienstverband met stichting

Het is zeker niet zo dat huisartsen in gezondheidscentra als regel hun werk in dienstverband uitoefenen. Van de 28 centra per juli 1979 waren er 18 waar de huisartsen een dienstverband hadden. Het betrof daarbij 56 artsen. In zes centra had één der artsen een dienstverband, veelal als medewerker aan een universiteit. Bij groepspraktijken ligt het aantal huisartsen in dienstverband veel lager: 20 artsen in totaal. Het totaal aantal huisartsen in dienstverband (van een rechtspersoon; het gaat hier niet om arts-assistenten in loondienst) in Nederland bedroeg 82 per 1-7-1979. De genoemde cijfers en die met betrekking tot andere vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zijn in tabel 4 weergegeven. De cijfers geven een overzicht van de hulpverleners in dienst van een rechtspersoon: het gezondheidscentrum zelf of een overkoepelende rechtspersoon voor meerdere centra zoals in Nijmegen. Bij de fysiotherapeuten is het bovendien niet ongebruikelijk om in dienst van een andere therapeut het beroep uit te oefenen. Deze praktijkhouder hoeft niet in het centrum zelf gevestigd te zijn.

Tabel 5: dienstverband - vrij beroep bij fysiotherapeuten in gezondheidscentra (juli 1979)

vrij beroep	71
in dienst van praktijkhouder in het centrum gevestigd	55
in dienst van praktijkhouder buiten het centrum	16
in dienst van centrum zelf of overkoepelende stichting	21
in dienst van overheid	5
overige (Philips)	1
totaal	169

Samenwerking

In 1979 verscheen een rapport over de uitkomsten van een in juli 1978 gehouden telefonische peiling van geformaliseerde aspecten van samenwerking: aard, frequentie, duur van en deelname aan vergaderingen. Het gemiddeld aantal uren overleg voor alle 73 per juli 1978 functionerende gezondheidscentra bleek voor de huisartsgroep $16 \frac{3}{4}$ uur per maand te bedragen. Iets meer dan de helft van die uren had betrekking op multidisciplinair overleg (meer dan twee disciplines), 13% op interdisciplinair overleg (twee disciplines) en ongeveer één derde op monodisciplinair overleg (één discipline). Voor huisartsgroepspraktijken was het totaal aantal overleguren $10 \frac{3}{4}$. Bijna tweederde hiervan (62%) was monodisciplinair, een kwart interdisciplinair en 13% multidisciplinair overleg. In gezondheidscentra is bij het multidisciplinair overleg de verhouding inhoudelijk - formeel overleg ongeveer 2:1.

Wanneer men nagaat of de in een gezondheidscentrum gevestigde hulpverleners ook daadwerkelijk samenwerken, dan blijkt dit voor huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige slechts bij uitzondering niet het geval te zijn. De mate waarin andere disciplines samenwerken, blijkt nogal af te hangen van het soort overleg en de aard van de discipline. Afgezien van de 'driepoot' (huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige) zijn fysiotherapeuten het vaakst bij overleg betrokken (slechts in 10% van de gevallen geheel niet) en tandartsen en verloskundigen het minst (in bijna de helft van de gevallen bij geen enkel overleg). Is men bij een overleg betrokken, dan heeft men de kleinste kans dat dit multidisciplinair patiëntenoverleg betreft (voor de fysiotherapeuten in 54%, voor tandartsen en apothekers in 8% van de geval-

len) en de grootste kans dat het gaat om een organisatorisch overleg (86% van de gevallen voor de fysiotherapeut, 30% voor verloskundige en apotheker). Deelname van de praktijkassistente aan het multidisciplinair overleg is uitzondering in de grotere centra (meer dan vijf disciplines) en meer gebruikelijk in de centra met drie disciplines.

relatie eerste - tweede lijn

In het meerjarenplan dat in 1979 door de onderzoekseenheid 'Relatie eerste - tweede lijn' werd opgesteld, is aangegeven dat de aandacht zich de komende jaren vooral zal richten op wat wel het 'meso-niveau' genoemd kan worden: in een, wat gezondheidszorgvoorzieningen betreft, redelijk af te grenzen gebied wordt bestudeerd hoe de patiëntenstromen lopen. De relatie tussen het aantal bezoeken aan de huisarts, het aantal herhalingscontacten met de huisarts, de verwijzingen, het aantal eerste en herhalingsbezoeken aan de polikliniek en het aantal opnamen en verpleegdagen wordt vastgesteld, steeds vanuit de vraag wie tot de medische zorgverlening het initiatief heeft genomen: de patiënt, de huisarts, of de specialist.

De reden dat voor het meso-niveau gekozen is, is tweeledig. In de eerste plaats biedt onderzoek op meso-niveau de mogelijkheid om een antwoord te geven op één van de meest belangwekkende vragen waartoe de uitkomsten van reeds verricht onderzoek aanleiding geven, namelijk de vraag: 'Hoe werkt het eigenlijk'? Wie is er bijvoorbeeld 'verantwoordelijk' voor het feit dat huisartsen die dichtbij een ziekenhuis praktiseren meer verwijzen dan hun collega's die op een grotere afstand van de tweede lijn gevestigd zijn? De huisarts? De patiënt? Of, door een eigenaardigheid in het Nederlandse verwijskaartensysteem, de specialist?

Een tweede reden voor de gemaakte keuze is het feit dat op vele plaatsen in het land, hetzij op initiatief van de eerste, hetzij op initiatief van de tweede lijn, pogingen gedaan worden om te komen tot een betere samenwerking.

De afspraken tussen huisartsen en specialisten die hierbij al dan niet tot stand komen, bijvoorbeeld over een onderlinge taakafbakening, kunnen de patiëntenstromen in aanzienlijke mate beïnvloeden. Zo werd in het vorige jaarverslag gewezen op de samenwerking te Hoogeveen: de wens van de huisartsen aldaar om méér zaken zelf af te doen, en de bereidheid van de Hoogeveense specialisten om meer consultatief te gaan werken, resulteerden in (werden althans in de tijd gevolgd door) een aanzienlijke daling van het huisartsenverwijspercentage.

In het verslagjaar bleken echter ook nadelen te kleven aan een sterke belangstelling voor lokale samenwerkingsprojecten. Zo werd deelname aan een door het NHI ontworpen vervolgonderzoek te Hoogeveen door het ziekenhuis aldaar afhankelijk gesteld van enige vorm van tegemoetkoming door de overheid in de geponeerde financiële consequenties van de samenwerking voor het ziekenhuis. Aangezien met de beslissing op een dergelijk verzoek geruime tijd gemoeid is, moest van verdere werkzaamheden inzake Hoogeveen dan ook (voorlopig) worden afgezien. Geconstateerd moet worden dat een efficiëntere gang van zaken denkbaar is. Over het project 'Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn' kan in gunstiger zin gerapporteerd worden; verwezen wordt naar de hierna volgende verslaglegging.

Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn

In mei 1979 werd in Utrecht onder grote belangstelling een diagnostisch centrum geopend, dat bij wijze van experiment voor vier jaar bij het ziekenhuis Oudenrijn werd ondergebracht. Deze opening vond plaats nadat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid

een beleid had aangegeven, waarin het bevorderen van de eerste-
lijns gezondheidszorg geconcretiseerd werd in het ter beschik-
king stellen van diagnostische faciliteiten aan de huisarts. De
eveneens gewenste samenwerking tussen huisarts en specialist zou
dan bevorderd worden, als die diagnostische faciliteiten bij
ziekenhuizen werden ondergebracht (het aanlokkelijke 'twee vlie-
gen in één klap' beleid). Ook kostenaspecten speelden in de over-
wegingen een rol: als huisartsen door middel van diagnostische
faciliteiten meer zelf kunnen doen, vermindert wellicht het aan-
tal verwijzingen naar de specialisten.

Zoals altijd bij het ontwikkelen van beleid, geldt echter ook
hier, dat de praktijk zal moeten uitwijzen of de ontwikkelde be-
leidslijnen ook het verwachte effect hebben. Tegen die achter-
grond heeft het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
zich tot het NHI gewend. In samenwerking met het NZI werd in juli
1979 een driejarig project gestart, dat de evaluatie van het ex-
periment Diagnostisch Centrum Oudenrijn ten doel had.

Aangezien de gekozen locatie van het experiment onderzoekstech-
nisch verre van ideaal was, en het onderzoek pas na de opening
van het centrum van start ging, werd afgezien van een effectme-
ting in de zin van het klassieke experiment: voormeting --- expe-
rimentele factor --- nameting. Er werd gekozen voor een procesbe-
schrijvend onderzoek, dat zich voornamelijk zou richten op pa-
tiëntenstromen. De veronderstelde invloed, die het diagnostisch
centrum zou hebben op de samenwerking tussen huisartsen en specia-
listen, speelt in het onderzoek een zeer belangrijke rol. De mo-
gelijkheid van consultatie bijvoorbeeld is één van de nieuwe ver-
worvenheden van het diagnostisch centrum. Het onderzoek laat zich

globaal in drie delen splitsen en zal in totaal ongeveer drie jaar duren. De drie onderdelen worden hier kort besproken.

- Het eerste onderzoeksdeel houdt zich bezig met een beschrijving van de aanvragen die bij het diagnostisch centrum binnenkomen. Daarbij is natuurlijk vooral van belang, dat de verschuivingen worden onderkend die zich in die aanvragen voordoen. Daarnaast zal de patiëntenpopulatie beschreven worden die langs deze weg het diagnostisch centrum bezoekt.
- Het tweede deel houdt zich voornamelijk bezig met de ontwikkeling van de medische consumptie in de gezondheidszorg van de regio Utrecht. Deze analyse is van het grootste belang, aangezien de ontwikkelingen rond het diagnostisch centrum niet los kunnen worden gezien van ontwikkelingen in de gehele regio. Deze analyse speelt zich dus voornamelijk op 'macro-niveau'.
- Het derde en meest belangrijke onderzoeksdeel heeft vooral betrekking op het 'micro-niveau'.

Er is een drietal patiëntengroepen geselecteerd, waarvan we mogen aannemen, dat ze zich in het spanningsveld tussen huisarts en specialist bevinden, terwijl de huisarts voor deze groepen regelmatig van diagnostische hulpmiddelen gebruik zal maken. Een ander aspect daarbij is de groei van het aantal afspraken tussen huisartsen en specialisten en de mogelijkheid tot consultatie van de huisarts bij de specialist. Voor patiënten met verhoogde bloeddruk, patiënten met suikerziekte en patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt, is een registratiesysteem opgezet bij ongeveer 15 huisartsen uit Utrecht en omgeving. Gedurende ongeveer

twee jaar zullen in principe alle gebeurtenissen worden geregistreerd in het kader van de hulpverlening aan deze patiënten, met name in het diagnostisch centrum. De methode die gebruikt wordt staat bekend als de 'evaluatie via indicatoraanvoeringen' (of 'tracer cases').

Verwijzen

In het verslagjaar is vooral gestreefd naar een theoretische verdieping van het fenomeen 'verwijzen naar de tweede lijn'. Door middel van het project 'tussen eerste en tweede echelon' - dat samen met het Groningse Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap werd uitgevoerd - werd getracht een antwoord te vinden op de vraag wat er met het verwijzingspercentage (het aantal verwijzingen per 100 ziekenfondspatiënten per jaar) zou gebeuren als het aantal huisartsen sterk zou toenemen. Om het effect van een dergelijke praktijkverkleining te kunnen schatten moet men beseffen dat het verwijzingspercentage, ook wel het bruto ziekenfondsverwijscijfer genoemd, eigenlijk niet zo'n geschikte maat is om bijvoorbeeld de geneigdheid tot verwijzen van de huisarts te meten.

Ten eerste kunnen lang niet alle verwijzingen als 'echte' beslissingen van de huisarts worden beschouwd; zelfs is een gedeelte rechtstreeks afkomstig van de specialist (vervolgverwijskaarten, achteraf verstrekte verwijskaarten).

Ten tweede is het betrekken van het aantal verwijskaarten op het aantal ziekenfondspatiënten niet zinvol omdat geen rekening wordt gehouden met het mogelijk wisselend aantal contacten tussen huisarts en patiënt. Daarom verdient het aanbeveling om het bruto

ziekenfondsverwijscijfer in formulevorm ($\frac{V}{Z}$; V is het aantal verwijskaarten en Z het aantal ziekenfondspatiënten) te splitsen in een specialistendeel (V_{spec}) en een huisartsendeel (V_{ha}), en om het huisartsendeel voorts te betrekken op het aantal huisarts/patiëntencontacten (C):

$$\frac{V}{Z} = \frac{V_{spec}}{Z} + \frac{V_{ha}}{C} \times \frac{C}{Z}$$

In woorden:

het aantal verwijskaarten per ziekenfondspatiënt (het getal honderd wordt nu weggelaten) is gelijk aan het aantal verwijskaarten per ziekenfondspatiënt afkomstig van de specialist plus het aantal huisartsenverwijskaarten per contact maal het aantal contacten per ziekenfondspatiënt.

Uit vorig onderzoek is bekend, dat de praktijkgrootte *geen* invloed heeft op het verwijscijfer $\frac{V_{spec}}{Z}$. De praktijkgrootte van de huisarts heeft een *positieve* invloed op het aantal huisartsverwijzingen per contact (hoe groter de praktijk, hoe hoger het aantal verwijzingen per contact) en een *negatieve* invloed op het aantal contacten per patiënt (hoe groter de praktijk, hoe minder de huisarts zijn patiënten naar verhouding ziet).

Men ziet dat in de vermenigvuldiging $\frac{V_{ha}}{C} \times \frac{C}{Z}$ de invloed van de praktijkgrootte negatief *kwadratisch* wordt: een positieve (+Z) maal een negatieve (-Z) invloed geeft $-Z^2$. Dat is de crux van het verhaal. Het verband tussen praktijkgrootte en *bruto* verwijscijfer (het verwijspercentage $\frac{V}{Z}$) is negatief kwadratisch; het heeft de vorm van een *bergparabool*. Dat wil zeggen dat zowel *boven* als *onder* een bepaalde top (zeg 2700-2900 patiënten) het verwijscijfer daalt; eerst langzaam, later sneller.

psychosociale hulpverlening

In 1979 werden twee grote projecten afgesloten; de eindrapportage van het project SPEECH werd in het voorjaar aangeboden, de eindrapporten van het Konsultatieproject Eindhoven kwamen aan het eind van het jaar gereed. Op beide onderzoeken zal hierna wat uitgebreider worden ingegaan. Het vorig jaar al aangekondigde onderzoek naar samenwerking tussen artsen en psychosociale hulpverleners in Breda ging in september 1979 van start. In dit project zijn enkele onderzoeksuitgangspunten, zoals die in Capelle en Eindhoven werden gehanteerd, bijgesteld. Met name wordt nu meer aandacht besteed aan de zogenaamde 'artsenfactor': de subjectieve indruk die een arts van zijn patiënten heeft ('etiket-tering') wordt als aparte variabele in het onderzoek gebracht. Verder wordt een onderdeel uit de twee afgeronde onderzoeken - onderzoek naar gespreksgedrag van de arts middels video-observatie - als zelfstandig onderzoek voortgezet.

Samenwerking huisartsen - psycholoog in Capelle a/d IJssel

Drie jaar lang werkten elf artsen samen met een psycholoog. Gedurende die drie jaar zijn vooral bij de artsen talrijke metingen verricht om na te gaan welke invloed zij van die samenwerking ondervonden. Tevens is onderzocht welke gevolgen het ingrijpen van een psycholoog bij patiënten had voor hun gedrag bij hun huisarts. Tenslotte werden de meningen van de artsen over de samenwerking en over de steun die zij daardoor ondervonden, vastgelegd. Eén en ander leidde tot resultaten die sterk verschillen in de mate waarin zij aan de verwachtingen voldeden. Wanneer wij de beleving van de artsen als criterium nemen, kan het project

geslaagd worden genoemd. De nabijheid van een therapeut werd bijzonder gewaardeerd: hij was gemakkelijk en snel bereikbaar. Doordat men elkaar vaak zag en sprak, kregen de artsen - ook tussendoor - vaak feedback, en hadden zij de indruk dat de psycholoog - in vergelijking met bijvoorbeeld maatschappelijk werk of psychiater - erg goede resultaten boekte. Doordat men niet naar een instituut, inrichting, ziekenhuis of iets dergelijks verwezen werd, zou een verwijzing naar de psycholoog voor de patiënten minder bedreigend zijn, en niet tot stigmatisering leiden. In een ander opzicht zijn de conclusies veel genuanceerder: in het functioneren van de elf artsen traden gedurende de bijna drie jaar geen veranderingen op. De artsen bleven met betrekking tot probleempatiënten en doorsneepatiënten in dezelfde mate gebruik maken van psychofarmaca, en ook de verwijspatronen veranderden niet. Daarnaast bleek ook bij de (ex)cliënten van de psycholoog het psychofarmaca-gebruik niet tot het gemiddelde patiëntenverbruik terug te lopen. Verwijzingen naar de AGGZ kwamen bij ex-cliënten zelfs relatief vaak voor. Dit alles betekent dat dit onderzoek geen bevestiging vormt voor de vaak gehoorde veronderstelling dat inschakeling van een psycholoog in de eerste lijn leidt tot een terugdringen van psychofarmaca-gebruik en van verwijzingen naar de AGGZ.

Op andere gebieden werden in de loop van het project wél veranderingen bij artsen geconstateerd; nadat in eerste instantie alle artsen steeds meer klachten als 'niet puur organisch' gingen betitelen, bleken de meeste artsen na circa twee jaar, toen het eind van de samenwerking in zicht kwam, weer in hun oude gewoonte te zijn teruggevallen; het percentage klachten dat als psychosociaal werd gezien, was weer even groot als aan het begin van de

samenwerking. De manier waarop de artsen psychosociale onderwerpen in hun gesprekken met patiënten aan de orde lieten komen (of juist vermeden) gaf per arts verschillende veranderingen te zien: sommige artsen stelden zich meer open voor psychosociale problematiek, anderen werden in de loop van het project als 'niet veranderd' of als 'minder psychosociaal georiënteerd' beoordeeld. In ieder geval kan niet worden gezegd dat de samenwerking met een psycholoog op ondubbelzinnige wijze tot een meer psychosociale invalshoek tijdens de consulten leidde.

Gekeken werd ook naar de achtergronden, problemen en doorgemaakte behandeling van de patiënten die naar de psycholoog werden verwezen. Wat de leeftijdsverdeling betreft bleek, dat relatief vaak de jonge mensen naar de psycholoog verwezen werden terwijl juist in de categorie 40 - 60 jarigen veel probleempatiënten werden aangewezen. Wij hebben hier te maken met een algemener verschijnsel: psychotherapie is in het algemeen jongeren meer op het lijf geschreven dan mensen boven de veertig jaar, een situatie die nauwelijks verandert als de psycholoog dichter bij de arts wordt gebracht. Het betekent nogmaals dat de psycholoog als alternatief voor valium geen direct haalbare kaart is, aangezien juist aan ouderen meer psychofarmaca worden voorgeschreven.

De meest voorkomende problemen waarmee patiënten verwezen werden, waren fobieën en ziekteangsten, depressies, psychosomatische klachten, assertiviteitsproblemen, slaapstoornissen en relatieproblemen. Deze probleemsoorten waren soms leeftijd- of milieugebonden: depressies kwamen veel voor in de groep 40 - 60 jarigen, slaapstoornissen bij mensen boven de 50 jaar, ziekteangst bij 30 - 50 jarigen en fobieën bij de 10 - 30 jarigen. In de catego-

rie patiënten uit het hoogste sociale milieu werden relatief weinig mensen met psychosomatiek en veel met depressies en relationele klachten verwezen.

De samenwerking met de psycholoog leidde - zoals gezegd - niet tot een vermindering van psychofarmaca-gebruik en AGGZ-verwijzingen. Naar het oordeel van de psycholoog was er sprake van verbetering bij 33% van de cliënten en van sterke verbetering bij 38% van de patiënten. Dat betekent dat in de toestand van ruim 70% van alle naar de psycholoog verwezen patiënten een verbetering is opgetreden. Dit resultaat moet echter voorzichtig worden geïnterpreteerd, omdat de sterk verbeterden, de verbeterden en de niet verbeterden niet te onderscheiden waren op basis van de frequentie van contacten en het gebruik van psychofarmaca. Het aantal keren dat patiënten voor behandeling bij de psycholoog kwamen, varieerde in het algemeen van vier tot twaalf zittingen. Per jaar behandelde hij ± 160 patiënten.

Het eindoordeel over deze samenwerking tussen huisartsen en een psycholoog bevat zowel positieve als negatieve elementen. Enerzijds was er sprake van een stuk taakverlichting voor de huisartsen, iets wat ze zelf ook zo ervaarden. Aan de andere kant moet geconstateerd worden dat deze taakverlichting grenzen heeft - niet van toepassing voor alle patiënten, effecten zijn niet absoluut maar gradueel -, en voorts dat de verwachtingen over de invloed van de samenwerking op de artsen te hoog gespannen waren. Deze al met al matige invloed van de samenwerking op het functioneren van de artsen, voert tot een bezinning over de volgende vraagpunten:

- welke verwachtingen kan men koesteren van een beïnvloedingspo-

ging als die welke in Capelle drie jaar heeft plaatsgevonden?
- in hoeverre heeft de samenwerking met een psycholoog bij de
Capelse artsen geleid tot veranderingen die niet zijn gemeten?
Alvorens hier nader op in te gaan, zullen eerst enige resultaten
van het Konsultatieproject Eindhoven worden vermeld.

Konsultatieproject Eindhoven

Een geheel andere vorm van samenwerking tussen artsen en psychosociale hulpverleners vond plaats in het Konsultatieproject Eindhoven. Zes artsen uit een groepspraktijk van de Philips Medische Dienst kwamen gedurende 16 maanden om de twee weken bijeen met een team van de Rijks Psychologische Inrichting aldaar, waarbij de artsen probleemgevallen ter konsultatie inbrachten. Doelstelling was onder meer: verbetering van het functioneren van de huisarts met betrekking tot psychosociale hulpverlening en verbetering van de relatie met de tweede lijn. Dit konsultatieproject zou geëvalueerd moeten worden teneinde een beter inzicht te krijgen in de haalbare effecten van konsultatie als methode om het functioneren van huisartsen te beïnvloeden. Om die effecten te kunnen vaststellen, werden met betrekking tot gespreksgedrag, medicijnen voorschrijven en signaleren van psychische problematiek vóór en ná de konsultatiemaanden metingen verricht die in grote lijnen vergelijkbaar waren met de in het SPEECH-project gehanteerde instrumenten. Daarnaast werden gedurende de gehele periode alle verwijzingen van de artsen bijgehouden om na te gaan of verwijfspatronen veranderden onder invloed van konsultatie.

Welke invloeden bleken er nu zoal uit te gaan van die konsulta-

tie? Evenals in het SPEECH-project trad weinig verandering op in het voorschrijfgedrag en de verwijfspatronen. Wat vastgesteld kon worden, was dat de artsen er onderling uiteenlopende, maar per arts stabiele gewoontes op na hielden; een situatie die wel van belang is, maar niet door het konsultatieproject werd beoogd. Een grotere invloed van de regelmatige gedachtenwisseling met psychiater, maatschappelijk werker, gezinstherapeut en psycholoog was zichtbaar in de manier waarop artsen in hun spreekuurgesprek veranderden: ze gingen vaak dieper in op problematiek, boden de patiënt meer ruimte om daarmee te komen, en schroomden minder om de patiënt zelf zijn problemen te laten oplossen.

Overigens waren deze veranderingen voornamelijk te zien bij die artsen die tevoren te kennen hadden gegeven dat ze naar hun gevoel in bepaalde opzichten te kort schoten, en daarin wilden veranderen. Het gedrag van twee artsen die voornamelijk aan het project meededen omdat zij solidair met hun collega's wilden zijn (en dus geen verandering van het eigen gedrag beoogden) veranderde ook nauwelijks door de konsultatiesituatie.

De vraag is nu, in hoeverre veranderingen, voorzover die optraden, inderdaad aan de konsultatiezittingen kunnen worden toegeschreven. Dit lijkt zo te zijn in één geval, waarin door de psychiater gegeven richtlijnen over de vereiste dosering antidepressiva, blijkens de medicijnregistratie door de meeste artsen werden opgevolgd. Het gaat hier echter om een incidentele gebeurtenis. De invloed van het konsultatiegebeuren als geheel op de handelwijze van de artsen is slechts speculerenderwijs na te gaan. Daarbij moet worden bedacht dat vier van de zes artsen vonden, dat ze wat hun omgang met psychosociale problemen betreft, te kort schoten en dat zij van plan waren om daar ook wat

aan te gaan doen. Daarnaast boden de konsultatiezittingen de mogelijkheid om bepaalde onlustgevoelens over dat te kort schieten te expliciteren en van gedachten te wisselen met betrekking tot thema's als 'ongewild recepten voorschrijven', 'door de patiënt 'gebruikt' worden' of 'medicalisering'.

Tenslotte werden bij drie van deze vier artsen in de nameting kleine gedragsveranderingen geconstateerd die te maken hebben met datgene dat op de konsultatiezittingen te berde werd gebracht. Dit wekt het idee dat de konsultatiezittingen het voor deze artsen gemakkelijker maakten, om een andere houding ten opzichte van psychosociale klachten aan te gaan nemen. Zowel in het SPEECH-onderzoek als in het Konsultatieproject, bleken juist de 'hardere' gedragsmaten weinig aan verandering onderhevig. Artsen zijn niet zo gemakkelijk geneigd om hun voorschrijf- en verwijsgedrag te veranderen. Dat de samenwerking respectievelijk konsultatiesituatie de artsen toch niet onberoerd laat, blijkt uit de weergave van de artsen zelf, of, zoals in Eindhoven, uit subtiele gesprekskenmerken. Wanneer we ons dus afvragen welke verwachtingen men van de twee beïnvloedingsvormen kan koesteren, moet in de eerste plaats geconstateerd worden dat er in kwantitatieve termen niet zoveel verandert. Verandering vindt meer plaats in de instelling van de arts ten opzichte van psychosociale problematiek; zoals dit bijvoorbeeld uit zijn praten met en over patiënten blijkt. Een tweede conclusie is, dat, om mogelijke effecten van samenwerking met psychosociale hulpverleners op te sporen, op andere aspecten van het artsendenken en handelen zal moeten worden gelet. Een poging hiertoe wordt in het nieuwe project 'PSH-Breda' gedaan. Zoals hierna zal blijken worden in dat project met name de gevoelens en waarden van de artsen ten opzichte van de patiënten met

psychosociale problemen onder de loep genomen.

Project Psychosociale Hulpverlening Breda

In september 1979 is het NHI gestart met het project Psychosociale Hulpverlening Breda. In deze stad bestond reeds jaren een intensief samenwerkingsverband tussen een achttal huisartsen die van mening waren dat hun mogelijkheden om patiënten met psychosociale problematiek bij te staan, te beperkt waren. Dankzij een subsidie van het Ministerie was men in staat om een psychosociaal hulpverleningsteam aan te trekken, zodat een begin kon worden gemaakt met een effectievere, beter bij de problemen van de patiënten aansluitende hulpverlening. Dit team bestond uit een psychologe, een maatschappelijk werker en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. In nauwe samenwerking met de huisartsen en het psychotherapeutisch team werd een definitief onderzoeksvoorstel ontworpen waarbij het 'etiketteren van de huisarts' als onderzoeksthema centraal staat.

Onder etikettering verstaan we de wijze waarop de huisarts de patiënt met zijn/haar klacht waarneemt. Men komt steeds meer tot de conclusie dat deze waarneming niet objectief is, maar zeer sterk bepaald wordt door de persoonlijke waarnemingsstijl van de huisarts. Deze subjectieve waarneming kleurt niet alleen het eindresultaat van het diagnostisch proces, maar beïnvloedt tevens de aard van het klachtenpatroon en de wijze waarop de patiënt de klachten presenteert. Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van enkele voorbeelden uit eerdere onderzoeken. In het SPEECH-project bleek iedere huisarts een voor hem kenmerkend percentage klachten als psychosomatisch te beoordelen onafhankelijk van het

aanbod. We zouden in dat verband kunnen spreken van een stabiel artskenmerk. Shepherd e.a. vonden sterke verschillen in gerapporteerde psychiatrische morbiditeit tussen verschillende praktijken. Het attitude-verschil tussen huisartsen werd als één der belangrijkste oorzaken genoemd. Lamberts vond in een morbiditeitsonderzoek bij vier huisartsen verschillende percentages voor probleemgedrag en vermoedde dat dit te maken had met de eigen werkwijze en opvattingen van de artsen. Cassée toonde aan dat het gedrag van de huisarts veranderde met de sociaal-economische status van de patiënt. Davis, Pride, Skipper en Leonard maakten melding van beïnvloeding van het genezingsproces door het gedrag van artsen en verpleegkundigen.

Deze invloed van de huisarts, zoals die in diverse onderzoeken is aangetoond, zal ook object van studie zijn in het hier beschreven project. Daartoe zal een registratie per huisarts-consult plaatsvinden van de navolgende onderwerpen:

- hoe oordeelt de arts over de patiënt in termen van: zelfstandigheid, medewerking, reëel gedrag, somatisering?
- hoe oordeelt de arts over de gepresenteerde klacht(en)? Vindt hij deze ernstig, welke aspecten beschouwt hij als somatisch en welke als psychisch, kan hij er als huisarts iets mee doen, ervaart hij het probleem als moeilijk of gemakkelijk?
- hoe oordeelt de arts over het contact met deze patiënt?
- hoe herformuleert de arts het gepresenteerde klachtenpatroon? Kan de patiënt met deze herformulering instemmen?
- welke gevoelens ervaarde de arts tijdens het consult in termen van machteloosheid, manipulatie, al of niet geïnteresseerd zijn van de patiënt en dergelijke?

Deze variabelen die een rol spelen in het etiketteringsproces hebben een sterk subjectief karakter. Daarnaast zal ook een aantal hardere criteria in het onderzoek worden betrokken, met name:

- het aantal en de hoeveelheid voorgeschreven medicijnen
- de verwijzing naar specialisten en paramedische beroepen
- initiatief van de verwijzing (arts of patiënt)
- motieven voor de verwijzing
- inbreng in het psychotherapeutisch team en het verloop
- tijdsduur van het consult

Het is de bedoeling om - in geval een patiënt bij het psychotherapeutisch team terechtkomt - een aantal gegevens van de behandeling te registreren. Op die manier kan een relatie worden gelegd tussen de therapie die de patiënt ondergaat, de adviezen die het psychotherapeutisch team aan de huisarts geeft en de etiketteer-variabelen die van toepassing blijken als de patiënt weer op het spreekuur komt. Alle genoemde variabelen zullen gedurende tenminste één jaar worden gevolgd bij twee groepen patiënten; een zogeheten (door de huisartsen aangewezen) probleem-patiëntengroep en een controlegroep. Deze controlegroep is door de onderzoekers zoveel mogelijk op alle variabelen gelijk gemaakt aan de probleemgroep. Daar de patiënten van beide groepen onder invloed staan van het samenwerkingsverband tussen huisarts en psychotherapeutisch team zal er bovendien een buitenexperimentele controlegroep worden samengesteld bij acht andere huisartsen in Breda. Op die manier wordt een optimale vergelijking met de doorsnee praktijk mogelijk.

In het onderzoek zullen de volgende, met het etiketteerproces nauw samenhangende, vragen aan bod komen:

- ten eerste: op welke wijze beïnvloedt het etiketteerproces van de huisarts de patiëntencarrière van probleempatiënten?
- ten tweede: op welke wijze beïnvloedt het etiketteerproces van de huisarts de patiëntencarrière van de controlepatiënten?
- ten derde: op welke wijze beïnvloedt de samenwerking tussen huisarts en psychotherapeutisch team de etiketteerstijl van de huisarts en hoe is deze te relateren aan de patiëntencariëres van genoemde groepen?
- ten vierde: hoe verloopt de patiëntencarrière van een buiten dit experiment staande patiëntenpopulatie en hoe etiketteert de huisarts deze groep?

Gespreksgedrag van huisartsen

Zoals al opgemerkt, is het gespreksgedrag van artsen al jarenlang object van onderzoek binnen de onderzoekseenheid psychosociale hulpverlening. In het kader van diverse evaluatieonderzoeken werden video-opnamen gemaakt van spreekuurcontacten van een aantal groepen huisartsen. Deze opnamen werden door observatoren met behulp van een categorieënsysteem beoordeeld, waarna - met behulp van de aldus verkregen waarden - werd nagegaan a) of artsen meer 'volgend' en 'minder directief' werden na het volgen van een training in gespreksvoering en, b) of artsen meer ingingen op psychosociale problematiek na samenwerking met een psycholoog en na consultatie. Binnen het - steeds verbeterde - categorieënsysteem kwam tenslotte één concept centraal te staan: de ruimte die de arts biedt aan zijn patiënten, te beoordelen vanuit vier gezichtspunten:

- de objectieve ruimte die een arts aan een patiënt geeft: de tijd die de patiënt aan het woord is, de duur van het consult die aan psychosociale fragmenten besteed wordt
- de subjectieve ruimte die de arts aan de patiënt geeft: de mate waarin de patiënt het idee krijgt dat de arts aandacht aan hem/haar besteedt
- de ruimte die de arts actief schept voor de patiënt door nieuwe onderwerpen aan te snijden, dōōr te vragen, of, in het negatieve, door te interrumperen, af te kappen of onderwerpen af te houden
- de mate waarin de arts de patiënt laat bijdragen aan diagnosestelling en therapiebepaling, bijvoorbeeld door suggesties over te nemen, door de uiteindelijke beslissing aan de patiënt te laten, etc.

Uit de laatste onderzoeken bleek dat deze verschillende aspecten van ruimte geven aan de patiënt sterk samenhangen. Met name was van belang dat de samenhang voornamelijk optrad in de zogenaamde psychosociale fragmenten van gesprekken: in deze onderdelen van het consult prevaleerden andere waarden dan in de somatisch gerichte fragmenten. Het werd zodoende ook duidelijk dat beoordeling van artsen op hun houding ten opzichte van psychosociale klachten met name op dergelijke fragmenten gebaseerd diende te zijn, en dat dezelfde arts als 'somaticus' heel anders kan optreden dan als psychosociaal gespreksvoerder.

Bevestiging van deze resultaten wordt momenteel gezocht in heranalyse van oud materiaal. Daarnaast zal het begrip 'ruimte voor de patiënt' de basis vormen voor nieuw op te zetten onderzoek, waarbij dit begrip in een breder kader zal komen te staan.

registratie in de eerstelijns gezondheidszorg

Peilstations

De registratie van morbiditeit in de huisartspraktijk is één van de oudste activiteiten van het NHI. Het is inmiddels al weer 10 jaar geleden dat het Continue Morbiditeits Project 'Peilstations' van start ging: een project waarin een 50-tal huisartsen, geografisch verspreid over Nederland die tezamen de zorg hebben voor ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking, continu een beperkt aantal ziekten, aandoeningen of hulpvragen registreert. Dat dit project zowel nationaal als internationaal aan een bepaalde behoefte voldoet, blijkt uit de nog steeds toenemende belangstelling. Er wordt getracht meer diepte aan de inhoud van de registratie te geven zonder daardoor de peilstation-artsen zódanig te belasten dat de betrouwbaarheid afneemt.

Het aantal peilstations was in 1979 46; hierbij waren 61 artsen betrokken. In het verslagjaar werden de volgende gegevens geregistreerd:

- influenza (-achtig ziektebeeld)
- mazelen - gevaccineerd/niet gevaccineerd
- mononucleosis infectiosa
- cervixuitstrijkje
- sterilisatie verricht
- abortus provocatus
- 'morning-after' pil voorgeschreven
- hooikoorts
- suicide (-poging)
- consult druggebruik

- sportongevallen

Naast de wekelijks in te sturen staten zijn aan de artsen weer eenmalige vragen, de zogenaamde incidentele onderzoeken, gesteld met betrekking tot multipele sclerose en verzoeken om toepassing van actieve euthanasie.

De resultaten van de registratie over 1979 zullen, zoals gebruikelijk, in een afzonderlijk verslag worden gepubliceerd.

In 1979 vond de gebruikelijke tweejaarlijkse praktijktelling plaats. Deze gegevens zullen als basis dienen voor de berekeningen in de jaren 1980 en 1981. Wanneer in deze periode door de een of andere omstandigheid een praktijk sterk in omvang toeneemt of afneemt, vindt een tussentijdse telling plaats.

Jaarlijks wordt een bijeenkomst voor de deelnemende artsen georganiseerd - niet alleen om informatie te verstrekken, maar ook om ervaringen uit te wisselen en om te trachten ondanks de noodzakelijke spreiding over Nederland de onderlinge band te versterken.

Longitudinaal onderzoek

De vier nog lopende longitudinale onderzoeken te weten over an-gineuze klachten, hartinfarct, cerebrovasculaire aandoeningen en epileptiform beeld, werden in 1979 voltooid.

Aparte verslagen zijn verkrijgbaar. Het ligt in de bedoeling in 1980 een samenvattend overzicht te doen verschijnen.

Het peilstationsproject heeft ook zekere beperkingen: enerzijds doordat alleen de morbiditeit wordt geregistreerd en niet wat de huisarts verder met de hem aangeboden problemen doet (verwijzen, medicijnen voorschrijven, gebruik van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen), anderzijds doordat slechts een beperkt deel van die morbiditeit wordt geregistreerd, te weten een klein aantal jaarlijks vast te stellen onderwerpen. Destijds was een ambitieuzere opzet echter niet mogelijk: de benodigde (computer-) apparatuur was nog niet ver genoeg ontwikkeld en ook organisatorisch en methodisch kleefden er in die tijd nogal wat problemen aan een registratieproject dat de totale hulpvraag en het totale hulpaanbod zou moeten verwerken. Hoewel het ook nu nog de vraag is of een ambitieuzer project realiseerbaar is, heeft de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI toch besloten om - naar aanleiding van een verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne - een voorstel in die richting uit te gaan werken. Uitgangspunt daarbij vormde de nota 'Hoofdlijnen van het Onderzoeksprogramma van het Directoraat Generaal van Volksgezondheid'.

De uitwerking van het voorstel verliep grotendeels volgens de lijnen die de afgelopen jaren mede op initiatief van de vorige NHI-directeur C.P. Bruins in de onderzoeksvergadering van het NHI waren uitgezet. Daarbij was de centrale gedachte dat de problemen rond een grootschalig opgezet registratieproject te omvangrijk zijn om in één keer op te lossen, zodat een opsplitsing

van de problemen over verschillende deelprojecten de voorkeur verdient. De problemen hebben onder meer betrekking op:

- de organisatorische opzet van een dergelijk project
- de benodigde classificatiemethoden, zowel van de hulpvraag, de door de arts gestelde diagnose als de door de arts gepleegde handelingen en interventie
- de benodigde ondersteunende (computer-) apparatuur, zowel de hardware als de software
- de onverklaarde inter-doktervariatie.

Na afloop van deze deelprojecten (over circa drie jaar) zal beoordeeld kunnen worden of de invoering van een groot landelijk registratiesysteem van hulpvraag en hulpaanbod in de eerste lijn realiseerbaar is..

Automatisering in de eerste lijn

Het is duidelijk dat de gigantische hoeveelheid materiaal die in een landelijk registratiesysteem van hulpvraag en hulpaanbod in de eerste lijn verzameld moet gaan worden slechts met moderne apparatuur te verwerken is. Sterker: de aanwezigheid van geavanceerde apparatuur is zelfs een *conditio sine qua non* voor het welslagen van een dergelijk project. Daarom werd een project ontwikkeld dat de volgende vragen zal moeten beantwoorden:

1. Welke *hardware* is voor zo'n project vereist? (aan welke minimumeisen moet computerapparatuur in de huisartspraktijk voldoen om zowel voor de huisarts zelf (administratieve doeleinden), als voor het project (onderzoeks- en beleidsdoeleinden) bruikbaar te zijn?)

2. Welke *software* is nodig voor welke functies? (welke computer-apparatuur is benodigd voor de verschillende functies die een registratiesysteem in de huisartspraktijk moet hebben: voor de huisarts zelf, voor de financiële administratie, maar ook voor onderzoek en beleid).
3. Welke *problemen* gaan er gepaard met de invoering van computer-apparatuur in de huisartspraktijk? (een feasibility-study naar de technische, organisatorische, financiële en emotionele aspecten van de introductie van computerapparatuur in de huisartspraktijk).

Het ligt in de bedoeling om dit project uit te voeren in nauwe samenwerking met de Stichting Automatisering Ziekenhuizen Zuid-Oost Gelderland te Arnhem die in de persoon van ir. J. Roukens reeds enige ervaring heeft met de introductie van computers in de huisartspraktijk.

Classificatie in de eerste lijn

Een registratieproject zoals wij dat op het oog hebben, staat of valt met een goed classificatiesysteem voor de in het kader van het project te verzamelen gegevens. Nu zijn er momenteel verschillende methoden om de morbiditeit in de huisartspraktijk te rubriceren. Daarin vallen te onderscheiden:

- a. classificatiesystemen die uitgaande van het navolgende systeem de *diagnose* registreren die de arts aan de klachten of problemen van de patiënt toekent (E-lijst, ICHp.pc).
- b. registratiesystemen die zich in eerste instantie op de patiënt richten en de klachten/problemen of signalen van de patiënt zelf registreren.

Deze systemen worden door verschillende mensen en ook voor heel verschillende doeleinden gebruikt. Systematisch onderzoek naar de effectiviteit, haalbaarheid en toepasbaarheid van deze systemen ontbreekt nog. Daarom werd een project ontwikkeld dat antwoord moet geven op de volgende centrale vraagstelling:

"is het mogelijk om met behulp van de bestaande classificatiesystemen te komen tot een vorm van registratie die tegemoet komt aan de eisen voor:

- onderzoek en beleid
 - hulpverlening
 - onderwijs en toetsing,
- of moet hiervoor een nieuw systeem worden ontwikkeld?"

Deze algemene vraagstelling heeft geleid tot de volgende subvragen:

subvraag 1: hoe zitten de bestaande systemen in elkaar?

- Welk doel streeft elk systeem na? (d.w.z. behalve een inventarisatie van de eigenschappen van de verschillende systemen is ook een doelstellingenanalyse vereist)
- In hoeverre zijn de systemen ook bruikbaar voor eisen gesteld vanuit andere aandachtsvelden?

subvraag 2: hoe werken de systemen?

- In hoeverre bereikt elk systeem zijn doel?
- En welke factoren zijn op het al dan niet bereiken van dat doel van invloed?

subvraag 3: hoe kunnen de systemen geïntegreerd worden voor het uiteindelijke doel?

- Hoe moet, uitgaande van de vigerende registratiesystemen, een systeem opgezet worden, dat zoveel mogelijk tegemoet komt aan de eisen gesteld vanuit hulpverlening, onderzoek en beleid?

subvraag 4: hoe voldoen die systemen in de praktijk?

Het ligt in de bedoeling om dit project uit te voeren in nauwe samenwerking met het NUHI.

Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft positief gereageerd op een desbetreffende subsidieaanvraag van het NHI.

HUAN-project

Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en het Nederlands Huisartsen Instituut zijn 1 oktober 1979 aan een gezamenlijk project begonnen: het HUAN-project. De naam 'HUAN' is een verkorte weergave van het doel van dit project: het ontwikkelen van een optimaal huisartsen nascholingsproject inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten, gebaseerd op en begeleid door wetenschappelijk onderzoek. Het project wordt gesubsidieerd door de Nederlandse Hartstichting. De voorbereiding van een onderzoeksopzet, die 1 april 1980 gereed moet zijn, is in volle gang.

Een bijzonder kenmerk van dit project is, dat gewerkt wordt volgens het 'Miller-model'. Hierin wordt aangegeven welke fasen doorlopen moeten worden om tot een optimaal onderwijsprogramma

te komen. Kort samengevat zijn deze fasen:

1. herkenning van problemen ¹⁾ : hart- en vaatziekten zijn een belangrijk onderwerp; de huidige zorg is niet optimaal
2. vaststellen van criteria : bepalen wat optimale zorg inhoudt
3. analyse van de uitvoering : vaststellen welke zorg feitelijk wordt gegeven; vaststellen van verschillen tussen feitelijke en optimale zorg
4. vaststellen van de oorzaken : vaststellen waardoor verschillen tussen feitelijke zorg en criteria worden veroorzaakt: gebrek aan kennis, onjuiste attitude, belemmerende praktijkenmerken, te hoge criteria
5. vaststellen van onderwijsprogramma's : ontwikkelen van een nascholingsproject gericht op het wegnemen van de oorzaken van verschillen tussen feitelijke zorg en criteria
6. wederom beoordelen van de uitvoering : vaststellen van de feitelijke zorg die huisartsen geven nadat ze hebben deelgenomen aan het nascholingsproject

1) de gebruikte termen zijn ontleend aan: Duursma, S.A., Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 55 (1977) 295-297.

7. doorgaan of opnieuw beginnen

: wanneer feitelijke zorg en criteria nu wel overeenstemmen, kan een volgend probleem worden aangepakt. Wanneer dit niet het geval is, moet nagegaan worden wat hiervan de oorzaak is: fasen 4-5-6-7 worden opnieuw doorlopen

III afdeling nascholing en training

De algemene problematiek rond de nascholing van huisartsen kan, in het kort, in de volgende drie punten worden samengevat:

1. onder de term nascholing (= post-academisch onderwijs) wordt een diversiteit aan activiteiten gevangen die qua vorm en inhoud weinig verwantschap met elkaar hebben. Er is eerder een overdaad aan activiteiten op dit gebied dan een tekort. Voorzover er sprake is van tekorten, liggen deze in de sfeer van onvoldoende deelname - het probleem van de motivatie - en in de sfeer van de kwaliteit van de aangeboden activiteiten. In dat licht is het noodzakelijk inzicht te verwerven in het aanbod van en de vraag naar nascholing. Een inventarisatie op basis van de Tweede Interimnota van het Overlegorgaan Post-Academisch Onderwijs is daartoe een middel. Maar de verwachting dat deze inventarisatie op redelijke termijn zal plaatsvinden is in de afgelopen jaren niet toegenomen. De nascholing is daarvoor te veel een niemandsland: elkaar met wisselend succes bestrijdende belanghebbenden zullen geen neutrale waarnemers toelaten om dit gebied in kaart te brengen.
2. samenhangend met het probleem van de kwaliteit van de aangeboden programma's is de bestaande onzekerheid betreffende het functioneren van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg. De didactische vormgeving is een aanzienlijk geringer probleem dan de vaststelling van de doelstellingen van een nascholingsactiviteit. Deze doelstellingen dienen voort te vloeien uit informatie en inzichten inzake het functioneren van de

huisarts. Daarover bestaan meer meningen dan op basis van onderzoek gefundeerde uitspraken. Zelden is er sprake van een methodische benadering van het probleem: hoe pakt de huisarts een ziektebeeld X aan, komt die aanpak overeen met tevoren gestelde criteria en hoe kan die aanpak in gunstige zin worden beïnvloed, als de huisarts niet volgens bestaande criteria te werk gaat.

3. inherent aan deze methodische aanpak is evaluatie van ondernomen nascholings- c.q. beïnvloedingsacties. Noch in het buitenland, noch in Nederland is aan dit aspect voldoende aandacht besteed. Er bestaat helaas geen inzicht in de werkzaamheid van nascholingsprogramma's in algemene zin. Een keuze voor één bepaalde vormgeving van nascholing is derhalve weinig gefundeerd. Overigens is het onderzoek naar het effect van nascholing niet eenvoudig: betrouwbare uitspraken vergen een intensieve onderzoeksmethodiek in de praktijksituatie zelf.

Bij magere bezetting van de afdeling werd in 1979 veel aandacht besteed aan het opstellen van het meerjarenplan en aan de relatie met andere instellingen die actief zijn op nascholingsgebied, zoals het NHG, de SNH, de Commissie Medische Psychologie van het NHG en enige universitaire huisartsen instituten. Medewerkers van de afdeling Nascholing en Training namen deel aan de ontwikkeling van de cursus 'Helpen bij sexuele moeilijkheden', aan de workshop Probleem Geöriënteerde Registratie en de werkgroep Groepsgewijze Behandeling.

De fonodidactische dienst

De vraag naar band-diaseries en videobanden van de fonodidactische dienst is naar onze mening vooral te interpreteren als een vraag naar materiaal dat individueel of in groepen gebruikt kan worden voor bespreking van diverse onderwerpen uit de huisartsgeneeskunde: de vraag naar een mediatheek met daarin aanwezig leer materiaal van enige kwaliteit. Verscheidene van de in onze mediatheek aanwezige produkties voldoen niet meer aan deze maatstaf. De band-diaseries en videobanden waar die maatstaf duidelijk niet wordt gehaald zijn uit de uitleen genomen. Eind 1979 was de fonodidactische dienst een maand gesloten in verband met verhuizing en revisie van de banden. Gedurende de overige 11 maanden van het jaar werd 108 maal een aanvraag gedaan voor een band-diaserie en 14 maal voor een videoband. Over de oorzaak van de sterke terugval van het aantal geleende videobanden in vergelijking met het vorige verslagjaar kan men slechts speculeren. Een rol speelt ongetwijfeld dat de grootste afnemers van video-banden - de universitaire huisartsen instituten - inmiddels over eigen faciliteiten beschikken.

Er zijn geen nieuwe band-diaseries in de mediatheek opgenomen. Wel vond uitbreiding plaats van het aantal video-banden: de serie 'Helpen bij sexuele moeilijkheden', bestaande uit de banden:

79-1-2: praten over sex

79-3-4: sex bij jongeren; sex bij bejaarden

79-5-6: lichamenlijk onderzoek; sex en ziekte

79-7-8: potentiestoornissen; opwinding en orgasme bij de vrouw

Voor belangstellenden is een nieuwe lijst beschikbaar van de op het NHI aanwezige band-diaseries en videobanden. Deze lijst kunt u middels de bestellijst bestellen.

Nascholing per televisie in samenwerking met de Stichting Teleac

Ook de in 1979 uitgezonden programma's richtten zich op een grotere doelgroep dan alleen de huisartsen. Helaas kan nog niet gerapporteerd worden over het evaluatie-onderzoek dat werd verricht naar de invloed van de najaarsuitzendingen van 1978. Over dit onderzoek werd in het verslagjaar alleen een concept eindrapportage ontvangen. Met het aflopen van het verslagjaar eindigde de 10-jarige samenwerking met Teleac. Het besluit om niet meer aan deze nascholingsvorm mee te werken berust op de veranderde doelgroep van deze televisieuitzendingen. In de praktijk bleek - mede door de aard van de behandelde onderwerpen - de belangstelling van de huisartsen af te nemen. Daarentegen nam het aantal niet medisch geschoolde kijkers toe. De Teleac uitzendingen zullen zich in de toekomst toenemend op een breed samengesteld publiek richten.

Nascholing over diabetes mellitus

In 1979 werd door de afdeling veel aandacht besteed aan het geven van nascholing op basis van de door de werkgroep Chronische Patiënten opgestelde richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met diabetes mellitus. Zo werden deze richtlijnen rondgezonden aan alle huisartsen, diëtisten, internisten en verpleeghuisartsen. In september verscheen het al aangekondigde themanummer over diabetes mellitus in de serie Huisarts en Praktijk. In oktober en december werden voorts themadagen georganiseerd over 'Diabetes mellitus: van specialistische controle naar zelfzorg'. De beide themadagen werden in totaal door 268 hulpverleners uit diverse disciplines - artsen, wijkverpleegkundigen, diëtisten - bijgewoond. Verheugend en indrukwekkend was de sa-

menwerking van de hulpverleners met leden en medewerkers van de Diabetes Vereniging Nederland. In 1980 worden deze themadagen nog tweemaal herhaald.

Werkgroep Chronische Patiënten

De werkgroep Chronische Patiënten leidde in 1979 een sluimerend bestaan. Deels werd dit veroorzaakt door het uitvallen van C.P. Bruins als voorzitter van deze werkgroep en deels door de noodzaak de beschikbare tijd van medewerkers van de afdeling aan andere zaken te besteden.

Video-onderzoek ten behoeve van de nascholing

In het verslagjaar vond een NHI-onderzoek plaats dat onder meer antwoord heeft trachten te geven op de volgende vragen:

- hoe handelen huisartsen in de dagelijkse praktijk met betrekking tot bloeddrukmeting en verhoogde bloeddruk?
- in hoeverre verschilt hun handelwijze van de aanpak die wordt aanbevolen in de richtlijnen van de NHI-deskundigen-adviesgroep?
- welke verschillen bestaan er tussen wat huisartsen met betrekking tot het gegeven bloeddruk zeggen te doen en wat (andere) huisartsen werkelijk doen?

De uitkomsten van het onderzoek naar deze vraagstelling zijn neergelegd in het rapport 'Huisarts en Hypertensie - een observatie-onderzoek' (een pilotstudy van J. Imants, arts, onder supervisie van A. Bartelds, arts en mw. drs. J.M. Bensing). Bij dit onderzoek snijdt het mes aan twee kanten:

- het onderzoek levert interessante gegevens op over de wijze

waarop huisartsen in de praktijk omgaan met bloeddrukmeting en verhoogde bloeddruk

- het onderzoek geeft tevens een beeld van de problemen die bij nascholingsactiviteiten onder ogen moeten worden gezien (namelijk door het werkelijk handelen van huisartsen te relateren aan nascholingsactiviteiten)

De gegevens voor het onderzoek werden enerzijds ontleend aan een reeks video-opnamen van consulten (gemaakt in de periode 1975 - 1977) en anderzijds aan discussies tussen huisartsen die op NHI nascholingsavonden over hypertensie werden gevoerd, alsmede de vragenlijsten die door de deelnemers aan deze avonden werden ingevuld. De video-opnamen leverden onder meer gegevens op over de aanleiding voor de bloeddrukmeting, aard en sfeer van het consult, de mate waarin de huisarts informatie geeft aan de patiënt, de techniek van de meting, de mate waarin een afspraak wordt gemaakt voor een volgend consult, enzovoort.

De onderzoeksresultaten wijzen op een nogal groot verschil tussen het handelen van de huisarts in de praktijk en de handelwijze die in de richtlijnen van de deskundigen-adviesgroep wordt aanbevolen. De werkelijke handelwijze van huisartsen blijkt daarnaast sterk af te wijken van wat (andere) huisartsen tijdens nascholingsavonden zeggen te doen.

Trainingen

In het verslagjaar werd door drs. J. Boswijk een tweetal trainingen 'persoonlijk functioneren' verzorgd. Het hoofddaccent in deze trainingen - die het karakter hebben van groeittrainingen - ligt

op het ontdekken en verder uitbouwen van ieders eigen persoonlijke stijl van beroepsuitoefening. Eén van de uitgangspunten daarbij is dat de persoon van de huisarts een belangrijk instrument is om tot een goede hulpverlening te komen. Aangezien in deze training de persoonlijke stijl van de huisarts als een belangrijk aandachtspunt geldt, wordt zoveel mogelijk ingespeeld op de wijze waarop de deelnemers in de training zelf functioneren.

Methodisch werken

Ten aanzien van het project 'Methodisch Werken' werden in het verslagjaar diverse activiteiten ondernomen. Op verschillende plaatsen in het land werd een vijftal introductiedagen 'Methodisch Werken' verzorgd. De bedoeling van deze introductieprogramma's - welke veelal in de 'Warffumcursussen' worden ingepast - is om huisartsen kennis te laten maken met deze manier van hulpverlening. Ook werd de eind 1978 gestarte experimentele cursus afgerond en een tweede experimentele cursus gegeven. De begeleiding van de eerste cursus was in handen van H. Hollenbeek Brouwer, huisarts (medewerker van het huisartsen instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam) en drs. F. van Lerven. De begeleiding van de tweede cursus werd verzorgd door drs. B. Cohen, psycholoog en J.B. de Groot, arts en nieuw medewerker van de afdeling. Om het project 'Methodisch Werken' verder te kunnen uitbouwen, hetgeen niet middels de reguliere subsidie mogelijk bleek, werd in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap een subsidie-aanvraag voorbereid en ingediend bij het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en bij de LHV.

IV afdeling documentatie en informatie

Eind 1978 waren de plannen klaar voor een nieuwe opzet en huisvesting van deze afdeling. In tegenstelling tot de aanvankelijke verwachtingen was de verbouwing echter niet reeds in het voorjaar van 1979 maar pas op 1 november achter de rug. De verspreide huisvesting en vooral het ontbreken van een echte bibliotheekruimte zijn in het verslagjaar van grote invloed geweest op de voortgang van de werkzaamheden. Zonder geschikte ruimte is het erg lastig goed samen te werken, en vooral om een goede service aan buitenstaanders te verlenen.

De vernieuwde benedenverdieping van de Mariahoek 4 biedt nu echter plaats aan een weliswaar nog kleine, maar toch fraaie bibliotheek, aan de voorlichtster, de secretaresse en de medewerkster van het project Registratie Wetenschappelijk Onderzoek in de Eerste Lijn (RWO). De receptioniste/telefoniste is achter een geheel nieuwe representatieve balie te vinden. Door de medewerkers van de afdeling is met veel geduld en enthousiasme aan de verbouwing meegewerkt. Eind november werd de nieuwe huisvesting met enig feestelijk vertoon ingewijd.

Per 1 november kon een nieuwe bibliothecaresse worden aangetrokken. In verband met het aangekondigde vertrek van J. Zaat als coördinator, werd naar een opvolger voor deze functie gezocht. Die opvolger zal per 1 april 1980 in dienst treden.

In het voorjaar verscheen de meerjarenplanning, waarin de plannen voor de verschillende activiteiten voor de eerste twee jaren vrij gedetailleerd en voor de verdere jaren tot 1983 in grote lijnen

zijn uiteen gezet. De meerjarenplanning van de afdeling is een onderdeel van de beleidsnota van het NHI.

Vanuit de afdeling werd onder meer een bijdrage geleverd aan het overleg met LHV en NHG over serviceverlening aan huisartsen.

Voorlichting

De sluiting van de permanente expositie per eind 1978 heeft nogal wat stof doen opwaaien. Het is één van de redenen geweest om het overleg met het NHG over serviceverlening te openen. Door de uitgestelde verbouwing kon het oorspronkelijke plan, om heel beperkte, tijdelijke tentoonstellingen over bepaalde onderwerpen op te zetten niet worden uitgevoerd. Het accent van de voorlichting werd meer en meer verlegd naar het zo goed mogelijk verwijzen van de hulpvragers. Dikwijls gaat het immers om 'eenvoudige' vragen, adressen, e.d. Pasklare antwoorden op vragen over vergelijkingen tussen instrumenten kunnen niet gegeven worden. Ervaringen en gevonden oplossingen voor bepaalde problemen werden zoveel mogelijk opgeschreven. Er werd een begin gemaakt met het opstellen van een verwijsklapper, opdat de telefoniste zoveel mogelijk vragen zelf kan beantwoorden en vragenstellers goed kan verwijzen. Veel vragen, met name over samenwerking en bouw, werden uiteindelijk naar de afdeling Begeleiding en Advisering doorgespeeld.

In het verslagjaar verscheen de nieuwe brochure 'Praktijkorganisatie; de administratie en het opbergen daarvan in de huisartspraktijk'. Deze brochure vervangt een aantal sterk verouderde stenocils. In kort bestek worden in deze publicatie de belangrijkste aandachtspunten behandeld van de patiëntenkaartensystemen, specia-

listenbrieven en financiële administratie, verluchtigd met een aantal tekeningen en plattegronden. Achterin is een lijst opgenomen van opbergssystemen die in de handel zijn.

In 1979 werden enkele patiëntenfolders herzien: roodvonk, griep, acute maagdarmstoornis. Het merendeel van de wijzigingen in deze folders was van redactionele aard. De folders over 'morning-after pil' en over het opvangen van een gewassen plas werden grondig veranderd. Eén geheel nieuwe uitgave werd voorbereid in samenwerking met dr. J.W.G. Orlemans, psycholoog van de Kliniek Overwaal te Lent en drs. R.P.T.M. Grol, als psycholoog verbonden aan het NUHI. Deze uitgave 'Ontspanningsoefeningen' omvat een brochure voor de patiënt, een handleiding voor de hulpverlener over het hoe en wat van ontspanningsoefeningen en een voorbeeldcassette. Op deze cassette worden twee ontspanningsoefeningen gedemonstreerd.

Een min of meer logisch vervolg op de voorlichtingsactiviteiten voor patiënten is het idee om nu eens precies uit te zoeken waarover en hoe huisartsen voorlichting geven, teneinde daardoor zowel de nascholing als het voorlichtingsmateriaal te kunnen verbeteren. Een projectvoorstel hierover werd eind 1978 geschreven en besprekingen met mogelijke subsidiënten werden geopend.

Oriëntatiecursussen

De oriëntatiecursussen voor aanstaande huisartsen die voorheen onder de afdeling Nascholing en Training ressorteerden, werden in het verslagjaar door de afdeling Documentatie en Informatie verzorgd. In april werd de 27ste cursus gehouden met hetzelfde pro-

gramma als in het jaar daarvoor. De deelnemers waren erg enthousiast met name over het programma-onderdeel, waarin vestigingsperikelen en vestigingsbeleid werden behandeld. Dat de discussie telkens naar dit onderwerp terugkeerde, was voldoende aanleiding om het daaropvolgende programma ingrijpend te wijzigen. De 28ste cursus in december was verdeeld over twee dagen. De eerste dag werd besteed aan voorlichting over praktische praktijkproblemen: bouw, samenwerken, tuchtrecht, andere juridische zaken en algemene ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg. De tweede dag, een week later, stond geheel in het teken van vestiging en vestigingsbeleid, waarbij voorlichting werd gegeven dōōr en gediscussieerd werd mēt onder meer vertegenwoordigers van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiēne, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de LHV. De oriëntatiecursus met zijn hoge informatiedichtheid blijft een volle zaal trekken van deelnemers die tevreden op deze dagen terugkijken.

Registratie wetenschappelijk onderzoek

Het project Registratie Wetenschappelijk Onderzoek in de Eerste Lijn publiceerde in het voorjaar het zevende jaarlijkse rapport, dat aan alle onderzoekers en diverse overheidsinstellingen werd verzonden. Naast de produktie van dit rapport werd een begin gemaakt met de inventarisatie van onderzoek in 1979. Daarbij werd gebruik gemaakt van een nieuwe vragenlijst, die gebaseerd is op het voorstel van de Coördinatiegroep Informatie Lopend Onderzoek (CILO) van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. In het verslagjaar is vooral geprobeerd het bestand bij te werken; zoveel mogelijk onderzoekers werden telefonisch benaderd over ont-

brekende gegevens; de fouten in de trefwoordenlijst werden verbeterd en diverse andere onvolmaaktheden in het hele informatie-systeem werden zo goed mogelijk verholpen. De communicatie met de verschillende onderzoekers en instituten blijkt helaas niet altijd zo soepel te lopen als gewenst zou zijn.

De nieuwe onderzoeken, die in de loop van het jaar werden gemeld werden in een mededelingenblad opgenomen, dat naar alle onderzoekers en instellingen werd verstuurd. In het nieuwe rapport over 1979 zijn 97 geheel nieuwe, 128 doorlopende, 67 in 1978 afgesloten en 94 in 1979 afgesloten onderzoeken opgenomen. Van elk onderzoek wordt een korte beschrijving gegeven (soms helaas alleen de titel) en werden de namen en adressen van onderzoekers en verschenen publicaties vermeld.

Op verzoek van de werkgroep Toetsing van het NHG werd een inventarisatie gemaakt van onderzoekingen over het handelen van de huisarts. In het rapport over 1979 worden 45 onderzoeken heel kort besproken, nadat eerst op de relatie onderzoek - toetsing is ingegaan. Een aantal onderzoeksthema's blijkt met name populair te zijn, onder andere beslissings- en problemsolving processen bij de huisarts en diverse aspecten van hypertensiebehandeling en -opsporing. Verder valt het op dat expliciete normen met betrekking tot het handelen van de huisarts blijkbaar nauwelijks bestaan, want in slechts enkele onderzoeken worden deze heel duidelijk gemeld. Eén en ander werd beschreven in een rapport 'Kijken naar Onderzoek, een inventarisatie van lopend onderzoek over het werken van de huisarts'.

Ook dit jaar werd weer samengewerkt met het Sociaal Wetenschappe-

lijk Documentatie- en Informatiecentrum in Amsterdam. Verder werden gegevens uitgewisseld met de onderzoeksgroep van The Royal College of General Practitioners in Engeland.

Met de onderzoeksgroep van het IOH werd gepraat over het opgaan van de IOH-inventarisatie in het NHI-systeem.

Bibliotheek

De bibliotheek heeft in 1979 het meest te lijden gehad van de problemen bij de start van de nieuwe afdeling. Al met al is er toch nog, vooral in de laatste twee maanden van 1979, veel werk verzet. Er is een begin gemaakt met het catalogiseren van het verzamelde materiaal. Uit alle hoeken en gaten van het instituut kwamen publicaties te voorschijn. Aan het eind van het jaar werd ook begonnen met het terughalen van het NHI boeken- en rapportenbezit, dat gedurende de laatste jaren in de bibliotheek van het Universitair Huisartsen Instituut te Utrecht (Mariahoek 6) onderdak genoot. Opnieuw werd een aantal rapporten en boeken aangeschaft. Een trefwoordencatalogus volgens eigen ontwerp - met veel verwijzingen en een alfabetische auteurscatalogus - maakt de collectie toegankelijk. Naar onze verwachting zal de achterstand van enkele jaren tegen het einde van 1980 volledig zijn ingelopen. De collectie van de bibliotheek bevat vooral publicaties over de eerstelijns gezondheidszorg in alle facetten: beleid, nascholing, toetsing, hulpverleningsmethodieken, voorlichting, alsmede publicaties die de structuur en het functioneren van de gehele gezondheidszorg behandelen. Behalve boeken en rapporten zijn er ook nummers van + 80 tijdschriften te vinden. In 1979 werd geprobeerd om in ieder geval enkele criteria op te stellen, die bij het aanschaf-

beleid gehanteerd kunnen worden.

Met name de organisatorische opbouw van de bibliotheek heeft erg veel tijd gekost, zodat de bibliotheek in 1979 nog niet voor derden werd opengesteld. Wel werden op kleine schaal hulpvragers bijgestaan bij het zoeken van literatuur. Zowel derden als medewerkers van het instituut profiteren van deze service. Zo werd ondermeer voor de NHI onderzoekseenheid 'Structuur beroepsgroep' een literatuurstudie verricht over vestigingen, vestigingsbeleid en prognoses van de artsenbehoefte, waarbij gebruik werd gemaakt van de jaargangen van Medisch Contact van 1946 tot en met 1979.

In januari 1979 werd gestart met het uitgeven van aanwinstenlijsten, die van elke publicatie een kleine notatie bevatten, waaruit de geïnteresseerde lezer kan opmaken of het wel of geen leuk rapport of boek is. Door de enorme hoeveelheid werk, die dit met zich meebracht, was het niet mogelijk om maandelijks met een lijst uit te komen. In totaal zijn er zes verschenen, waarvan de laatste twee ook aan andere bibliotheken en belangstellenden werden verstuurd. Een verdere uitbreiding van deze service (abonnementensysteem) staat op het programma.

Samen met de bibliotheken van de NK en de JOINT werden de eerste stappen gezet om tot een geïntegreerde bibliografie over samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg te komen. Een gezamenlijke trefwoordenlijst en vooral uitwisseling van cataloguskaartjes over samenwerking zijn de eerste resultaten van deze samenwerking.

Met de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG en de SNH werd begonnen met de voorbereiding van een documentatiecentrum voor de eerste lijn op het NHI. Een dergelijk centrum zal een centraal informatie-adres moeten zijn dat hulpverleners als uitgangspunt bij het opsporen van vakliteratuur kunnen gebruiken.

V afdeling begeleiding en advisering

In 1979 is de afdeling Samenwerkingsvormen omgedoopt in de afdeling Begeleiding en Advisering. De reden daarvoor was dat enerzijds samenwerkingsvormen niet de enige doelgroep van de afdeling uitmaken en anderzijds dat het service-aanbod wel steeds uit advisering en/of begeleiding bestaat, zij het op diverse terreinen. In zijn algemeenheid is de ontwikkeling van de afdeling achtergebleven bij die van het NHI als geheel. Beleidsmatig is met het uitbrengen van de meerjarenplanning en met de acceptatie daarvan, een aanzet gegeven tot een ontwikkeling naar een volwaardige afdeling in de toekomst. Een probleem daarbij is echter wel het gebrek aan financiële middelen.

Het leeuwedeel van de activiteiten werd in 1979 opgeëist door het S-1 project, al bevond dit project zich in een overgangsjaar waarin de verdere ontwikkeling wat stagneerde. Het dichtstbijzijnde uitzicht op een verdere uitbouw van de afdeling is gelegen in het feit dat per 1 april 1980 via het NHI een 50% extra formatieplaats (op basis van subsidie voor S-1) voor het S-1 project geleverd zal worden. De afdeling krijgt daarmee echter wel een onevenwichtige aandachtsverdeling, aangezien in totaal maar 2½ dag per week beschikbaar is voor andere dan S-1 activiteiten.

Dat laatste is een somber vooruitzicht. Er zal naar gestreefd worden om in de toekomst meer financiële middelen voor de afdeling te verkrijgen, waarbij - behalve aan gelden van de subsidies - veel belang wordt gehecht aan mogelijke extra financiering van de kant van de beroepsverenigingen. In hoeverre onderhandelingen hierover resultaat opleveren, dient echter nog afge-

wacht te worden. Voor wat betreft bemanning was het beeld in 1979 nog somberder dan in het jaar daarvoor. Die bezetting bestond uit:

1 arts, 20 uur per week

1 organisatiedeskundige, 40 uur per week

1 secretaresse, 32 uur per week

- free lance inschakeling van een architect en een binnenhuisarchitecte, tegen door te berekenen kosten

Vergeleken met 1978 betekende dit dat er geen tijdelijke assistente was, en dat met het verdwijnen van de manager van het instituut ook zijn extra aandacht voor de afdeling wegviel. Bovendien is een sinds 1978 bestaande vacature op de afdeling inmiddels om beleidsmatige redenen ingevuld ten behoeve van andere afdelingen van het instituut. Gezien de krappe bezetting moesten de medewerkers steeds extra werk verzetten; een ongewenste situatie, die niet kan voortduren.

Globaal gesproken wordt de beschikbare tijd als volgt over de diverse activiteiten verdeeld: tweederde S-1 werk en éénderde overig werk. Het overige werk bestaat voor een groot gedeelte uit overheadwerkzaamheden en uit reguliere deelname aan externe commissies, zodat slechts beperkte tijd resteert voor advisering en begeleiding op terreinen buiten S-1. Om in de toekomst meer ruimte vrij te kunnen maken voor uitvoerend werk en voor verdere ontwikkeling van het service-aanbod zal een gedeelte van de overheadwerkzaamheden worden overgenomen door de directeur van het instituut.

NHI-advisering en -begeleiding

De belangrijkste uitvoerende activiteit vond plaats in het kader

van het S-1 project, waarover afzonderlijk gerapporteerd wordt. De rechtstreekse service vanuit het NHI lag voornamelijk op het terrein van bouw en verbouw van praktijkruimten. De externe adviseurs werden daarbij veelal ingeschakeld. Naast advisering en begeleiding in bouw- en verbouwprojecten vond een aantal adviesgesprekken plaats aangaande vestiging en organisatie van groepspraktijken en associaties, terwijl in één geval - in samenwerking met de afdeling Nascholing en Training - een stuk begeleiding werd geboden bij het verbeteren van het functioneren van een associatie van twee huisartsen. Om in de toekomst het service-aanbod op het gebied van vestiging en vestigingsbeleid te verbeteren werden diverse gesprekken gevoerd met voortrekkers op dat gebied bij de LHV.

Externe advisering

Doordat het service-aanbod op het terrein van de organisatie-adviseur en de register-accountant niet verder is aangetrokken, is besloten om de vergaderingen van de externe adviseurs alleen voort te zetten met de bouw-adviseurs. De organisatie-adviseur en de register-accountant blijven beschikbaar om - in voorkomende gevallen - adviezen te verstrekken en kunnen dan ad hoc voor vergaderingen worden uitgenodigd. Met de bouw-adviseurs werden niet alleen de uitgebrachte adviezen besproken, maar werd ook gewerkt aan het verder uitdiepen van de advisering. Met name is gestreefd naar het beter structureren van de advisering van groepspraktijken en gezondheidscentra. Daarnaast is het schriftelijk materiaal 'doorge-licht'.

Bouw van gezondheidscentra

In het verslagjaar werd in samenwerking met het Centrum voor Architectuuronderzoek van de Technische Hogeschool te Delft, een voorstel ontworpen voor een evaluatie-onderzoek voor gebouwen van gezondheidscentra. Dit onderzoeksvoorstel werd door het Centrum voor Architectuuronderzoek ingediend bij het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en is daar gunstig ontvangen.

In samenwerking met S-1 en de externe adviseurs kwam in het verslagjaar de nota 'Aandachtspunten voor de bouw van gezondheidscentra' gereed. De notitie 'Globale oppervlak- en kostenraming' werd herzien. Deze zal begin 1980 gereedkomen voor verspreiding.

Werkgroep registratie van het NHG

Namens het NHI werd geparticipeerd in de werkgroep Registratie van het NHG. In deze werkgroep is in voorgaande jaren de probleemgeöriënteerde verslaglegging voor de huisarts ontwikkeld. In aansluiting op de presentatie daarvan - in 'Huisarts en Wetenschap' van januari 1979 - heeft de werkgroep vooral getracht om bekendheid aan de probleemgeöriënteerde registratie te geven.

In mei verzorgde het NHI een voordracht op de Referatendag van het NHG. Daarnaast heeft het NHI te zamen met leden van de werkgroep een workshop verzorgd, waarbij 40 artsen praktisch hebben leren oefenen met het registratiesysteem onder andere aan de hand van videobanden. Het gebruikte materiaal op deze workshop is bewaard en kan worden gebruikt om in kleine groepen met de registratie te oefenen.

Deelname aan externe commissies

In het verslagjaar werd het bestaande adviseurschap van het NHI bij de Kontaktgroep voor Centra van Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening ondergebracht bij het S-1 project. Het lidmaatschap van de Technische Commissie van NOBEL, zoals dat destijds werd ingevuld door de manager van het instituut, werd overgenomen door de organisatiedeskundige van de afdeling. Deelname aan de Contactgroep Gezondheidscentra van de KNMG werd voortgezet.

S-1 project

Vanuit het S-1 project, waarin het NHI, de NK en de JOINT participeren, werden ten behoeve van het project werkzaamheden verricht door de arts die op de afdeling werkt (+ 10 uur per week) en door de organisatiedeskundige (+ 30 uur per week). Daarnaast is in het begin van 1979 door de manager van het instituut en vanaf maart 1980 door de directeur, regelmatig deelgenomen aan het zogeheten 'Klein ondernemersoverleg', het 'Groot ondernemersoverleg' en het halfjaarlijks overleg.

Officieel werd op 31 januari 1979 het oude S-1 project afgesloten. Met de uitvoering van het nieuwe S-1 project, waartoe in 1978 al was besloten, kon echter niet direct aansluitend worden begonnen, omdat de subsidiëring van het project nog niet rond was. Een probleem rond die subsidiëring was dat het Ministerie van CRM onvoldoende middelen had om in het project te participeren, terwijl de twee andere subsidiënten - het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en het Praeventiefonds - van

mening waren dat een deelname van CRM essentieel was. Als gevolg daarvan ontstond er een vertraging in de onderhandelingen. Tenslotte viel in september de beslissing dat het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en het Praeventiefonds garant zouden staan voor subsidiëring van het project gedurende vijf jaar (ten bedrage van f 500.000,-- per jaar), waarbij het jaar 1979 als overgangsjaar werd beschouwd. Het streven is erop gericht om het S-1 project een ruimer financieel draagvlak te bieden, door alsnog participatie van de zijde van CRM en mogelijk deelname van de zijde van de Ziekenfondsraad te verkrijgen.¹⁾

Door de blijvende onzekerheid ten aanzien van de financiering was het project in het verslagjaar in ernstige mate gedupeerd - er moest gewerkt worden met alleen de kernbezetting uit de drie participerende instellingen, te weten twee stafkrachten per instelling voor 50% van de arbeidstijd, waarbij bovendien de JOINT slechts één man kon leveren vanwege een vacature die door de vacaturestop voor het maatschappelijk werk nog steeds niet kon worden ingevuld.

In de loop van het verslagjaar zijn de perspectieven echter wel steeds beter geworden, doordat men begonnen is aan een invulling van de gesubsidieerde arbeidsplaatsen: per 1 november is de projectleider aangetrokken, per 1 december een agoge. Begin 1980 zullen medewerkers voor de overige vacatures worden aangetrokken.

1) inmiddels is bekend geworden dat CRM alsnog besloten heeft tot het geven van een jaarlijkse subsidie voor dit project van f 50.000,--.

De manco's in de voorwaardenscheppende sfeer hebben natuurlijk ook hun weerslag gehad op het uitvoerende werk en op de voorgenomen uitbouw van het service- en ontwikkelingswerk. Hierover kan dan ook slechts summier worden gerapporteerd:

- de omvang van de werkzaamheden op het gebied van informatie, advisering en begeleiding in de sfeer van organisatie van de samenwerking, bleef ongeveer op hetzelfde peil als in de voorafgaande jaren - de verschuiving naar meer serviceverlening op mesoniveau, ondersteuning van plaatselijke organisaties e.d. zette zich verder door
- agogische begeleiding vond in het verslagjaar in ongeveer dezelfde mate plaats als in de voorafgaande jaren
- onderzoeksactiviteiten vonden niet meer plaats
- in het voorjaar van 1979 werd het zogeheten 'S-1 studium generale' afgesloten. Dit studium generale omvatte vijf avonden 'college' en discussie over samenwerkingsproblematiek. De belangstelling voor deze avonden was dusdanig groot, dat er steeds van over-inschrijving sprake was. Aan het voornemen om ook voor 1979/1980 een studium generale te organiseren kon vanwege bemanningsproblemen geen uitvoering worden gegeven
- er werd in 1979 geen themadag georganiseerd. Wel is gewerkt aan voorbereiding van de themadagen 'zelfhulp' en 'psychosociale hulpverlening in samenwerkingsverbanden', welke dagen beide in 1980 gehouden zullen worden.
- er werden twee trainingen georganiseerd met open inschrijving, waarvan één gericht was op hulpverlening en één op sociale vaardigheden. Er waren echter dusdanig weinig inschrijvingen dat de trainingen geannuleerd moesten worden. Wel werden na een intake, trainingen gegeven aan de teams van drie samenwerkingsverbanden. Twee teams kregen een training inzake 'hulpverlening

- in samenwerkingsverbanden' en het derde team werd getraind in besluitvorming. De ervaringen met deze 'gesloten' trainingen waren erg goed
- met betrekking tot de beoogde decentralisatie van de serviceverlening zijn vanuit S-1 zelf in bescheiden mate vorderingen gemaakt. Doordat in de provincie Utrecht het provinciaal Utrechts Platform (UP) versterkt werd met twee part-time medewerkers kreeg de serviceverlening aldaar meer gestalte. Met het UP werden diverse afspraken gemaakt over afstemming van werkzaamheden, terwijl de samenwerking werd verbeterd. Voor wat betreft de contacten met overige platforms is van belang dat de in 1979 georganiseerde miniconferentie van werkers is voortgezet in de vorm van interservice-besprekingen, die als waardevol worden ervaren
 - in samenwerking met drs. K. Blanken, socioloog, verbonden aan het NHG, is op verzoek van het NOBEL intensief gewerkt aan een voorstel voor een project 'Afstemming van werkgebieden in de eerste lijn' (AWEL). In augustus is een start gemaakt met ondersteuning van een project afstemming werkgebieden in Eindhoven, welke ondersteuning is geïnitieerd vanuit de ontwikkelingen in de richting van een vestigingsbeleid voor huisartsen, waarmee de Plaatselijke Huisartsen Vereniging in Eindhoven al ver gevorderd is. Het ligt in de verwachting dat over het Eindhovense project in 1980 meer inhoudelijk verslag kan worden gedaan
 - in het verslagjaar is het bestaande NHI-adviseurschap ten behoeve van de Kontaktgroep Centra voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening overgeheveld naar een duidelijker S-1/Kontaktgroep relatie; gezien de ontwikkeling van de Kontaktgroep in de richting van een landelijke vereniging voor sa-

menwerkingsverbanden wordt deze relatie als bijzonder belangrijk gezien

Naar aanleiding van verschillende ervaringen in en rond het S-1 project werd in het halfjaarlijks verslag van het project bij wijze van beleidssignaal een belangrijke vraag opgeworpen betreffende de structurering van de eerstelijns gezondheidszorg. Deze vraag werd aldus verwoord in het S-1 verslag:

'Tegelijkertijd zien wij dat zo'n 10% van de eerstelijns hulpverleners geleidelijk aan deel uitmaakt van geformaliseerde samenwerkingsverbanden. Daarmee komt voor ons de vraag aan de orde in hoeverre samenwerking nog kan worden gezien als een apart verschijnsel naast de bestaande eerstelijns structuren, dan wel in hoeverre consequenties van een andere visie op hulpverlening, samenhangend met een toenemende samenwerking, doorgetrokken moeten worden naar de totale structuur voor de eerste lijn.

Daarnaast werd de aandacht ook gevestigd op de organisatie in de huisartsenwereld. Terwijl de disciplines wijkverpleging en maatschappelijk werk zijn 'ondergebracht' in een structuur die reikt tot op het niveau van òn provincie òn gemeenten, bestaat een dergelijke structuur er niet voor de huisartsen. Om vanuit de dragende organisaties tot een betere conditionering van samenwerking te komen op gemeentelijk niveau, wordt het gebrek aan een regulerende organisatie van huisartsen op dat niveau, als belemmerend ervaren. Ook op provinciaal niveau wordt dit gemis ervaren, bijvoorbeeld bij het opzetten van een provinciaal ondersteuningsplatform. Uitvoerige rapportage van het S-1 project is te verkrijgen bij het S-1 secretariaat, p/a NK, postbus 100, 3980 CC Bunnik, telefoon 03405 - 4844.

VI publicaties en rapporten door medewerkers van het nhi

- F. Becht - Melai Registratie lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg nr. 7. Utrecht, NHI, 1978 (rapport)
- J. Bensing De psycholoog in de eerste lijn. De Eerste Lijn, 5 (1979) 5 (oktober) p. 136 - 144
- V.A.C. van Bergenhe-
negouwen Studies uit de continue morbiditeitsregistratie peilstations; longitudinaal onderzoek epileptiform-beeld. Utrecht, NHI, 1979 (rapport)
- W. Boerma en H. van
Dijk Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg (2); rapportage over de periode januari 1970 - juli 1978. Utrecht, NHI, 1979 (rapport)
- 'Cijfers en studies
uit de huisartsen-
registratie' een losbladig bulletin met recente cijfers over de beroepsgroep huisartsen: opbouw, vestiging en vertrek, spreiding en dichtheid, samenwerking met anderen, adspirant-huisartsen, etc. Utrecht, NHI, 1979
- H.J.A. Collette Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 1978. Utrecht, NHI, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksgezondheid, 1979 (rapport)
- J.P.M. Diederiks,
B.S. Polak en
J. van der Zee Pretentieuze paradigmatick. Huisarts en Wetenschap, 22 (1979) 9 (september) p. 358 - 360
- J.P. Dopheide en
J. van der Zee
(redactie) Hollend naar de horizon, huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief; opstellen aangeboden aan Chris Bruins bij zijn afscheid als directeur van het NHI. NHI, 1979

- J. van Duren Vestigingen van huisartsen 1970 - 1977. Utrecht, NHI, 1979 (rapport)
- J. van Duren De opbouw van de beroepsgroep huisartsen 1970 - 1979. Utrecht, NHI, 1979 (rapport)
- P. Groenewegen en
 J. van der Zee Bouwstenen voor een vestigingsbeleid. Medisch Contact, 34 (1979) 21 (25 mei) p. 671 - 677
- J. Imants Huisarts en hypertensie, een observatie onderzoek. Utrecht, NHI, 1979 (rapport)
- S. van der Kooij Wat doet de huisarts thuis? Huisarts en Wetenschap, 22 (1979) 12 (december) p. 501 - 503
- R. Snel Waardebepaling van de electrocardiofonie als een bijzondere vorm van electrocardiografie in de huisartspraktijk. Utrecht, NHI, 1979 (rapport)
- P.F.M. Verhaak Eerstelijns samenwerking in Amsterdam. De Eerste Lijn, 5 (1979) 5 (oktober) p. 151 - 154
- P.F.M. Verhaak Evaluatie SPEECH; een evaluatie van de samenwerking tussen huisartsen en psycholoog in Cappellevan de IJssel. Utrecht, NHI, 1979 (rapport)
- H. van Weerden Praktijkorganisatie: de administratie en het opbergen daarvan in de huisartspraktijk. Utrecht, NHI, 1979 (brochure)
- J.O.M. Zaat Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en de KNMG. De Eerste Lijn, 5 (1979) 3 (juni) p. 79 - 86
- J. van der Zee en
 H. van Dijk Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg (3); samenwerking tussen hulpverleners. Utrecht, NHI, 1979 (rapport)

VII samenstelling van het bestuur per 31 december 1979

Th.J. Hondius, arts	voorzitter	
Th.J. Weterman, arts	secretaris	dagelijks bestuur
Mr. M.H.B. Thissen	penningmeester	

H.L. van Amerongen, arts

G. van Brakel, arts

H.J. de Bruin, arts

C.P. Schouwstra, arts

M.P. Springer, arts

A. Vrij, arts

leden

VIII financieel overzicht

Lasten		<u>1979</u>		<u>1978</u>
Bestuurskosten	f	52.350,--	f	99.210,--
NHI	"	1.776.800,--	"	1.591.620,--
Project Peilstations	"	299.205,--	"	259.425,--
Project Samenwerkingsvormen eerste lijn S-1	"	137.180,--	"	332.190,--
Project GENAH huisartsenregistratie	"	189.180,--	"	59.645,--
Project registratie samenwerkings- verbanden	"	65.820,--	"	48.420,--
Project Evaluatie SPEECH	"	27.435,--	"	82.475,--
Project Konsultatie PMD/RPI	"	58.345,--	"	72.400,--
Project Registratie Wetenschappe- lijk Onderzoek	"	25.370,--	"	17.645,--
Project Evaluatie Diagnostisch Cen- trum Oudenrijn	"	65.085,--		--
Project Onderzoek Breda	"	22.125,--		--
Project HUAN nascholing huisartsen	"	11.830,--		--
Project nascholingsavonden hyper- tensie		--	"	33.780,--
Interimmaatregel jeugdige werklozen		--	"	21.920,--
Symposium Diabetes Mellitus	"	25.750,--		--
Dotaties voorzieningen	"	46.485,--	"	63.080,--
Totaal aan lasten <i>netto</i>	f	2.802.960,--	f	2.777.780,--
		=====		=====

Baten	<u>1979</u>	<u>1978</u>
Verwacht aan subsidies van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne	f 2.636.685,--	f 2.427.500,--
Overige subsidies en bijdragen:		
- NHG	" 2.400,--	21.800,--
- leden van het NHG	" 36.830,--	" 36.200,--
- LHV	" 11.960,--	" 156.060,--
- Ziekenfondsraad	" 17.900,--	" 8.010,--
- Nederlandse Hartstichting	" 11.830,--	" 29.180,--
- overige bijdragen	" 25.750,--	" 12.400,--
Interest en diverse baten	" 48.875,--	" 86.630,--
Ottrekking voorzieningen	" 10.730,--	" --
	<hr/>	<hr/>
Totaal aan baten	f 2.802.960,-- =====	f 2.777.780,-- =====

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.

IX medewerkers

A. Bartelds, arts	wetenschappelijk medewerker
E. Becht - Melai	secretaresse RWO
drs. J.M. Bensing	psychologe, hoofd afdeling WO
M.M. van den Berg	staf/bestuursecretaresse
V. van Bergenhenegouwen	socioloog Peilstations
A.F.M. Biek	boekhouder
W.G.W. Boerma	student assistent registratie sa- menwerkingsverbanden
M.A. Boschman	research assistente
E. Boon - Wensenk	medewerkster Peilstations, in dienst 15-10-1979
drs. J.J. Boswijk	agoog S-1 project, uit dienst 31-1-1979
E.D.M. Bresser - Scheepmaker	secretaresse RWO, uit dienst 13-6-1979
C.P. Bruins, arts	algemeen directeur, uit dienst 31-12-1979
M.M. Cornelius	secretaresse afdeling WO
C.M. van Dam - Felperlaan	receptioniste/telefoniste
drs. J.P. Dopheide	socioloog, coördinator basiseenheid eerste - tweede lijn
C.Y. Drieling - Roeland	schoonmaakster
Y. Driendijk - van Meteren	secretaresse PSH, in dienst 15-11-1979
H.L. van Dijk	medewerkster registratie samen- werkingsverbanden
J. Dronkers	student assistent project PMD/RPI, uit dienst 31-7-1979

M.J. van Ede	ponstypiste
drs. J.F. Gabeler	methodologe - psychologe HUAN project, in dienst 1-10-1979
W.E. Gelens	secretaresse directie
I. de Garde Smith	bibliothecalesse, in dienst 1-11-1979
M. Gras	medewerkster verzendafdeling
drs. P.P. Groenewegen	socioloog Structuur beroepsgroep
J.B. de Groot, arts	coördinator afdeling Nascholing en Training
J.J.M. Imants, arts	videomedewerker
R.I.M. Kluver	student assistent Konsultatieproject uit dienst 31-8-1979
S. van der Kooij, arts	algemeen directeur, in dienst 1-10-1979
D.L. Lancée	algemeen assistent, in dienst 20-7-1979
A.F. Leerentveld	reproducist/offsetdrukker
P. Lens, arts	medewerker Teleac, uit dienst 31-12-1979
J.H. Levelink, arts	wetenschappelijk medewerker afdeling Begeleiding en Advisering
J. Louw	administrateur
M.E. Lub	secretaresse afdeling Documentatie en Informatie
A.C.T. Nijhof	medewerkster huisartsenregistratie
J.W. Nuwenhuis	schoonmaakster
T. Overdijk	journalist/publicist
J.G. Patist - Aalten	hoofd huishouding
W. Renes - Martens	medewerkster financiële administratie

B. Runia	medewerker verzendafdeling, in dienst 14-3-1979
drs. F.L. Sanavro	psycholoog PSH, in dienst 1-9-1979
A.F. Scheepmaker	medewerker huisartsenregistratie
P.B.M. Schoonderwoerd	organisatiedeskundige afdeling Bege- leiding en Advisering
drs. H. Schut	psychologe, project PMD/RPI, uit dienst 31-8-1979
H. van der Steen	algemeen assistent
J.J. Stoel	research-assistente, in dienst 1-3-1979
A. van Straten - Sieders	schoonmaakster
J.W. Stulen - Sieders	schoonmaakster
C.P. Swart	secretaresse/informatrice afdeling Begeleiding en Advisering, in dienst 12-11-1979
drs. P.F.M. Verhaak	psycholoog, coördinator basiseenheid Psychosociale Hulpverlening
M.C. Verhaar - van der Gouw	secretaresse afdeling Nascholing en Training
A.C.A. van Welie - Verweij	secretaresse Peilstations
drs. D. Wijkkel	socioloog Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn
H. van Weerden	voorlichtster
ir. W. Wilson	manager, uit dienst 31-10-1979
J.O.M. Zaat, arts	coördinator afdeling Documentatie en Informatie
drs. J. van der Zee	socioloog, coördinator Structuur beroepsgroep
E. Zoer - van der Veen	secretaresse afdeling Begeleiding en Advisering