

jaarsverslag 1981

**van het
nederlands huisartsen instituut**

mariahoek 4 3511 LD utrecht

telefoon 030-31 99 46

correspondentieadres: postbus 2570

3500 GN utrecht

**Uitgave en druk:
NHI, Utrecht, 1982**

AWEL	Afstemming Werkgebieden Eerste Lijn
DCO	Diagnostisch Centrum Oudenburg
ELGZ	Eerstelijnsgezondheidszorg
GITP	Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
INE	Informatie Netwerk Eerste Lijn
IOH	Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde
JOINT	Landelijke Vereniging voor Maatschappelijke Dienstverlening
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVG	Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra
NCGV	Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid
NGF	Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHI	Nederlands Huisartsen Instituut
NIK	Nederlands Instituut voor Kinderstudie
NIPG	Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde
NK	Nationale Kruisvereniging
NOBEL	Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn
NUHI	Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
NZI	Nationaal Ziekenhuis Instituut
OSER	Overleggroep Samenwerkingsverbanden Eerste Lijn Rotterdam
ROP	Regionaal Ondersteunings Platform
S-1	Project Samenwerking Eerste Lijn
SMWR	Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam
SNH	Stichting Nascholing Huisartsen
SOSEL	Stichting Ontwikkeling Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijnsgezondheidszorg
SSRK	Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen

INHOUDSOPGAVE

	blz.
I	HET NHI IN 1981..... 7
	- het bestuur 10
	- functioneren van het instituut 11
	- personele zaken 13
	- organisatorische zaken 15
	- financiën 17
	- externe relaties 20
	- personeelsraad 21
II	AFDELING WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK..... 24
	Mankracht & Voorzieningen in de ELGZ 30
	- registratie van gevestigde huisartsen 31
	Samenwerking en de Eerste Lijn 42
	- project registratie samenwerkingsverbanden 43
	- onderzoek gezondheidscentra en ruimtelijke ordering 50
	- financiële problematiek gezondheidscentra 52
	- samenwerking en verwijzen 53
	Psychosociale Hulpverlening 55
	- project psychosociale hulpverlening Breda 56
	- onderzoek van spreekuurconsulten 57
	- GGZ-voorzieningen in de eerste lijn 59
	Relatie Eerste-Tweede Lijn 61
	- evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn 62
	- inventarisatie knelpunten Hoogeveen 64
	- ziekenhuis Lelystad 65
	- taakopvatting en verwijzen 67
	- tussen eerste en tweede echelon 68
	Registratie Hulpvraag/Hulpaanbod in de Eerste Lijn 69
	- project classificatie/registratie in de huisartspraktijk 69
	- project automatisering in de huisarts- praktijk 71
	- Peilstations 74

		blz.
III	DE SERVICE-AFDELINGEN.....	77
	Afdeling Nascholing en Training	80
	- project methodisch werken	81
	- intercollegiale toetsing voor huisartsen	82
	- methodologie van nascholing	85
	- werkgroep chronische patiënten	85
	- werkgroep groepsgewijze behandeling	86
	Afdeling Documentatie en Informatie	87
	- informatie en voorlichting	88
	- bibliotheek en documentatie	90
	- registratie wetenschappelijk onderzoek	94
	- patiëntenvoorlichting in de huisarts- praktijk	95
	Afdeling Begeleiding en Advisering	97
	- informatie en voorlichting	98
	- advisering en begeleiding	100
	- ontwikkeling van nieuwe projecten	102
	- deelname aan overlegstructuren	104
IV	HET S-1 PROJECT.....	106
V	PUBLICATIES EN RAPPORTEN.....	115
VI	LIDMAATSCHAP COMMISSIES, REDACTIES e.d.....	118
VII	SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR PER 31 DECEMBER 1981.....	120
VIII	MEDEWERKERS.....	121

I HET NHI IN 1981

Ontwikkelingen binnen het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) kunnen - hoewel het instituut in zijn beleid onafhankelijk is - niet los worden gezien van wat zich in de huisartsgeneeskunde en de rest van de eerstelijnsgezondheidszorg afspeelt. Zeker in de huidige overgangsfase naar een instituut voor de gehele eerste lijn, is er sprake van een toenemende wisselwerking tussen gebeurtenissen binnen het NHI en het veld. Deze wisselwerking weerspiegelt zich in de ontwikkelingen binnen het NHI, maar ook de huisartsgeneeskunde kreeg dit jaar intensieve aandacht.

Naast activiteiten als registratie van huisartsen en adspirant huisartsen, diverse onderzoeken over verwijzen (Hoogeveen, Lelystad, verwijzen en taakopvatting) en psychosociale hulpverlening, gaf het NHI een boek uit over vestiging van huisartsen en vestigingsbeleid. Wij hebben projecten opgezet over onderlinge toetsing, viewdata, samenwerking met de sociale verzekeringsgeneeskunde, huisarts en patiëntenvoorlichting, automatisering en classificatie. Voorlichting en advisering aan huisartsen werden als vanouds voortgezet.

Heel belangrijk was de formele beslissing van de beleidsraad - na een aantal discussies in december 1981 - dat het NHI geleidelijk dient uit te groeien tot een instituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde dienen herkenbare activiteiten te blijven. In verband hiermee ging de beleidsraad accoord met een onderzoek naar de toekomstige positie van het NHI als instituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg (ELGZ). Het betreft een gezamenlijk onderzoek van

het NHI en het Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie (GITP), waarbij diverse andere eerstelijns instellingen worden betrokken. De positie van het eerstelijns instituut wordt onderzocht tegen de achtergrond van de toekomstige ondersteuningsstructuur van de eerstelijnsgezondheidszorg zelf. Gelijktijdig, en in afstemming met dit onderzoek, zal de staf van het NHI een nieuwe beleidsnota voorbereiden. Daarın zal met name aandacht worden besteed aan de taken van het eerstelijns instituut op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en de overige ondersteunings- en ontwikkelingsactiviteiten.

De groei naar een instituut voor de eerste lijn komt ook reeds tot uiting in de werkzaamheden van het NHI. Naast deelname aan het S-1 project werden samenwerkingsvormen geregistreerd en onderzocht, een cursus "methodisch werken" voor samenwerkingsverbanden opgezet, onderzoek naar de financiële problematiek van gezondheidscentra voorbereid, een registratie van fysiotherapeuten voorbereid, en een documentatiecentrum over organisatie en structuur van de ELGZ opgebouwd.

In de laatste, maar niet de minste, plaats, werden in 1981 intensieve voorbereidingen getroffen voor de heruitgave van het tijdschrift "De Eerste Lijn", dat als forum en informatiemedium een belangrijke functie bij de versterking van de eerste lijn kan gaan vervullen.

Als wij kijken naar de wereld rondom het NHI dan was er in 1981 de viering door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) van zijn 25-jarig bestaan. De grootse wijze waarop dit jubileum werd gevierd en het, nadien genomen, moedige besluit van het leden-

congres om kwaliteitseisen aan het lidmaatschap te verbinden duiden op een nieuw élan van het NHG.

Er zijn tekenen dat het NHG zich meer primair op de huisartsgeneeskunde zèlf en minder op de samenwerking in de eerste lijn zal gaan richten.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) besteedde veel energie aan het vestigingsbeleid, maar werkte ook op andere gebieden aan kwaliteit en positie van de huisartsgeneeskunde, onder meer tot uiting komend in een functieomschrijving van de huisarts. De universitaire huisartsen instituten worden in hun ontwikkeling afgeremd door bezuinigingen, ten nadele van de versterking van de ELGZ.

1981 was ook het jaar waarin de departementale Schets voor de Eerstelijnsgezondheidszorg begon door te werken. De inhoud van deze Schets kreeg verder gestalte in het Ontwerp van de Wet Gezondheidszorg Voorzieningen. Op verzoek van de toenmalige Staatssecretaris breidde het Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn (NOBEL) zich uit tot een platform waarin vrijwel alle beroepsgroepen uit de ELGZ zijn vertegenwoordigd. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid benoemde een Commissie Eerstelijnsgezondheidszorg die aan drie werkgroepen opdracht gaf om te adviseren over de interne samenhang en de relatie van de ELGZ met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de tweede lijn.

Terugkerend naar het instituut, vroeg in 1981 ook de interne organisatie van het NHI veel aandacht. Die aandacht betrof onder meer het huishoudelijk reglement, een rechtspositieregeling, de voorbereiding van de ondernemingsraad, de pensioenregeling, de tijdelijke huisvesting aan het Willemsplantsoen 5. Verder het opstellen van een Programma van Eisen voor definitieve huisvesting, het algemene beheer van het

NHI op het gebied van financiën, personeel en organisatie, inclusief de financiële en beleidsmatige relatie van NHI en departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Daarnaast werd - met name in de staf - veel tijd besteed aan de onderlinge afstemming tussen de afdelingen binnen het NHI wat betreft beleid en werkzaamheden.

HET BESTUUR

De in november 1980 geïnstalleerde beleidsraad vergaderde in 1981 negen maal. Deze vrij grote vergaderingen (naast acht leden, nemen vier adviseurs, drie beheersraadleden en enige instituutsmedewerkers deel) verliepen aanvankelijk wat stroef, maar werden in de loop van het jaar steeds soepeler. Voor sommigen vormde de grote hoeveelheid schriftelijke informatie een probleem. Desondanks gelukte het de beleidsraad op goede gronden een aanzienlijk aantal besluiten te nemen. De indruk bestond dat de bestuursstructuur, waarbij de beleidsraad zich distantieert van organisatorische, personeels- en financiële onderwerpen, inderdaad de mogelijkheid biedt om vruchtbaar te werken. Behalve aan een groot aantal procedurele besluiten en benoemingen gaf de beleidsraad zijn goedkeuring aan de meerjarenplannen en aan diverse projectplannen en rapporten. Daarnaast nam de beleidsraad het belangrijke besluit dat service-activiteiten van het instituut zich dienen te richten op de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg (niet op de belangen van beroepsbeoefenaren) en betrekking moeten hebben op zowel het macro-, meso- als micro-niveau (beleidsvoering, ondersteuningspositie en uitvoering). De voorzitter van de beleidsraad nam deel aan de vergaderingen van de beheersraad en vertegen-

woordigde de beleidsraad enige malen bij besprekingen met het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

De beheersraad ving zijn werkzaamheden aan in januari 1981 en vergaderde twaalf maal, waarvan éénmaal uitsluitend ten behoeve van een evaluatie van het eigen functioneren. Bij de vergaderingen waren steeds de voorzitter van de beleidsraad, de directeur, het hoofd van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en een vertegenwoordiger van de personeelsraad aanwezig. Over het algemeen slaagde de beheersraad erin zich snel de materie eigen te maken en kon zodoende een grote hoeveelheid werk verzetten. Deze werkzaamheden betroffen de pensioenregeling, de beoordeling van begrotingen, financiële jaarverslagen van het instituut, diverse reglementen en allerlei organisatorische, financiële en personele vraagstukken (zie hiervoor elders in dit verslag). De interne evaluatie leverde een (voorlopig) positief oordeel op over de bestuursstructuur en het functioneren van de beheersraad. De drie leden van de beheersraad leverden ieder voor zich, naast hun deelname aan de beheersraadvergaderingen, omvangrijke bijdragen aan het oplossen van specifiek organisatorische, juridische, pensioen- en financiële problemen. De voorzitter nam deel aan enige vergaderingen met het departement.

FUNCTIONEREN VAN HET INSTITUUT

De groei van het instituut en de toenemende diversiteit van de werkzaamheden vereisen veel aandacht voor het interne functioneren. De uitvoering van de activiteiten van het instituut gebeurt binnen zeven "baseseenheden", die ieder bestaan uit vier tot tien me-

dewerkers; daarnaast zijn er twee "werkeenheden" bestaande uit medewerkers van de algemene dienst. De medewerkers van de basiseenheden functioneren binnen twee afdelingen: "Wetenschappelijk Onderzoek" en - tot 1982 - de "Service-club". Iedere basiseenheid heeft een coördinator; deze coördinatoren vormen samen met de directeur en het hoofd van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek, de staf.

De staf heeft een beleidsvoorbereidende taak en vergadert om de 14 dagen. De staf besteedde in 1981, behalve aan de bespreking van vele projecten en meerjarenplannen, veel tijd aan de afstemming tussen de wetenschappelijke onderzoekstaken en de overige - service - taken van het instituut. Omdat de service-vertegenwoordigers meenden dat de beleidsnota van het NHI in bepaalde opzichten onvoldoende mogelijkheden voor ontplooiing bood, werd door de coördinatoren van de drie betreffende basiseenheden te zamen met de directeur een lange-termijn-nota voor de service-activiteiten opgesteld. Deze nota leidde wel tot verheldering, maar niet tot opheffing van alle controversen, zodat weleens een zware wissel op het vruchtbaar functioneren van de staf werd getrokken. De beleidsraad deed als voorlopige afsluiting van deze discussie de eerdergenoemde uitspraak dat service-activiteiten zich moeten richten op ontwikkeling en ondersteuning van de eerste lijn.

De beleidsraad verwees, voor wat de verdere uitwerking betreft, naar de nieuwe beleidsnota, die in 1982 zal worden opgesteld. Ongetwijfeld wacht de staf hier nog een moeilijke taak, te meer omdat vooralsnog minder zicht bestaat op de ondersteuningsbehoeften van de ELGZ dan op de behoeften aan wetenschappelijk onderzoek.

De vergaderingen van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek droegen hoofdzakelijk een kwaliteitsbewakend karakter; dat gold in mindere mate voor de Service-club waarvan de vergaderingen vooral een wederzijds informierend en overlegkarakter droegen. Omdat de afdelingsvergaderingen in eerste instantie voor bewaking van het wetenschappelijk peil dienen, werd de Service-club in 1981 opgeheven en vervangen door een "afdeling Ontwikkeling en Ondersteuning", die zich, conform het huishoudelijk reglement, in eerste instantie met de kwaliteitsbewaking zal bezighouden.

De basiseenheden functioneren in het algemeen goed. Alle basiseenheden houden regelmatig werkoverleg; in enkele basiseenheden vinden thans ook onderlinge beoordelingsgesprekken plaats over het individueel functioneren van de medewerkers.

Deze interne overlegvormen dragen in grote mate bij tot een goed functioneren van het instituut en tot een zo groot mogelijke betrokkenheid van de medewerkers. Door veler inzet was er een goed werkklimaat en lukte het om overorganisatie, overinformatie en onoverzichtelijkheid te voorkomen. Efficiëntie, slagvaardigheid en persoonlijke betrokkenheid van de medewerkers bij het instituutsgebeuren bleven gehandhaafd. Evenals de beleidsnota zal ook de organisatiestructuur van het NHI in het komende jaar onder de loep worden genomen.

PERSONELE ZAKEN

In 1981 kreeg het NHI er 24 nieuwe medewerkers bij, terwijl 12 medewerkers afscheid namen (in 1980: 29,

respectievelijk 18).

Daarnaast werden voor kortlopende activiteiten werkstudenten en uitzendkrachten ingeschakeld.

In samenwerking met het Gewestelijk Arbeidsbureau Utrecht werd het grotendeels op 1980 betrekking hebbende Arbeidsplaatsenplan afgerond; diverse aanvragen onzerzijds in het kader van de Werkgelegenheidsverruimende Maatregel en de regeling Tijdelijke Arbeidsplaatsen werden gehonoreerd.

In samenspraak met het ministerie van Sociale Zaken werden enkele Gewetensbezwaarden Militaire Dienst tewerkgesteld.

Rekening houdend met suggesties en adviezen van zowel personeelsraad als de afdeling Personeelszaken van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd een inschalingsbeleid opgesteld. Het dient nu als richtsnoer bij het inschalen van nieuwe en het herinschalen van aanwezige medewerkers.

De mutaties en enkele belangrijke kerngetallen zijn ondergebracht in de hierna volgende tabel.

Tabel I	1980	1981
aantal medewerkers (mannen)	23	33
aantal medewerkers (vrouwen)	37	43
totaal	60	76
gemiddeld dienstverband totaal	61,0%	71,0%
gemiddeld dienstverb.. mannen	76,0%	76,0%
gemiddeld dienstverb. vrouwen	45,3%	69,0%
ziekteverzuim NHI	9,5%	6,0%
ziekteverzuim landelijk	9,7%	8,5%

In de loop van het verslagjaar werd gepoogd om aansluiting te vinden bij een CAO die voor het NHI in aanmerking zou komen. Toen dit niet mogelijk bleek, werd besloten een eigen rechtspositieregeling te ontwerpen, die de CAO voor het Ziekenhuiswezen in grote lijnen volgt en die daarnaast aansluit op de regels van het Algemeen Rijks Ambtenaren Reglement. Het overleg hieromtrent met de personeelsraad (straks ondernemingsraad) verloopt voorspoedig en zal hopelijk in 1982 tot overeenstemming, ook met de subsidiënt, leiden. Een poging om voor medewerk(st)ers met een inkomen boven de ziekenfondsgrens een collectieve ziektekostenverzekering af te sluiten mislukte door gebrek aan belangstelling.

Een aantal medewerk(st)ers volgde opleidingen van onderscheiden karakter, die mede in het kader van de studiekostenregeling van de Rijksoverheid gefinancierd werden.

ORGANISATORISCHE ZAKEN

Veel aandacht is besteed aan de ontwikkeling, bespreking en definitieve opstelling van een Programma van Eisen voor een nieuwe huisvesting. Het programma werd in de tweede helft van november 1981 aan het departement ter beoordeling aangeboden. Gelijktijdig werd gedurende het hele jaar de informatie over eventueel geschikte kantoorpanden bijgehouden. Informeel overleg met de Rijks Gebouwen Dienst vond plaats met betrekking tot het verkennen van potentieel geschikte panden en bij het concipiëren van het Programma van Eisen.

Tengevolge van de blijvende groei in mankracht van het instituut moest in de loop van het verslagjaar uitbreiding van de huisvesting gezocht worden. Deze uitbreiding werd gerealiseerd in de vorm van huur van vier kamers en een keuken aan het Willemsplantsoen, in de directe nabijheid van de overige panden waarover het instituut beschikt. Hoewel op deze manier voor circa elf medewerk(st)ers een onderkomen is gevonden, blijft het algemene gebrek aan ruimte nog even actueel als voorheen. De verdeling van het instituut over een drietal adressen, met nauwelijks vergaderruimte, blijft onpraktisch en lastig.

Vergaderruimte moest regelmatig buitenshuis gezocht worden, met alle hieraan verbonden nadelen, zoals kosten, afstand, reserveringsproblemen en dergelijke. Enkele vertrekken die (bijzonder voorzichtig uitgedrukt) niet representatief oogden, werden in het verslagjaar opgeknapt.

Het in het vorige jaarverslag aangekondigde NHI-handboek kwam gereed en werd onder medewerkers uitgedeeld. Deze losbladige uitgave bevat in eerste instantie 21 huishoudelijke onderwerpen, variërend van richtlijnen met betrekking tot het voeren van sollicitatiegesprekken en tips voor lay-out tot de statuten van de stichting. Aanvullingen op de uitgave werden op gezette tijden verstrekt aan de coördinatoren en de secretariaten.

Nieuw was het "NHIeuws", de nieuwe naam van het huisorgaan in een nieuw jasje. Geheel volgens planning kwamen er zes edities tot stand, met wetenswaardigheden over personeel, organisatie, administratie en de personeelsraad. Vormgeving en druk geschieden in eigen beheer.

De fotokopieerfaciliteiten werden belangrijk uitgebreid en gedurende een groot deel van het jaar werd geëxperimenteerd met een zgn. composer. Het was de bedoeling hiermee diverse NHI-publicaties zelf te zetten en zodoende externe zetkosten te besparen. De organisatorische, bedieningstechnische, typografische en financiële nadelen bleken echter zodanig, dat de huur na circa acht maanden beëindigd werd. Vervolgens is intensief gezocht naar betere mogelijkheden, waarbij gedacht wordt aan een tekstverwerkingssysteem, te koppelen aan externe fotozetapparatuur.

FINANCIËN

Aan het departement werd een nota voorgelegd over financiering van de wetenschappelijke onderzoeksactiviteiten van het NHI (zie onder het hoofdstuk Wetenschappelijk Onderzoek). Tegelijkertijd werd door het Stafbureau Beleidsontwikkeling van het departement een nota voorbereid over de financiering van gesubsidieerde instituten. Aan het eind van 1981 was de inhoud van deze nota nog niet officieel bekend.

FINANCIEEL OVERZICHT

<u>LASTEN</u>	<u>1981</u>	<u>(1980)</u>
Bestuurskosten	f 74.195	f 44.450
NHI	2.994.840	2.470.595
Project Samenwerking 1e lijn S-1	481.880	339.295
Project Evaluatie Diagnostisch		
Centrum Oudenrijn	268.775	204.520
Project Onderzoek Breda	109.100	85.045
Project Regionale Samenwerkingsver-		
banden	55.085	43.760
Project Automatisering in de huis-		
artspraktijk	284.695	16.955
Project HUAN nascholing huis-		
artsen t/m 31.03.80	--	16.690
Project Knelpunten Hoogeveen af 01.08.81	23.880	--
Project Patiëntenstromen Lelystad		
af 01.11.81	13.990	--
Project Classificatie/Registratie		
in de huisartspraktijk af 01.01.81	185.105	--
Project Literatuur Informatiecentrum		
af 01.10.81	15.775	--
Project Huisarts en Patiëntenvoor-		
lichting af 01.04.81	77.030	--
Project Kadercursus Methodisch Werken		
af 01.12.81	4.740	--
Project tijdschrift De Eerste Lijn	50.000	--
Kosten Werkgelegenheidsverruimende		
Maatregel/TAP-regeling	43.925	70.110
Symposia Diabetes Mellitus	--	20.060
Actie Huisarts en Hypertensie	15.875	--
Betaalde interest	3.680	--
JOINT t.b.v. S-1 project	15.720	--
Dotaties voorzieningen	48.765	87.060
TOTAAL aan lasten	f <u>4.767.055</u>	f <u>3.398.540</u>

<u>BATEN</u>	<u>1981</u>	<u>(1980)</u>
Verwacht aan subsidies van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne:		
- NHI	f 2.994.840	f 2.463.980
- idem, kader arbeidsplaatsenplan	--	6.615
- projecten	1.249.680	645.815
Overige subsidies:		
- Praeventiefonds	91.020	--
- Ziekenfondsraad	197.350	29.175
- Nederlandse Hartstichting	--	16.690
- LHV	28.360	14.585
- SNH	1.820	--
- NHG	1.820	--
- ministerie van Sociale Zaken	41.965	70.110
Bijdragen en vergoedingen:		
- JOINT aan het S-1 project	15.720	--
- NHG	15.000	7.350
- leden van het NHG	36.915	37.100
- verdere bijdragen/vergoedingen	22.340	23.245
Interest en diversen	52.445	83.875
Onttrekking voorzieningen	17.780	--
TOTAAL aan baten	f <u>4.767.055</u>	f <u>3.398.540</u>

EXTERNE RELATIES

Diverse besprekingen werden gevoerd met het Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne over beleid, financiering, meerjarenplannen, begroting en verschillende NHI-projecten. Met name was er intensief contact met de hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg, het Stafbureau Beleidsontwikkeling en de Geneeskundig Inspecteur in algemene dienst voor de eerstelijnsgezondheidszorg van de Geneeskundige Hoofdinspectie.

Er was voorts enige malen overleg met het dagelijks bestuur van het NHG en met de staf en vertegenwoordigers van departement I en II van de LHV. Ons gevoelen, geuit in het vorige jaarverslag, dat er bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) onvoldoende begrip bestond voor het belang van huisartsenregistratie, bleek onjuist. Er bestaat thans een werkzame regeling voor de gegevensuitwisseling, zij het dat deze nog formele uitwerking behoeft.

Dit jaar vond géén overleg plaats met het dagelijks bestuur van de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH). Wel had een lid van de beleidsraad zitting in het algemeen bestuur van deze stichting.

Het NHI is lid van de commissie ELGZ van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Er was regelmatig contact met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) en met het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (NGF). Het NHI is sinds kort als waarnemer aanwezig bij de vergaderingen van NOBEL (Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn).

Er waren in 1981 enige gezamenlijke vergaderingen van de staf van het NHI en medewerkers van het S-1 project, die overigens in feite geen externe contacten vormen. De directeur trad evenals vorige jaren op als voorzitter van het ondernemersoverleg van dat project. Eén der beleidsraadleden neemt eveneens deel aan dit overleg.

Gezamenlijke onderzoeken werden verricht met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI), het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (NIPG), samen met het NHG wordt het project "Methodisch Werken" uitgevoerd en met het NUHI het project "Toetsing". Regelmatig overleg vond plaats met het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (NCGV), het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (NIK) en met andere onderzoeksinstituten op het gebied van de volksgezondheid.

Maandelijks werd de NHI-rubriek in "Huisarts en Wetenschap" verzorgd. Met het bestuur van de stichting De Eerste Lijn werd intensief overleg gepleegd over de voorbereiding van de uitgave van het tijdschrift "De Eerste Lijn".

NHI-medewerkers bezochten diverse nationale en internationale congressen, waarbij werd meegewerkt door het houden van voordrachten, poster-sessions, enz.

PERSONEELSRaad

In 1981 werd de laatste hand gelegd aan het ondernemingsraadreglement. Daarmede is in belangrijke mate

het pad geëffend om te kunnen voldoen aan de nieuwe wettelijke bepaling in de wet op de OR, die ook in ondernemingen van 35 tot 100 werknemers in 1982 een ondernemingsraad verplicht stelt.

De in te stellen OR zal globaal op dezelfde manier gaan functioneren als de Personeelsraad, welke tot dusver als belangenbehartiger van het personeel is opgetreden. Dit houdt in dat de OR (voorlopig) afgevaardigd zal zijn in de beleidsraad en de beheersraadsvergaderingen zal bijwonen. De OR zal voorts regelmatig overleg voeren met directie en de personeelsmedewerker en deze in personeelsaangelegenheden van advies dienen. Tevens zal de raad blijven deelnemen aan sollicitatieprocedures. Wij hopen tenslotte dat de bemiddelende rol die de Personeelsraad altijd heeft gespeeld in de relatie personeel-instituut, door de OR zal worden overgenomen en gecontinueerd.

Het beheer van de personeelskas en de verzorging van attenties bij ziekte en verjaardag, bij indienst-treding, jubilea en afscheid en de organisatie van festiviteiten zullen in de toekomst in handen worden gelegd van een op te richten personeelsvereniging.

De Personeelsraad heeft zich in 1981 bezig gehouden met een aantal langlopende projecten die nu echter hun beslag zullen gaan krijgen. Om tot een vernieuwing van de pensioenvoorzieningen te komen werd begin 1981 een pensioencommissie ingesteld waarin leden van de beheersraad, de administrateur en een vertegenwoordiger van de Personeelsraad zitting hadden. Deze commissie heeft een groot aantal vragen geïnterpreteerd en beantwoord, verschillende offer-tes van verzekeringsmaatschappijen bestudeerd, adviesgesprekken gevoerd, en is nu toe aan een

laatste meningspeiling onder het personeel.

De Personeelsraad nam deel aan overleg inzake de personeelsopbouw en mogelijkheden van carrièreplanning. Hij was betrokken bij de inventarisatie van primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden bij een aantal vergelijkbare instanties, ter voorbereiding van een rechtspositieregeling.

Daarnaast nam de Personeelsraad deel aan de vergaderingen van beleidsraad, beheersraad en directiebestuur en aan sollicitatiecommissies. Van deze activiteiten werd verslag gedaan aan het personeel middels het intern twee-maandelijks verschijnende NHIeuws.

De Personeelsraad verzorgde, naast het jaarlijks dagje uit, enige avonden waarop personeelsleden elkaar buiten het werk om konden ontmoeten. Hij leverde voorts een bijdrage aan het eerste koperen jubileum van een van de medewerkers dat het NHI in zijn geschiedenis mocht meemaken. Het jaar werd afgesloten met een kerstborrel, welke gelegenheid tevens werd aangegrepen om afscheid te nemen van enkele werknemers, die jarenlang hun stempel op het NHI hebben gedrukt.

II AFDELING WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Het jaar 1981 is voor de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek een produktief jaar geweest.

De basiseenheid "Mankracht en Voorzieningen" zorgde, naast de gebruikelijke "Cijfers en Studies uit de Huisartsenregistratie", de publicatie van een boek met de titel "Vestigingsbeleid voor Huisartsen". Gezien de snelheid waarmee de eerste oplage haar weg vond onder de gegadigden, voorzag dit boek duidelijk in een behoefte. Ook werd vanuit deze basiseenheid een aantal stappen gezet om te komen tot een onderzoek onder andere beroepsgroepen in de eerste lijn. Deze ontwikkeling werd ingegeven door de wens van het NHI om uit te groeien naar een eerstelijns instituut. Wij zijn begonnen met beroepsgroepen die, net als de huisarts, voor het grootste gedeelte uit vrije ondernemers bestaan. De beroepsgroep "fysiotherapeuten" zal als eerste nader worden onderzocht.

is

De basiseenheid "Samenwerking in de eerste lijn" boekte ondanks enige tegenvallers op het voorwaarden-scheppende niveau (zie verderop in het verslag) toch enige bescheiden successen. Naast de gebruikelijke "Cijfers en Studies naar Samenwerking", verscheen een stageverslag van een planologe over invloeden bij de totstandkoming van gezondheidscentra. De basiseenheid verkreeg een opdracht tot het uitvoeren van een onderzoek naar de oorzaken van de financiële problematiek van gezondheidscentra. Dit project zal per 1 januari 1982 een aanvang nemen.

De basiseenheid "Psychosociale Hulpverlening" bouwde voort op vorig werk. Veel energie werd geïnvesteerd in de opbouw van een videotheek: een computerbestand

van op video opgenomen huisarts-patiënt-gesprekken, waarmee snel selecties gemaakt kunnen worden van relevante consulten ten behoeve van onderzoek met uiteenlopende vraagstellingen.

De basiseenheid "Relatie eerste-tweede lijn" ontving subsidie voor een vervolgonderzoek naar de integratie tussen de eerste en tweede lijn te Hoogeveen. Ook werd subsidie verkregen voor een omvangrijk onderzoek in Lelystad naar de invloed van de sprongsgewijze toename van het aanbod van tweedelijns zorg in een regio (door de opening van een ziekenhuis in een voorheen ziekenhuisloos gebied) op de totale medische consumptie in die regio. Verder werd gerapporteerd over een onderzoek naar de taakopvatting van huisartsen in relatie tot hun verwijzpercentage.

De projectbemanning van de basiseenheid "Registratie hulpvraag-hulpaanbod in de eerste lijn" kwam dit verslagjaar volledig op sterkte. Hierdoor kon een begin worden gemaakt met de uitvoering van de projecten "Classificatie in de eerste lijn" en "Automatisering in de eerste lijn". Over deze projecten verschenen tussentijds enkele interne rapportages. Daarnaast verscheen het jaarverslag uit de Continue Morbiditeits Registratie "Peilstations" inmiddels een klassieker uit het activiteitenpakket.

Drie nieuwe projectsubsidies, elf NHI-rapporten, negen artikelen in uiteenlopende tijdschriften en niet te vergeten de regelmatige stroom van rapportages uit de diverse registratiesystemen van het NHI, vormen de directe oogst van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek in dit verslagjaar.

Daarnaast wierp ook het werk van de wetenschapsvoor-

lichter, die begin 1981 kon worden aangetrokken, zijn vruchten af. Niet alleen door de verschijning van brochures over het wetenschappelijk onderzoek dat door het NHI wordt verricht (in 1981 verschenen reeds drie van deze brochures die op ruime schaal werden verspreid), maar ook door publiciteit via persberichten en contacten met journalisten. Het NHI haalde in 1981 vaker dan ooit de landelijke en regionale pers. De doelstelling die beoogd werd met de nieuwe functie van wetenschapsvoorlichter, een ruimere verbreiding van de kennis en inzichten die bij het NHI door middel van onderzoek worden ontwikkeld, lijkt hiermee ruimschoots behaald.

Naast deze tevreden klanken past ook een wat zorgelijker geluid. Helaas konden in 1981, in het kader van de ontwikkeling van het NHI naar een eerstelijns instituut, weinig vorderingen worden gemaakt met de reeds in 1979 geplande vorming van een afzonderlijke basiseenheid voor het thema "samenwerking in de eerste lijn". De belangrijkste oorzaak hiervan was dat de post "coördinator samenwerking in de eerste lijn", die voor 1981 op de begroting was opgevoerd, niet kon worden ingevuld. Deze situatie was een gevolg van een meer algemene discussie die met het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd gevoerd over de organisatorische structuur van het NHI en de rol van basiseenheidcoördinatoren daarin. Deze discussie heeft eind 1981 nog niet tot een bevredigende oplossing geleid.

Meer in het algemeen werd een "voortrekker" gemist voor het aandachtsveld "samenwerking in de eerste lijn". Het is jammer dat een dergelijk, door beide partijen belangrijk gevonden onderzoeksthema door stagnerende onderhandelingen, over een veel bredere

kwestie op dit moment onvoldoende aandacht gekregen heeft.

Een tweede probleem komt voort uit het spanningsveld tussen basisactiviteiten en contract-research (zie vorig jaarverslag). Dit spanningsveld blijkt steeds meer problemen te geven, zowel in de organisatorische als in de personele sfeer. Het onderliggende probleem daarbij is de gebrekkige financiële structuur van het NHI en de achterhaalde subsidievoorwaarden, die het voor het NHI in feite onmogelijk maken om, zij het gedeeltelijk, als projectorganisatie te functioneren. Over deze problematiek is in het verslagjaar een nota geschreven (Problemen rond projectfinanciering) die zowel binnen als buiten het NHI is besproken. Bij het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is een gesprek over deze nota aangevraagd dat helaas is uitgesteld. Het departement is namelijk bezig zijn algemene beleid vast te stellen ten opzichte van gesubsidiëerde instellingen. Naar verwachting zal begin 1982 een gesprek met de subsidiegever kunnen plaatsvinden. Dat het NHI haast heeft met een dergelijk gesprek mag blijken uit de verhouding basis-subsidië - projectsubsidie, die, gegeven de huidige financiële structuur, duidelijk scheef genoemd mag worden. Ter illustratie toont tabel II de opbouw van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek. Het blijkt dat slechts een kwart van alle wetenschappelijke medewerkers een dienstverband voor onbepaalde tijd heeft. Gerekend over alle afdelingsmedewerkers, inclusief ondersteunend personeel, is dat aandeel nog maar 14%.

Tabel II: formatieopbouw van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek per 01.01.82.

	aantal mede- werkers	full-time equivalenten	percentages	
<u>basisformatie</u>				
wetenschappelijk personeel ¹	6	4,8	14%) 39%
ondersteunend personeel ²	12	8,2	25%	
<u>projectformatie</u>				
wetenschappelijk personeel	10	8,7	26%) 35%
ondersteunend personeel	5	3,1	9%	
<u>overige tijdelijke formatie³</u>				
wetenschappelijk personeel	8	5,4	16%) 26%
ondersteunend personeel	4+n	3,25	10%	
totaal wetenschappelijk personeel	24	18,9	57%	
totaal ondersteunend personeel	21+n	14,55	43%	
totaal generaal	45	33,45	100%	

- (1) tot het wetenschappelijk personeel worden gerekend: alle academici + studentenassistenten met een wetenschappelijke taak
- (2) tot het ondersteunend personeel worden gerekend: alle administratieve, secretariaats-, computer- en publiciteitsmedewerkers
- (3) onder de overige tijdelijke formatie vallen arbeidsplaatsen voortkomend uit het Tijdelijke Arbeidsplaatsen Plan (TAP) en uit de Werkgelegenheidsverruimende Maatregel (WVM), stagiaires en werkstudenten die op uurbasis voor het NHI werkzaam zijn; deze laatste categorie is niet in 'aantallen medewerkers' uit te drukken.

Een derde punt van zorg betreft de ontwikkelingen rond de informatievoorziening in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het NHI heeft de goede traditie gevormd om zelf een actieve rol te vervullen bij de verzameling van de gegevens die nodig zijn voor het eigen, beleidsonderbouwende onderzoek. Dit gebeurt hoofdzakelijk via een aantal registratiesystemen die speciaal voor dit doel zijn opgezet, zoals de Registratie van Gevestigde en Adspirant Huisartsen, van Samenwerkingsverbanden en van ziektebeelden/gebeurtenissen in het Peilstationsproject. Daarnaast zijn in voorbereiding: een geautomatiseerd registratiesysteem dat gegevens moet gaan opleveren over de totale hulpvraag en het hulpaanbod in de huisartspraktijk, en een geautomatiseerde videotheek. Genoemde systemen hebben in de afgelopen jaren een solide basis gegeven aan de activiteiten van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek; zij vormen een goed uitgangspunt voor een samenhangend onderzoeksprogramma en staan garant voor een continue stroom van publicaties. Door regelmatig te overleggen met de gebruikers van dit type onderzoek is voorts de (beleids)relevantie van deze publicaties gewaarborgd. Deze situatie nu die met veel zorg door het NHI is opgebouwd, dreigt in gevaar te komen doordat steeds meer druk uitgeoefend wordt in de richting van regionale informatievoorziening. Het belang van landelijk generaliseerbare informatie en centrale standaardisatie en coördinatie dreigt in deze discussie enigszins op de achtergrond te geraken. Ook lijkt daarbij wat gemakkelijk heengestapt te worden over het probleem dat tussen informatieverzameling en beleidsrelevante publicaties vaak een belangrijke tussenfase, die van onderzoek, ingevoegd moet worden. Het NHI wil daarom in 1982 veel energie investeren in de discussies rond centrale versus decentrale gegevensverzameling.

MANKRACHT EN VOORZIENINGEN IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Met het verschijnen van de studie "Spreiding van huisartsen over Nederland" is het doel van de basis-eenheid: "het bestuderen van de mate waarin, en de wijze waarop de geografische spreiding van huisartsen beïnvloed wordt door vestiging van nieuwe huisartsen en vertrek van leden van de gevestigde groep" weer een stapje verder gekomen.

In de studie wordt op systematische wijze een aantal verwachtingen geformuleerd over de wijze waarop economische, demografische en sociaal-culturele factoren enerzijds de beslissingen van huisartsen beïnvloeden om zich ergens te vestigen en om de praktijk te verlaten of zich te associëren, en anderzijds invloed uitoefenen op de samenstelling en de omvang van de bevolking ter plaatse. Immers, wijzigingen in het aantal inwoners per huisarts (de gemiddelde omvang van de huisartspraktijk) staan zowel onder invloed van de veranderingen in en van het huisartsenbestand, als van veranderingen in de omvang van de bevolking (zoals de teruglopende bevolking in de drie grote steden).

Deze aandacht voor de spreiding van huisartsen kreeg ook vorm in de reeds genoemde NHI-uitgave "Vestigingsbeleid voor huisartsen". Een verdere uitbouw van het NHI tot eerstelijns instituut werd "ingeluid" door het publiceren van een rapport over de "uitvoerbaarheid van een registratiesysteem voor fysiotherapeuten" (een studie verricht in opdracht van het NGF) en door het in gang zetten van een bronnen- en literatuuronderzoek over deze beroepsgroep als voorbereiding voor een monografie.

Begonnen is met een studie over het tot stand komen van een wettelijk kader voor de paramedische beroepen: een thema dat door het verschijnen van het Voorontwerp van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg van bijzondere actualiteitswaarde is.

Registratie van gevestigde huisartsen

In 1981 verscheen de derde aflevering van "Cijfers uit de Huisartsenregistratie", waarvan wij de belangrijkste gegevens hieronder weergeven. De "Cijfers" hebben, zoals gebruikelijk, betrekking op nieuwe vestigingen, vertrek uit de praktijk en de opbouw en spreiding van de beroepsgroep (per januari 1981). Daarnaast kwamen in de serie "Studies uit de Huisartsenregistratie" overzichten tot stand van adspirant-huisartsen, vrouwelijke huisartsen en een eerste overzicht over spreiding van huisartsen over Nederland. Evenals in voorgaande jaren werd meermaalen een beroep op ons gedaan om ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, nascholing of werving van opleiders, adressen uit ons huisartsenbestand ter beschikking te stellen. Een overzicht van aanvragen vindt men op de volgende bladzijden.

Vestigingen en vertrek uit de praktijk in 1980

In 1980 vestigden zich 348 artsen zelfstandig als huisarts (12 meer dan in 1979), terwijl 227 huisartsen de praktijk neerlegden. Het totale huisartsenbestand groeide van 5272 tot 5412 (2,65%).

overzicht aanvragen uit de huisartsenregistratie

aanvrager	doel	gevraagde gegevens
NHG	Aankondiging jubileumcongres	Postadres van alle huisartsen
Bureau Postacademisch Onderwijs Geneeskunde Nijmegen	Nascholingscursus Vrouw en huisarts	Postadres van alle huisartsen
Interuniversitair Cardiologisch Instituut te Amsterdam	Nascholingscursus Cardiologie voor huisartsen	Postadres van alle huisartsen
Regionale Nascholingscommissie Breda	Verzending nascholingsagenda	Postadres van de huisartsen in de regio Breda 2 x
Bureau Postacademisch Onderwijs Geneeskunde	Nascholingscursus Farmacotherapie van reumatoïde arthritis	Postadres van alle huisartsen
Actaboek BV, Uitgeverij	Aankondiging van boek Ongewenst onvruchtbaar	Postadres van alle huisartsen N.B. NIET GEHONOREERD
Afdeling Cardiologie en Klinische Fysiologie, Universiteit van Amsterdam	Nascholingsmiddag cardiologie	Postadres van de huisartsen in A'dam
Vakgroep Huisarts-geneeskunde, Leiden	Analyse van taken van doktersassistentes	Postadres van de huisartsen in de provincie Limburg

aanvrager	doel	gevraagde gegevens
P. Ram, huisarts te Oss	Artsen in loondienst benaderen om gezamenlijk een dialoog aan te gaan met de Stichting Pensioenfonds Huisartsen	Adressen van alle huisartsen in loondienst N.B. NIET GEHONOREERD
Universitair Huisartsen Instituut Utrecht	Werving van huisarts-gasteren voor co-assistentenschappen	Praktijkadres van huisartsen in omgeving Utrecht
Afdeling Cardiologie en Klinische Fysiologie, Universiteit van Amsterdam	Nascholingsmiddagen cardiologie	Postadres van de huisartsen in A'dam
Regionale Nascholingscommissie Rotterdam	Mailing ten behoeve van nascholing	Postadres van de huisartsen in de nascholingsregio Rotterdam
Huisartsen Instituut V.U.	1. uitbreiding opleiders en gasterenbestand 2. valideringsonderzoek in het kader van project "taakopvattingen van huisartsen"	Postadres van de huisartsen in de regio Twente
Instituut voor Klinische Psychologie en Persoonlijkeidsleer, Utrecht	Onderzoek naar de manier waarop patiënten psychosociale problemen presenteren	Postadres van 500 huisartsen, a-selecte steekproef

aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Regionale Nascholingscommissie Leiden	Nascholingsagenda	Postadres van de huisartsen in de regio Leiden
Commissie Wetenschappelijk Onderzoek NHG	Onderzoek naar rugpijn	Postadres van 500 huisartsen, a-selecte steekproef
Jubileumcommissie van het NHG	Enquête onder huisartsen over patiënten, 2e lijn en structuur van de gezondheidszorg	Postadres van 500 huisartsen, a-selecte steekproef
Bureau Postacademisch Onderwijs Geneeskunde Nijmegen	Nascholingscursus CARA	Postadres van alle huisartsen
Bureau Postacademisch Onderwijs Geneeskunde Nijmegen	Nascholingscursussen Mictieklachten en CARA	Postadres van alle huisartsen
Universitair Huisartsen Instituut Utrecht	Werving van opleiders voor de part-time opleiding	Praktijkadres van huisartsen in de omgeving van Utrecht
Stichting De Doorrit (consultatiebureau voor Alcohol en Drugs), Assen	Bezoek aan huisartsen ter verbetering van de samenwerking	Praktijkadres van huisartsen in de provincie Drente
Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Leiden	Onderzoek naar ziektegedrag van huisartsen	Praktijkadres van 100 huisartsen, a-selecte steekproef
Regionale Nascholingscommissie huisartsen regio Leiden	Verzending nascholingsagenda	Postadres van huisartsen in de nascholingsregio Leiden

aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Vakgroep Huisarts- geneeskunde Universi- teit van A'dam	Werving van gastheren en huisartsenopleiders	Van alle huisartsen in N-Holland, de volgende gegevens: naam, adres, jaar en universiteit van afstuderen, wijze van praktijkuitoefening, al of niet apotheek- houdend en jaar van vestiging
J.A. Mazel, huisarts te Borne	Onderzoek naar hepatis B bij zwangeren	Postadres van huis- artsen in een gedeel- te van Overijssel en Gelderland
Vakgroep Huisarts- geneeskunde Leiden	Onderzoek naar ziekte- gedrag van huisartsen	Postadres van 700 huisartsen, a-selecte steekproef
Regionale Nascho- lingscommissie Breda	Verzending nascholings- agenda	Postadres van de huisartsen in de regio Breda

Het verschil tussen het saldo van vestiging en vertrek en de groei van het bestand zit in het aantal artsen dat zich voor de tweede maal zelfstandig vestigt en de enkeling die binnen een jaar het beroep weer verlaat.

Van de zelfstandig gevestigden is 8,5% vrouw: een gestaag toenemend percentage, zij het nog altijd aanzienlijk minder dan het percentage vrouwen dat de beroepsopleiding tot huisarts volgt (voor 1976-80 respectievelijk 19, 20, 23, 25 en 23%).

De meest gebruikelijke vestigingsvorm in 1980 was de overname van een bestaande solopraktijk (39%).

23% vestigde zich in een nieuwe associatie of kwam als derde of vierde in een bestaande associatie (5,5%) en 9,5% verving een arts in een reeds bestaande associatie. Vrije vestigingen komen nog steeds weinig voor. 13% vestigde zich door middel van een zogenaamde gesteunde vrije vestiging en slechts 1 op de 20 nieuwe vestigingen is een wilde vrije vestiging. De proportie overnamen is gestaag gedaald vanaf 1970 (van ruim 60% tot 40% als de vervanging van een arts in een bestaande associatie ook als overname wordt beschouwd). Het aandeel van de associaties steeg van 25% tot ruim 40% en van vrije vestigingen, gesteund en niet gesteund bij elkaar, van 12 tot bijna 20%. Van de vertrokken huisartsen had 7% minder dan 5 jaar praktijk uitgeoefend en 11% langer dan 40 jaar. Het gemiddeld aantal praktijkjaren bedroeg iets meer dan 23. Vergeleken met 1978 en 1979 zijn deze getallen nauwelijks gewijzigd. Ongeveer de helft van de vertrokken artsen is een andere functie gaan vervullen. Deze functies lopen uiteen van verzekeringsgeneeskundige (ongeveer 1 op de 6 artsen die van functie veranderden), bedrijfsarts (idem) tot specialist-in-opleiding (1 op de 7 artsen met een andere functie) en hulpverlener op het

gebied van een alternatieve geneeskunst (1 op 10). Ondanks de grote vraag naar praktijken zijn toch nog 11 huisartsen zonder opvolger vertrokken; 6 van die 11 huisartsen waren ouder dan 65 jaar en 5 van de 11 praktijken die zij hadden, waren in de 3 grote steden gesitueerd.

De opbouw per beroepsgroep

De sterke verjonging van het huisartsenbestand in de afgelopen jaren (per januari 1980 was bijna een derde van de mannelijke en meer dan de helft van de vrouwelijke huisartsen jonger dan 35 jaar) zal de komende jaren het beeld van de beroepsgroep sterk blijven bepalen. Reeds is gememoreerd dat het aandeel van de vrouwelijke huisartsen sinds 1975 gestadig gestegen is van 3,0% naar 4,8% (van het totaal). De stijging bedraagt weliswaar 50%, maar het proportionele aandeel blijft gering, zeker geringer dan uit de belangstelling voor de opleiding blijkt. Vergeleken met januari 1968 is het percentage apotheekhoudende huisartsen gedaald van 31,1% tot 23,9%; de sterkste daling deed zich voor in de groep jonge artsen (jonger dan 35 jaar van 33% naar 17%).

Het is nog niet zo dat de solist een uitstervende verschijning is, maar een daling van 88,6% in 1968 naar 59,4% in 1981 is niet uit te vlakken. Onder de artsen jonger dan 35 jaar is zelfs minder dan de helft als solist werkzaam en onder de groep vrouwelijke huisartsen vindt men slechts 1 op de 3 in een solopraktijk. Naast de zelfstandig gevestigde huisartsen (de "medewerkers" van de ziekenfondsen), telden we bijna 300 zogenaamde langdurig assistenten, huisartsen die langer dan een half jaar bij een

zelfstandig gevestigde huisarts in loondienst hun beroep uitoefenen. In deze groep vindt men veel vrouwen (60%). Van de mannelijke assistenten is 90% jonger dan 35 jaar, van de vrouwen ongeveer 75%.

De spreiding van huisartsen per januari 1980

Het aantal inwoners per huisarts is van januari 1980 tot januari 1981 gedaald van 2673 tot 2625. De bevolking nam met 0,82% toe en het aantal huisartsen met 2,65%. In de drie grote steden en op het platteland is de huisartsendichtheid het hoogst (resp. 2414 en 2581 inwoners per huisarts). Vooral de trek naar de steden zal dit cijfer hebben beïnvloed. Gebieden met weinig huisartsen zijn (nog steeds) Twente, Zuid-, Oost- en West-Brabant, Noord-Limburg en het groene hart van Holland. Veel huisartsen vindt men traditioneel in Kennemerland, het Gooi, de Utrechtse Heuvelrug en in de klassieke plattelandsgebieden van Friesland, Groningen, Drente en Zeeland. Tegenwoordig vindt men onder gebieden met veel huisartsen ook de grote steden. Op bijgaand kaartje is het aantal inwoners per huisarts per economisch geografisch gebied weergegeven.

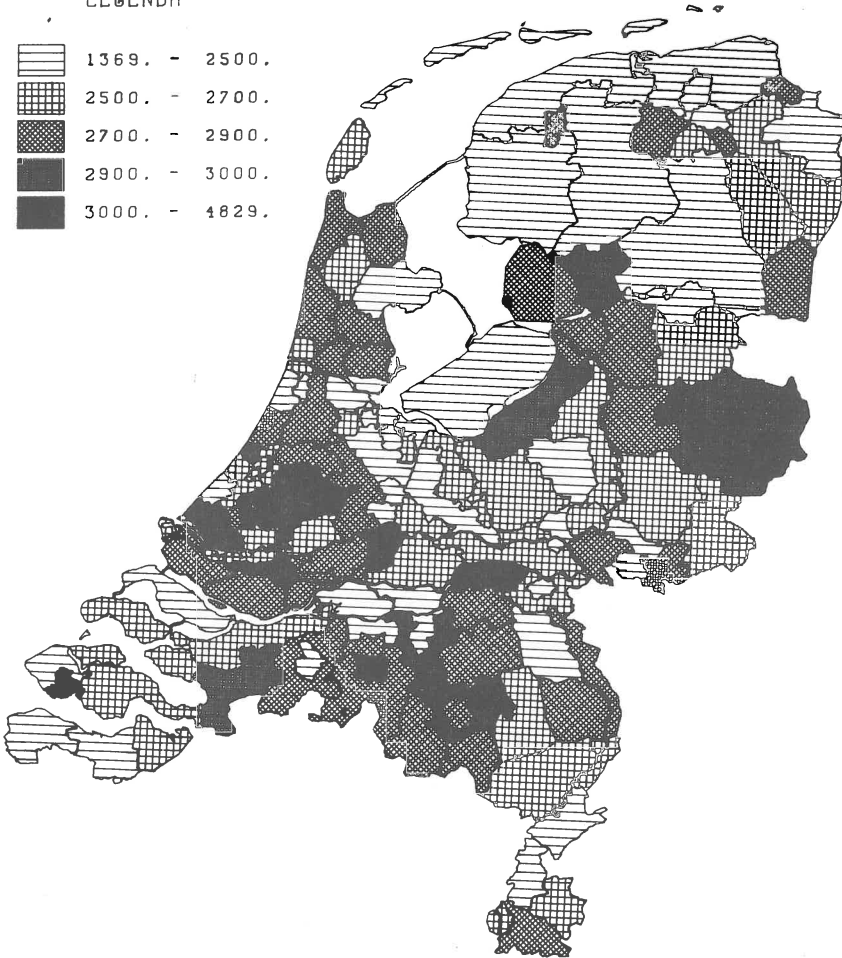
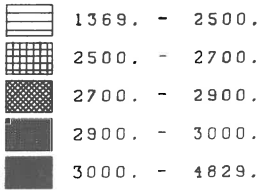
Registratie van aspirant huisartsen

Van de huisartsen die zich voor de eerste maal zelfstandig vestigen neemt het aandeel van degenen die de beroepsopleiding tot huisarts hebben gevolgd, gestaag toe (van 1975 tot heden liep dit aandeel procentueel als volgt op: 4, 24, 48, 67,79 en 82%).

AANTAL INWONERS PER HUISARTS PER ECONOMISCH GEOGRAFISCH GEBIED

januari 1981

LEGENDA



NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

In totaal hebben nu 2405 artsen de beroepsopleiding gevolgd. De meesten (bijna 20%) zijn afkomstig van de Rijksuniversiteit te Utrecht, het kleinste contingent van de Rijksuniversiteit Limburg (4%).

Van degenen die de opleiding sinds 1975 verlieten is in 1981 resp. 62, 60, 57, 48, 37 en 21% gevestigd. Na circa 4 jaar is het percentage ongeveer 60% of 65% als men ook de als assistent gevestigden meetelt. Bekijkt men de ontwikkelingen door de jaren heen (voorzover het schaarse materiaal conclusies toelaat) dan is er nog geen sprake van een versterkte toename (of zelfs in het geheel geen toename) te onderkennen in het percentage personen die nog niet zijn gevestigd.

Van de nog niet gevestigden per 1 januari 1981 gaven 186 artsen op dat ze actief zoeken en 218 dat men wel zoekt maar minder actief. Totaal zijn er ongeveer 400 praktijkzoekende huisartsen, afgezien van de kleine groep die wel zoekt, maar niet de beroepsopleiding tot huisarts heeft gevolgd. 14% van degenen die niet aan het zoeken zijn (234) heeft wèl een praktijk gevonden. Bij 10% lag de praktijkovername reeds lang vast (vader/zoon etc.) en 45% was nog niet begonnen met zoeken. De registratie strekt zich uit tot iedereen die de opleiding in het jaar, voorafgaand aan de peildatum, heeft voltooid, ook al zou dat in december zijn geweest. Eén op de 14 adspirant huisartsen geeft op niet werkzaam te zijn. Van de 2405 artsen hebben er 460 (20%) het plan om huisarts te worden voorgoed opgegeven. Van degenen die de opleiding in 1980 volgden is dat 9,4%, in de vroegere jaren (1974-76) resp. 32,3, 28,7 en 22,7%. Slechts een zeer gering percentage (3% van degenen die de opleiding voltooiden) geeft aan dat men de opleiding heeft gevolgd zonder het expliciete doel zich als huisarts te vestigen.

Van de mannen zonder vestigingsplannen is 40% zich gaan specialiseren en is ruim 20% sociaal geneeskundige geworden. Vrouwelijke artsen zonder vestigingsplannen komen wat vaker terecht in functies als verpleeghuisarts, arts voor gebonden populaties of consultatiebureau-arts (resp. 11, 8 en 6%), terwijl 1 op de 3 van hen zich specialiseert. De medewerking aan deze vrijwillige peiling was ook in 1981 zonder meer goed: 80% reageerde schriftelijk op de enquête, na telefonisch rappel liep de respons op tot 98%.

SAMENWERKING IN DE EERSTE LIJN

In de inleiding is reeds vermeld dat de geplande invulling van de vacature "basiseenheidcoördinator samenwerking" in 1981 helaas geen doorgang heeft kunnen vinden. Deze stagnatie verklaart voor een belangrijk deel waarom twee projecten die in het vorig verslagjaar werden aangekondigd nog niet tot concrete resultaten hebben geleid. Wij doelen hiermee op het project "Regionale samenhang", waarvoor van de kant van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne belangstelling bestond en het project "Inventarisatie van niet-geïnstitutionaliseerde samenwerkingsrelaties" waarover in 1980 met de LHV onderhandelingen zijn gevoerd. Beide projecten zijn in afwachting van een coördinator "Samenwerking in de eerste lijn" voorlopig in de ijskast beland.

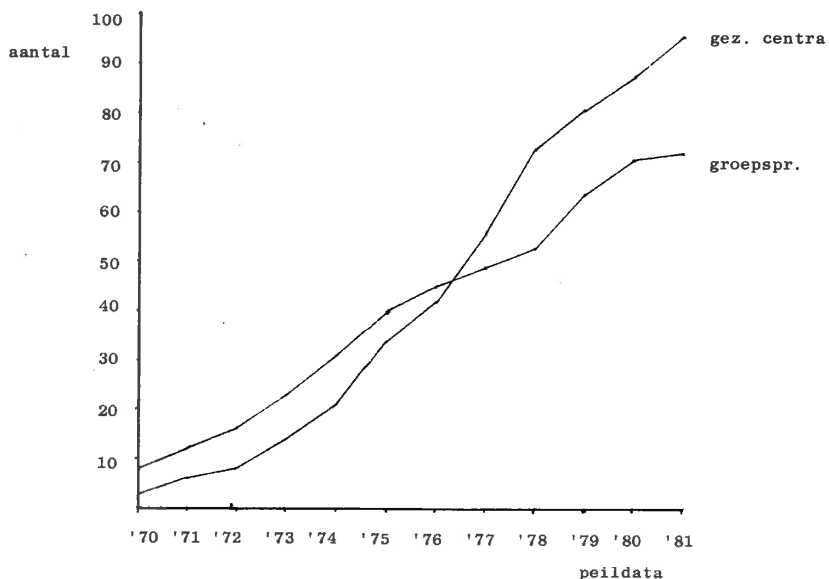
Dat het NHI desondanks toch enige onderzoeksactiviteiten rond het thema "Samenwerking" heeft uitgevoerd, is te danken aan de extra inzet die in het belang van de goede zaak door enige leden van de vaste staf is geleverd. Daarbij kan naast de gebruikelijke rapportage uit het project "Registratie samenwerkingsverbanden" worden gewezen op het project "Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening" dat dit verslagjaar werd afgerond, op de start van een in opdracht van S-1 uitgevoerd project naar de oorzaken van financiële problematiek bij gezondheidscentra en op een publicatie met de titel "Samenwerking en verwijzen". Elk van deze activiteiten wordt hieronder afzonderlijk beschreven. Het spreekt overigens vanzelf, dat deze extra-activiteiten - gezien de verhoogde druk die daardoor ontstond op de toch al smalle basis van de afdeling - een tijdelijk karakter hebben.

Project Registratie samenwerkingsverbanden

In 1981 werd voor het eerst gewerkt volgens een gewijzigde opzet, waarbij registratie- en onderzoeksactiviteiten meer gescheiden plaatsvonden. Voordien werd tweemaal per jaar een peiling gedaan ten behoeve van de registratie, waarbij éénmaal meer inhoudelijke vragen werden gesteld over een nader uit te werken thema. Dit verslagjaar werd begonnen om het eerste halfjaar te reserveren voor telefonische peiling van vaste registratiegegevens bij onze contactpersonen en om het tweede halfjaar te besteden aan een meer inhoudelijk aspect van de samenwerking in de eerste-lijnsgezondheidszorg. Deze activiteiten worden hierna afzonderlijk besproken.

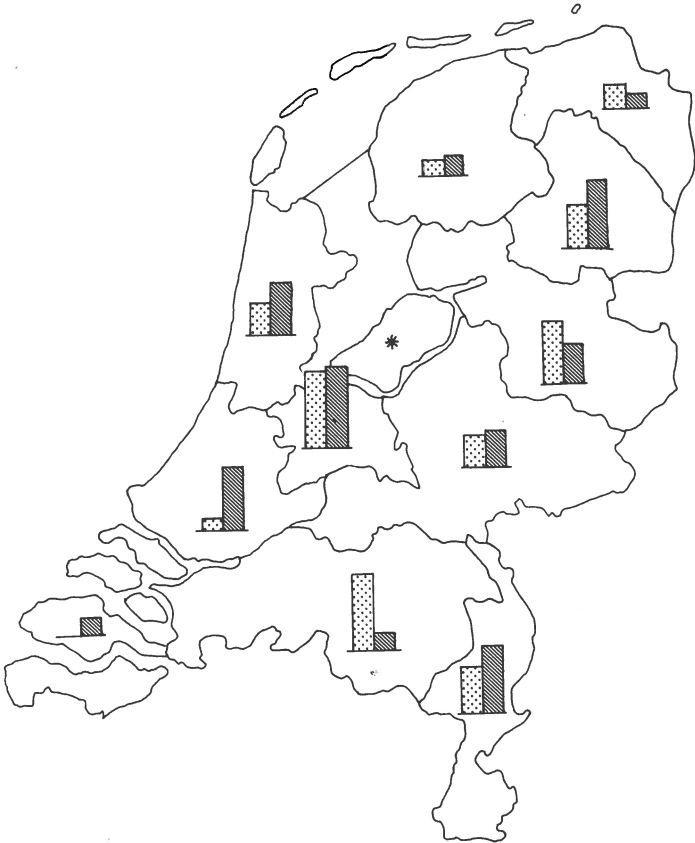
De peiling

Het aantal geregistreerde samenwerkingsverbanden blijft gestaag toenemen. Per 1 januari 1981 tellen we 72 groepspraktijken en 96 gezondheidscentra. Zoals uit onderstaande grafiek blijkt, is het grootste deel hiervan in de laatste 10 jaar tot stand gekomen.



Gezondheidscentra worden het meest aangetroffen in de randstad, groepspraktijken ook in het Oosten en vooral ook in het Zuiden. Groepspraktijken zijn relatief vaker gevestigd op het verstedelijkte platteland, terwijl gezondheidscentra meer te vinden zijn in forensengemeenten en de drie grote steden. De regionale verschillen in "samenwerkingsdichtheid" zien er heel anders uit als wij per provincie bekijken welk percentage huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra werkt.

Afbeelding: Percentage huisartsen per provincie, dat werkzaam is in groepspraktijken en gezondheidscentra op 1 januari 1981.



 = huisartsen in groepspraktijken (1%)

 = huisartsen in gezondheidscentra (1%)

* = in de Flevopolders werkt 67,6 % van de huisartsen in gezondheidscentra.

Bijgevoegd kaartje laat onder andere zien dat in Drente en Limburg een groter deel van de huisartsen in gezondheidscentra werkt dan in Noord- en Zuid-Holland en dat in deze beide randstad-provincies naar verhouding maar weinig huisartsen in groepspraktijken samenwerken. Van beide samenwerkingsvormen kent de provincie Utrecht de hoogste percentages.

In de meeste gezondheidscentra zijn hulpverleners uit drie tot zes disciplines werkzaam. Behalve de klassieke combinatie huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende kunnen dit ook nog zijn: fysiotherapeut, verloskundige, gezinsverzorgende, tandarts en apotheker. Om welke aantallen het gaat per 1 januari 1981 laat onderstaande tabel zien.

Tabel III

HULPVERLENERS	AANTAL
Huisartsen in groepspraktijken	247
huisartsen in gezondheidscentra	319
wijkverpleegkundigen	278
maatschappelijk werkenden	165
fysiotherapeuten	219
verloskundigen	42
tandartsen	46
gezinsverzorgenden	46
ziekenverzorgenden	23
apothekers	22
bejaardenverzorgenden	18
diëtisten	8
psychologen	6
overige hulpverleners	33
totaal in groepspr. + gez. centra	1472

Naast deze hulpverleners waren in groepspraktijken 319 en in gezondheidscentra 635 medewerkers in onderstaande functies. In 21 van de 96 gezondheidscentra zijn hulpverleners in dienst van de rechtspersoon. Huisartsen in groepspraktijken hebben in het algemeen wat meer patiënten dan collega's in gezondheidscentra. Voor een deel wordt dit veroorzaakt doordat een groter deel van de centra beginnende praktijken telt. In 41% van de gezondheidscentra is sprake van volledige afstemming van de werkgebieden van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden.

Ten behoeve van onderzoek, beleid en andere niet-wervende doelen kunnen gegevens uit het registratiesysteem versterkt worden. In toenemende mate wordt daarvan gebruik gemaakt. Voor zover het gaat om niet-openbare gegevens (zoals adressen) is voor elke aanvraag goedkeuring vereist van de begeleidingscommissie van het project. Op de volgende bladzijden is een overzicht van dit type aanvragen weergegeven.

Onderzoeksactiviteiten

In de eerste paar maanden van 1981 verscheen, als eerste publicatie in de serie "Studies naar Samenwerking", een rapport over de werkcontacten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en hulpverleners in de tweede lijn. De resultaten van deze studie zijn in het vorige jaarverslag al kort besproken. Belangrijke activiteiten hadden betrekking op de voorbereiding en uitvoering van een enquête naar samenwerking bij stervens- en rouwbegeleiding. In de tweede helft van het jaar ontvingen alle huisartsen, wijkverpleeg-

overzicht aanvragen niet-openbare gegevens registratiesysteem samenwerkingsverbanden in 1981

datum aanvraag	aanvrager	omschrijving van de aanvraag	beslissing	toezending/ afwijzing
29 januari	Capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlich- ting en opvoeding R.U. Limburg	Adressen van groepspraktijken en gezondheidscentra op plak- etiketten t.b.v. convocaties eerste Nederlands GVO-congres in november 1981	Toegewezen	25 maart
11 maart	Algemeen secretari- aat Geneeskundige Hoofdinspectie	Adressen van gezondheidscentra en groepspraktijken op plak- etiketten t.b.v. rondschriften over onbevoegde uitoefening van de geneeskunst	Toegewezen	12 maart
10 april	S-1 project	Lijst van gezondheidscentra met startdatum; adressen op plaketiketten; lijst van centra met hulpverleners in dienstverband; t.b.v. onder- zoek financiële problemen van gezondheidscentra	Toegewezen	19 mei
7 april	Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG) (P. Hemel)	Lijst met adressen en tele- foonnummers van gezondheids- centra met verloskundigen teneinde na te gaan hoe de ervaringen met deze team- samenstelling zijn	Toegewezen	20 mei
5 september	Mw. J. Elfrink te Nijmegen	Lijst met adressen van gezondheidscentra met diëtis- ten, t.b.v. afstudeeropdracht opleiding diëtetik en oriën- tatie op toekomstig werkveld	Afgewezen (gewezen op bijlage bij Cijfers over Samenwerking)	16 september

datum aanvraag	aanvrager	omschrijving van de aanvraag	beslissing	toezending/ afwijzing
7 september	Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders te Bunnik	Adressen van groepspraktijken en gezondheidscentra, t.b.v. werkgroep welke zich bezig houdt met verbetering van psycho-sociale hulpverlening onder buitenlanders	Toegewezen (onder voorwaarde dat adressen niet gepubliceerd worden zonder toestemming van betrokkenen)	14 september
25 oktober	Commissie Samenwer- king LHV (C.L.M. Appelman)	Namen en adressen van gezond- heidscentra met huisartsen in dienstverband; met het doel informatie in te winnen over de geldende arbeidsvoorwaarden	Toegewezen	30 november
17 november	Mw. J. Vuuyk te Leiden	Adressen en telefoonnummers van gezondheidscentra en groepspraktijken ter oriën- tering in een mogelijke werk- kring	Afgewezen	30 november
1 december	Landelijke Vereniging van Artsen in Dienst- verband (C. Schoffelmeer)	Adressen van samenwerkings- verbanden t.b.v. op te zetten vakaturebank voor artsen (eenmalige mailing om infor- matie te verzamelen)	Toegewezen	15 december

kundigen, maatschappelijk werkenden en fysiotherapeuten in gezondheidscentra persoonlijk een enquête-formulier. Daarin waren vragen opgenomen over onder meer de volgende onderwerpen:

- opvatting over eigen taak bij stervens- en rouwbegeleiding
- plaats die men aan andere disciplines daarbij toekent
- mate waarmee men er in de praktijk mee te maken krijgt (aantallen)
- het betrekken van of betrokken worden door andere disciplines bij stervens- en rouwbegeleiding
- overleg met andere hulpverleners (ook in de Algemeen Geestelijke Gezondheidszorg)

Eind 1981 was de fase van materiaal verzamelen bijna afgesloten. De response mag redelijk genoemd worden: van de bijna 1000 hulpverleners had 78% de formulieren ingevuld teruggestuurd. Per discipline bedroeg dit percentage: huisartsen 83%, wijkverpleegkundigen 75%, maatschappelijk werkenden 86% en fysiotherapeuten 66%.

Onderzoek Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening

In oktober 1980 werd reeds, in het kader van een doctoraalstudie Planologie, begonnen met een stageonderzoek naar de ruimtelijke aspecten en de rol die de gemeentelijke overheid wil (en kan) spelen bij de totstandkoming van gezondheidscentra. Ook werd gekeken naar de invloed van de plaatselijke huisartsenverenigingen en ziekenfondsen daarbij.

De betekenis van de ruimtelijke ordening bij de vorming van gezondheidscentra was tot op dat moment nog geen onderwerp van studie geweest. Vandaar dat dit stage-onderzoek het karakter had van een pilot-study. Daar gezondheidscentra vooral worden aangetroffen in de dichtbevolkte delen van ons land, te weten de randstad en de grote steden, èn er tussen Amsterdam en Den Haag een groot verschil in aantal centra bestaat, werd het onderzoek toegespitst op een analyse van dit verschil.

Daartoe zijn twee interviewronden gehouden:

1. een ronde langs sleutelpersonen voor de gezondheidscentra van Amsterdam en Den Haag
2. gevolgd door een ronde langs gemeente-ambtenaren, bestuursleden van de plaatselijke huisartsenverenigingen en de directeur respectievelijk medisch adviseur van de ziekenfondsen van Amsterdam en Den Haag.

Deze interviews werden afgenomen in de eerste maanden van 1981. Daarnaast is materiaal verkregen uit analyse van statistische bronnen en literatuur. Dat er in Amsterdam acht gezondheidscentra zijn ontstaan is het resultaat van enerzijds het actief voorwaardenscheppend beleid van de gemeente vanaf het begin van de jaren zestig, alsook van de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen, en anderzijds van de omstandigheid dat Amsterdam zich binnen eigen gemeentegrenzen nog aanzienlijk heeft kunnen uitbreiden.

Daarnaast was in dit verband van betekenis dat de gemeente Amsterdam en de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen de aanzet hebben gegeven tot oprichting van de Stichting Ontwikkeling Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijnsgezondheidszorg (SOSEL), en voorts dat beide medische faculteiten een bijdrage hebben

geleverd door twee gezondheidscentra te initiëren. Den Haag daarentegen heeft zijn gemeentegrenzen nauwelijks kunnen uitbreiden en werd binnen de eigen gemeente geconfronteerd met een ontbrekend beleid van zowel de gemeente als de ziekenfondsen.

Bovendien kent men in Den Haag ook nog de ongunstige situatie dat een groot percentage (68%) van de huisartsen op meer dan één praktijkadres werkzaam is. Het ten behoeve van de samenwerking op elkaar afstemmen van de werkgebieden van de hulpverleners wordt hierdoor sterk belemmerd. Noch de huisartsenvereniging van Amsterdam, noch die van Den Haag is actief betrokken geweest bij het totstandkomen van gezondheidscentra. Ook bij stadsvernieuwingsactiviteiten zijn nauwelijks centra van de grond gekomen. Het blijkt moeilijk te zijn om gevestigde structuren te doorbreken.

De resultaten van het onderzoek zijn in eerste instantie neergelegd in de in juni 1981 verschenen doctoraalscriptie "Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening". In de tweede helft van dit jaar is deze scriptie bewerkt tot een NHI-publicatie met dezelfde titel, die in december 1981 is verschenen als tweede uitgave in de serie "Studies naar Samenwerking".

Financiële problematiek gezondheidscentra

De afgelopen jaren zijn de financiële perikelen rond gezondheidscentra in toenemende mate onderwerp van discussie geworden. In deze discussie worden enerzijds de complexiteit en ondoorzichtigheid van de financierings- en subsidiëringsregelingen met

betrekking tot de centra ter tafel gebracht. Anderzijds is ook de vaak financieel zorgelijke positie van sommige centra aanleiding tot uiteenlopende veronderstellingen over de oorzaak daarvan: variërend van "inadequate financieringsmogelijkheden" tot "wanbeheer van de centra". In het licht hiervan heeft S-1, na een desbetreffend verzoek te hebben ontvangen vanuit het Halfjaarlijks Overleg rond S-1, aan het NHI gevraagd een onderzoek naar de financiële problematiek van gezondheidscentra in te stellen, teneinde een toekomstig (financierings)beleid ten aanzien van de centra met "hardere" gegevens te kunnen onderbouwen. De vraagstelling van dit onderzoek is nader gepreciseerd in een overleg tussen vertegenwoordigers van de Ziekenfondsraad, de LVG, het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, S-1 en het NHI.

Het hieruit voortvloeiende onderzoeksplan voorziet in twee fasen van ieder een half jaar, waarin respectievelijk de gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband en de overige centra het studieobject zijn. Vooralsnog is alleen de uitvoering van de eerste fase gewaarborgd. Deze fase, waarvoor de voorbereidingen in het najaar van 1981 getroffen zijn, is met het aantrekken van een onderzoeker per 1 januari 1982 daadwerkelijk van start gegaan. Er wordt een financiële analyse gemaakt op basis van financiële jaarstukken en een kwalitatieve analyse aan de hand van onder meer interviews met vertegenwoordigers van alle centra. In het komend verslagjaar zal getracht worden de aanwezigheid van tekorten/financiële problemen bij gezondheidscentra op te sporen, de samenstelling en omvang daarvan in kaart te brengen en de daaraan ten grondslag liggende oorzaken te inventariseren en te verklaren. Ten behoeve van de financiële analyse is inmiddels door het NHI

een accountant op adviseursbasis bij het onderzoek betrokken. Momenteel is het nog onzeker of, en zo ja in welke vorm, de tweede fase van het onderzoek, die gericht is op de "overige" centra, doorgang zal vinden. Ook hierbij spelen financieringsproblemen een rol.

Samenwerking en verwijzen

In enkele artikelen werd aangetoond dat samenwerkende huisartsen minder zouden verwijzen en dat hun patiënten minder vaak zouden worden opgenomen in het ziekenhuis. Het NHI heeft enig "bureau-research" uitgevoerd om te zien of de gevonden verschillen bestand zouden zijn tegen confrontatie met andere belangrijke factoren die verwijs- en opnamecijfers beïnvloeden. Globaal gezien bleek dit inderdaad het geval. De verschillen tussen samenwerkende en solistische huisartsen zouden echter heel wat minder groot zijn als men rekening zou houden met de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie van (voor een belangrijk deel in nieuwbouwwijken gevestigde) huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra. Zoals gezegd betrof het hier een stukje "desk-research" dat eindigde met de aanbeveling nu eens serieus onderzoek op dit gebied te gaan doen.

PSYCHOSOCIALE HULPVERLENING

De basiseenheid "Psychosociale Hulpverlening" houdt zich bezig met onderzoek naar psychosociale hulpverlening, zoals deze door de huisarts, al dan niet in samenwerking met andere hulpverleners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn, wordt gegeven. De activiteiten van de basiseenheid hebben zich het afgelopen jaar gericht op onderzoek naar het gespreksgedrag van de huisarts en de samenwerking huisarts-psychosociaal team. Tevens werd gewerkt aan het ontwerpen van onderzoeksalternatieven om na te gaan welke functies er door welke hulpverleners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg vervuld dienen te worden. Hierna zal eerst aandacht worden besteed aan de voortgang van het project "Psychosociale hulpverlening Breda". Binnen dit project wordt onderzocht hoe de opvattingen die artsen over probleempatiënten hebben, beïnvloed worden door een integrale aanpak van psychosociaal team en huisartsen. Vervolgens komen de activiteiten aan de orde met betrekking tot de bestudering van spreekkamer-gesprekken van huisartsen. In dit kader werden meetinstrumenten ontwikkeld, nieuwe onderzoeken opgezet en bestaand materiaal verder uitgewerkt. Leidraad bij deze onderzoeken is is de vraag hoe een arts tot een bepaalde probleemdefinitie komt en hoe hij daarbij optimaal van de inbreng van de patiënt gebruik kan maken. Tenslotte wordt ingegaan op de activiteiten die het afgelopen jaar zijn verricht ten aanzien van functiebepaling en onderlinge afstemming op het gebied van psychosociale problemen.

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 acht huisartsen die hun mogelijkheden om patiënten met psychosociale problematiek bij te staan, te beperkt achtten. In het huidige project werken deze hulpverleners samen met een psychosociaal team, bestaande uit een psychologe, een maatschappelijk werker en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

Binnen het onderzoek dat het NHI uitvoert wordt nagegaan hoe de opvattingen die de arts over patiënten heeft, van invloed zijn op de patiëntencarrière. Voorts wordt gekeken in hoeverre de samenwerking met het psychosociaal team hierop invloed uitoefent. Om dit te onderzoeken is gedurende één jaar (voorjaar 1980 - voorjaar 1981) per consult een aantal gegevens vastgelegd van grote steekproeven probleempatiënten en niet-probleempatiënten (van wie een gedeelte in die tijd bij het psychosociaal team terecht kwam). Ook vulde de arts een vragenlijst in over de patiënten in de steekproef, waaruit zijn subjectieve oordeel over die patiënten naar voren kwam betreffende hun neiging tot klagen en hun mogelijkheden om voor zichzelf op te komen. Tevens kon uit deze vragenlijst worden afgeleid hoe de arts zijn eigen optreden jegens die patiënten op medisch-technisch en relationeel gebied taxeert. Deze beoordeling die we de algemene etikettering van de patiënt noemen, heeft tweemaal plaatsgevonden; de eerste maal midden 1980, de laatste maal eind 1981. Voorts werden door de patiënten zelf vragenlijsten ingevuld, die inzicht gaven in hun opvattingen over ziekte en over hun

verhouding met de arts. Diezelfde metingen werden verricht gedurende drie maanden bij kleinere steekproeven patiënten van zeven controle-artsen (voorjaar 1981).

Naast deze consult-registratie en enquêtering onder artsen en patiënten werd van elke patiënt die in contact kwam met het psychosociale team een aantal gegevens vastgelegd met betrekking tot de reden van inbreng, de maatregelen die dit ten gevolge had en het resultaat ervan. Al deze registraties werden in 1981 voltooid, en in een hanteerbaar datasysteem verwerkt. De analyses die momenteel worden uitgevoerd, zullen moeten uitmaken welke invloed het psychosociaal team had op de arts-patiënt relatie, of in ieder geval op het oordeel van de arts, en wat het effect daarvan was op de patiëntencarrière in termen van bezoek aan de huisarts, gebruik van medicijnen en verwijzingen naar de tweede lijn. Eind mei 1982 zullen deze analyses in een eindrapportage worden neergelegd.

Onderzoek van spreekuurconsulten

Zoals is opgemerkt, staat de probleemverhelderingsfunctie van de huisarts centraal in het onderzoek naar de gesprekken die de arts met de patiënten voert. Reeds in ons vorig jaarverslag bespraken we het het begrip "ruimte voor de patiënt". Nadere uitwerking hiervan leerde ons dat sommige aspecten van het ruimte geven aan de patiënt (te weten het tonen van aandacht en interesse) wel een noodzakelijke, doch geen voldoende voorwaarde vormden om tot een psychosociale probleemdefinitie te komen. De factor die bepaalt of psychosociale problematiek expliciet ter

sprake komt is de bewuste actie die de arts in dit opzicht onderneemt: dit doet hij eerder naarmate hij de klacht ernstiger en meer psychosociaal acht. Zowel wat betreft dit zogenaamde "bewust sturende gedrag" als wat betreft het "affectief gedrag" werd verder vastgesteld dat artsen onderling systematisch verschillen. Naast "affectief gedrag" en "bewust sturend gedrag" werden het afgelopen jaar de volgende aspecten van het consult geëxpliciteerd en meetbaar gemaakt: de "systematiek van het consult" en het "patiëntgericht handelen". Systematisch handelen wordt bij methodisch werken een voorwaarde geacht om tot vraag- en probleemverheldering te komen. Teneinde een meetinstrument te ontwikkelen voor het evalueren van methodisch werken werden ondermeer de vooronderstellingen omtrent het systematisch handelen geoperationaliseerd in een aantal meetbare handelingen van de huisarts. Samen met observatiecategorieën die het "hanteren van de arts-patiënt relatie" en het "bewaken van vorm en inhoud van het consult" meten, werd een observatiesysteem gecreëerd, dat in het afgelopen jaar is getoetst op een zestigtal consulten, die op video zijn vastgelegd.

Het "patiëntgericht handelen" tenslotte is een begrip dat door P.S. Byrne en B.E.L. Long in hun boek "Doctors Talking to Patients" is geïntroduceerd. In het afgelopen jaar zijn hun vooronderstellingen getoetst op bestaand materiaal, hetgeen het komend jaar tot een kritische bespreking zal leiden. Twee nieuwe onderzoeken zijn op dit gebied in 1981 voorbereid. Met behulp van bestaand materiaal zal onderzocht worden in hoeverre het type klacht dat de arts gepresenteerd krijgt, mede uitmaakt of de arts affectief gedrag en bewust sturend gedrag ten toon zal spreiden.

Nieuw materiaal dient verzameld te worden om na te gaan in hoeverre de verschillen tussen artsen bij de probleemdefiniëring (de ene arts komt tot veel meer psychosociale diagnoses dan de ander) verklaard kunnen worden door kenmerken van de artsen, door hun relatie met patiënten, of door de wijze van gespreksvoering. Voor dit tweede onderzoek is subsidie aangevraagd bij het Praeventiefonds.

In de loop van de jaren is het belang van onze verzameling op videoband vastgelegde consulten steeds duidelijker geworden. Achteraf bedachte vraagstellingen omtrent het vóórkomen van bepaalde handelingen tijdens het consult, het klachtenaanbod, etcetera, kunnen vaak worden getoetst op dit materiaal, mits het snel toegankelijk is. Hiertoe is in het afgelopen jaar alle informatie die middels observatie verzameld is, geuniformeerd, en in één computerbestand vastgelegd. Het ligt in de bedoeling om dit bestand in de toekomst verder uit te breiden, zowel wat betreft het aantal consulten als wat betreft de hoeveelheid informatie die per consult wordt vastgelegd. Voor wat betreft de privacy moet nog worden opgemerkt dat het beeldmateriaal niet voor derden toegankelijk is, maar dat de kenmerken van de anonieme patiënt en arts in een geautomatiseerd bestand aan consultkenmerken kunnen worden gerelateerd en zo voor onderzoekers toegankelijk zijn.

Voorzieningen van de Geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn

Functiebepaling en onderlinge afstemming op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg is een acti-

viteit die in onze ogen plaats dient te vinden vóórdat oplossingen op dit gebied worden doorgevoerd. Dit is de teneur die ook doorklinkt in de notitie "onderzoeksalternatieven met betrekking tot het thema psychologie ten behoeve van de eerstelijnsgezondheidszorg". Deze notitie werd in het najaar 1981 voor de Commissie Eerste Lijn van het Nederlands Instituut voor Psychologen met onze medewerking geschreven. De genoemde alternatieven voor onderzoek die de notitie vermeld, zijn:

- a. knelpuntenonderzoek
- b. inventarisatie van reeds bestaande samenwerkingen
- c. analyse van het functioneren van de psychosociale hulpverlening op regionaal niveau
- d. actie-onderzoek, waarin geëxperimenteerd wordt met diverse oplossingen

De notitie wordt momenteel besproken binnen een brede werkgroep waarin de betrokken beleidsbepalende organisaties vertegenwoordigd zijn.

Het afgelopen jaar bereikten ons diverse vragen om onderzoek op aanverwant terrein te verrichten: inschakeling pedagoge in de eerste lijn; sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in een eerstelijns team. De aard van dit onderzoek had echter een te incidenteel karakter om er onmiddellijk op in te kunnen gaan. Wel zal in 1982 worden overwogen in hoeverre deze experimenten in een regionaal project, zoals hierboven onder c. bedoeld, inpasbaar zijn.

RELATIE EERSTE - TWEDE LIJN

De basiseenheid "Relatie tussen de eerste en de tweedelijnsgezondheidszorg" richt zich op het analyseren van aard en omvang van de patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn. In veel van de onderzoeken wordt materiaal verzameld en geanalyseerd op meso-niveau: een ziekenhuis met de "bijbehorende" huisartsen. Op macro-niveau wordt echter eveneens onderzoek verricht. De meeste aandacht gaat daarbij uit naar wat wordt aangeduid als "produktiecijfers". Zowel in het project "Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn", het project "Ziekenhuis Lelystad" als het onderzoek "Taakopvatting en verwijzen" wordt gekeken hoe een verandering in de aanwezige voorzieningen (de opening van het diagnostisch centrum, respectievelijk Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad) doorwerkt op de produktiecijfers (verwijzingen, polikliniekbezoeken, opnamen), of hoe persoonskenmerken van de huisarts, naast structurele factoren, zijn verwijscijfers beïnvloeden (taakopvatting en verwijzen).

Het project "Inventarisatie knelpunten Hoogeveen" maakt hierop een uitzondering. Nadat enkele jaren geleden een beperkt onderzoek is verricht naar de effecten van de te Hoogeveen nagestreefde samenwerking tussen eerste en tweede lijn op de produktiecijfers, wordt nu gepoogd een overzicht te geven van de in de samenwerking ervaren problematiek als zodanig. De projecten te Hoogeveen en Lelystad zijn in het verslagjaar begonnen, het onderzoek naar de gevolgen van de opening van het diagnostisch centrum en het onderzoek "Taakopvatting en verwijzen" verliepen grotendeels volgens planning. Over elk van deze vier projecten volgt hieronder wat meer informatie.

Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn

Versterking van de eerste lijn door middel van het uitbreiden van faciliteiten voor de huisarts, is het belangrijkste doel van het in mei 1979 geopende experimentele diagnostisch centrum bij het ziekenhuis Oudenrijn (DCO) in Utrecht. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne startte ons instituut, in samenwerking met het NZI, in juli 1979, met de evaluatie van dat experiment. Die evaluatie houdt een onderzoek in naar de mate waarin gestelde doelen worden bereikt en verwachtingen uitkomen, zoals die zijn uitgesproken door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in zijn advies aangaande diagnostische centra.

In het afgelopen jaar kwam een interim-rapport uit, waarin de stand van zaken met betrekking tot de evaluatie werd weergegeven. Genoemd rapport geeft door middel van een groot aantal tabellen inzicht in het gebruik dat de huisartsen van de nieuwe voorziening maken. Dat gebruik was al gedurende het eerste jaar van het bestaan van het DCO intensief; er werden 11.345 aanvragen voor verschillende diagnostische tests gedaan. De onderstaande tabel laat zien, dat huisartsen van buiten de stad Utrecht in dat eerste jaar duidelijk het zwaartepunt op de röntgenverrichtingen hebben gelegd. Huisartsen in Utrecht bleken daarnaast ook veel gebruik van laboratoriumfaciliteiten te maken.

Electrocardiogrammen werden in totaal zo'n 1616 maal aangevraagd. Op grond van de gegevens, zoals die in het interim-rapport werden gepresenteerd, konden nog geen conclusies worden getrokken over de mate waarin het DCO bijdraagt tot de versterking van de eerste lijn. Die conclusies kunnen echter gevonden worden in het eindrapport dat bij het uitkomen van dit jaar-

verslag al beschikbaar zal zijn. Daarin wordt ook aandacht geschonken aan de methodische en technische problemen in het onderdeel van het onderzoek dat zich richtte op de zogeheten "tracer"-aandoeningen: ziekten met behulp waarvan gepoogd wordt kwaliteitsaspecten van gezondheidssystemen te meten. In het kader van de werkzaamheden die op het vlak van "tracer"-aandoeningen worden verricht, namen NHI-onderzoekers deel aan een tweedaagse bijeenkomst onder auspiciën van de (Meeting of Study Collaborators, 29, 30 juni 1981) Wereld Gezondheids Organisatie, waarbij pogingen in het werk werden gesteld om gezondheidszorgsystemen internationaal te vergelijken met behulp van "tracers".

Tabel IV
Woonplaats van de patiënt, naar soort aanvraag

	STAD UTRECHT		PERIFERIE		TOTAAL	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Röntgen	3136	45,1	2913	66,3	6049	53,3
ECG	319	4,6	136	3,1	455	4,0
Laboratorium	2027	29,2	374	8,5	2401	21,2
Lab. en röntgen	757	10,9	520	11,8	1277	11,3
Lab. en ECG	330	4,7	131	3,0	461	4,1
Lab. en ECG en röntgen	318	4,6	258	5,9	576	5,1
Röntgen en ECG	62	0,9	64	1,5	126	1,1
Totaal	6949	100,0	4396	100,0	11345	100,0

Inventarisatie knelpunten Hoogeveen

Per 1 augustus is het NHI, in samenwerking met het NIPG en het NZI, gestart met een onderzoek naar de samenwerking tussen alle werkers/instellingen van de gezondheidszorg in de regio Hoogeveen. In deze regio is de samenwerking tussen hulpverleners van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg sinds het einde van de jaren zestig steeds intensiever geworden. De regio Hoogeveen omvat overigens de zone Hoogeveen, Hollandscheveld, Elim, Noordsche Schut, Nieuweroord en Zuidwolde. Centraal in het onderzoek, dat wordt uitgevoerd in opdracht van en met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, staat het inventariseren van knelpunten in de diverse samenwerkingen. Meer specifiek wordt de aandacht gericht op:

- de bestaande samenwerkingsafspraken en -intenties
- de feitelijke samenwerking
- de mate waarin de feitelijke samenwerking achterblijft bij het nagestreefde niveau
- de mate waarin een bestaand niveau van samenwerking in de nabije toekomst dreigt terug te lopen
- de factoren die het achterblijven c.q. de voorziene teruggang in de samenwerking kunnen verklaren

Uit praktische overwegingen is gekozen voor het telefonische interview als middel om de gegevens te verzamelen. Alleen de specialisten worden mondeling geïnterviewd. Eind december 1981 had het grootste deel van deze interviews reeds plaatsgevonden. Daar de interesse vooral uitgaat naar de samenwerking tussen huisartsen en specialisten zullen daarover aanvullende gegevens worden verzameld met behulp van een schriftelijke vragenlijst. Begin mei 1982 verwacht de opdrachtgever de eindrapportage.

Ziekenhuis Lelystad

Het Praeventiefonds kende in de herfst van 1981 een subsidie toe voor het verrichten van onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis op de medische consumptie in de regio.

Doel van dit onderzoek dat op 1 november 1981 officieel van start ging is meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen vraag en aanbod in de gezondheidszorg. Het onderzoek valt uiteen in de volgende onderdelen:

- Onderzoek naar het verloop van het verwijscijfer van de huisartsen. Door middel van een door de huisarts in te vullen verwijsregistratieformulier, wordt nagegaan of het aantal verwijzingen door de komst van het ziekenhuis verandert. Daarbij wordt aandacht geschonken aan de vraag of de verwijzing op initiatief van de huisarts of op verzoek van de patiënt tot stand is gekomen, of dat een andere hulpverlener of instantie de verwijzing heeft geïndiceerd. Daarnaast worden vragen gesteld over de door de huisarts gepercipieerde noodzaak van de verwijzing, over het "diagnostisch niveau" (hoever is de huisarts gekomen bij het diagnostiseren van de klachten) en over de aan de specialist voorgelegde vraag. Enkele achtergrondgegevens van de patiënt completeren de vragenlijst. Deze meting zal drie keer (in de jaren van '81, '82 en '83) worden gehouden. Dankzij het ziekenfonds RZZ te Zwolle kan voor ziekenfondsverzekerden op de verwijskaart worden aangegeven wie het initiatief tot de verwijzing heeft genomen. Deze extra codering op de verwijskaart loopt gedurende de hele looptijd van het project.
- Onderzoek naar de opvattingen van patiënten over "verwezen worden". Bij een steekproef uit de

bevolking wordt op dezelfde tijdstippen driemaal een postenquête afgenomen, waarin de opvattingen over "verwezen worden" of "zelf aan de huisarts om een verwijzing vragen" worden vastgelegd. Nagegaan wordt óf, en zo ja hoe, de sterk verminderde afstand tot het ziekenhuis deze opvattingen doet veranderen. Daarnaast wordt onder een groep patiënten die daadwerkelijk verwezen zijn, een vergelijkbaar onderzoek naar hun opvattingen en motieven verricht.

- Onderzoek naar de "drukte" in de huisartspraktijk. Door registratie in de huisartspraktijk wordt vastgesteld of de komst van het ziekenhuis invloed heeft op het aantal eerste en herhalingscontacten tussen huisarts en patiënt, op zijn röntgen- en laboratoriumaanvragen, etc.

- Onderzoek naar de taakopvatting van de huisartsen. Vastgesteld wordt of de komst van het ziekenhuis de taakopvatting van de huisartsen in Lelystad (met name in relatie tot wat zij de taak van de specialist vinden) doet veranderen.

- Onderzoek naar de totale medische consumptie. Analyse van secundair materiaal zal moeten uitwijzen of de komst van het ziekenhuis vooral leidt tot een verschuiving van de zorg of tevens tot een verhoging van de medische consumptie.

- Veldbeschrijving. Een vooral beschrijvend deel van het onderzoek richt zich op de vraag hoe alle betrokkenen zich voorbereiden op de komst van het ziekenhuis, hoe er gepoogd wordt tot afspraken te komen, en hoe deze afspraken (al dan niet) gerealiseerd worden.

Taakopvatting en verwijzen

Het onderzoek "Taakopvatting en verwijzen" werd in 1981 vrijwel voltooid. Uit de analyses bleek dat het verwijzen van de huisarts in de eerste plaats bepaald wordt door "structurele" factoren (afstand tot het ziekenhuis, aanbod van bedden en, in bescheiden mate, de leeftijdsopbouw van de praktijk), maar dat daarnaast ook zijn taakopvatting van invloed is.

Huisartsen die met betrekking tot veel aandoeningen de diagnostiek en de therapie "huisartsenwerk" vinden (en dus niet een zaak voor de specialist) verwijzen minder dan collega's die op dat punt meer aan de specialist willen overlaten. De mate waarin de huisarts meent dat hij zich onafhankelijk moet opstellen ten opzichte van de specialist (meebeslissen over wat er in de tweede lijn met een patiënt gebeurt, zijn oordeel de doorslag laten geven als hij het niet helemaal met de specialist eens is, etc.) hangt eveneens met het verwijscijfer samen: de huisarts die zich "onafhankelijk" opstelt verwijst minder. Wie diagnostische en therapeutische ingrepen verricht, zoals funduscopie, gewrichtspunctie, wigexcisie, etc., verwijst eveneens aanmerkelijk minder.

Een belangrijke variabele van een andere orde is de regio: in Zeeland, Brabant en vooral Limburg wordt meer verwezen dan elders in het land. De huisartsen in die streken verschillen op relevante kenmerken niet van hun collega's, zodat het verschil ondermeer op rekening lijkt te komen van een slechtere gezondheidstoestand van de bevolking (voor Limburg inderdaad heel waarschijnlijk). Andere opvattingen van de mensen (zie ook het onderzoek te Lelystad) zouden echter ook een rol kunnen spelen.

Alle aangeschreven huisartsen ontvingen eind '81 een samenvatting van de resultaten.

Het onderzoek "Tusschen eerste en tweede echelon" werd in 1981 vrijwel voltooid. Uit de analyse bleek dat het verschil van de huisarts in de eerste plaats wordt door "structuurverschillen" (afkennend aanbod van leden en in de tweede plaats, Het in het vorige verslagjaar aangekondigde eindrapport van dit complexe project laat nog even op zich wachten. In 1981 is, met behulp van gegevens uit de Nederlandse persoons-enquêtes (het door CBS gehouden Leefsituatie-onderzoek uit 1977) en met gegevens uit de Engelse gezondheidszorg, verder gewerkt aan het verkennen van factoren die de vraag naar gezondheidszorg beïnvloeden. Daarnaast heeft zich ook een aantal (medische) vastgesteld is dat de antwoorden op een lijst met verschillende lichamelijke klachten twee componenten bevatten: een slechte gezondheid en iets wat men zou kunnen betitelen als "klagen-op-uitnodiging". Beide componenten zijn echter goede voorspellers voor "doktersbezoek", al verwachtten wij dat de "slechte gezondheidscomponent" gevoeliger zal zijn voor substitutie tussen verzorging door huisarts of specialist verleend en dat de "klaaggeneigdheid" ook bepaald zal worden door de (van praktijkgrootte afhangende) hoeveelheid tijd die de huisarts voor zijn patiënten heeft. Met het toetsen van bovengenoemde verwachtingen zal het project zijn afgerond.

In die streken verschillen op relevante kenmerken niet van hun collega's, zodat het verschil ondermeer op rekening lijkt te komen van een electrische gezondheidstoestand van de bevolking (voor Lincouf index - daar heel waarschijnlijk). Andere overzichten van de mensen (zie ook het onderzoek te Lelystad) zouden echter ook een rol kunnen spelen.

REGISTRATIE HULPVRAAG/HULPAANBOD IN DE EERSTE LIJN

De basiseenheid voert met elkaar samenhangende projecten uit op het gebied van de ontwikkeling van een informatiesysteem in de huisartspraktijk.

Daarnaast heeft het project "Continue Morbiditeits Registratie Peilstations" formeel een plaats binnen deze basiseenheid.

Over de langdurige en arbeidsintensieve voorbereidingen van eerstgenoemde projecten is in de vorige jaarverslagen geschreven. In 1981 kon met een volledig nieuwe personele bezetting een begin worden gemaakt met de uitvoering.

Project Classificatie/registratie in de huisartspraktijk

Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met het NUHI. De projectleider-socioloog kwam in januari 1981 in dienst bij het NHI, de huisarts eveneens in januari bij het NUHI, de secretaresse in februari bij het NHI. In verband met het deeltijddienstverband van de projectleider (tevens basiseenheidcoördinator), werd het team in juli 1981 versterkt met een "erkend gewetensbezwaarde militaire dienst" (psycholoog).

In overeenstemming met de opdracht werden de eerste negen maanden besteed aan oriëntatie, inventarisatie van bestaande systemen en het formuleren van een definitief onderzoeksplan. De centrale vraagstelling van het project is: hoe kan men met behulp van bestaande classificatiesystemen komen tot een registratiesysteem dat aansluit bij de behoeften van beleid, hulpverlening en onderzoek?

In oktober-december 1981 werd met het projectteam van het automatiseringsproject een globaal ontwerp voor het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) opgesteld. Op basis daarvan werd het werkplan verder uitgewerkt. Een en ander leidde tot een tweetal tussenrapporten, respectievelijk "Naar een informatienetwerk in de eerste lijn" in oktober 1981 en "Uitwerking van het projectplan" in december 1981. De inventarisatie van functionerende systemen liet zien dat er op dit gebied al een groot aantal initiatieven zijn ontwikkeld. De probleemstelling voor het project kan dan ook als volgt worden geformuleerd: het probleem waarmee wij ons in het project bezighouden is, dat de in Nederland bestaande registratiesystemen op het gebied van de huisartsgeneeskunde niet onderling in een ordelijk verband zijn gebracht. Daardoor kan de informatie niet doelmatig worden gebruikt voor het verkrijgen van inzicht in de gang van zaken in dit onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De doelstelling van het project is tweeledig:

1. Ontwerpen en ontwikkelen van een HIS in samenwerking met het NHI-projectteam "Automatisering".
2. Aanbrengen van meer samenhang en systematiek in de informatievoorziening binnen en over de huisartspraktijk door het HIS en bestaande andere systemen te bundelen in een "Informatie Netwerk Eerste lijn (INE)".

In de gekozen opzet wordt er vanuit gegaan dat het ontwikkelen van een classificatiesysteem voor hulpvragen slechts één van de voorbereidende werkzaamheden voor het ontwerpen van een informatiesysteem is. Andere onderzoeksmatige, beleidsmatige en technische problemen vragen evenzeer de aandacht.

Het wordt minder zinvol geacht classificaties sec te gaan analyseren en vergelijken, zonder dat duidelijk is voor welk informatiesysteem die classificaties

zullen dienen. Daarom wordt het oorspronkelijke eindperspectief van het project, het ontwerpen en ontwikkelen van een registratiesysteem voor beleid, onderzoek en hulpverlening meer centraal gesteld. Het project wordt in samenwerking met het NHI-automatiseringsproject gericht op de experimentele ontwikkeling van zo'n registratiesysteem. De definiëring en classificatie van gegevens zijn onderwerp van studie in het classificatieproject, alvorens de betreffende gegevens binnen het HIS worden opgenomen. Daarbij wordt standaardisatie nagestreefd met andere registratiesystemen. Het voorbereiden van een samenwerkingsverband met de beheerders daarvan en het leggen van contacten met nieuwe initiatieven in die richting vinden plaats in het kader van de opbouw van het INE. Hierover hebben in 1981 enkele gesprekken plaatsgevonden.

Automatisering in de huisartspraktijk

De projectleider van dit project kwam in maart 1981 in dienst, de secretaresse in februari. De huisarts had al in 1980 een start gemaakt door de organisatie van een workshop "huisarts en computer". Ook dit project wordt volgens de opdracht van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne uitgevoerd ten behoeve van de invoering van een registratiesysteem in de eerstelijnsgezondheidszorg dat relevante gegevens kan leveren voor beleid, onderzoek en hulpverlening. Onderzoek naar mogelijkheden van invoering van automatisering in de huisartspraktijk wordt hiervoor van belang geacht. In dit verband willen wij het gevaar van wildgroei signaleren als huisartsen verschillende systemen aanschaffen.

Dit kan leiden tot onderling onvergelykbare gegevens. Het project richt zich volgens de opdracht op de inventarisatie van de diverse informatiefuncties in de huisartspraktijk, op het ontwerpen van een geïntegreerde systematiek van informatieverzorging en op de toepasbaarheid van computers in de huisartspraktijk. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij wat in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg wordt geregeld over het te voeren informatiekabeleid en het beleidsonderbouwend onderzoek ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het project moet tevens een ondersteuning leveren aan de huisartsen die in de toekomst zullen worden geconfronteerd met de specifieke problemen van inschakeling van computerapparatuur en -programmatuur in hun praktijk.

De bedoeling was om het project op te zetten in samenwerking met de Stichting Automatisering Ziekenhuizen in Zuid-Oost-Gelderland. Het bleek echter dat de automatiseringssystemen die door deze stichting zijn ontwikkeld ten behoeve van ziekenhuizen met ziekenhuissystemen, niet geschikt waren voor toepassing in de huisartspraktijk. De samenwerking leidde bovendien tot organisatorische problemen, zodat deze in 1981 werd afgebouwd. Men besloot tot een nieuwe start, door uit te gaan van een inventarisatie van de informatiebehoeften, zowel in de praktijk als bij beleid en onderzoek. Dit leidde tot een nieuw projectplan, dat in september 1981 verscheen in de vorm van het rapport "Huisartsen Informatie Systeem", delen I en II. Daarin werden de informatiebehoeften vanuit de huisartspraktijk geïnterpreteerd en werd een definitief projectplan beschreven.

Als doel van het project werd genoemd: na te gaan welke mogelijkheden er zijn het registratiesysteem in de huisartspraktijk te automatiseren met het

perspectief daarmee relevante gegevens te verzamelen ten behoeve van beleid en onderzoek. Aangegeven werd dat een HIS op kleine schaal (zes praktijken) zou moeten worden ontwikkeld.

Hoofdkenmerken van het te ontwikkelen systeem zijn de geïntegreerde informatieverwerking (alle informatiefuncties worden in één geïntegreerd systeem opgenomen) en het netwerksysteem, waarin een computer van het NHI wordt verbonden met automatiseringsapparatuur van de deelnemende huisartsen.

Bij bespreking van dit rapport in de begeleidingscommissie in september 1981 uitte het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ernstige bezwaren tegen een veronderstelde verschuiving van doelstellingen van de projecten ten aanzien van de begroting, die veel hoger was dan oorspronkelijk geraamd. Dit gaf aanleiding tot een nadere uitleg van de plannen en een gedeeltelijke herziening om de kosten te drukken. In het gewijzigde plan wordt de doelstelling van het project als volgt omschreven:

'Een instrument te ontwikkelen waarmee enerzijds de huisartsenpraktijk ondersteund wordt en mogelijkheden worden geschapen voor kwaliteitsverbetering van de door de huisarts geleverde zorg en waarmee anderzijds onderzoekers en beleidsinstanties toegang krijgen tot de verzamelde informatie in verband met onderzoek over hulpvraag en hulpaanbod.'

Het HIS wordt voor verschillende structuren van informatievoorziening (regionaal of categoriaal) bruikbaar geacht. Over de manier waarop het op lange termijn binnen de diversiteit aan informatiesystemen zijn plaats kan krijgen worden in het kader van het classificatieproject ideeën ontwikkeld en uitgewerkt: het "Informatie Netwerk Eerste lijn". De definitieve keuze van toepassing kan pas gedurende of

nà afloop van het project worden gemaakt.

De besluitvorming over het doorgaan van dit project wordt verschoven van september 1981 tot op z'n vroegst begin 1982. Het team heeft inmiddels behalve aan herziening van het plan gewerkt aan het systeemontwerp (in samenwerking met het classificatieteam) en de voorbereiding van de apparatuurkeuze. Bij die apparatuurkeuze wordt gebruik gemaakt van de diensten van de Rijks Kantoor Machine Centrale. Voor een analyse van de informatiebehoeften in de huisartspraktijk en opstellen van het globale (logisch) systeemontwerp kon het team via de regeling "Binnenlandse Zaken Inschakeling Philips bij Overheidsprojecten" (BIPO), versterkt worden met een informaticus van Philips Nederland BV.

Peilstations

De morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk is één van de oudste activiteiten van het NHI. Het is inmiddels al meer dan tien jaar geleden dat het project "Peilstations" begon, waarin een vijftigtal huisartsen, verspreid over heel Nederland, continu een beperkt aantal ziekten, aandoeningen of gebeurtenissen registreert. Deze artsen hebben te zamen de zorg voor ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking. Dat dit project zowel nationaal als internationaal in een bepaalde behoefte voorziet, blijkt uit de nog steeds toenemende belangstelling in de jaarverslagen. Er wordt ook steeds meer gebruik van de gegevens gemaakt. Zo wordt een follow-up formulier van nieuwe diabetespatiënten aan de peilstationsartsen gestuurd, wordt meer informatie verzameld over

suïcide (-pogingen) en over ongevallen in de privé-sfeer. Deze gegevens worden onder meer gebruikt voor artikelen in medische tijdschriften. Daarnaast komt het voor dat door personen die een dergelijke registratie willen ontwerpen, informatie wordt aangevraagd over de opzet van het systeem.

In 1981 waren er 46 peilstations. Hierbij waren 61 artsen betrokken. In het verslagjaar werden de volgende gegevens geregistreerd:

- influenza (-achtig ziektebeeld)
- diabetes mellitus (alleen nieuwe patiënten)
- cervixuitstrijkje
- ziekte van Parkinson
- sterilisatie verricht
- morning-after-pill voorgeschreven
- hooikoorts
- suïcide (-poging)
- consult druggebruik
- ongevallen in de privé-sfeer (huisarts/specialist)
- sportletsels (handbal, hockey, voetbal en overige sporten)

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

Voor 1982 zijn hieraan bijgevoegd mastitis puerperalis en kanker, om na te gaan of een landelijk op te zetten kankerregistratie via de patholoog-anatoom al of niet compleet is. De resultaten van de registratie over 1981 zullen, zoals gebruikelijk, in een afzonderlijk verslag worden gepubliceerd.

Jaarlijks wordt een bijeenkomst voor de deelnemende artsen en hun assistenten 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. Gastsprekers houden hierbij een voordracht over onderwerpen van de weekstaat.

De projectleider woonde, op verzoek van de organiserende instantie, een seminar in Talloires (Frankrijk) bij (The Yves Biraud Seminar on Environmental Health Sentinels). Hier werd een korte lezing gehouden over de Peilstations. Publicatie volgt in een boek, samen met de overige aldaar gehouden lezingen. Het bleek dat het Nederlandse peilstationsysteem uniek kan worden genoemd, ook al omdat deze registratie door de organisatievorm van de Nederlandse gezondheidszorg het mogelijk maakt zicht te krijgen op de "population-at-risk".

III DE SERVICE-AFDELINGEN

De drie service-afdelingen hebben zich in 1981 intensief gebogen over een nota "lange termijnbeleid" voor de service. De behoefte hieraan ontstond uit het gevoel dat de beleidsnota, die in 1979 voor het gehele NHI was opgesteld, onvoldoende was uitgewerkt voor de ondersteuning, met name wat betreft de aandachtsvelden.

Op basis van een gemeenschappelijk ontwikkelde visie op de (toekomstige) eerste lijn werd voorgesteld om de prioriteit te verlenen aan ondersteuning op de volgende gebieden:

- verwerking van de hulpvraag
- integratie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg; ontwikkeling van een meso-niveau
- samenwerking met andere zorgsystemen en continuïteit van de zorg
- kwaliteitsverbetering
- bevordering van zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid
- hulpverlening aan kwetsbare groepen
- preventie en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding binnen de ELGZ.

De nota leidde tot uitvoerige discussies binnen de staf en de beleidsraad, waarbij met name aan de orde was of de voorstellen uit deze nota strijdig waren met de beleidsnota 1979.

Daarbij kwamen de volgende vraagpunten naar voren:

1. In hoeverre is naast "ontwikkeling" ook "ondersteuning" een taak voor het instituut?
2. Wie vormen de doelgroepen van het NHI?
Verricht het instituut ook service-activiteiten ten behoeve van de uitvoerders van de gezondheidszorg (het micro-niveau)?
3. Wat zijn de aandachtsvelden van het NHI en hoe

worden deze bepaald?

Tenslotte stelde de beleidsraad het volgende:

1. Ondersteuning is een taak van het NHI voorzover zij de bevordering van de volksgezondheid dient, dus niet hoofdzakelijk de belangen van huisartsen of andere hulpverleners.
Dit laatste is de taak van de beroepsverenigingen. Ondersteuning moet alleen dan vanuit het NHI worden gegeven zolang en waar deze niet beter op decentraal niveau kan worden verleend.
De ondersteuning zal zich richten op ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg, dat wil zeggen: kwaliteitsverbetering, vergroting van de interne samenhang en die met andere zorgsystemen, bevordering van de onafhankelijkheid van patiënten ten opzichte van de professionele gezondheidszorg.
2. De doelgroepen van het NHI zijn niet alleen het macro- en het meso-niveau (beleidsvoerende en ondersteunende instanties), maar tevens het micro-niveau (huisartsen en andere individuele werkers). Ook hier geldt dat de bevordering en ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals in het vorige punt omschreven, bepalend dienen te zijn.
3. Volgens de beleidsnota uit 1979 zijn de aandachtsvelden van het NHI bepaald door de optiek met betrekking tot de huisartsgeneeskunde, door de positie en door pragmatische keuzen, die afhankelijk zijn van maatschappelijke en politieke invloeden, van economische omstandigheden en van de voorkeur van medewerkers. Gezien de veranderingen in deze pragmatische factoren verdient een heroverweging van de keuze van aandachtsvelden voor de serviceafdelingen aanbeveling, wellicht ook voor het hele instituut.

De gevoerde discussies en de standpunten die in het gemeenschappelijk overleg van de service-afdelingen werden ontwikkeld, vormden de basis voor een nadere bezinning op de ondersteuningsactiviteiten. De doelstellingen, doelgroepen, methoden en daarmee gepaard gaande kosten werden kritisch onder de loep genomen. In de loop van 1982 zullen de resultaten hiervan worden verwerkt in de meerjarenplannen. Het gezamenlijk overleg dat hierover werd gevoerd, heeft een positieve invloed gehad op de interne samenhang van de service-afdelingen.

AFDELING NASCHOLING EN TRAINING

De afdeling Nascholing en Training van het NHI is in 1981 voortgegaan op de eerder ingeslagen weg en heeft zich vooral bezig gehouden met de verdere ontwikkeling van werkzaamheden met betrekking tot de projecten "Methodisch werken" en "Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde".

Daarnaast is er een cursus "Onderwijs maken/Werken met groepen" opgezet en uitgevoerd in samenwerking met het bureau Ontwikkeling en Onderzoek van Onderwijs van de Rijksuniversiteit Utrecht.

Mede ten gevolge van het tekort aan mankracht zijn de activiteiten van de "Werkgroep chronische patiënten" en de "Werkgroep groepsgewijze behandeling" in 1981 beperkt gebleven.

De afdelingsmedewerkers hebben ook dit verslagjaar weer veel tijd moeten investeren in de deelname aan overlegvormen met andere op het gebied van nascholing werkende organisaties.

Zo zijn er onder meer contacten met de SNH, de voorbereidingscommissie Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, de Adviesgroep Toetsing Huisartsgeneeskunde, het NHG en zijn commissies Nascholing en Toetsing, de LHV, S-1 en het coördinatiepunt Deskundigheidsbevordering Eerste lijn, waar alle organisaties die werkzaam zijn op het gebied van multidisciplinaire nascholing en deskundigheidsbevordering elkaar ontmoeten.

Zij wisselen ervaringen uit welke kunnen leiden tot een meer geïntegreerd aanbod van nascholingsvormen, met name dáár waar een multidisciplinaire benadering de voorkeur geniet. Het belang van deze contacten is met name gelegen in de beleidsvoorbereidende en voorwaardenscheppende aspecten daarvan.

Project Methodisch werken

Het project "Methodisch werken" heeft zich in 1981 gunstig ontwikkeld. Het in het vorig jaarverslag gesignaleerde mankrachtprobleem kwam tot een oplossing doordat de vacature die eind 1980 ontstond door het vertrek van de medewerkers afkomstig van het Universitair Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit kon worden opgevuld door een extra subsidie van het NHG. Gevolg was ook dat nu met kracht activiteiten konden worden ontwikkeld.

In 1981 werden in totaal zeven (zesdaagse) cursussen Methodisch werken voor huisartsen gegeven. Deze cursussen werden begeleid door vaste projectmedewerkers van NHI en NHG alsmede door deelnemers aan de speciale opleidingscursus voor nieuwe begeleiders, die eind 1980 van start is gegaan.

Momenteel kan er gesproken worden van een echt "productieteam" waarvan alle negen leden actief meewerken aan de ontwikkeling van de cursus.

Behalve met het geven van onderwijs heeft dit team zich in 1981 beziggehouden met de ontwikkeling van leermiddelen en met het verrichten van studie rond aspecten van de arts-patiëntrelatie. Een draaiboek voor de cursus is in dit jaar gereed gekomen.

Vanuit het project werd voorts begeleiding gegeven aan twee regionale groepen huisartsen die met intervisiebijeenkomsten zijn gestart.

Daarnaast vonden enige introductiebijeenkomsten van één tot twee dagdelen plaats in het kader van regionale nascholingsactiviteiten.

Niet onvermeld mag ook blijven dat op het jubileumcongres van het NHG ruime aandacht is besteed aan het begrip Methodisch werken. Tevens zijn voorbereidingen gestart voor een internationale presentatie van Methodisch werken op het voorjaarscongres van het SIMG.

Een belangrijke gebeurtenis was ook de ontwikkeling, naast de cursus Methodisch werken voor huisartsen, van een (voorlopig experimentele) cursus Methodisch werken voor samenwerkingsverbanden. De achterliggende gedachte hierbij is dat daar waar door verschillende disciplines wordt samengewerkt, een gemeenschappelijke werkmethodek zowel de hulpverlening als de samenwerking ten goede komt. Het model van de bestaande praktijkcursus Methodisch werken is, met enige aanpassingen, goed bruikbaar voor andere eerstelijns hulpverleners. In deze nieuwe cursus kunnen huisartsen en andere hulpverleners gezamenlijk oefenen met een nieuw en helder hulpverleningsmodel. Deze vorm van op samenwerking toegespitste nascholing bleek een schot in de roos te zijn. Inmiddels zijn vele vragen om uitbreiding van dit cursustype in behandeling genomen.

In het verslagjaar is in samenwerking met de basis-eenheid Psychosociale Hulpverlening van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI een begin gemaakt met een onderzoek naar de mogelijkheid om effecten van de praktijkcursus Methodisch werken te evalueren.

Al met al mag geconstateerd worden dat het project in 1981 een bloeiend bestaan heeft gehad en dat de verwachtingen voor de toekomst gunstig zijn.

Intercollegiale toetsing voor huisartsen

In het jaarverslag 1980 berichtten wij over de ontwikkeling van een toetsingsmethode met betrekking tot intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde. In september 1981 verleende het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne subsidie voor dit project

en konden hiervoor medewerkers worden aangetrokken. Deze methode verschaft de huisartsen de mogelijkheid om binnen een groep het eigen praktijkgedrag te vergelijken met gezamenlijk vast te stellen normen, om de optimale handelwijze met betrekking tot een gekozen onderwerp uit de huisartsgeneeskunde te verkrijgen.

Het NHI-project is in eerste instantie bedoeld voor huisartsen die reeds langer in een praktijk werkzaam zijn, geen vaste band onderhouden met een van de universitaire huisartseninstituten en daar nog geen ervaring hebben opgedaan met onderlinge toetsing. Het op gang brengen van toetsing bij huisartsenopleiders en huisartsengastheren zal aan de universitaire instituten worden overgelaten.

Doel van het NHI-toetsingsexperiment is kort gezegd: het opdoen van ervaringen met "onderlinge toetsing" als middel om het functioneren van de huisarts te verbeteren.

Het ligt in de bedoeling om de begeleiding van de huisartsengroepjes gestalte te geven in maximaal 20 bijeenkomsten van elk twee uur, verspreid over een jaar, hetgeen zou neerkomen op een frequentie van één bijeenkomst per 14 dagen. Het aantal bijeenkomsten en de frequentie daarvan kunnen echter nog nader in onderling overleg worden vastgesteld.

Inhoudelijk zal het toetsingsexperiment globaal het volgende chronologische verloop hebben:

Fase 1: Bespreking van wat het onderwerp "toetsing" inhoudt; overleg over de opzet van het experiment en wat daarvan verwacht mag worden.

Fase 2: Keuze van een onderwerp uit de huisartsgeneeskunde ten aanzien waarvan het praktijkgedrag zal worden vergeleken met gezamenlijk vast te stellen normen.

Fase 3: Registratie c.q. observatie van de handelwijze van de leden van de groep ten aanzien van het gekozen onderwerp.

Fase 4: Vaststelling door de groep van de criteria waaraan het huisartsgeneeskundig handelen met betrekking tot het gekozen onderwerp zou moeten beantwoorden.

Fase 5: Het vergelijken van de verzamelde gegevens over het eigen handelen met de in fase 4 vastgestelde criteria; bespreking of, in hoeverre, en hoe de handelwijze van de deelnemers kan worden veranderd.

Fase 6: Het werken aan een proces van verandering in handelwijze, bijvoorbeeld via een door de groep verkozen vorm van nascholing of training.

Fase 7: Registratie c.q. observatie van de mate waarin de deelnemers erin geslaagd zijn om voorgenomen veranderingen in hun handelwijze te realiseren.

Fase 8: Het verzorgen van een schriftelijke rapportage over de bevindingen tijdens het toetsings-experiment.

Meer uitgebreide informatie over "onderlinge toetsing" in het algemeen en over het experiment in het bijzonder is opgenomen in een in 1982 verschenen brochure getiteld "Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde". Deze brochure kan bij het NHI worden besteld.

Methodologie van nascholing

Het in 1980 gestarte literatuuronderzoek naar evaluatie-methoden van nascholing voor huisartsen kon helaas niet worden afgerond. Op het moment dat dit verslag werd geschreven, stond nog niet vast of het onderzoek zou worden voortgezet.

Het in het jaarverslag 1980 aangekondigde plan tot het geven van onderwijskundige ondersteuning aan nascholingsorganisatoren heeft geresulteerd in een samenwerking met de afdeling "Ontwikkeling en Onderzoek van Onderwijs" van de Rijksuniversiteit Utrecht. Een medewerker van de NHI-afdeling Nascholing en Training participeert bij het geven van onderwijs in de cursus "Onderwijs maken/Werken met groepen". Deze cursus die bestemd is voor regionale en perifere nascholingsfunctionarissen, heeft tot doel de deelnemers kennis te laten nemen van en ervaring op te laten doen met de onderwijskundige principes die bij de opzet van nascholingscursussen van belang zijn.

De vorm van deze cursussen is zodanig dat zowel tweedaagse als meerdaagse cursussen kunnen worden gegeven. In 1981 heeft er een ééndaagse cursus en een vijfdaagse cursus plaatsgevonden.

Werkgroep chronische patiënten

De activiteiten van de werkgroep chronische patiënten hebben in 1981 op een laag pitje gestaan. Enerzijds kwam dit doordat vrijwel alle huisartsen die deel uitmaakten van de werkgroep zich dit jaar hebben teruggetrokken; anderzijds stagneerde de bewerking van het gekozen onderwerp CARA, omdat dit toch wel een erg moeilijk thema bleek.

Zo was er, anders dan bij de eerder ter hand genomen onderwerpen hypertensie en diabetes mellitus, nauwelijks sprake van consensus ten aanzien van de essentiële vragen rond de definitie van het begrip CARA, de behandeling van de verschillende daarbij passende aandoeningen en de rol van de huisarts. Een artikel over het vóórkomen van deze aandoening bij kinderen en de problemen die zich voordoen bij het vaststellen van een beleid door de huisarts is in het verslagjaar voorbereid en wordt binnenkort gepubliceerd. Een besluit over de voortgang van het project moet in 1982 worden genomen.

Werkgroep groepsgewijze behandeling

Na de organisatie van workshops rond dat thema heeft de Werkgroep groepsgewijze behandeling, waarin een NHI-medewerker participeert, dit verslagjaar slechts enkele activiteiten kunnen ontplooiën. Er werd nagedacht over de opzet van een cursus voor huisartsen, er werden incidenteel adviezen gegeven aan hulpverleners die met patiëntengroepen wilden starten, tevens werd literatuur ter beschikking gesteld.

De werkgroep beschouwt vooralsnog haar belangrijkste taak, het stimuleren van de ontwikkeling van groepsgewijze behandeling, als volbracht. Na het tot stand komen van een rapportage die een inventarisatie van methoden behelst alsmede een lijst van ervaren deskundigen, tot wie men zich bij de opzet van groepsgewijze behandeling kan wenden, zal worden beslist over het al of niet voortbestaan van deze activiteit.

AFDELING DOCUMENTATIE EN INFORMATIE

De activiteiten van de afdeling Documentatie en Informatie vallen in vier hoofdonderdelen uiteen:

a. Informatie en voorlichting

Er wordt schriftelijke en telefonische informatie gegeven over praktijkorganisatie, communicatie in de huisartspraktijk en instrumentarium van de huisarts. Tevens worden zogenaamde instructie- en informatie-folders voor patiënten uitgegeven. In samenwerking met het Voorlichtingsbureau voor de voeding geeft het NHI 13 dieetbrochures uit.

Voor adspirant-huisartsen wordt enige keren per jaar een informatiedag georganiseerd waarbij vestigingsbeleid, het verwerven van een huisartspraktijk en de praktijkorganisatie centraal staan.

Tenslotte presenteert het NHI zich enkele keren per jaar door middel van een stand met panelen op cursussen, congressen en dergelijke, die door veel huisartsen worden bezocht.

b. Bibliotheek en documentatie

De bibliotheek is gespecialiseerd op het terrein van organisatie, structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg. In 1981 kon de dienstverlening sterk worden uitgebreid door het in dienst nemen van een documentalist. Daardoor is het mogelijk geworden om de gebruiker meer diepgaand literatuuronderzoek aan te bieden.

Bibliotheek en documentatie ontwikkelen zich langzaam tot een landelijk literatuurinformatiecentrum voor de eerstelijnsgezondheidszorg.

c. Registratie wetenschappelijk onderzoek

Jaarlijks wordt een overzicht uitgegeven van lopende en geplande onderzoeken in en over de eerstelijnsgezondheidszorg. 1981 is het tiende jaar waarin dat gebeurt.

d. Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk

In april werd een meerjarig project gestart waarin wordt nagegaan welke opvattingen, mogelijkheden en beperkingen er zijn met betrekking tot patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. Dit project wordt gesubsidieerd door het Praeventiefonds.

Tenslotte zijn bij de afdeling de telefoon en receptie ondergebracht. Naast de telefoon-intake worden bestellingen van NHI-publicaties opgenomen en korte informaties gegeven.

ad a. Informatie en voorlichting

Mondelinge en schriftelijke voorlichting

Begonnen werd met het meer systematisch registreren van binnenkomende vragen met een meer dan incidenteel karakter. In de periode januari tot en met september 1981 waren dat er ruim 200. De meeste vragen die beantwoord werden hadden betrekking op de volgende onderwerpen: samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg (+ 20%), administratie in de huisartspraktijk (+ 10%), instrumentarium (ruim 10%), bouw en verbouw (ruim 10%). De registratie wordt voortgezet.

Door prof. dr. G.J. Bremer, hoogleraar in de huis-
artsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen,
werden verwijzingscontroleformulieren ontworpen, die door
het NHI worden uitgegeven.

Het voornemen bestaat om deze voorlichtingsactivitei-
ten, die in nauwe samenwerking met de afdeling Bege-
leiding en Advisering werden verricht, per 1982 daar
onder te brengen. Organisatorische en efficiency-re-
denen liggen aan dat besluit ten grondslag.

Informatiedagen voor adspirant-huisartsen

Begin 1981 werden 274 adspirant- en pas gevestigde
huisartsen aangeschreven met de vraag voor welke on-
derwerpen men belangstelling had en waarover men een
informatiedag georganiseerd zou willen zien.

30% van hen reageerde. Er werd niet gerappelleerd. De
door deze enquête verkregen gegevens dienen mede als
richtsnoer bij het plannen van informatiedagen en bij
het kiezen van onderwerpen daarvoor. Onderwerpen die
het meest werden genoemd waren: verwerving van een
huisartspraktijk, vestigingsbeleid en praktijkorgani-
satie. (Ver)bouw, en inrichting van de praktijk,
patiëntenregistratie en ontwikkeling in de eerste-
lijnsgezondheidszorg bleken eveneens sterk in de be-
langstelling te staan. Opvallend was dat voor het on-
derwerp "arts en justitie", dat tot dusverre altijd
was behandeld op de bijeenkomsten, weinig interesse
bestond. De meeste reacties kwamen van degenen, die
de beroepsopleiding voor huisarts aan de Rijksuniver-
siteit van Groningen volgden.

Er werden vier informatiedagen georganiseerd, waarvan
er één speciaal voor het NUHI. Drie van de vier dagen
vadden als belangrijkste onderwerpen: verwerving, ves-

tiging en praktijkorganisatie. Eén dag was gewijd aan praktijkorganisatie en automatisering in de huisartspraktijk. In totaal namen ruim 150 adspirant-huisartsen deel aan de "dagen". De organisatie van de informatiedagen is inmiddels per 1 januari 1982 overgedragen aan de afdeling Nascholing en Training.

Dieetbrochures

In nauwe samenwerking met het Voorlichtingsbureau voor de Voeding en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten werden de volgende dieetbrochures geheel herzien: "sterk natriumbeperkt dieet", "cellulose beperkt dieet", "cellulose verrijkt dieet", "diabetes dieet", "cholesterol verlagend dieet". Aan de serie brochures werd het "licht-natrium beperkt dieet" toegevoegd. Deze laatste brochure werd onder meer via artsenbezoekers van de firma Smith, Kline & French verspreid.

Standpresentatie

In het kader van de externe public relations van het NHI werden standpresentaties verzorgd op de cursus "Manuele geneeskunde" van de Hoytemastichting, het symposium "Automatisering in de eerste lijn" en op het NHG-jubileumcongres. Tevens werd het standmateriaal gebruikt voor twee informatiedagen voor adspirant-huisartsen en voor de presentatie van het project Viewdata voor de huisarts.

ad b. Bibliotheek en Documentatie

Collectie

De collectie werd uitgebreid met 256 boeken en 227 rapporten. Bijna 1.600 publicaties werden ontsloten. De aanwinstenlijst verscheen tien keer. Het aantal abonnees bedroeg eind 1981 150. Daarnaast werden intern 50 keer de "Current Contents" uitgegeven. In de "Current Contents" worden de inhoudsopgaven van de in één week binnengekomen tijdschriften opgenomen.

Contacten met andere bibliotheken

Met de bibliotheken van de NK en de JOINT alsmede in samenspraak met het S-1 project werd driemaandelijks overleg gevoerd. Daaruit resulteerden onder meer werkafspraken over aanschaf en ontsluiting van literatuur. Via een eenvoudig poolingsysteem houden de bibliotheken elkaar op de hoogte over hun aanwinsten van literatuur op het terrein van samenwerking in de eerste lijn. Drie, niet extern uitgegeven, proefaanwinstenlijsten werden gezamenlijk samengesteld. Werkcontacten waren er ook met de bibliotheken van de stichting Hogere School voor Gezondheidszorg, het VZI, het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, met het landelijk Centrum Dienstverlening Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding en met het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut.

Dienstverlening

Het aantal bezoekers nam in 1981 toe. Vanaf november werden alle vragen van niet-NHI-medewerkers geregistreerd en voorts de vragen van NHI-medewerkers, die een diepgaander onderzoek in de literatuur nodig

maakten. Van de in deze periode geregistreerde vragen kwam het merendeel telefonisch binnen. De vragen werden gesteld door: huisartsen, studenten huisartsgeneeskunde, instellingen, psychologen, gezondheidscentra, NHI-medewerkers, e.a.

Literatuur werd gevraagd ten behoeve van onderzoek, voor studiedoelinden, voor het schrijven van artikelen en dergelijke, ten behoeve van het opzetten van een project in de eerstelijnsgezondheidszorg en ter oplossing van een praktijkprobleem. De overige redenen voor het aanvragen van literatuur waren van zeer uiteenlopende aard.

De bibliotheek is van oorsprong een speciale bibliotheek ten behoeve van NHI-activiteiten. In toenemende mate krijgt zij echter een openbaar karakter. Zeker in het licht van een in 1984 te realiseren literatuurinformatiecentrum voor de eerste lijn van een positieve ontwikkeling worden gesproken.

Documentatie

Op 1 oktober 1981 kon door een subsidie van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een documentalist in dienst treden. Het streven is erop gericht om in 1984 samen met de NHI-bibliotheek een literatuurinformatiecentrum voor de eerste lijn te realiseren. Deze activiteit wordt mede mogelijk gemaakt door financiële bijdragen in de materiële kosten van het NHG en de SNH. Ten behoeve van het in 1982 weer te verschijnen tijdschrift De Eerste Lijn werden voorbereidingen getroffen voor het samenstellen van een documentatierubriek. Een begin werd gemaakt met het opstellen van een bibliografie over literatuur met betrekking tot beleid in de eerstelijnsgezond-

heidszorg. De eerder verschenen bibliografie zal hiermee aanzienlijk worden uitgebreid.

Stagiaires

Twee studenten van de Frederik Muller Academie in Amsterdam hebben stage gelopen in de bibliotheek. Door hen werd literatuur ontsloten over patiëntenvoorlichting en nascholing. Tevens werd een literatuurlijst samengesteld over de samenwerking huisarts - apotheker.

Classificatie

In februari werd begonnen met de eerste voorbereidende werkzaamheden die uiteindelijk moeten leiden tot een volledig aan de ELGZ aangepast classificatiesysteem voor de bibliotheek.

Gekeken werd naar classificatiesystemen gebruikt door de bibliotheken van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, SOSEL, de Sociale Academie Culemborg, JOINT, de Nationale Kruisvereniging (NK) en het NZI. Tevens vonden oriënterende gesprekken plaats met medewerkers van de Utrechtse Universiteitsbibliotheek. Er werd een begin gemaakt met het opzetten en testen van een hoofdgroepenindeling en met een thesaurus met betrekking tot deskundigheidsvordering in de eerste lijn.

Diversen

Een begin werd gemaakt met een selectief attenderingssysteem ten behoeve van de basiseenheid Registratie in de Eerste Lijn. De oude bestanden werden

nagenoeg volledig bijgewerkt. Een aanzet werd gemaakt voor een meer op extern gebruik gericht uitleensysteem.

ad c. Registratie wetenschappelijk onderzoek

In het voorjaar verscheen het negende rapport. Daarin zijn ongeveer 250 lopende, afgesloten of gestopte onderzoeken opgenomen. Daarnaast werd nieuwe informatie van het tiende rapport verzameld; er werden 78 nieuwe onderzoeken aangemeld.

Om de informatie beter toegankelijk te maken werd in het negende rapport de oorspronkelijke opzet nogal ingrijpend gewijzigd.

Werden vroeger de onderzoeken volgens de indeling op registratienummer met een aparte trefwoordenverwijzing gepresenteerd, in dit rapport zijn de onderzoeken ingedeeld in hoofdtrefwoorden in alfabetische volgorde. Daarnaast zijn afgeleide trefwoorden vermeld met een "zie"-verwijzing naar het hoofdtrefwoord

Om een aanwijzing te krijgen of deze vorm van rapporteren beter aansluit bij de behoeften van de gebruikers werd in het rapport een vragenformulier bijgevoegd. Van de 300 verzonden vragenformulieren ontvingen wij er bijna 50 ingevuld terug. In het algemeen werd deze nieuwe vorm van rapporteren beter gevonden. Nagenoeg alle respondenten zeiden de gegevens te kunnen gebruiken bij hun werkzaamheden.

Een relatief veel voorkomende reactie was dat de criteria voor al of niet opnemen van onderzoek niet duidelijk zijn. Daarom werden door de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI en een medewerker van het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut duidelijkere criteria opgesteld; het rapport over

1981 zal op basis daarvan worden samengesteld. Er werd een brief verzonden aan alle 165 samenwerkingsverbanden met de vraag of daar nog eerstelijns-onderzoeken zijn of worden verricht. Als gevolg daarvan werden zes nieuwe onderzoeken aangemeld. In het najaar werd samen met de bibliothecaresse ende documentaliste een bezoek gebracht aan het Sociaal Wetenschappelijk Informatie en Documentatiecentrum, hetgeen resulteerde in een nauwere samenwerking en een uitgebreider uitwisselen van gegevens.

ad d. Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk

In april werd het startschot gegeven voor het project "Huisarts en Patiëntenvoorlichting", dat wordt gesubsidieerd door het Praeventiefonds. De totale duur van het project is geraamd op 3½ jaar.

Uitvoering van het gehele onderzoeksproject zal het mogelijk moeten maken om:

- aan te geven wat de huisarts in zijn praktijk aan patiëntenvoorlichting kan doen
- de huisarts suggesties en aanbevelingen, c.q. adviezen te geven op welke wijze hij in zijn praktijk vorm kan geven aan patiëntenvoorlichting en welke hulpmiddelen hij daarbij kan gebruiken
- de beperkingen en grenzen van patiëntenvoorlichting door de huisarts aan te geven, met andere woorden een antwoord te geven op de vraag wat de huisarts niet kan doen.

In 1981 is, behalve aan het opstellen van een probleemstelling en een voorlichtingsconcept, vooral aandacht besteed aan de opvattingen die huisartsen hebben over patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk; wat zij tot hun taak rekenen en welke moge-

lijkheden en beperkingen zij zien. Daartoe zijn uitgebreide interviews gehouden met 52 huisartsen in de provincies Zuid-Holland, Brabant en Overijssel. Daarbij is gelet op zowel leeftijdsverdeling als op verdeling naar stads- en plattelandspraktijken. Tevens werd een eerste inzicht verkregen in de vragen en problemen die patiënten ervaren bij de informatie en voorlichting door hun huisarts. Daartoe werden een aantal categorale patiëntenverenigingen gepolst, werden 80 bezoekers van de beurs Nederland Oké geïnterviewd en vier groepsgesprekken met patiënten gehouden.

De projectmedewerkers wisten zich goed geadviseerd en ondersteund door een kleine adviesgroep, waarin o.a. een medewerker van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en externe deskundigen op het gebied van patiëntenvoorlichting zitting hebben.

AFDELING BEGELEIDING EN ADVISERING

In het begin van het jaar is vooral aandacht besteed aan de samenstelling van het takenpakket van de afdeling en het aandeel van elke medewerker daarin. Hoewel het in de naamgeving van de afdeling niet tot uitdrukking komt, werd naast begeleiding en advisering ook veel informatie en voorlichting gegeven, omdat deze ten grondslag liggen aan begeleiding en advisering. Aangezien de afdeling ook veel werkzaamheden verrichtte op het vlak van informatie en voorlichting, werkzaamheden die officieel behoorden tot het takenpakket van de afdeling Documentatie en Informatie, werd met de laatste afdeling de werkverdeling op dit punt bekeken. Dit leidde tot het besluit, ook al omdat informatie en voorlichting niet kunnen worden losgekoppeld van advisering en begeleiding, om alle informatie- en voorlichtingsactiviteiten met ingang van januari 1982 onder te brengen bij Begeleiding en Advisering. De voorbereidingen hiertoe werden reeds in 1981 getroffen: de drie betreffende medewerkers van beide afdelingen werden, teneinde tot optimale samenwerking te komen, gehuisvest in een gemeenschappelijke ruimte en de archieven die elkaar deels overlaptten werden samengevoegd.

De medewerkers die door het NHI bij S-1 zijn gedelegeerd komen uit Begeleiding en Advisering en verrichten tevens werk voor het NHI. Zo wordt wederzijds geprofiteerd van elkaars ervaringen. Daar echter het S-1 werk steeds meer aandacht ging vragen werd afgesproken dat de organisatie-medewerker en bouwadviseur elk voor 70% werktijd ten behoeve van het project worden ingezet wat nagenoeg hun gehele beschikbare werktijd omvat. Het behoeft geen betoog dat het contact met deze medewerkers blijft bestaan en dat hun

inbreng vanuit S-1 van belang is voor de ontwikkeling van het takenpakket van Begeleiding en Advisering. De activiteiten van S-1 worden hierna in een afzonderlijke paragraaf behandeld.

Informatie en voorlichting

Informatie en voorlichting kunnen worden beschouwd als de basis waarop andere activiteiten zoals advisering en begeleiding maar ook ontwikkeling van projecten rusten. Verzoeken om informatie en voorlichting verschaffen immers inzicht in de knelpunten waarmee het veld wordt geconfronteerd. Tegen deze achtergrond werd in het verslagjaar de hoogste prioriteit aan deze activiteit gegeven.

In het begin van het jaar kwamen nog vele telefoontjes en verzoeken om informatie binnen die verband hielden met het S-1 project. Stelselmatige verwijzing naar S-1 leidde ertoe dat dergelijke vragen nog slechts in incidentele gevallen bij het NHI binnenkwamen. Die situatie werd mede in de hand gewerkt doordat het S-1 project inmiddels een grotere bekendheid had gekregen. Alleen met betrekking tot voor S-1 bestemde bouwvragen werd een ander beleid gevolgd. S-1 en NHI-bouwvraagstukken hebben zoveel raakvlakken, dat zij soms nauwelijks van elkaar te onderscheiden zijn. Alle bouwvragen worden daarom door het NHI afgehandeld.

Veel aandacht werd besteed aan de scholing van de informatrices en de voorlichtster. Zo bezochten zij enkele groeps- en solopraktijken. Er is een aanvang gemaakt met het systematisch doornemen van verschillende tijdschriften op voor de afdeling relevante onderwerpen. De achterliggende gedachte daarbij is

dat informatie en voorlichting geënt moeten zijn op kennis over de achtergrond van waaruit de vragen worden gesteld: kennis derhalve over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, over de werkwijze van huisartsen, de gang van zaken binnen samenwerkingsverbanden etcetera.

In overleg met de afdeling Documentatie en Informatie werd een systeem ontwikkeld voor de registratie van vragen en de wijze waarop deze zijn afgehandeld. De informatrices en de voorlichtster namen regelmatig met elkaar de vragen door en gaven elkaar feed-back over de wijze waarop elk van hen op de vragen ingegaan is. Ook dit draagt in hoge mate bij tot de scholing.

De brochures die in het kader van de voorlichting worden uitgegeven over allerlei aspecten van praktijkvoering moeten, om deze actueel te houden, regelmatig worden herzien. De inschakeling van praktizerende huisartsen is daarbij van groot belang. Daarom werd contact gezocht met de Commissie Praktijkvoering van het NHG, die graag bereid bleek haar medewerking te verlenen. Vier brochureteksten werden op die manier drukklaar gemaakt: "Richtlijnen voor de inhoud van: visitetas, verlostas, ongevalstas, harttas"; "Het steriliseren van instrumenten in de huisartspraktijk"; "Het instrumentarium" en "Het afspraakspreekuur".

De afdeling hecht veel waarde aan regelmatige contacten met de Commissie Praktijkvoering. Hierdoor wordt voeling met het veld onderhouden, hetgeen onontbeerlijk is voor het werk van de afdeling. Zonder contacten met het veld zou de dienstverlening gemakkelijk te afstandelijk kunnen worden, teveel van achter het bureau worden uitgedacht met het risico, dat wordt voorbijgegaan aan de in het veld levende behoeften.

Ten behoeve van de bouwadvisering werden de volgende informatiebrochures geschreven: "Architectenkeuze", "Duopraktijk" en "Voordat u gaat bouwen". Gewerkt wordt aan een handboek voor de (ver)bouw van gezondheidscentra, dat niet alleen voor gezondheidscentra maar ook voor groepspraktijken e.d. van belang kan zijn. De hoofdstukken in dit boek zullen eerst verschijnen in de vorm van afzonderlijke brochures. "Architectenkeuze" is er hier een van. Een tweede hoofdstuk (brochure) getiteld "Het bouwproces" kwam in concept gereed. Omdat er vele vragen binnenkwamen over automatisering in de huisartspraktijk werd onder de titel "De computer in de huisartspraktijk" een kleine brochure samengesteld, waarin enige basisinformatie alsmede enkele adviezen zijn opgenomen met betrekking tot het onderwerp.

In het kader van het Internationale Jaar van Gehandicapten werd in 1981 een aanvang gemaakt met een reeks in de NHI-rubriek in "Huisarts en Wetenschap" waarin tips voor artsen worden gegeven met betrekking tot de omgang met gehandicapten. Hiervoor werd de medewerking ingeroepen van de patiëntenorganisaties, die op een enkele na positief reageerden. Drie tips werden in 1981 gepubliceerd. De serie wordt verzorgd door de coördinator. Het ligt in de bedoeling om na complettering van de reeks, er een brochure van te maken.

Advisering en begeleiding

In verband met de prioriteit die werd gegeven aan de ontwikkeling van de organisatie van informatie en voorlichting werd op dit gebied eigenlijk alleen activiteit ontplooid met betrekking tot de (ver)bouw. Aan twaalf solopraktijken, zeven duopraktijken en

acht groepspraktijken werd een schriftelijk advies uitgebracht, vergezeld van een mondelinge toelichting door de (externe) bouwadviseur(s). Daarnaast werden vele mondelinge adviezen uitgebracht. Vragen over de (ver)bouw bleken dikwijls gepaard te gaan met vragen over financiering, grondkosten, verdeling van de koopsom/bouwkosten/huurpenningen over de participanten en mogelijkheden van subsidiëring (Wet op de Investeringsregeling). Zo mogelijk werden deze vragen in eigen beheer afgehandeld, maar soms moest worden verwezen naar een accountant, bank of naar het Bouwcentrum Rotterdam. Het gemis van een externe financiële deskundige deed zich voelen.

Voorts werd een advies aan een universitaire groepspraktijk afgerond, waarbij de vraagstelling om te kijken naar de "praktijkvoering" gecentreerd werd rond de functie van de groepspraktijk en de relatie met de afdeling huisartsgeneeskunde van de universiteit. De overige advisering had betrekking op vragen van enkele artsen over de relatie huisarts-specialist, toegespitst op de praktijk van alledag. Het ging hierbij vooral om de vraag in hoeverre kan worden bevorderd dat huisartsen en specialisten in een bepaalde regio meer profijt hebben van de gebruikelijke klinische besprekingen en welke andere overlegvormen tot een betere werkrelatie zouden kunnen leiden. Na een oriënterend gesprek werd een schriftelijk voorstel voor een mogelijke oplossing aan de vraagstellers aangeboden. Bij deze advisering bleek nog eens hoezeer in dergelijke gevallen de inbreng van een organisatiedeskundige gewenst is. Uitbreiding van de formatie van de afdeling met zo'n deskundige is voorwaarde om tot een verdere uitbouw van de advisering en begeleiding te komen.

Ontwikkeling van nieuwe projecten

Eén der taken van de afdeling is het ontwikkelen van nieuwe projecten ten aanzien van gesignaleerde knelpunten waarover nog geen of nauwelijks advisering en begeleiding wordt gegeven. Twee projecten werden in gang gezet:

- het project "Viewdata voor de huisarts"
- een project met betrekking tot de relatie huisarts - verzekeringsgeneeskundige.

"Viewdata voor de huisarts"

Uit de vele telefoontjes en andere verzoeken om inlichtingen en informatie die dagelijks bij het NHI binnenkomen, is gebleken dat de huisarts in zijn praktijk regelmatig op vraagpunten en probleempjes van praktijkorganisatorische of medisch-technische aard stuit waarover de arts zelf geen informatie in huis heeft. Men is dan, voor het verkrijgen van die informatie, aangewezen op de telefoon, brochures en ander voorlichtingsmateriaal of op een persoonlijk bezoek aan een of andere instantie. Deze manieren van informatie verzamelen hebben het nadeel dat zij tijd kosten en niet altijd (bijvoorbeeld bij schriftelijk materiaal) de meest actuele informatie opleveren. Tegen deze achtergrond, de afwezigheid van een zowel snel en gemakkelijk toegankelijke als actuele informatiebron, besloot het NHI te onderzoeken in hoeverre het "viewdata"-systeem deze leemten zou kunnen opvullen.

Ten behoeve van dit project kon, in het kader van de maatregel "vervangende dienstplicht", een full-time medewerker in de functie van projectleider worden aangetrokken. De eerste fase kwam in 1981 tot een afronding: een inventarisatie van de mogelijkheden die de verschillende systemen bieden, de mogelijkhe-

den die koppeling aan automatiseringssystemen biedt en een oriëntatie op de in te voeren informatie. Er werd proefgedraaid met het samenstellen van een informatiepakket (circa 200 pagina's) waardoor de nodige ervaring werd opgedaan met betrekking tot de aanpassing die bestaande informatie behoeft voor opname in een viewdatasysteem. Met name betrouwbaarheid, overzichtelijkheid en duidelijkheid zijn eisen die dan gesteld moeten worden. Voorts is het van essentieel belang dat een goede, gemakkelijke zoekstructuur wordt ontwikkeld, zodat de informatievrager niet de weg kwijt raakt bij zijn zoeken. Deze zoekstructuur kwam eveneens in de eerste fase van het project gereed. In november werd op het jubileumcongres van het NHG een demonstratie gehouden met het proefpakket waarvoor veel belangstelling bleek te bestaan. Niet onvermeld mag blijven dat de PTT gratis geheugenruimte ter beschikking heeft gesteld voor de duur van zeven maanden. Een medewerker van de Verenigde Nederlandse Uitgeverij gaf waardevolle adviezen. De projectleider volgde gedurende twee dagen een cursus databasemanagement en viewdata-editing en de secretaresse kreeg gedurende één dag instructie in het gebruik van de terminal. Voorbereidingen voor een praktijkproef onder 50 huisartsen werden in gang gezet. Genoemd wordt dat hiervoor het nodige subsidie kan worden verkregen. De Vereniging van Artsen - Automobilisten heeft reeds de bereidheid uitgesproken tot medefinanciering van het project.

"Relatie huisarts - verzekeringsgeneeskundige"

Dit project heeft betrekking op één van de knelpunten in de gezondheidszorg. Huisartsen en verzekeringsgeneeskundigen weten weinig van elkaar en hebben betrekkelijk weinig contact over de patiënten die

"in de ziekte wet lopen". De indruk bestaat dat "sommatische fixatie" van de patiënt op zijn ziekte/aandoening in de hand wordt gewerkt door het gezondheidszorgsysteem, waardoor lang verzuim kan ontstaan. In het najaar kon voor het in gang zetten van dit project een huisarts worden aangetrokken voor een periode van zes maanden gedurende één dag per week. Gewerkt wordt aan een voorstel om op bescheiden schaal een groep huisartsen uit een bepaalde regio en de in die regio werkende verzekeringsgeneeskundigen intensiever contact met elkaar te laten hebben, onder andere door een verplichte melding aan de huisarts wanneer de patiënt zes weken arbeidsongeschikt is. Tot het voorstel behoort tevens een bijeenkomst waarop de beide groepen artsen kennis kunnen maken met elkaars werk en kunnen discussiëren over de knelpunten die zij bijvoorbeeld op organisatorisch gebied ondervonden met betrekking tot de arbeidsongeschikte patiënt en over de wijze waarop deze knelpunten kunnen worden opgelost. Tevens is de bijeenkomst bedoeld om de huisartsen voorlichting over de sociale verzekeringen te geven.

Deelname aan overlegstructuren

De coördinator nam deel aan de bijeenkomsten van de contactgroep gezondheidscentra. Per 31 december werd deze groep opgeheven omdat alle disciplines die in deze groep vertegenwoordigd waren, ook werden opgenomen in NOBEL. Dit besluit valt in zekere zin te betreuren, aangezien de informele wijze waarop men daar met elkaar omging (beleidsbeslissingen konden er immers niet worden genomen), juist een ideale mogelijkheid bood om begrip te kweken voor knelpunten, beleidsvisies en de wijze van werken van de onderscheidene disciplines. De coördinator participeerde voorts in de voorbereidingen van de

NOBEL-vergaderingen, die door de technische commissie van NOBEL werden getroffen. Steeds duidelijker werd dat zonder het bijwonen van de NOBEL-vergaderingen deelname aan de technische commissie moeilijk was. Daarom werd het verzoek gedaan het NHI als waarnemer bij de NOBEL-vergaderingen toe te laten, dit verzoek werd aan het einde van het jaar ingewilligd.

De bouwadviseur had overleg met de coördinator van het Centraal Coördinatiepunt voor de bevordering van Toegankelijkheid voor gehandicapten. Dit coördinatiepunt zal aanbevelingen doen voor het toegankelijk maken voor gehandicapten van gezondheidszorgaccommodaties en zal de financiële implicaties hiervan aangeven. Wenkenbladen per gebouwsoort, waarin regels zijn opgenomen voor de toegankelijkheid, zijn in voorbereiding.

IV HET S-1 PROJECT

Het S-1 project, waarin het NHI samenwerkt met de JOINT en de NK, heeft in 1981 weer op een breed vlak activiteiten ontplooid. Het project hield zich o.m. bezig met:

- het bevorderen van de totstandkoming van en het verlenen van service aan Regionale Ondersteuningsplatforms (ROP's) in de diverse provincies
- het geven van ondersteuning aan het project Afstemming Werkgebieden Eerste Lijn (AWEL) Eindhoven
- het leiden van de onderhandelingen over een model voor samenwerkingsovereenkomsten voor de Rotterdamse gezondheidscentra
- het uitbrengen van een advies over de meest wenselijke organisatorische vormgeving van de eerste lijnsgezondheidszorg in Almere
- het in kaart brengen van financiële problemen van gezondheidscentra, mede ter ondersteuning van de penningmeesters in de centra
- het verlenen van service in de vorm van informatieverschaffing, advisering en (agogische) begeleiding op uiteenlopende gebieden
- het organiseren van themadagen
- het vervullen van een ondersteunende rol bij besprekingen die moeten leiden tot coördinatie in het aanbod van deskundigheidsbevorderende activiteiten in de eerste lijn
- het onderhouden van relaties met de "omgeving"

Het project heeft deze activiteiten, op basis van de opgedane ervaringen, steeds vergezeld doen gaan van een eigen visie door in de halfjaarlijkse rapportages zogeheten "beleidssignalen" op te nemen.

regionale ondersteuningsplatforms

Met betrekking tot op te richten ROP's werd een aantal uitgangspunten geformuleerd die tevens als grondslag dienen voor de advisering. Eén van de uitgangspunten is dat de taak van een ROP in de eerste plaats moet zijn "het ondersteunen van samenwerkingsverbanden" en niet "het op elkaar afstemmen van provinciale of stedelijke organisaties".

S-1 organiseerde in september rond deze uitgangspunten een themamiddag waar met de bestaande ROP's, de LVG en enkele ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne verschillende ROP-modellen onder de loep werden genomen.

S-1 reageerde positief op een verzoek van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne om in de drie noordelijke provincies en Limburg, wanneer daar bij deze provincies behoefte aan is, desgewenst adviezen te geven over organisatievormen en randvoorwaarden voor ROP's en om tevens iets te doen aan deskundigheidsbevordering van nieuwe medewerkers. Dit resulteerde onder meer in een informatie/adviesgesprek met de directeur van twee provinciale raden voor de volksgezondheid. Daarnaast werd voor nieuwe medewerkers in de genoemde provincies een inwerkprogramma in de vorm van een cursus voorbereid; deze cursus kwam in 1981 in grote lijnen gereed.

Een actievere opstelling van S-1 bij de vorming van ROP's door bijeenkomsten te organiseren van alle bij samenwerking in de eerste lijn betrokkenen (inclusief de samenwerkingsverbanden zelf), bleek in een aantal gevallen op verzet te stuiten van met name de provinciale organisaties, terwijl ook het ministerie van

Volksgezondheid en Milieuhygiëne zich hierover minder gelukkig toonde. Deze omstandigheid was, naast gebrek aan mankracht, aanleiding om de activiteiten ten aanzien van de drie noordelijke provincies op een laag pitje te zetten.

Verschillende activiteiten op het vlak van de ROP's werden voorts ontplooid ten behoeve van Gelderland, Noord-Brabant, Zeeland, Noord- en Zuid-Beveland, Rotterdam en Den Haag.

AWEL Eindhoven

S-1 vervolgde in 1981 de ondersteuning aan het project AWEL Eindhoven dat gericht is op een beperking van de patiëntenbestanden tot welomschreven stadsdelen en op het realiseren van betere samenwerkingsmogelijkheden tussen het maatschappelijk werk, de huisartsgeneeskunde en de wijkverpleging.

Om uitgangspunten voor subregionalisering en samenwerking te toetsen op hun bruikbaarheid werd in de eerste helft van 1981 onderzoek gedaan in twee subregio's in het stadsdeel Woensel. Als resultaat van dit onderzoek werd besloten om de uitvoerende hulpverleners zoveel mogelijk ruimte te geven om samenwerkings- en/of subregionaliseringsontwikkelingen aan te gaan. Dit besluit mondde uit in een reeds bijeenkomsten waarin werd nagegaan in hoeverre men tot samenwerking kan en/of wil komen.

De voorlopige conclusie in het stedelijke overleg was dat er bij de betrokken partijen een aantal onuitgesproken belemmeringen liggen om de subregionalisering en samenwerking tot stand te brengen. Geconstateerd moest worden, dat samenwerking en subregionalisering

bepaald niet vanzelf ontstaan als gevolg van het feit, dat men zich hierover beleidsmatig positief heeft uitgesproken. Op voorhand werd vervolgens besloten om concrete samenwerkingsontwikkelingen per subregio meer aandacht te geven.

S-1 heeft zich voor wat betreft het verdere verloop van het AWEL-project op het volgende standpunt gesteld: de titel, waarop het in Eindhoven ondersteuning biedt, vervalt, als het streven naar subregionalisering en afstemming van werkgebieden geheel ondergeschikt wordt gemaakt aan de bevordering van samenwerking tussen hulpverleners van verschillende disciplines.

samenwerkingsovereenkomst Rotterdam

In 1981 werden onder leiding van S-1 de onderhandelingen over een model samenwerkingsovereenkomst voor Rotterdam tussen de in de Overleggroep Samenwerkingsverbanden Eerstelijns Rotterdam (OSER) vertegenwoordigde samenwerkingsverbanden enerzijds en de werkgevers van de hulpverleners in de gezondheidscentra anderzijds (Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen, SSRK; Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam, SMWR; GG&GD) voortgezet.

Medio februari resulteerden deze onderhandelingen in een model samenwerkingsovereenkomst waarin overeenstemming werd bereikt over de belangrijkste elementen van de samenwerking. Partijen verklaarden zich bereid tot de ondertekening van samenwerkingsovereenkomsten over te gaan voor 31 december per centrum, overeenkomstig het model. De SSRK en de SMWR toonden zich bovendien bereid ook met andere nog te ontwikkelen samenwerkingsverbanden, die pasten binnen het kader

van de voorlopige stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, overeenkomsten op basis van het stedelijk model te sluiten.

advies over Almere

In maart 1981 kreeg S-1 de opdracht van de Adviesraad Almere om een onderzoek te verrichten naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in dit woongebied. Aan S-1 werd gevraagd in overleg met de betrokkenen na te gaan welke organisatievorm(en) voor de eerste lijn de door de Adviesraad geformuleerde uitgangspunten het best zou(den) kunnen benaderen. Het project bracht in december zijn eindadvies uit, waarin een aantal hoofdlijnen voor de toekomstige structuur van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere wordt geschetst en waarin tevens suggesties worden gedaan voor de weg waarlangs een dergelijke structuur zou kunnen worden gerealiseerd. S-1 is overigens van mening, dat een integrale hulpverlening in Almere niet uitsluitend door het kiezen van een organisatie-model gerealiseerd kan worden. Daar is meer voor nodig; van de kant van het particuliere initiatief de bereidheid om daar gezamenlijk aan te werken en van de kant van de overheid de bereidheid om subsidievoorwaarden soepel toe te passen en waar nodig zodanige voorwaarden te scheppen, dat zo'n experiment kans van slagen heeft. Daarnaast zal de gewenste hulpverlening in de eerste lijn ook moeten resulteren in een andere opzet, werkwijze en financiering van de tweede lijn.

financiering gezondheidscentra

Begin 1981 werden de werkzaamheden, gericht op het ontwerpen van een begrotingsmodel voor gezondheidscentra met hulpverleners in loondienst, afgerond. Het begrotingsmodel werd opgenomen in een rapport dat bij S-1 verkrijgbaar is.

Daarnaast werd besloten om ook een begrotings- en exploitatieopzet te maken voor gezondheidscentra met hulpverleners-niet-in-dienstverband, die een beroep doen op een financiële tegemoetkoming vanuit de AWBZ. Genoemd besluit kon echter in 1981 nog niet tot uitvoering worden gebracht, omdat onduidelijk bleef hoe het subsidie moest worden aangevraagd en op de grond van welke criteria een subsidie-aanvraag door de Ziekenfondsraad zou worden beoordeeld. S-1 wendde zich reeds in april schriftelijk tot de Ziekenfondsraad met het verzoek terzake duidelijkheid te verschaffen, maar had eind 1981 nog geen antwoord ontvangen.

Tijdens het Halfjaarlijks Overleg rond S-1 in februari werd aan S-1 gevraagd gegevens te verzamelen over de financiële problematiek van gezondheidscentra. Een probleem was echter, dat het project over onvoldoende arbeidskracht beschikte, om een dergelijk onderzoek geheel zelf uit te voeren. Een en ander leidde er toe, dat voor het ontwerpen van een onderzoeksvoorstel mede een beroep werd gedaan op de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI. In overleg met vertegenwoordigers van de Ziekenfondsraad, het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de LVG en het NHI werd vervolgens de vraagstelling als volgt gepreciseerd:

- hebben gezondheidscentra tekorten, welke zijn dat en hoe groot zijn deze ?

- gaat het vooral om aanlooptekorten of moet ook met structurele tekorten rekening worden gehouden?
- waardoor worden de tekorten veroorzaakt?
- op welke wijze worden de tekorten door de gezondheidscentra gedekt?

Door tegenslagen bij de werving van een gekwalificeerde onderzoeker ondervond de uitvoering van het onderzoek ernstige vertraging. Eerst per 1 januari 1982 kon de onderzoeker zijn werk beginnen.

service en begeleiding

In het verslagjaar werd weer in ruime mate een beroep gedaan op de service vanuit S-1 in de vorm van informatieverstrekking, advisering en agogische begeleiding. Het aantal cliënten bedroeg in de eerste helft van het jaar 58 en in de tweede helft 59.

De advisering inzake de bouw van gezondheidscentra werd gedurende de eerste helft van het jaar naar omvang enigszins uitgebreid en naar aard zoveel mogelijk verbeterd. Verheugend was dat het aantal aanvragen om advies in een vroege fase van het bouwproces toenam, terwijl het aantal nieuwe aanvragen, waarbij het definitieve ontwerp al gereed was, beperkt bleef. De informatie-brochures over bouwadvisering die in het verslagjaar gereed kwamen, werden hiervoor reeds genoemd in de rapportage over de activiteiten van de afdeling Begeleiding en Advisering van het NHI.

themadagen

S-1 organiseerde op 9 december 1981 een themadag over de wijkverpleging in de eerste lijn met als centrale thema: "Hoe ga je als kruiswerk om met de samenwerking in de eerste lijn?" De dag was gericht op bestuursleden, management en begeleidingsfunctionarissen uit het kruiswerk. De belangstelling was zo overweldigend dat besloten werd tot een herhaling in maart 1982.

deskundigheidsbevordering

het project vervulde in het verslagjaar een ondersteunende rol bij de besprekingen die moeten leiden tot coördinatie in het aanbod van deskundigheidsbevorderende activiteiten in de eerste lijn. De besturen van de Centrale Raad voor de Geestelijke Volksgezondheid, de JOINT, de NK, het NHG, het NHI, de SNH en de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF) besloten tot deelname met mandaat van één of meer van hun medewerkers in een coördinatiepunt.

Dit coördinatiepunt heeft op zich genomen een rapport aan te bieden aan de participerende instellingen, waarin het bestaande aanbod van deskundigheidsbevorderende activiteiten overzichtelijk wordt gepresenteerd en waarin voorts een reeks aanbevelingen zullen worden gedaan om tot zo'n coördinatie van het onderwijsaanbod te komen. De titel van het rapport zal luiden: "Deskundigheidsbevordering in de eerste lijn: perspectief op een gezamenlijk aanbod".

relaties met de "omgeving"

S-1 onderhoudt met een aantal organisaties geregelde contacten. Het project participeert als adviseur in het landelijk bestuur van de LVG, neemt als waarnemer deel aan de maandelijkse vergaderingen van NOBEL en is lid van de begeleidingscommissie van het project Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Met de staf van het NHI vonden diverse gesprekken plaats waarbij onder meer het lange termijnbeleid van de service-afdelingen van het instituut aan de orde kwamen.

V PUBLICATIES EN RAPPORTEN

- J.M. Bensing Scientific Research within the Netherlands Institute of GP's, Allgemeinmedizin International - General Practice International, 1981, pag. 173-176
- J.M. Bensing Wetenschappelijk onderzoek binnen het Nederlands Huisartsen Instituut, Onderzoekssignalen, Gezondheid en Samenleving, jrg. 2, nr. 3, 1981, pag. 232-237
- V.G.W. Boerma Studies naar Samenwerking 1, contacten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en de tweede lijn, onderzoek in het kader van het project "Registratie Samenwerkingsverbanden", uitgevoerd van januari tot juli 1980, NHI, 1981
- V.G.W. Boerma Cijfers over Samenwerking 3, huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1981, NHI, 1981
- I. Bijlsma, A.E. Uitvoerbaarheid van een registratiesysteem van fysiotherapeuten
Monteny, P.P.
Groenewegen en
I. van der Zee (tweede rapport), NHI, 1981
- I.P. Dopheide en Samenwerken en Verwijzen; nader
I. van der Zee onderzoek gewenst, Medisch Contact, 1981, nr. 40, pag. 1221-1224
- I. van Duren en Vertrek uit de huisartspraktijk;
I.P. Groenewegen enkele gevolgen van de veranderde leeftijdsopbouw, Medisch Contact, 1981, nr. 22, pag. 657-661

- D. van der Grijn en D. Wijkkel Interimrapport Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn, NHI, 1981
- P.P. Groenewegen Registratie adspirant huisartsen, peiling 1980; in Studies uit de huisartsenregistratie, NHI, 1981
- P.P. Groenewegen Registratie adspirant huisartsen, peiling 1981, NHI, 1981
- P.P. Groenewegen Vrouwelijke huisartsen; in Studies uit de huisartsenregistratie, NHI, 1981
- P.P. Groenewegen en B.M.P. van Bennekom De spreiding van huisartsen over Nederland; deel I: literatuuroverzicht en theoretische overwegingen; in Studies uit de huisartsenregistratie, NHI, 1981
- P.P. Groenewegen (redactie) Vestigingsbeleid voor huisartsen, NHI, 1981
- P.P. Groenewegen Vestigingsregulering in Denemarken: een voorbeeld om na te volgen? in Vestigingsbeleid voor huisartsen, NHI, 1981
- P.P. Groenewegen en J. van der Zee Système de collecte de données sur les professionnels des soins de santé primaire aux Pays-Bas, lezing gehouden aan de Université Catholique de Louvain
- H.A. van der Kooij-Pontier en S. van der Kooij Werken aan een arts-patiënt-relatie, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid nr. 7/8, 1981, pag. 12
- S. van der Kooij Automatisering in de eerste lijn, Huisarts en Wetenschap, nr. 24, 1981, pag. 51
- S. van der Kooij De huisarts als hulpverlener bij lichamelijke aandoeningen, Huisarts en Wetenschap, nr. 24, 1981, pag. 454

- S. van der Kooij Het zilveren NHG-jubileum, Medisch Contact, nr. 47, 1981, pag. 146
- B.H. Posthuma en J. van der Zee Inkomensverhoudingen, studenten-aantallen en de omvang van de huisartspraktijk, in Vestigingsbeleid voor huisartsen, NHI, 1981
- M.A.A. Swinkels Studies naar Samenwerking 2, Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening; de invloed van het beleid van de gemeente, van de plaatselijke huisartsenvereniging en de ziekenfondsen bij de totstandkoming van gezondheidscentra, NHI, 1981

VI LIDMAATSCHAP COMMISSIES, REDACTIES E.D.

Directeur

NHG-bestuur (adviseur)

College Huisartsgeneeskunde (adviseur)

Stuurgroep Departement II van de LHV

Commissie Evaluatie Bouw van de Gezondheidscentra

Commissie Sociaal Medische Begeleiding van het
Departement van Sociale Zaken

Redactie "Kompas voor de Huisarts"

Redactie "Practicum Huisartsgeneeskunde"

Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG
Raamplangroep LHV

Bibliography Committee World Organisation of National
Colleges and Academic Associations of General
Practitioners/Family Physicians (WONCA)

Adviesgroep Toetsing Huisartsgeneeskunde

Vorbereidingscommissie Post Academisch Onderwijs
Geneeskunde (PAOH) (adviseur)

Voorzitter Ondernemers Overleg S-1 project

Commissie en Werkgroep III van de commissie ELGZ van
de Centrale Raad voor de Volksgezondheid

Hoofd afdeling Wetenschappelijk Onderzoek

Redactie "Maandblad voor de Geestelijke Volksgezond-
heid"

Redactie "De Eerste Lijn"

Gastredactie voor het themanummer "Onderzoek naar de
arts-patiënt-relatie" van het "Nederlands Tijd-
schrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden"

Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH)-
sectie onderzoek

Landelijk Overleg Onderzoek Eerste Lijn

Instituutsoverleg van de door Volksgezondheid en
Milieuhygiëne gesubsidieerde instellingen

Raamplangroep LHV

Centrale Raad voor de Volksgezondheid (plv. lid)

Mankracht en Voorzieningen

Commissie van Advies voor de Gezondheidsstatistieken

Subcommissie Verwijzingsproblematiek van de Staats-
commissie Structuur Specialistenhonorering
(Commissie Van Mansvelt)

Begeleidingscommissie Onderzoek Organisatie Vorm-
geving Samenwerkingsverbanden

Redactie "Gezondheid en Samenleving"

Seventh International Conference on Social Science
and Medicine (Noordwijkerhout, 1981)

Registratie Hulpvraag/Hulpaanbod in de Eerste Lijn

Werkgroep Klassificatie en Coderingen van de Raad
voor de Volksgezondheidsresearch

Beleidsadviescollege Automatisering Gezondheidszorg
- Subcommissie Organisatie en Beheer

Begeleidingscommissie Registratieonderzoek van het
Nederlands Instituut van Maatschappelijk Werk
Onderzoek

Bestuurslid Vereniging voor medische biologische in-
formatieverwerking

Nascholing en Training

Commissie Toetsing

Commissie Nascholing

Coördinatiepunt Deskundigheidsbevordering in de
Eerste Lijn

Begeleiding en Advisering

Technische commissie NOBEL

NOBEL (waarnemer)

Commissie Praktijkvoering

Contactgroep Gezondheidscentra

VII SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR PER 31 DECEMBER 1981

Beleidsraad

Leden:

C.P. Schouwstra, arts (NHG)	voorzitter
drs H.E. Nicolai (Consumentenbond)	secretaris
H. Mäkel, arts (LHV)	alg.-adjunct
J.W. Jacobze, arts (LHV)	
drs B. Stricker (Gehandicaptenraad)	
W. Tillema, arts (NHG)	
drs P.F.M. Verhaak (personeelsraad NHI)	
drs J. van der Zee (staf NHI)	

Adviseurs:

prof. dr H.J. van Aalderen (IOH)
mr A. van Mazijk (NOBEL)
drs W. van Santen (ministerie van Volksgezondheid
en Milieuhygiëne)
A. Vrij, arts (Geneeskundige Hoofdinspectie van de
Volksgezondheid)
Th. J. Weterman, arts (VNZ/KLOZ)

Beheersraad

Leden:

drs Cl. Olthoff	voorzitter
mr J.C. Sweijs	
J.J.G.M. van de Ven	

VIII MEDEWERKERS

A.I.M. Bartelds, arts	wetenschappelijk medewerker afdeling Nascholing en Training, uit dienst 31-12-1981
E. Becht-Melai	medewerkster Registratie Wetenschappelijk Onderzoek
B.M.P. van Bennekom	student-assistente sociale geografie, uit dienst 30-06-1981
drs J.M. Bensing	hoofd afdeling Wetenschap- pelijk Onderzoek
M.M. van den Berg	secretaresse staf en be- stuur
drs H.J.F.M. Berkvens	coördinator afdeling Docu- mentatie en Informatie
A.F.M. Biek	boekhouder
drs W.G.W. Boerma	projectleider Registratie Samenwerkingsverbanden
M.A. Boschman	research-assistente
Chr. Bouthillier	medewerker Personele en Interne Zaken
drs A.A. Broek	medewerkster afdeling Be- geleiding en Advisering
R.F. Buijs	videomedewerker, uit dienst 30-04-1981
dr H.J.A. Collette, arts	projectleider Peilstations- project
M.M. Cornelius	secretaresse afdeling Wetenschappelijk Onderzoek
C.M. van Dam-Felperlaan	receptioniste/telefoniste
M. Docter	medewerkster huisartsen- registratie, uit dienst 13-03-1981

drs J.P. Dopheide	coördinator basiseenheid Relatie eerste - tweede lijn
C.Y. Drieling-Rusland	schoonmaakster
Y. Driendijk-van Meteren	secretaresse basiseenheid Psychosociale Hulpverlening
M.H. Duister	medewerkster huisartsen- registratie
H.C. van Dijk	medewerkster Registratie Samenwerkingsverbanden
M. Euser	algemeen assistent, uit dienst 24-04-1981
J.Chr. Evers	secretaris basiseenheid Relatie eerste - tweede lijn
A.W. Gadella-Geel	schoonmaakster, in dienst 26-10-1981
I. de Garde-Smith	bibliothecaresse
M. van Geelkerken-van Wijk	medewerkster basiseenheid Mankracht en Voorzieningen
W.E. Gelens	secretaresse directie
J. Geurts, arts	medewerker S-1 project, in dienst 01-12-1981
J.V. Gravestein	medewerker project Diagnos- tisch Centrum Oudenrijn
drs P.P. Groenewegen	wetenschappelijk medewerker Mankracht en Voorzieningen
J.B. de Groot, arts	coördinator afdeling Nascholing en Training
drs K.E. Groot-Büchli	coördinatrice afdeling Begeleiding en Advisering
R.W.A. Hilders, arts	medewerker Trainingen
F.G. Hoeben-Schaafsma	medewerkster project Diag- nostisch Centrum Oudenrijn

drs M.J. Hoekstra	coördinator basiseenheid Registratie in de eerste lijn, in dienst 19-01-1981
L.M. Jurrius-den Besten	hoofd huishouding
A.A.H. Kasbergen, arts	medewerker project Automa- tisering in de huisarts- praktijk
drs T.J.J.M.T. Kersten	wetenschappelijk medewerker basiseenheid Relatie eerste - tweede lijn, in dienst 02-11-1981
S. van der Kooij, arts	algemeen directeur
drs D. Kortenhoeven	wetenschappelijk medewerk- ster basiseenheid Mankracht en Voorzieningen, in dienst 06-04-1981
W.M.A. Koster	secretaresse basiseenheid Mankracht en Voorzieningen
H.J. Lamers, arts	medewerker afdeling Begeleiding en Advisering, in dienst 08-10-1981
A.J. van Leent	bibliotheekassistent, in dienst 02-02-1981, uit dienst 16-06-1981
A.F.D. Leerentveld	reproducist/offsetdrukker
M. van Leeuwen-Hofstede	secretaresse afdeling Nascholing en Training
R. van Lent	algemeen assistent, in dienst 01-06-1981
J.H. Levelink, arts	medewerker afdeling Bege- leiding en Advisering, uit dienst 31-12-1981
M.E.V. Loffeld- de la Rambelje	secretaresse afdeling Begeleiding en Advisering
J. Louw	administrateur

J.J. van Meetelen	medewerker viewdataproject Viditel, in dienst 01-04-1981
A.M. de Meneses	receptionist/telefonist, in dienst 07-09-1981
M. Mijderwijk-van Valen	medewerkster Peilstations- project
ir J.P.C. de Moel	wetenschappelijk medewerker project Automatisering in de huisartspraktijk
Th.H. Mulder	research-assistent
A.C.T. Nijhof	medewerkster huisartsenre- gistratie
T. Overdijk	publicist
J.G. Patist-Aalten	hoofd huishouding, uit dienst, 04-02-1981
A. van Polen-Hanning	schoonmaakster, uit dienst 09-10-1981
J.H.M. Postma	medewerker basiseenheid Mankracht en Voorzieningen, in dienst 01-12-1981
M.A.M. Postma	documentaliste, in dienst 01-10-1981
W. Renes-Martens	medewerkster financiën en administratie
V.J.M. Rigter	medewerker S-1 project, in dienst 01-07-1981
B. Runia	medewerker verzendafdeling, uit dienst 12-07-1981
drs F.L. Sanavro	medewerker project Psycho- sociale Hulpverlening Breda
A.F. Scheepmaker	medewerker huisartsenregi- stratie
K. Schipper	redactioneel medewerker S-1 project, in dienst 02-11-1981

drs P.B.M. Schoonderwoerd	medewerker afdeling Begeleiding en Advisering
R.F.J. Severien	medewerker project classificatie in de huisartspraktijk, in dienst 01-07-1981
Th. Sieders-van Dam	schoonmaakster
E.M. Sluijs	student-assistent video
W. Smit-de Jong	medewerkster verzendafdeling, in dienst 26-05-1981
Chr. F.A.M. Sol	assistente Personele en Interne Zaken, uit dienst 06-11-1981
V.R.A. Spronk	medewerkster project Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk, in dienst 01-04-1981
W. Spruit	schoonmaker, in dienst 03-02-1981
P.W.A. Storck	programmeur, in dienst 04-02-1981
A. van Straten-Sieders	schoonmaakster, uit dienst 08-04-1981
J.W. Stulen-Sieders	schoonmaakster
C.P. Swart	secretaresse afdeling Begeleiding en Advisering
M.A.A. Swinkels	onderzoekster project Hoogeveen
H.E. Tieleman	secretaresse afdeling Documentatie en Informatie
H.G. Veen	medewerkster verzendafdeling, uit dienst 30-04-1981
A. van der Velde	bibliotheekassistente, in dienst 02-11-1981
T.M. Venverloov van der Werff	schoonmaakster, in dienst 02-11-1981

drs P.F.M. Verhaak	coördinator basiseenheid Psychosociale Hulpverlening
A.C.A.M. Verweij	secretaresse Peilstations
G.J. Visser	wetenschapsvoorlichter, in dienst 01-05-1981
J.H. de Vlieger- van Rossum	boekhoudster, in dienst 02-03-1981
J. de Waard-Huiszoon	secretaresse afdeling Na- scholing en Training, uit dienst 30-04-1981
P. Waelen, arts	medewerker project Metho- disch Werken, uit dienst 19-03-1981
N.E. Warmenhoven	medewerkster project Pa- tiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk, in dienst 01-04-1981
H. van Weerden	voorlichtster
drs D. Wijkkel	medewerker project Diagnos- tisch Centrum Oudenrijn
drs J. van der Zee	coördinator basiseenheid Mankracht en Voorzieningen
B.M.W. Zonneveld	secretaresse basiseenheid Registratie in de eerste lijn



wetenschappelijk onderzoek in kort bestek

Het NHI publiceert een reeks van brochures waarin telkens de resultaten van een project van wetenschappelijk onderzoek kort en bondig worden weergegeven.

In deze reeks zijn al verschenen:

Wetenschappelijk Onderzoek binnen het Nederlands Huisartsen Instituut

een overzicht van alle onderzoeksactiviteiten van het NHI

Registratie Adspirant Huisartsen

een brochure over aspirant huisartsen, die betrekking heeft op het jaar 1982

Konsultatieproject Eindhoven

een onderzoek naar het effect van konsultatie op het handelen van de huisarts

Studies naar Samenwerking 1

contacten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en de tweede lijn

Verwijzingen door de huisarts

een onderzoek naar factoren die van invloed zijn op het verwijscijfer van de huisarts

De psycholoog in de eerste lijn

bibliografie van alle literatuur die in Nederland over dit thema is verschenen

Huisarts en Diagnostisch Centrum

een onderzoek naar de manier waarop huisartsen gebruik maken van de voorzieningen van een diagnostisch centrum

Probleempatiënten in de huisartspraktijk

onderzoek naar het oordeel van huisartsen over probleempatiënten en de consequenties daarvan voor de behandeling

Financiële problematiek van gezondheidscentra; fase 1

een onderzoek naar de omvang en oorzaken van financiële problemen van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband

De brochures kosten f2,75 (Konsultatieproject Eindhoven f3,50), exclusief administratie- en verzendkosten. Zij zijn schriftelijk of telefonisch te bestellen bij het NHI, Postbus 2570, 3500 GN Utrecht, telefoon: 030 - 31 99 46.

Ook alle rapporten van wetenschappelijk onderzoek zijn op deze wijze verkrijgbaar.

de Eerste Lijn

opinie en informatie over eerstelijns gezondheidszorg.

voor proefnummers en abonnementen: Postbus 1, 3740 AA Baarn, tel. 02154-18241.