

**EVALUATIE STRUCTUUR VOOR DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN ONDERSTEUNING  
HUISARTSEN**

Vooronderzoek

D. Delnoy

september 1988

 **NIVEL**  
**bibliotheek**  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-  
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Delnoy, D.

Evaluatie structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen : vooronderzoek / D. Delnoy. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

ISBN 90-6905-075-7

SISO 604.2 UDC 614.23:37.018.46

Trefw.: deskundigheidsbevordering ; huisartsen.

Tekstverwerking: Simone Kerkhove

Vormgeving : Mieke Cornelius

# INHOUDSOPGAVE

pag.

## DEEL A: INLEIDING

<b>1. ACHTERGRONDEN VAN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN ONDER- STEUNING</b>	<b>1</b>
<b>2. DOELSTELLING EN WERKWIJZE</b>	<b>5</b>
2.1. Doelstelling	5
2.2. Werkwijze	6
2.3. Indeling van het rapport	7
<b>3. ORGANISATIE-STRUCTUUR</b>	<b>8</b>
3.1. De organisatie-structuur van de SDH	8
3.2. De organisatie-structuur van de SOH	9
3.3. De organisatie-structuur in schema	9
<b>4. STATUTEN</b>	<b>15</b>
4.1. Inleiding	15
4.2. De statuten van de SDH	15
4.3. De statuten van de SOH	17
4.4. De statuten van de VOH's	18

## DEEL B: ONDERSTEUNING

<b>5. INLEIDING</b>	<b>19</b>
<b>6. OMGEVING</b>	<b>21</b>
6.1. Oprichting van de VOH's	21
6.2. Het werkgebied	21
6.3. De huisartsen en hun organisatie	23
6.4. Externe organisaties	23
<b>7. ORGANISATIE</b>	<b>25</b>
7.1. De leden en het bestuur	25
7.2. De relatie met het bureau SOH en de SDH	27

<b>8. TAAKOPVATTING</b>	28
8.1. De binnenkomende ondersteuningsvragen	28
8.2. Secretariële ondersteuning	28
8.3. Externe ondersteuning	29
8.4. Begeleiding van samenwerkingsprocessen	29
8.5. Individuele ondersteuning	30
<b>9. ACTIVITEITEN EN VERWACHTE EFFECTEN</b>	32
9.1. Activiteiten	32
9.2. Verwachte effecten	33
9.3. Bevorderende en belemmerende factoren en de verhouding doel/middelen	34
<b>10. CONSENSUSCONFERENTIE VGH'S</b>	35
10.1. Inleiding	35
10.2. Aanspreekbaarheid van huisartsen voor derden	36
10.3. Relatie binnen de 1 <sup>e</sup> lijn en relaties 1 <sup>e</sup> - 2 <sup>e</sup> lijn	38
10.4. Interne organisatie	39

## **DEEL C: DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING**

<b>11. RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE ONDER PLAATSELIJKE COÖRDINATOREN</b>	42
11.1. Inleiding	42
11.2. Het opzetten van de WDH's	43
11.3. De taakopvatting van plaatselijke coördinatoren	43
11.4. Doelstellingen van plaatselijke coördinatoren	44
11.5. Activiteiten van plaatselijke coördinatoren	50
11.6. Problemen die plaatselijke coördinatoren ondervinden	53
11.7. Effecten die plaatselijke coördinatoren verwachten	55
<b>12. REGIONALE COÖRDINATOREN; RESULTATEN VAN DE INTERVIEWRONDE</b>	58
12.1. Inleiding	58
12.2. De indiensttreding van regionale coördinatoren	58
12.3. De visie van regionale coördinatoren op deskundigheidsbevordering en hun eigen functie	59
12.4. Activiteiten	63
12.5. Verwachte effecten	65

<b>13. CONSENSUSCONFERENTIE SDH</b>	70
13.1. Inleiding	70
13.2. De relatie met de VOH's	70
13.3. Het ontwikkelen van beleid	71
13.4. De kwaliteit van het aanbod	72

#### **DEEL D: SAMENVATTING EN CONCLUSIE**

<b>14. SAMENVATTING EN CONCLUSIE</b>	73
14.1. Samenvatting	73
14.2. Conclusie	76

<b>BIJLAGEN</b>	79
-----------------	----



## DEEL A: INLEIDING

### 1. ACHTERGRONDEN VAN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN ONDERSTEUNING

De organisatie van nascholing voor huisartsen was tot ver in de jaren '60 voor een groot deel in handen van specialisten. Hoewel al in het midden van de jaren '50 op perifeer niveau tal van nascholingsactiviteiten voor en door huisartsen waren ontstaan, rekenden specialisten het tot hun taak nieuwe kennis over te dragen aan huisartsen. Dit gebeurde via ziekenhuispraatjes, speciale congressen en speciale werkgroepen. Die werkgroepen groeiden soms uit tot permanente organisaties voor nascholing, zoals de Boerhaave-commissie en de Hoytema-stichting. Op landelijk niveau werden nascholingsactiviteiten georganiseerd door de commissie nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de afdeling nascholing van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en vooral door de farmaceutische industrie (De Groot, 1984)<sup>1</sup>.

In de tweede helft van de jaren '60 ontstond er binnen de beroepsgroep echter steeds meer behoefte aan specifiek op de huisarts toegesneden nascholing. Zo werd in 1968 de eerste Warffumcursus georganiseerd, een cursusvorm die qua inhoud direct is toegespitst op het dagelijks praktisch handelen van de huisarts.

De behoefte om de kwaliteit van de nascholing te verbeteren en afstemming tot stand te brengen in de verscheidenheid van het aanbod, vroegen om een landelijk organisatieverband ten dienste van de nascholing voor huisartsen. Uiteindelijk leidde dit streven naar profilering van de nascholing voor huisartsen tot de oprichting van de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen in 1969. Vervolgens stelden de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het NHG een gezamenlijk werkplan op met betrekking tot de organisatiestructuur van de nascholing. Onder andere naar aanleiding hiervan ging de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen in 1973 over in de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH).

De SNH werd rechtstreeks uit de LHV-begroting gefinancierd. Qua organisatiestructuur leek de SNH enigszins op de huidige SDH (zie

<sup>1</sup> Groot, J.B. de. De organisatie van nascholing en toetsing in Nederland. Utrecht: NHI, 1984

hoofdstuk 3). Het bestuur van de SNH bestond uit vertegenwoordigers van de LHV, het NHG, de KNMG en het NHI. Het beleid werd op landelijk niveau uitgevoerd door een bureau onder leiding van een landelijk coördinator. Op regionaal niveau bestonden er regionale commissies SNH met daaraan gekoppeld een regionale coördinator (in totaal acht). Tenslotte had de SNH tot taak om de oprichting van perifere werkgroepen SNH te bevorderen.

Met betrekking tot onderlinge toetsing was er nog niets geregeld. Het NHG had altijd al sterk gepleit voor onderlinge toetsing onder huisartsen. In de jaren '70 boog een commissie zich over de wenselijkheid en de mogelijkheid van de invoering van toetsing. Naar aanleiding van de aanbevelingen van deze commissies werd de Stichting Toetsing Huisartsen (STH) opgericht in 1983.

De STH werd gefinancierd door de Ziekenfondsradaad, als een project van voorlopig drie jaar. De STH kende een bestuur, waarin vertegenwoordigers uit de LHV en het NHG, met als uitvoerend orgaan een bureau onder leiding van een landelijke coördinator. Op regionaal niveau functioneerden acht regionale coördinatoren. De gedachte was dat huisartsen zich waarschijnlijk zouden verzetten tegen toetsing, daarom liet men toetsing invoeren door regionale coördinatoren, die zelf ook huisarts waren.

Intussen was er binnen de gelederen van de LHV onvrede ontstaan over de organisatiestructuur van de nascholing, de SNH. De SNH was een onafhankelijke stichting die zelfstandig werkte, maar wél door de LHV betaald werd. Dit feit gaf elk jaar opnieuw op de begrotingsvergadering aanleiding tot vragen over deze relatie. Uiteindelijk weigerde de ledenvergadering de begroting van de SNH nog langer te bespreken als integraal onderdeel van de LHV-begroting. Men wilde wel betalen, maar in ruil daarvoor ook invloed hebben op de SNH. De ledenvergadering was het er bovendien niet mee eens dat de SNH bekostigd werd uit de contributie, omdat de SNH ook voor niet-leden werkte.

Naast deze onvrede met de bestaande situatie, werd ook de behoefte gevoeld om de organisatiestructuur van de nascholing aan te passen aan nieuwe ontwikkelingen, zoals het in staat van oprichting verkerende orgaan Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG), met daarin de sectie Huisartsgeneeskunde (PAOH). Eind 1983 werd een LHV/NHG-werkgroep 'Organisatie nascholing' ingesteld. Deze werkgroep stelde onder andere voor om de activiteiten toetsing en nascholing binnen één organisatie verder te ontwikkelen en wel vanaf 1 maart 1986, wanneer het project STH afgerond zou zijn.

In november 1984 werd besloten tot de oprichting van een LHV/NHG-



werkgroep 'Samenwerkingsorgaan Deskundigheidsbevordering Huisartsen', die de aanbevelingen van de werkgroep 'Organisatie nascholing' verder zou moeten uitwerken.

Intussen had de LHV al meerdere keren aangeklopt bij de overheid om geld, zowel voor de deskundigheidsbevordering van huisartsen als voor ondersteuning van huisartsen. Onder invloed van de WVG en de roep om meer samenwerking, binnen de eerstelijns zelf en van de eerstelijns met de tweedelijns, werd er van verschillende kanten steeds vaker een beroep op huisartsen gedaan. Binnen de beroepsgroep werd de behoefte aan ondersteuning al langere tijd gevoeld. Maar er bleek nooit geld beschikbaar te zijn voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning, tot in 1985. In het Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) was een bepaald bedrag gereserveerd voor huisartsen. Het grootste deel daarvan was gebruikt om praktijkverkleining te bekostigen. De LHV nu, stelde voor het resterende deel (op dat moment nog 16 miljoen) te gebruiken voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen. Op 18 maart 1985 sloot de LHV een convenant met de overheid. Hierin werd vastgelegd dat de resterende acht miljoen FOG-gelden (nog slechts) besteed zouden worden aan deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen.

Toen er eenmaal geld beschikbaar was, raakten de zaken in een stroomversnelling. De werkgroep 'Samenwerkingsorgaan Deskundigheidsbevordering Huisartsen' bracht middels een rapportage verslag uit aan de besturen van LHV en NHG op 25 april. In dit rapport werd de organisatiestructuur geschetst van een organisatie Deskundigheidsbevordering Huisartsen. Zowel toetsing als nascholing werden in deze organisatie ondergebracht.

In overleg met WVC en onder begeleiding van het organisatie adviesbureau Berenschot BV werd de geschetste structuur bijgesteld.

De belangrijkste veranderingen die er werden aangebracht, liggen op het vlak van de relatie tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning. De LHV wilde de structuur voor ondersteuning van huisartsen aanvankelijk onderbrengen binnen de LHV zelf. Het Ministerie van WVC had daar echter bezwaren tegen; de ondersteuning aan huisartsen moest ook niet-leden van de LHV gelden. Het resultaat was dat er zowel een Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen zou komen, als een Stichting Ondersteuning Huisartsen. Beide stichtingen zouden onafhankelijk van de moederorganisaties LHV en NHG functioneren.

Als koepelorganisatie voor de beide stichtingen werd de Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisartsen opgericht (SDO), opdat WVC maar met één stichting een subsidierelatie zou hebben. Op 12 december 1985 werd aan de SDO de subsidie verstrekt voor

de definitieve oprichting van de SDH en de SOH.

De doelstellingen die het Ministerie van WVC had met betrekking tot de in te stellen structuur, zijn als volgt te formuleren:

- realisatie van een infrastructuur voor de beroepsgroep huisartsen, die zorgt voor een overdracht van huisartsgeneeskundige kennis en deskundigheid en huisartsen ondersteunt op het vlak van de beroepsuitoefening;
- verhoging van de deelname van huisartsen aan deskundigheidsbevorderende activiteiten en het aanbieden van een op de behoeften van huisartsen toegemeten geheel van deskundigheidsbevorderende programma's, teneinde verbetering van het deskundigheids- en kennisniveau van huisartsen en terugdringing van onderlinge verschillen in het handelen van huisartsen te bewerkstelligen;
- structurering van de beroepsgroep huisartsen op perifeer en meso-niveau als bijdrage aan de totstandkoming van coherentie in de eerstelijnsgezondheidszorg en adequate samenwerking met tweedelijnsgezondheidszorgvoorzieningen.

## 2. DOELSTELLING EN WERKWIJZE

### 2.1. Doelstelling

Op 23 april 1986 werden de SOH en de SDH officiëel opgericht. Aan de toekenning van de financiële middelen echter werd door WVC de evaluatie van de ingestelde structuur door een onafhankelijk onderzoeksinstituut gekoppeld, waarbij vrijwel vanaf het begin het NIVEL als het onderzoeksinstituut in kwestie werd genoemd.

Alvorens onmiddellijk over te gaan tot een evaluatie-onderzoek, werd besloten eerst een vooronderzoek uit te voeren, teneinde duidelijkheid te verkrijgen over de doelstellingen van de SDH en de SOH, de manier waarop beide organisaties trachten deze doelen te verwezenlijken en de mate waarin deze doelstellingen door middel van onderzoek geëvalueerd kunnen worden.

De probleemstelling voor het vooronderzoek luidde:

- Welke zijn de doelstellingen van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen?
  - a. zoals die door de landelijke organisaties SDH en SOH en het Ministerie van WVC geformuleerd worden;
  - b. zoals die door de lokale coördinatoren SDH en de voorzitters en directeuren VOH (= Vereniging Ondersteuning Huisartsen, zie hoofdstuk 2) geformuleerd worden.
- Op welke manier tracht men deze doelen te verwezenlijken; wat is de inhoud van de werkplannen van de regionale coördinatoren SDH en de directeuren VOH?
- Welke doelstellingen kunnen door middel van onderzoek geëvalueerd worden en welke gegevens dienen daartoe verzameld te worden?

Een punt van aandacht is daarnaast in het onderzoek geweest, welke randvoorwaarden eventueel een rol kunnen spelen bij het verwezenlijken van de doelstellingen omdat tijdens een aantal oriënterende gesprekken bleek dat regionale verschillen bijvoorbeeld van invloed kunnen zijn op het behalen van de doelstellingen.

De laatste vraag van de probleemstelling, welke doelstellingen kunnen door middel van onderzoek geëvalueerd worden en welke gegevens dienen daartoe verzameld te worden, zal in dit rapport slechts globaal behandeld worden. Deze vraag zal uitgewerkt worden in het onderzoeksvorstel voor het hoofdonderzoek 'Evaluatiestructuur voor

deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen'.

## 2.2. Werkwijze

In het vooronderzoek is getracht de boven omschreven probleemstelling te beantwoorden door middel van het houden van interviews, het bestuderen van werkplannen en een schriftelijke vragenlijst.

Interviews zijn gehouden met vertegenwoordigers van de SDH, de SOH en het Ministerie van WVC en verder met de acht regionale coördinatoren SDH en voorzitters, bestuursleden en directeuren van de 20 VOH's. Tijdens de interviews met regionale coördinatoren SDH, alsmede tijdens de interviews met voorzitters, bestuursleden en directeuren van VOH's is gebruik gemaakt van een checklist, waardoor de interviews wel niet volledig voorgestructureerd verliepen, maar waarbij wel steeds dezelfde onderwerpen aan bod kwamen. Geheel voorgestructureerde interviews houden, was in dit geval ook bijna niet mogelijk, omdat er van te voren vrij weinig bekend was over de specifieke doelstellingen en met name de activiteiten van regionale coördinatoren en VOH's. De checklisten zijn opgesteld na oriënterende gesprekken met mensen uit de SDH en SOH zelf en met behulp van bestudering van de statuten en andere documenten, zoals bijvoorbeeld het rapport van de werkgroep 'Samenwerkingsorgaan Deskundigheidsbevordering Huisartsen', en een notitie 'Evaluatie SDO-organisatie' van WVC. De checklisten zijn opgenomen in de bijlagen 2 en 3.

Tijdens de interviews met vertegenwoordigers van de landelijke organisaties en het Ministerie van WVC is getracht zoveel mogelijk dezelfde onderwerpen te behandelen als in de interviews met regionale coördinatoren en VOH's, maar dan vanuit het gezichtspunt van de landelijke organisaties, respectievelijk het Ministerie van WVC.

Alle interviewverslagen zijn ter correctie toegestuurd aan de betrokkenen. In dit rapport wordt uitgegaan van de geautoriseerde interviewverslagen. De globale inhoud van de tijdens de interviews aan de orde gekomen onderwerpen zal telkens behandeld worden aan het begin van de hoofdstukken, die de resultaten van de interviewronde beschrijven (hoofdstuk 5 en 12).

Aan het eind van de interviewronde is zowel met vertegenwoordigers van de SOH, het Ministerie van WVC en vertegenwoordigers van de VOH's, als met vertegenwoordigers van de SDH, het Ministerie van WVC en regionale coördinatoren een consensusconferentie belegd, met de bedoeling na te gaan wat meetbare criteria zijn voor een evaluatieonderzoek naar de doelstellingen van de structuur voor deskundig-

heidsbevordering en ondersteuning van huisartsen.

In de structuur voor deskundigheidsbevordering functioneren op perifeer niveau 97 plaatselijke coördinatoren. Omdat al deze plaatselijke coördinatoren onmogelijk geïnterviewd konden worden in een vooronderzoek met een looptijd van acht maanden, is hun een schriftelijke vragenlijst gestuurd. Deze vragenlijst is opgesteld na oriënterende gesprekken met mensen uit de SDH en aan de hand van het bestuderen van de functie-omschrijving van plaatselijke coördinatoren, het verslag aan de werkgroep 'Samenwerkingsorgaan Deskundigheidsbevordering Huisartsen', de eerder genoemde WVC-notitie en beschikbare literatuur over toetsing en nascholing in tijdschriften.

Deze vragenlijst bevatte vrij veel open vragen, omdat ook hier van tevoren nauwelijks bekend was welke doelstellingen plaatselijke coördinatoren nastreven en op welke manier zij trachten deze doelstellingen te verwezenlijken. Een globaal overzicht van de inhoud van de vragenlijst wordt gegeven aan het begin van het hoofdstuk dat de resultaten van de enquête behandelt (hoofdstuk 11). De vragenlijst zelf is opgenomen in bijlage 4.

Tenslotte zijn, voor zover die aanwezig waren, de geschreven werkplannen van de SDH, SOH en VOH's geanalyseerd, ter aanvulling van de informatie die tijdens de interviews verkregen was. Omdat de informatie in de werkplannen echter overeenkwam met wat tijdens de interviews is gebleken, worden de resultaten van deze analyse niet apart beschreven.

### **2.3. Indeling van het rapport**

Na dit hoofdstuk 2 van deel A zal in hoofdstuk 3 de organisatiestructuur van de deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen behandeld worden. Deel B behandelt de resultaten van de interviewronde onder VOH's, hier en daar aangevuld met informatie, verkregen uit de interviews met de SOH en het Ministerie van WVC en geeft een globaal verslag van de consensusconferentie met de geïnterviewden. In deel C worden achtereenvolgens de resultaten van de enquête onder plaatselijke coördinatoren, de resultaten van de interviewronde onder regionale coördinatoren (aangevuld met informatie, verkregen uit de interviews met de SDH en het Ministerie van WVC) en een globaal verslag van de consensusconferentie met de geïnterviewden behandeld. Deel D tenslotte omvat een samenvatting en conclusie.

### **3. ORGANISATIESTRUCTUUR**

In deze paragraaf wordt de structuur van de organisatie van de SDH en de SOH besproken en, voor zover deze te achterhalen zijn, de overwegingen die hieraan ten grondslag liggen.

Er is één overkoepelende Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning (SDO). Deze SDO is in principe alleen van belang als zijnde de rechtspersoon aan wie de subsidie, afkomstig van het Ministerie van WVC wordt toegekend. De onder de SDO ressorterende SDH en SOH houden zich bezig met de inhoudelijke kant van deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen.

Allereerst zal nu worden ingegaan op de organisatiestructuur van de SDH, vervolgens op die van de SOH en tenslotte zal getracht worden de organisatiestructuur aan de hand van schema's duidelijk te maken.

#### **3.1. De organisatiestructuur van de SDH**

De organisatiestructuur van de SDH kent drie niveaus: het landelijk niveau, het regionale en het plaatselijk niveau (ook wel perifeer niveau genoemd).

Op landelijk niveau is er een bestuur, bestaande uit vertegenwoordigers van NHG, LHV en van de plaatselijke Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH). Het bestuur stelt een Wetenschappelijke Advies Groep (WAG) in, bestaande uit negen leden, afkomstig van het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale toetsing (CBO), het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH), de LHV, het NHG en de Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (O&O).

De WAG kan gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen aan het bestuur van de stichting over inhoud en vorm van de deskundigheidsbevordering. Daarnaast functioneert als uitvoerend orgaan op landelijk niveau het bureau SDH. Dit bureau staat onder leiding van een directeur.

Op regionaal niveau functioneren acht regionale coördinatoren. De regio's waarbinnen deze werken, zijn gekoppeld aan de regio's van de Universitaire Huisartsen Instituten (UHI), behalve in de regio Twente, waar de SDH-regio gekoppeld is aan het werkgebied van de Hoytema-stichting. Regionale coördinatoren zijn formeel hiërarchisch ondergeschikt aan de SDH op landelijk niveau. Zij zijn mede-uitvoer-

der van SDH-beleid. De WDH's daarentegen, die op perifeer niveau werkzaam zijn, zijn autonoom.

WDH's worden opgericht door PHV's. Kleine PHV's mogen samen een WDH oprichten, grote PHV's mogen méér dan 1 WDH oprichten. Gekoppeld aan een WDH functioneert een plaatselijk coördinator. Een plaatselijk coördinator wordt voorgedragen door een PHV, is formeel in dienst bij de SDO (in deze vertegenwoordigd door de SOH) en is functioneel gezien in dienst van de WDH.

Terwijl een WDH bestaat uit vrijwilligers, zijn regionale coördinatoren en plaatselijke coördinatoren huisartsen die voor één dag in de week (sommige plaatselijke coördinatoren een halve dag) betaald worden voor hun werk ten behoeve van de deskundigheidsbevordering.

### **3.2. De organisatiestructuur van de SOH**

In tegenstelling tot de SDH kent de SOH slechts twee niveaus. Het landelijke niveau en het districtsniveau. Op landelijk niveau functioneert een bestuur, met als uitvoerend orgaan een bureau SOH onder leiding van een directeur. Het bestuur van de SOH bestaat uit vertegenwoordigers van de LHV op landelijk niveau, op districtsniveau en op PHV-niveau; daarnaast zijn VQH-besturen vertegenwoordigd in het SOH-bestuur. De stichting O&O benoemt een adviseur.

Op LHV-districtsniveau functioneren 20 VQH's. Deze VQH's zijn werkzaam in de districten van de LHV; VQH's zijn verenigingen met leden. Hun leden zijn echter geen individuele huisartsen, maar PHV's (in praktijk, statutair kan namelijk elke georganiseerde groep huisartsen van meer dan 10 personen lid worden van een VQH). VQH-besturen bestaan uit vertegenwoordigers van de leden (in casu PHV's) en doorgaans uit twee vertegenwoordigers van het LHV-districtsbestuur in het betreffende gebied.

### **3.3. De organisatiestructuur in schema**

Schema 1 laat zien uit welke gelederen bestuursleden van SOH, SDH en VQH's afkomstig zijn. In het schema is ook aangegeven welke organisaties vertegenwoordigd zijn in de WAG, hoewel dit geen bestuurlijke vertegenwoordiging is. Laat schema 1 een vrij behoorlijk netwerk van bestuurlijke relaties zien, uit schema 2 blijkt dat er nauwelijks sprake is van formeel-hiërarchische relaties. De enige hiërarchische relatie die er bestaat, is die tussen de SDH (op landelijk niveau)

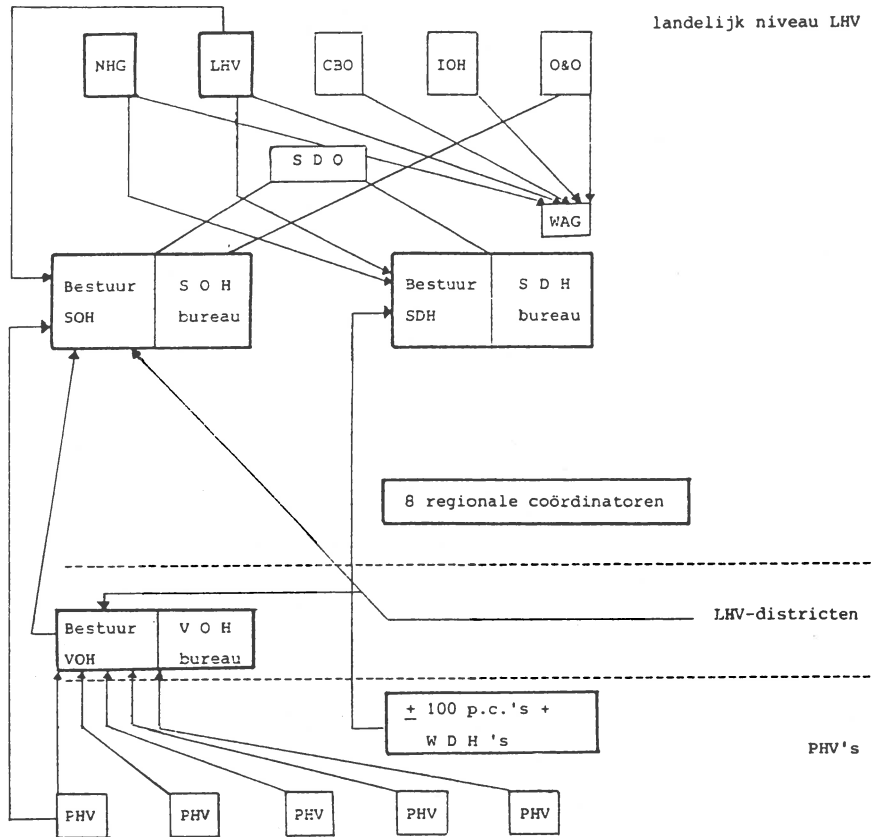
en de regionale coördinatoren. Daarnaast blijkt uit de arbeidsovereenkomst dat plaatselijke coördinatoren moeten deelnemen aan activiteiten die de SDH organiseert met het oogmerk de kwaliteit van de werkzaamheden van plaatselijke coördinatoren te bevorderen. In praktijk betekent dit dat plaatselijke coördinatoren verplicht zijn deel te nemen aan de kadertrainingen die de SDH organiseert. Wel formeel geregeld is een drietal overlegsituaties (zie schema 3), namelijk het overleg tussen SDH en regionale coördinatoren, het overleg tussen regionale coördinatoren en plaatselijke coördinatoren en het overleg tussen het bureau SOH en VOH-directeuren (waaraan tegenwoordig ook het bureau LHV deelneemt).

Uit de beide schema's 2 en 3 wordt duidelijk dat de SDO-organisatie geen organisatie is waarin gemakkelijk centraal beleid te voeren valt. Dit is overigens ook niet de bedoeling geweest. Bij het opzetten van de organisatie heeft men zich laten leiden door het principe dat het zwaartepunt van deskundigheidsbevordering en ondersteuning in de periferie moet liggen. WDH's en VOH's zijn daarom autonoom, terwijl de beide landelijke bureau's met opzet relatief klein van omvang zijn gehouden.

Schema 4 tenslotte laat zien dat een ieder die werkzaam is binnen de SDO-organisatie en voor die werkzaamheden betaald wordt, formeel in dienst is bij de SOH.

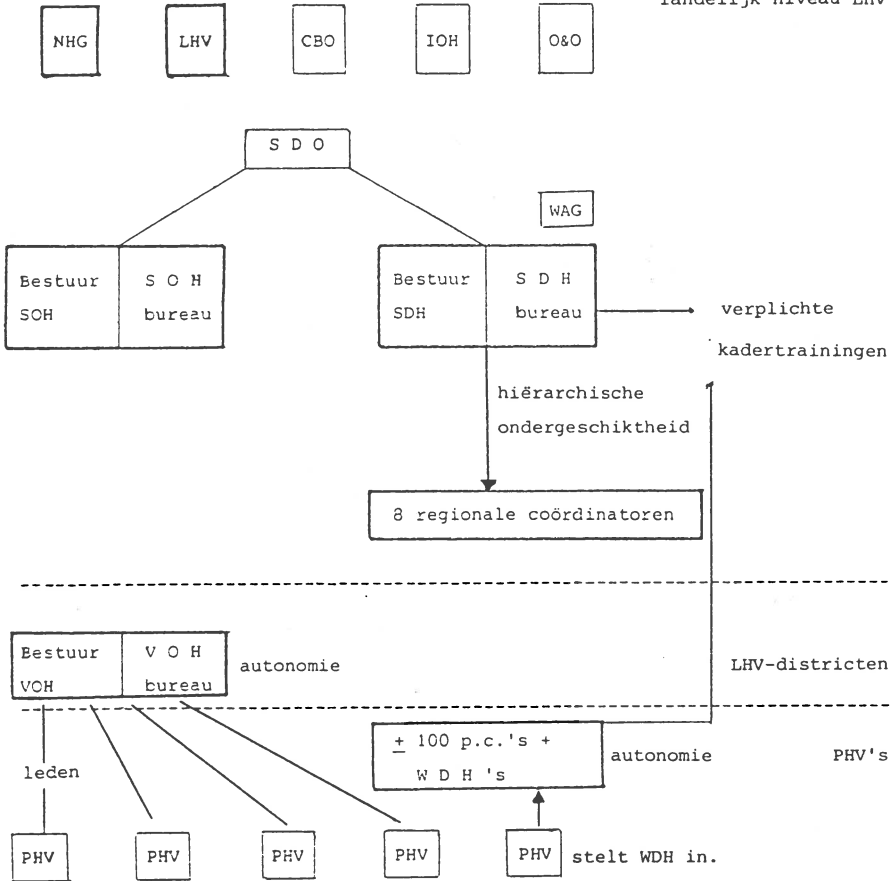


Schema 1.: bestuurlijke relaties

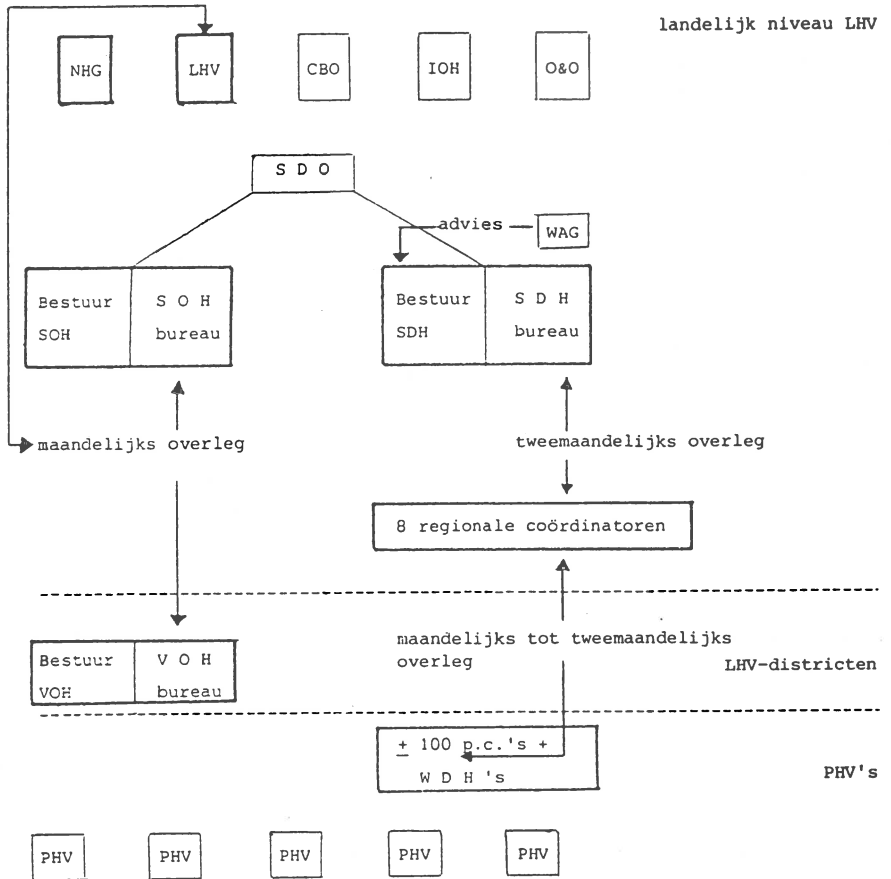


Schema 2.: hiërarchische relaties

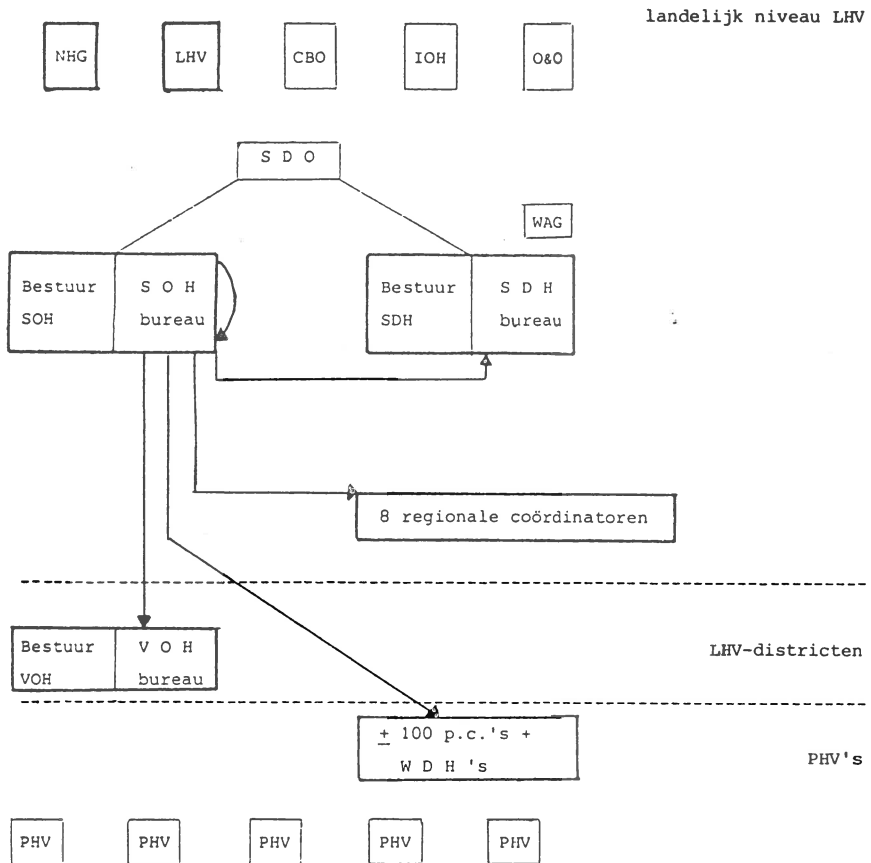
landelijk niveau LHV



Schema 3.: overlegstructuur



Schema 4.: dienstverbanden



## **4. STATUTEN**

### **4.1. Inleiding**

De SDH en de SOH zijn beide stichtingen. Een stichting is een door een rechtshandeling in het leven geroepen rechtspersoon, die geen leden kent en beoogt met behulp van een daartoe bestemd vermogen een in de statuten vermeld doel te verwezenlijken (art. 285 Boek 2 BW, lid 1).

De VOH's daarentegen zijn verenigingen. Een vereniging ontstaat door een meerzijdige rechtshandeling, waarbij de partijen - de leden oprichters - een rechtspersoon tot stand brengen, waarin zij, volgens regels en voor een doel door hen samengesteld, willen samenwerken (art. 26 Boek 2 BW, lid 1).

Het grootste verschil tussen een stichting en een vereniging is, dat een vereniging leden heeft en een stichting niet. Het feit dat een vereniging ontstaat door een meerzijdige rechtshandeling, waarbij de partijen - de leden oprichters - een rechtspersoon tot stand brengen, duidt overigens alleen op het proces van oprichting. Wanneer een vereniging dus eenmaal bestaat, is het niet noodzakelijk dat zij twee of meer leden heeft. Eén VOH heeft dan ook maar één lid.

Het verschil tussen een vereniging en een stichting heeft voor de statuten tot gevolg dat in de statuten van een vereniging onder andere vastgelegd moet worden welke verplichtingen de leden tegenover de verenigingen hebben, of de wijze waarop zodanige verplichtingen kunnen worden opgelegd en de wijze van bijeenroeping van de algemene vergadering (art. 27 Boek 2 BW, lid 4). Deze bepalingen zijn per definitie niet van toepassing op de statuten van een stichting (art. 286, boek 2 BW, lid 4).

### **4.2. De statuten van de SDH**

De Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH) is opgericht door de LHV en het NHG. Het statutaire doel van de SDH is het bevorderen van deskundigheid van de huisartsen in Nederland, gericht op verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

De statuten geven ook al aan op welke manier dat doel bereikt moet worden. De SDH moet een inhoudelijk en organisatorisch beleid op het gebied van de deskundigheidsbevordering ontwikkelen, initiëren en

coördineren, alsmede dit beleid implementeren. Het beleid ten aanzien van de deskundigheidsbevordering moet mede ontwikkeld worden op basis van signalen van plaatselijke en regionale coördinatoren, de LHV, het NHG en de WAG rekening houdende bovendien met het beleid van de Sectie Huisartsgeneeskunde van het PAOG. De SDH moet daarnaast ervaringen met regionale en perifere deskundigheidsbevordering verzamelen, inventariseren, verwerken en verspreiden. Dit heeft te maken met de activiteit die men binnen de SDH ook wel 'kruisbestuiving' noemt. Voorts moet de SDH activiteiten ten behoeve van de deskundigheidsbevordering (doen) verzorgen en (doen) stimuleren dat huisartsen deelnemen aan activiteiten.

Ten aanzien van de eigen organisatie moet de SDH de coördinatoren ondersteunen en de deskundigheid van coördinatoren bevorderen, zij moet bevorderen dat door iedere PHV (mits groot genoeg) een WDH wordt ingesteld en tenslotte moet de SDH bevorderen dat plaatselijke en regionale coördinatoren bij de SOH (!) worden aangesteld.

De geldmiddelen van de SDH bestaan uit bijdragen die door de SDO ter beschikking zijn gesteld en eventuele andere baten.

Het bestuur van de SDH bestaat uit zes leden, waarvan twee afkomstig uit de LHV, twee uit het NHG en twee uit de leden van de WDH's. Bovendien kan O&O een adviseur benoemen. In de statuten worden ook de taken en bevoegdheden van het bestuur beschreven. Belangrijk punt daarin is dat het bestuur niet besluit tot het doen van een voorstel aan de SOH tot benoeming van een regionaal coördinator of tot het opstellen van een voordracht daartoe, zonder consultatie van de betreffende WDH's en plaatselijke coördinatoren.

Een laatste punt dat van belang is met betrekking tot de statuten van de SDH is, dat het bestuur een Wetenschappelijke Adviesgroep (WAG) instelt, bestaande uit negen leden, afkomstig van het NHG, de LHV, het IOH, het CBO en O&O. Het NHG vaardigt vijf leden af, de overige organisaties elk één.

De WAG heeft, blijkens de statuten, tot taak het bewaken van de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering in het kader van de stichting, door het (doen) initiëren, stimuleren en beoordelen van ontwikkelingen op het gebied van de deskundigheidsbevordering, en door het gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen aan het bestuur van de stichting over inhoud en vorm van de deskundigheidsbevordering.

#### 4.3. De statuten van de SOH

De Stichting Ondersteuning Huisartsen is opgericht door de LHV. Het doel van de SOH, zoals dat beschreven staat in de statuten, is het scheppen van voorwaarden voor en het stimuleren en coördineren van de ondersteuning aan de huisartsen in Nederland, een en ander gericht op:

- doelmatige beroepsuitoefening door de huisarts;
- een goede organisatie en structurering van de eerstelijnszorg en een goede samenwerking binnen de eerstelijns;
- een goede samenwerking met (medische) specialisten en andere gespecialiseerde voorzieningen.

Net als bij de SDH geven ook hier de statuten aanwijzingen over hoe het doel bereikt kan worden. De statuten spreken van het mede ontwikkelen van een landelijk beleid terzake van de ondersteuning van huisartsen, het onderhouden van relaties met centrale organisaties in eigen kring (O&O, SDH, NHG, LHV), het bevorderen van contacten en samenwerking op lokaal en regionaal niveau met de andere bij de doelstelling mede betrokken personen en instanties, zowel in als buiten de eerstelijns. Ten aanzien van de eigen organisatie is het een taak van de SOH om op landelijk niveau overlegstructuren tussen VOH's in te stellen, om informatie op te bouwen over structurele vraagstukken betreffende de doelstelling, alsmede het bevorderen van uitwisseling van ervaringen met methoden voor de aanpak en oplossing hiervan. Bovendien is de SOH statutair verplicht diensten te verlenen aan de SDH en de SDO. Geldmiddelen van de SOH bestaan uit bijdragen van SDO en andere baten.

Het bestuur van de SOH bestaat uit zeven leden, waarvan twee afkomstig uit het Centraal Bestuur van de LHV, twee uit de districtbesturen van de LHV, twee uit de besturen van de VOH's en één uit de besturen van RHV's. Taken en bevoegdheden van het bestuur worden in de statuten beschreven. Eén van de taken van het bestuur is het aanstellen van regionale coördinatoren in de regio's van de Universitaire Huisartsen Instituten en in de regio Twente. Het bestuur van de SOH benoemt en ontslaat een regionaal coördinator slechts op voorstel van het bestuur van de SDH. De taken van een regionaal coördinator worden beschreven in de statuten van de SOH:

- het coördineren van alle activiteiten op het gebied van de deskundigheidsbevordering van huisartsen op regionaal niveau;
- het fungeren als contactpersoon voor de SDH in de regio en het onderhouden van contacten met regionale instellingen op het gebied

van de gezondheidszorg en het medisch onderwijs.

#### **4.4. De statuten van VOH's**

De statuten van VOH's hebben allen een aantal bepalingen gemeen, eenvoudig omdat men verplicht was deze bepalingen in zijn statuten op te nemen. Eén van deze bepalingen betreft het statutaire doel van de vereniging. Het algemene doel van VOH's is het verlenen van ondersteuning aan huisartsen in hun district ter bevordering van het goed uitoefenen van het huisartsenberoep. Daarnaast worden in de statuten nog een aantal doelen in het bijzonder genoemd:

- het verschaffen van informatie en advies aan huisartsen over vraagstukken die samenhangen met de beroepsuitoefening;
- het bevorderen van structureel overleg en structurele samenwerking tussen huisartsen onderling en huisartsen en andere disciplines werkzaam in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg;
- het verlenen van ondersteuning aan huisartsen in hun overleg met overheden en financiers;
- het verlenen van diensten aan de perifere organisaties van de SDH in haar werkgebied.

Leden van de VOH kunnen, volgens de statuten, slechts zijn PHV's en andere verenigingen van binnen het District werkzame huisartsen met tenminste tien leden. Het bestuur van een VOH moet in principe uit minstens vijf personen bestaan, waarvan tenminste twee afkomstig uit het districtsbestuur van de LHV aldaar, de rest afkomstig uit de leden van de leden.

Verdere bepalingen die verplicht overgenomen dienden te worden, betreffen het Jaarverslag en de rekening en verantwoording. Deze moeten ter goedkeuring overgelegd worden aan de SOH (vanwaar de geldmiddelen van VOH's afkomstig zijn) en aan het Districtsbestuur. Daarnaast zijn er nog enkele bepalingen betreffende statutenwijziging en ontbinding van de vereniging, die verplicht overgenomen dienden te worden. Deze zullen hier echter niet behandeld worden.



## DEEL B: ONDERSTEUNING

### 5. INLEIDING

Zoals in hoofdstuk 1 al aangegeven werd, zijn er in het kader van het vooronderzoek interviews gehouden met alle 20 VOH's. De geïnterviewden bestonden voor elke VOH uit de directeur en één bestuurslid (soms twee), in de meeste gevallen de voorzitter.

De checklist die gehanteerd werd, was onderverdeeld in een aantal hoofdstukken. De eerste vragen betroffen de omgeving van de VOH, het werkgebied, het aantal huisartsen, de PHV's en het stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg. Uitgegaan werd van de veronderstelling dat bepaalde kenmerken van de omgeving hun invloed kunnen hebben op het functioneren van de VOH. Vervolgens werd een aantal vragen gesteld over de organisatie. Hieronder kwamen aan de orde de leden van de VOH, het bestuur, de taakverdeling tussen bestuur en bureau en de relatie met het landelijk bureau SOH en de SDH-structuur. Deze vragen waren bedoeld om inzicht te krijgen in de wijze waarop de VOH functioneert binnen de beroepsgroep huisartsen en de eigen organisatie. Een belangrijke groep van vragen werd gesteld onder het hoofdstuk taakopvatting. De bedoeling was om na te gaan in hoeverre alle bij de VOH's binnenkomende ondersteuningsvragen gehonoreerd kunnen worden en welke taken men wel en niet als expliciete taken van een VOH (-directeur) beschouwt. De VOH's moesten hun oordeel geven over vier soorten taken:

- secretariële ondersteuning van de PHV's;
- vertegenwoordiging van huisartsen door de VOH-directeur;
- begeleiding van samenwerkingsprocessen op uitvoerend niveau;
- langdurige ondersteuning aan individuele of kleine groepen huisartsen.

De antwoorden op deze vragen geven aan op welke manieren VOH's te werk gaan bij het bereiken van hun doelstellingen.

De twee volgende clusters van vragen betroffen de activiteiten van de VOH's, veelal neergelegd in een beleids-, werk- of activiteitenplan en de effecten die VOH's verwachten van ondersteuning, zoals die door hen gegeven wordt. Tenslotte werd VOH's nog gevraagd welke gegevens zij beschikbaar hadden voor een eventueel hoofdonderzoek en of zij nog andere opmerkingen hadden over een dergelijk onderzoek.

De rapportage zal de indeling van de checklist volgen. Aan elke

vraag uit de checklist (zie bijlage 2) zal in dit deel een hoofdstuk gewijd worden. In hoofdstuk 10 zal tenslotte een beschrijving worden gegeven van de consensusconferentie voor VOH's.

## **6. OMGEVING**

### **6.1. De oprichting van de VOH's**

Uit de interviews is gebleken dat de meeste VOH's opgericht zijn rond september 1986. Sommige waren al iets eerder begonnen, andere iets later, in oktober, maar in de meeste districten begon in het najaar van 1986 een VOH te functioneren. In een aantal districten was er echter sprake van enige vertraging. Enkele VOH's werden eind 1986/begin 1987 opgericht.

Het feit dat VOH's in het najaar van 1986 opgericht zijn, wil niet zeggen dat ze toen onmiddellijk zijn gaan functioneren. Eén VOH gaf bijvoorbeeld aan dat de VOH officieel opgericht is in juni 1986, dat de directeur in dienst is gekomen in januari 1987, terwijl er pas in mei 1987 kantoorruimte gevonden werd, waardoor de VOH toen pas echt van start kon gaan. Nog twee andere VOH's zeiden pas sinds mei/juni 1987 feitelijk te functioneren.

Alle VOH's gaven te kennen dat zij ten tijde van het interview niet meer te maken hadden met aanloopmoeilijkheden. Grofweg een derde van de VOH's zei niet of nauwelijks aanloopmoeilijkheden te hebben gehad. De andere hadden wel moeilijkheden gekend. Deze waren ofwel praktisch van aard, 'zoals een tennisvereniging in oprichting die ook zou hebben', aldus een VOH-directeur, ofwel van meer structurele aard. In het laatste geval was er bijvoorbeeld sprake van PHV's die niet zo enthousiast waren over de komst van de VOH, of een district waarin de PHV's onderling niet 'on speaking terms' verkeren.

### **6.2. Het werkgebied**

De werkgebieden van de VOH's zijn de districten van de LHV. Deze districten zijn min of meer historisch gegroeid en hebben vaak geen enkele binding met bestuurlijke grenzen, zeker niet met die bestuurlijke grenzen die in de afgelopen tien jaar gecreëerd zijn, de WGR-regio's en de ziekenhuisregio's. Ongeveer tweederde van de VOH's geeft aan dat hun werkgebied niet samenvalt met bestuurlijke indelingen. Dit wordt door vrijwel alle (op twee na) VOH's als een probleem ervaren. Wanneer het werkgebied zich uitstrekt over twee of zelfs drie provincies, kost het een VOH veel tijd en moeite om op dit provinciale niveau relaties te onderhouden. Andersom kan het ook

lastig zijn wanneer in één provincie meerdere VOH's werkzaam zijn; dit wordt door één VOH expliciet aangegeven. Waar het werkgebied van de VOH's niet samenvalt met de WGR-indeling, wordt dit vaak als probleem ervaren. Met name in het kader van het vestigingsbeleid kan het ook lastig zijn wanneer de PHV's niet samenvallen met de WGR-indeling. De werkgebieden van de VOH's vallen bovendien ook nauwelijks samen met de werkgebieden van de regionale coördinatoren. Eén regionaal coördinator heeft in zijn werkgebied bijvoorbeeld te maken met zeven VOH's. Dit kan ook tot vreemde situaties leiden voor plaatselijke coördinatoren en WDH's. Deze kunnen met een andere VOH te maken hebben dan hun regionale coördinator.

Een ander probleem vormt de bereikbaarheid van VOH-kantoren. Deze hangt vaak rechtstreeks samen met bepaalde kenmerken van het werkgebied. Wanneer een gebied erg uitgestrekt is, ligt het voor de hand dat het VOH-kantoor vooral voor huisartsen die aan de rand van het gebied wonen, enigszins moeilijk bereikbaar is. Eén VOH-directeur heeft dit opgelost ten gunste van de huisartsen in zijn gebied, door zelf mensen te bezoeken in plaats van huisartsen naar het VOH-kantoor te laten komen. Bepaalde geografische kenmerken van het gebied kunnen het VOH-kantoor ook moeilijk bereikbaar maken. Het duidelijkste voorbeeld daarvan is de provincie Zeeland. Op welk eiland het VOH-kantoor ook gevestigd zou zijn, voor de huisartsen op de andere eilanden zou het altijd moeilijk bereikbaar zijn. Een hoge verkeersintensiteit kan ook de oorzaak zijn van de moeilijke bereikbaarheid van een VOH-kantoor. Een hoge verkeersintensiteit bestaat natuurlijk in de grote steden, maar kan ook het gevolg zijn van geografische kenmerken, getuige de bekende files voor de Velsertunnel of de Van Brienoordbrug. Het werkgebied van een VOH hoeft dus niet persé uitgestrekt te zijn om het VOH-kantoor moeilijk bereikbaar te maken. Het feit dat het VOH-kantoor moeilijk bereikbaar is, wordt door ongeveer eenderde van de VOH's aangegeven.

De werkgebieden van de VOH's zijn tengevolge van hun grootte zelden homogene gebieden. Meer dan de helft van de VOH's gaf te kennen dat er in het werkgebied een tegenstelling stad-platteland bestaat en/of dat er meer in het algemeen grote (cultuur-)verschillen tussen de verschillende regio's in het werkgebied aanwezig zijn. Zonder dat dit nu echt problemen oplevert, kan een dergelijke situatie wel van invloed zijn op het werk van de VOH. In totaal waren er maar drie VOH's volkomen positief in hun uitlatingen ten aanzien van het werkgebied. Bij de meeste VOH's levert een kenmerk van het werkgebied wel een of ander groot of klein probleem op.

### **6.3. De huisartsen en hun organisatie**

VOH's worden geacht ondersteuning te geven aan alle huisartsen in hun werkgebied. Het gemiddeld aantal huisartsen in het werkgebied is 360. Het laagste aantal huisartsen in een district is 175, het hoogste 600. De huisartsen zijn georganiseerd in 76 PHV's. Het gemiddeld aantal PHV's per VOH is vier. De meeste VOH's hebben inderdaad te maken met drie of vier PHV's, maar de aantallen variëren van een VOH met maar één PHV tot een VOH met negen PHV's in het werkgebied. Voor zover VOH's informatie hebben over de organisatiegraad, komt hieruit naar voren dat deze over het algemeen zo'n 90% of hoger is, met soms binnen het werkgebied van de VOH uitschieters naar beneden in met name stedelijke gebieden. Ongeveer de helft van de VOH's geeft aan dat er in hun werkgebied een bestuurlijke infrastructuur bestaat onder huisartsen op een lager niveau dan de PHV's. Het gaat hier bijna altijd om het niveau van de waarneemgroepen. In één geval is een dergelijke infrastructuur verspreid over het hele werkgebied van de VOH, binnen de andere VOH's komt een bestuurlijke infrastructuur slechts in bepaalde delen van het werkgebied voor, veelal de stedelijke kernen.

Over de houding van de huisartsen bij de oprichting van de VOH, kan het volgende gezegd worden. Op vele plaatsen bestond onder huisartsen, met name onder het bestuurlijk kader, behoefte aan ondersteuning. Op die plaatsen was de houding van de huisartsenbestuurders dan ook enthousiast, terwijl de huisartsen 'in het veld' niet eens wisten dat er zoiets als een VOH ging komen. Veel VOH's omschrijven de houding van de huisartsen bij de oprichting echter als 'afwachtend', 'terughoudend', 'aarzelend' of zelfs 'wantrouwend'. Van een uiterst negatieve houding wordt slechts sporadisch melding gemaakt. Twee VOH's beschrijven de houding van de huisartsen bij de oprichting van de VOH als uiterst positief. Ten tijde van het interview konden vrijwel alle VOH's een gunstige ontwikkeling in de houding van de huisartsen constateren. Op vele plaatsen is de aanvankelijke terughoudendheid zelfs al geheel overwonnen.

### **6.4. Externe organisaties**

De meeste VOH's hebben contact met vele externe organisaties. Een aantal VOH's omschreven het in de trant van "contact hebben met alles en iedereen die ook maar iets te maken heeft met de gezondheidszorg". Belangrijke externe organisaties waarmee VOH's contact heb-

ben, zijn bijvoorbeeld:

- de provinciale raad voor de volksgezondheid;
  - de Inspectie;
  - gemeenten, veelal in het kader van het vestigingsbeleid;
  - ziekenhuizen;
  - ziekenfondsen, vaak in het kader van de Commissie van Overleg;
  - de andere kerndisciplines.
- enz.

Het stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg, de aanwezigheid van een Academisch Ziekenhuis, het bestaan van een grote versnippering e.d., is in sommige gevallen wel van invloed op het werk, in die zin dat dergelijke factoren soms extra werk opleveren voor een VOH. Uit de interviews is echter niet gebleken dat dergelijke omstandigheden het functioneren van een VOH wezenlijk kunnen beïnvloeden, bijvoorbeeld in die zin dat het werken van de VOH belemmerd wordt door het bestaan van grote versnippering.

## 7. ORGANISATIE

### 7.1. De leden en het bestuur

Hoewel volgens de statuten van de VOH's iedere groep huisartsen van meer dan tien personen zich kan aarmelden als lid van de VOH, blijkt dat in praktijk alleen PHV's lid zijn van de VOH. Er heeft zich één geval voorgedaan waarin een vakgroep huisartseneeskunde van een universiteit erover dacht om lid te worden. Vanwege een aantal praktische problemen die dit zou opleveren, heeft men hiervan afgezien. De meeste VOH's hebben met al hun leden evenveel contact. Een niet onaanzienlijk deel, acht VOH's, echter geeft aan ofwel meer contact met één PHV te hebben (veelal de meest actieve, de grootste of de dichtstbijzijnde), ofwel met één PHV minder contact te hebben dan met alle andere.

De besturen van de VOH's bestaan gemiddeld uit zes tot zeven personen. Vijf VOH's hebben een bestuur bestaande uit vijf personen, het statutaire verplichte minimaantal. Twee VOH's hebben een bestuur bestaande uit 11 personen. In één geval bestaat het VOH-bestuur in principe uit het gehele districtsbestuur ( $\pm 20$  personen), de facto echter uit de voorzitter, secretaris en penningmeester plus de voorzitters van de PHV's. Binnen een zestal VOH's functioneert binnen het algemeen bestuur een dagelijks bestuur.

VOH-besturen zijn meestal niet lukraak samengesteld uit een aantal personen die daarvoor toevallig beschikbaar waren. Vaak ligt er een bewuste keuze aan ten grondslag. VOH's kunnen er een eigen filosofie op na houden met betrekking tot hun bestuur, omdat hun statuten maar twee verplichtingen stellen; ten eerste dat het bestuur uit minimaal vijf personen bestaat en ten tweede dat tenminste twee districtsbestuurders deel uitmaken van het bestuur.

In een zestal VOH's bestaat het VOH-bestuur uit dezelfde personen als het districtsbestuur, in twee daarvan is er zelfs sprake van een volledige functionele unie, waarbij het VOH-bestuur bestaat uit het districtsbestuur en waarbinnen de bestuursleden in beide besturen dezelfde functies vervullen. De voorzitter van het SOH-bestuur is tevens voorzitter van het districtsbestuur enz. Daarnaast is er één VOH-bestuur waarvan de voorzitter tevens voorzitter van het districtsbestuur is en één VOH-bestuur waarvan voorzitter en secretaris dezelfde functies vervullen in het districtsbestuur.

De redenen hiervoor zijn zowel praktisch als 'ideologisch' van aard. Een praktische reden hiervoor is het voorkomen dat er versnippering ontstaat en dat activiteiten dubbelop gedaan worden. Bovendien hoeft er niet dubbel vergaderd te worden; VOH-bestuursvergaderingen en districtsbestuursvergaderingen kunnen eenvoudigweg achter elkaar gepland worden. Een meer ideologische reden is het feit dat de VOH daardoor in hetzelfde spoor loopt als de LHV op regionaal niveau. Op die manier wordt voorkomen dat er twee inhoudelijk gescheiden circuits ontstaan. Eén VOH gaf daarbij expliciet aan dat dit in haar gebied geen probleem is, in verband met de hoge organisatiegraad van de leden.

In andere VOH's bestaat het bestuur uit twee districtsbestuurders en daarnaast vertegenwoordigers van de PHV's. Door enkele VOH's werd expliciet aangegeven dat het VOH-bestuur met opzet gescheiden is gehouden van het districtsbestuur, bijvoorbeeld om te voorkomen dat de VOH puur en alleen uitvoerder van het districtsbeleid zou worden. Om zich nog verder te onderscheiden van de LHV-structuur hebben enkele VOH's daarnaast bewust gekozen voor vertegenwoordigers van PHV's die 'gewoon' lid en geen bestuurslid van de PHV zijn. Een aantal VOH's geeft bovendien aan er bij de samenstelling van het bestuur voor gezorgd te hebben dat de verschillende gebieden binnen het district gelijkelijk vertegenwoordigd zijn.

Qua taakverdeling tussen bestuur en bureau verschillen VOH's niet wezenlijk van elkaar. Er is hooguit sprake van nuanceverschillen. Ondersteuningsbeleid komt meestal tot stand volgens de procedure waarbij de directeur het beleid voorbereidt, het bestuur het beleid vaststelt en het bureau vervolgens de uitvoering ter hand neemt. Dit onderscheid in verschillende fasen is echter niet altijd even duidelijk. Veel VOH's geven aan dat beleid tot stand komt in een soort wisselwerking tussen bestuur en directeur. Beleidsvoorbereiding vindt vaak in overleg plaats. Waar een dagelijks bestuur functioneert, gebeurt dit bijvoorbeeld in overleg tussen directeur en DB, waarna in de algemene bestuursvergadering het beleid wordt vastgesteld. Voor wat de uitvoering van het beleid betreft, hebben sommige directeurs een grotere vrijheid dan anderen. In het ene geval kan een directeur alle concrete werkzaamheden, de prioriteitstelling en inhoudelijke beslissingen met betrekking tot de te geven ondersteuning zelf bepalen, uiteraard binnen de door het bestuur vastgestelde kaders van het beleid. Elders zal een directeur meer overleg plegen met zijn bestuur, vooral wanneer het gaat om activiteiten die veel tijd en menskracht kosten. Het bestuur duidt daar ook concrete werkzaamheden, prioriteiten en inhoudelijke beslissingen aan.



## 7.2. De relatie met het bureau SOH en de SDH

De relatie tussen VOH's en de SOH zou volgens de statuten van de SOH twee aspecten moeten kennen. Er bestaat een financiële relatie, in die zin dat de subsidie voor VOH's via de SOH loopt. Daarnaast zou er een meer inhoudelijke relatie moeten bestaan, deze blijkt echter nagenoeg te ontbreken. Over de manier waarop de financiële relatie er uit zou moeten zien, zijn de VOH's die hierover een mening hebben geuit, het eens. De SOH moet alleen maar een 'doorgeefluik van de centen' zijn (aldus een VOH-bestuurder) en zich verder niet bemoeien met de besteding van die gelden.

De inhoudelijke relatie, waarbij de SOH het beleid van de VOH's coördineert en ondersteunt en informatie aanlevert, is enigszins onderontwikkeld. VOH's wenden zich voor informatie meestal rechtstreeks tot het bureau LHV, terwijl coördineren en ondersteunen van VOH's, volgens de meeste VOH's, onvoldoende plaatsvindt. Een aantal VOH's (zes om precies te zijn) is hier niet rouwig om. Zij hebben geen enkele behoefte aan meer ondersteuning van de kant van de SOH. De rest van de VOH's is echter van mening dat de SOH VOH's meer moet coördineren en ondersteunen. Dit is ook de opvatting van de SOH zelf, zij geven echter aan dat vooral tijd en menskracht hiertoe ontbreken, omdat het financieel beheer en de personeelsadministratie zoveel tijd opslokken.

De directeur van de SOH organiseert het maandelijks directeurenoverleg, waaraan in principe alle VOH-directeuren deelnemen. Door de meeste VOH's wordt wel belang gehecht aan een dergelijk overleg, maar vrijwel alle directeuren geven aan dat het overleg niet goed functioneert. Het zou teveel in details verzanden, structurele en inhoudelijke zaken komen te weinig aan de orde, er vindt geen echte afstemming plaats, zijn veelgehoorde opmerkingen over het directeurenoverleg. Het (nog niet zo lang geleden ingevoerde) deelnemen van het bureau LHV aan het overleg wordt wel als positief ervaren.

Naast het 'groot' directeurenoverleg functioneren er nog een aantal overlegsituaties op kleinere schaal. Bijna alle VOH's nemen deel aan een dergelijk 'klein' directeurenoverleg en het functioneren daarvan wordt doorgaans als goed omschreven.

Over de relatie met de SDH, zei de helft van alle VOH's regelmatig (soms zelfs structureel) contact te hebben en overleg te voeren met plaatselijke coördinatoren en/of de regionaal coördinator. Dit overleg omvat in een aantal gevallen ook inhoudelijke zaken. Daarnaast hebben veel SDH-functionarissen hun administratie ondergebracht bij de VOH.

## **8. TAAKOPVATTING**

### **8.1. De binnenkomende ondersteuningsvragen**

Het werk van VOH's en de activiteiten die ze ondernemen, zijn natuurlijk niet alleen afhankelijk van de initiatieven die VOH's zelf nemen. Deze worden ook bepaald door de ondersteuningsvragen die bij een VOH binnenkomen. Dit kunnen korte vragen zijn van bijvoorbeeld individuele huisartsen, maar met name wanneer het een vraag om ondersteuning betreft die van een PHV afkomstig is, kan het ook wel eens gaan om grote tijds- en arbeidsintensieve projecten. Negen VOH's gaven te kennen dat alle ondersteuningsvragen die binnenkomen, gehonoreerd kunnen worden. Enkele VOH's kozen bewust voor deze gang van zaken als een soort reclamecampagne voor de VOH. Binnen de 11 andere VOH's kunnen niet alle ondersteuningsvragen gehonoreerd worden. Hier moeten duidelijk prioriteiten gesteld worden. Soms worden die prioriteiten ad hoc gesteld, in overleg tussen bestuur en directeur. Meestal is het voor een directeur echter duidelijk welke prioriteiten er liggen, bijvoorbeeld omdat die blijken uit het beleidsplan/werkplan.

### **8.2. Secretariële ondersteuning**

Over de vraag of het een taak van VOH's is om secretariële ondersteuning te verzorgen voor PHV's, verschillen VOH's nogal van opvatting. Bij secretariële ondersteuning gaat het om bijvoorbeeld het notuleren bij PHV-vergaderingen, het verzorgen van het archief en dergelijke. Een achttal VOH's vindt secretariële ondersteuning een expliciete taak van een VOH. Eén VOH vindt dat secretariële ondersteuning hooguit een enkele keer bij wijze van serviceverlening gegeven mag worden, terwijl de overige 11 vinden dat secretariële ondersteuning in elk geval geen taak is van de VOH. De SOH is in deze van mening dat secretariële ondersteuning soms nodig kan zijn, wanneer een VOH te maken heeft met een zwakke PHV. Het Ministerie van WVC vindt echter dat secretariële ondersteuning niet strookt met de statutaire doelstellingen.

### 8.3. Externe ondersteuning

In totaal vertegenwoordigen 17 VOH-directeuren de huisartsen (of een gedeelte van hen) in hun gebied naar buiten toe. Ze doen dit door bijvoorbeeld namens de huisartsen deel te nemen aan allerlei overlegsituaties. De meeste VOH-directeuren vertegenwoordigen huisartsen ook in onderhandelingssituaties met bijvoorbeeld ziekenfondsen. Soms is er daarbij sprake van een mandaat, maar dit is niet altijd het geval. Drie VOH's zijn van mening dat vertegenwoordiging van huisartsen in onderhandelingssituaties te ver gaat en vinden dat dit geen taak van de VOH-directeur, maar van PHV's of het district is. Daarnaast zijn drie VOH's van mening dat vertegenwoordiging van huisartsen door de VOH-directeur in geen enkele situatie toegestaan is. De argumenten die zij daartegen aanvoeren, zijn zowel praktisch als meer inhoudelijk van aard. Zij vinden het fundamenteel onjuist dat huisartsen vertegenwoordigd zouden worden door iemand die zelf niet huisarts is en die daardoor de consequenties van bepaalde beslissingen voor de huisartsen niet zou kunnen overzien. Bovendien zou er een zeer vervelende situatie kunnen ontstaan, wanneer een VOH-directeur namens huisartsen afspraken zou maken, waar huisartsen zich vervolgens niet aan zouden houden.

Natuurlijk valt er ook wel iets vóór vertegenwoordiging van huisartsen door de VOH-directeur te zeggen. Overleg en onderhandeling met externe organisaties vindt over het algemeen plaats tijdens kantooruren, een tijdvak waarin de meeste huisartsen hun vak uitoefenen en meestal geen tijd hebben voor andere zaken. In dat geval kan vertegenwoordiging door de VOH-directeur een nuttig alternatief zijn. Dit wordt dan ook door de meeste VOH's genoemd als argument vóór externe vertegenwoordiging.

### 8.4. Begeleiding van samenwerkingsprocessen

Begeleiding van samenwerkingsprocessen tussen huisartsen onderling of tussen huisartsen en andere disciplines kan twee vormen aannemen. Er kan sprake zijn van begeleiding op bestuurlijk niveau, waarbij een VOH-directeur het bestuurlijk overleg tussen de betrokken partijen ondersteunt. Daarnaast zou een VOH-directeur een samenwerkingsproces op uitvoerend niveau kunnen begeleiden; daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan agogische begeleiding of het maken van afspraken over de taakverdeling tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Vijf VOH's vinden een begeleiding van samenwerkingsprocessen op uitvoerend niveau een taak van de VOH-directeur. In vier van deze VOH's wordt een dergelijke ondersteuning ook daadwerkelijk gegeven, waarbij één VOH vermeldt dat het daarbij vooral gaat om begeleiding van samenwerking binnen de eigen discipline.

De overige 15 VOH's vinden dit soort begeleiding geen taak. Enkele VOH's geven daarbij aan dat begeleiding op uitvoerend niveau een taak is van andere ondersteuningsorganen, zoals bijvoorbeeld een ROP.

### **8.5. Individuele ondersteuning**

Individuele ondersteuning (of ondersteuning aan kleine groepen huisartsen) volgt uit de statutaire doelstelling "het verschaffen van informatie en advies aan huisartsen over vraagstukken die met de beroepsuitoefening samenhangen".

Vraagstukken die met de beroepsuitoefening samenhangen kunnen uiteraard een breed terrein bestrijken. Het kan gaan om vragen over automatisering, praktijkbeëindiging, financiële aangelegenheden, vestigingsbeleid, enzovoort. Voor wat betreft vestigingsbeleid dient overigens te worden opgemerkt dat ondersteuning van huisartsen in vestigings-advies commissies géén individuele ondersteuning is (de individuele huisarts vertegenwoordigt immers de beroepsgroep).

Individuele ondersteuning kan twee vormen aannemen. Een VOH kan ondersteuning leveren in de vorm van het verstrekken van informatie op aanvraag, het verzorgen van korte advisering, het doorverwijzen naar meer deskundige instanties, en dergelijke. Daarnaast kan een VOH echter ook langdurige individuele ondersteuning leveren. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan langdurige begeleiding van huisartsen bij conflicten omtrent praktijkbeëindiging, bij financiële problemen, bij het voeren van een AROB-procedure in het kader van het vestigingsbeleid.

Van alle VOH's zijn er acht die langdurige individuele ondersteuning een taak van de VOH vinden en dit soort ondersteuning ook verzorgen. Twee van deze acht VOH's geven daarbij aan dat langdurige individuele ondersteuning alleen gegeven wordt als daar tijd voor is; het heeft dus geen grote prioriteit. De overige 12 VOH's vinden langdurige individuele ondersteuning geen taak van een VOH. Ook de SOH vindt dat de taak van VOH's meer ligt in het vlak van doorverwijzing en dat langdurige ondersteuning van individuele huisartsen eigenlijk te ver gaat. Ook het ministerie van WVC is van mening dat

het geven van dit soort ondersteuning niet past in de statutaire doelstellingen.

## 9. ACTIVITEITEN EN VERWACHTE EFFECTEN

### 9.1. Activiteiten

De activiteiten waarmee VOH's zich bezighouden, kunnen grofweg opgesplitst worden in twee soorten. Allereerst zijn er de 'managementactiviteiten'; deze hebben betrekking op het management, de organisatie van de beroepsgroep huisartsen intern. Onder deze activiteiten vallen zaken als de interne organisatie van huisartsen, meer in het bijzonder de organisatie van de PHV's, automatisering en deskundigheidsbevordering (voor zover VOH's zich daarmee bezighouden). Daarnaast zijn er extern gerichte activiteiten, zoals ondersteuning van samenwerking binnen de eerstelijns en samenwerking van huisartsen met de tweedelijns en de ondersteuning van huisartsen in hun contact met ziektekostenverzekeraars en overheden.

Het produkt huisartsgeneeskunde staat volop in de belangstelling. "De huisarts is de spil van de gezondheidszorg" is een veel gehoorde kreet. Een essentiële randvoorwaarde om deze spilfunctie te kunnen vervullen, is de organisatie van de beroepsgroep huisartsen. Er moet een hechte en goed georganiseerde, aanspreekbare beroepsgroep gecreëerd worden. Hierover zijn VOH's het over het algemeen eens.

De meeste VOH's (18 in totaal) houden zich op de een of andere manier bezig met de interne organisatie van de beroepsgroep, hetzij door hun aandacht te richten op de organisatie van de PHV's, ofwel door op dit moment hun aandacht nog te richten op een verandering van de mentaliteit onder huisartsen en het inventariseren van de mogelijkheden. Een tiental VOH's gaf daarnaast aan, zich in meer of mindere mate bezig te houden met automatisering in de huisartspraktijk.

Over de extern gerichte activiteiten kan opgemerkt worden dat op één na alle VOH's wel overleg voeren met andere disciplines in de eerstelijns en/of overheden. Ongeveer driekwart van de VOH's houdt zich bezig met ondersteuning van huisartsen in het kader van het vestigingsbeleid. Dit houdt niet in dat ze allemaal rechtstreeks contact hebben met gemeenten, vaak gaat het alleen om het ondersteunen van huisartsen in hun contact met de gemeente.

Driekwart van de VOH's voert verder nog overleg met eerste- en tweedelijnsdisciplines. Vaak heeft overleg binnen de eerstelijns te maken met de organisatie van thuiszorgprojecten en de positie van de huisarts in de thuiszorg. Ongeveer de helft van de VOH's heeft contact

met ziekenfondsen, soms in het kader van een thuiszorgexperiment of andere projecten, ofwel over de oprichting van een CVO; een enkele VOH voert overleg over nieuwe ontwikkelingen in het kader van het rapport Dekker. Een aantal VOH's houdt zich bovendien intensief bezig met de totstandkoming van een zogenaamde Stichting Huisartsgeneeskunde. Wanneer de plannen van de commissie Dekker doorgevoerd worden, zal zo'n Stichting Huisartsgeneeskunde de onderhandelingspartner zijn van bijvoorbeeld ziektekostenverzekeraars.

## 9.2. Verwachte effecten

De effecten die VOH's verwachten als gevolg van hun activiteiten, kunnen onderverdeeld worden in vijf groepen. Niet alle VOH's verwachten dat al deze effecten optreden, maar elke VOH heeft minstens één van de soorten genoemd.

- a. Verbetering van de interne organisatie van huisartsen. Hieronder moet verstaan worden een vermindering van de vrijblijvendheid in het algemeen; huisartsen zullen als beroepsgroep een gestructureerd beleid hebben, meer als collectief optreden, zich aan gemaakte afspraken houden, en dergelijke.
- b. Een betere aanspreekbaarheid van huisartsen voor derden. Een aantal VOH's merkte op dat met name dit effect nu al zichtbaar was. Externe organisaties zijn kennelijk blij dat ze nu eindelijk een aanspreekpunt voor huisartsen hebben.
- c. Een betere belangenbehartiging voor huisartsen, door een professionelere en meer gestructureerde overlegstructuur. Voor de komst van de VOH stonden huisartsen in onderhandelingen altijd als 'amateurs' tegenover professionals.
- d. Huisartsen zullen een groter aandeel in nieuwe ontwikkelingen hebben, niet in de laatste plaats doordat ze door de VOH tijdig geïnformeerd worden over wat er zich afspeelt in de gezondheidszorg. Bovendien zal de positie van de huisarts in de gezondheidszorg duidelijker worden.
- e. Uiteindelijk zal het werk van de VOH leiden tot een betere kwaliteit van de beroepsuitoefening, waar ook de patiënt bij gebaat is.

### **9.3. Bevorderende en belemmerende factoren en de verhouding doel/middelen**

Aan het slot van de interviews werd VOH's gevraagd of zij belangrijke bevorderende en/of belemmerende factoren konden aangeven die het werk van de VOH positief dan wel negatief beïnvloeden. Ook werd VOH's gevraagd of de gestelde doelen bereikt kunnen worden met de beschikbare middelen. Het moge duidelijk zijn dat geen enkele VOH alle van de nog op te sommen factoren heeft genoemd. Sommige VOH's constateerden zelfs helemaal geen bevorderende of belemmerende factoren.

Als bevorderende factoren werden genoemd het feit op zich dat er nu een ondersteuningsorganisatie is en dat met name het bestuurlijk kader onder huisartsen daar blij mee is. Een aantal VOH's ervaren ook de actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg als bevorderend; huisartsen zouden daardoor houvast gaan zoeken bij een VOH. Door VOH's wier directeur zelf ook arts is, werd dit feit als bevorderend ervaren. Als bevorderende factoren werden verder nog genoemd de algemene goede samenwerking in het district, een goede verstandhouding onder PHV's en een goede verstandhouding van de VOH met de PHV('s). Bovendien betekent het feit dat de VOH bestuurd wordt door huisartsen een voordeel, wanneer het gaat om ingang te krijgen bij de huisartsen.

De belangrijkste belemmerende factor die genoemd werd door VOH's is feitelijk de verhouding doel/middelen. Gebrek aan mankracht en gebrek aan geld werden herhaaldelijk als belemmerende factor aangeduid. Door nogal wat VOH's werd bovendien opgemerkt dat de continuïteit van de ondersteuning behoorlijk in gevaar komt, wanneer de directeur om de een of andere reden voor langere tijd afwezig is. De vrijblijvendheid van huisartsen werd daarnaast ook door enkele VOH's beschouwd als zijnde een probleem, vooral wanneer het gaat om het maken van afspraken.

Wat betreft de verhouding doel/middelen werd door een aantal VOH's een gebrek aan geld en mankracht genoemd. Daarnaast zijn er VOH's die op dit moment nog geen problemen hebben, maar wel voor de (nabije) toekomst vrezen voor een tekort aan middelen.

Eén VOH-directeur tenslotte merkte met betrekking tot de verhouding doel/middelen berustend op, dat je nu eenmaal moet roeien met de riemen die je hebt.



## 10. CONSENSUSCONFERENTIE VOH'S

### 10.1. Inleiding

Het doel van de conferentie was het bereiken van overeenstemming over wat meetbare punten zijn voor een proces- en effectevaluatie van de ingestelde structuur voor ondersteuning van huisartsen.

De conferentie bestond uit twee dagdelen:

De ochtend werd besteed aan een discussie in drie subgroepen, die elk een belangrijk onderwerp voor hun rekening namen. 's Middags was er een plenaire discussie, waarin de drie subgroepen een terugrapportage gaven van hun werk 's ochtends, waarna over de betreffende onderwerpen gediscussieerd werd in de gehele groep (van ± 40 personen).

Tijdens de conferentie kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

#### **1. Aanspreekbaarheid van huisartsen voor derden.**

Een statutaire doelstelling van VOH's is het verlenen van ondersteuning aan huisartsen in hun overleg met overheden en financiers.

Bij de behandeling van deze statutaire doelstelling kwam als belangrijk discussiepunt aan de orde of VOH-directeuren huisartsen moeten vergezellen naar overlegsituaties, dan wel of een VOH-directeur huisartsen mag vertegenwoordigen in overlegsituaties of zelfs onderhandelingen.

De subgroep die dit onderwerp voor zijn rekening nam, behandelde tevens twee andere statutaire doelstellingen van VOH's, namelijk het geven van informatie en advies aan huisartsen over vraagstukken die samenhangen met de beroepsuitoefening en het verlenen van diensten aan de perifere organisaties van de SDH. Bij het geven van informatie en advies aan huisartsen kwam de vraag aan de orde of een VOH individuele huisartsen tijdelijk of ook langdurig zou moeten ondersteunen. Bij het onderwerp 'verlenen van diensten aan de perifere organisaties van de SDH' werd voornamelijk aandacht besteed aan de vraag of een VOH alleen secretariële ondersteuning moet leveren aan de SDH of zich ook mag bezighouden met inhoudelijke en/of organisatorische zaken.

#### **2. Relaties binnen de 1<sup>e</sup> lijn en relaties 1<sup>e</sup> - 2<sup>e</sup> lijn.**

Binnen dit onderwerp werd de statutaire doelstelling "het bevoor-

deren van structureel overleg en structurele samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines werkzaam in de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg" behandeld. Belangrijke discussiepunten daarbij waren of de VOH de relaties van huisartsen binnen de eerstelijns, of de as huisarts-specialist of beide moet versterken.

### **3. Interne organisatie.**

Dit onderwerp had betrekking op de statutaire doelstelling "het bevorderen van structureel overleg en structurele samenwerking tussen huisartsen onderling". Hierbij werd ingegaan op versterking van de interne organisatie van huisartsen op het niveau van waarnemgroepen en PHV's.

## **10.2. Aanspreekbaarheid van huisartsen voor derden**

### **Discussie in de subgroep**

Het eerste discussiepunt dat aan de orde kwam, was de ondersteuning van individuele huisartsen, gericht op de doelstelling "het geven van advies en informatie aan huisartsen over vraagstukken die samenhangen met de beroepsuitoefening". De subgroep was het erover eens dat een VOH in principe alleen kortdurende ondersteuning moet geven. Langdurige individuele ondersteuning kan wel zinvol zijn als deze implicaties heeft voor de hele beroepsgroep, als er als het ware sprake is van een 'voorbeeldfunctie'. Gewezen werd daarnaast op het feit dat een VOH-directeur een generalist is. Hij/zij kan daarom altijd verwijzen, de door derden verstrekte informatie moet echter wel gecheckt worden.

Vervolgens ging de subgroep nader in op de taken die een VOH heeft ten aanzien van de perifere organisaties van de SDH. Een drietal taken is in principe mogelijk:

- secretariële ondersteuning;
- inhoudelijke ondersteuning;
- organisatorische ondersteuning.

De subgroep was het erover eens dat VOH's zich wel met secretariële en organisatorische ondersteuning aan de SDH mocht bezighouden, maar niet met inhoudelijke ondersteuning.

Organisatorische ondersteuning kan bijvoorbeeld betrekking hebben op het opzetten van cursussen, symposia, en dergelijke. Dit soort ondersteuning heeft echter niet de hoogste prioriteit (alleen als er tijd en vraag naar is). Het landelijk niveau van de SDH vindt dit

bovendien geen taak van VOH's, aldus de subgroep.

Tenslotte discussieerde de subgroep over de vraag of een VOH-directeur huisartsen moet vergezellen naar overleg/onderhandelingen met overheden en financiers of dat een VOH-directeur huisartsen mag vertegenwoordigen in dergelijke overleg- of onderhandelingsituaties. Als principiële uitgangspunt gaf de subgroep aan dat niemand in staat is om namens de beroepsgroep bindende afspraken te maken (noch 'leken' kunnen dat, noch huisartsen zelf).

Het vergezellen van huisartsen naar overleg werd door de subgroep beschouwd als een duidelijke taak van VOH's. Het vertegenwoordigen van huisartsen in overlegsituaties kan een taak van een VOH-directeur zijn, maar er moet uitdrukkelijk om gevraagd worden.

Voor wat betreft vertegenwoordiging van huisartsen in onderhandelingsituaties bleek uit de discussie dat nog niet iedereen het erover eens was dat dit een taak van een VOH-directeur is. De algemene indruk uit de discussie komt erop neer dat dit soort vertegenwoordiging nog in een beginstadium verkeert. Er is een vertrouwensbasis nodig alvorens een VOH-directeur huisartsen kan vertegenwoordigen. In sommige gebieden komt een dergelijke basis natuurlijk eerder tot stand dan elders.

De subgroep was van mening dat, hoewel vertegenwoordiging van huisartsen in onderhandelingen dus wel een taak van een VOH-directeur kan zijn, het de voorkeur verdient dat de directeur zich laat vergezellen door een huisarts. Op die manier wordt er beter contact met de achterban gehouden, zijn huisartsen meer betrokken bij de onderhandelingen en kan een VOH-directeur gebruik maken van de specifieke know-how van huisartsen. Tot slot werd nog aangegeven dat de mate van mandatering een belangrijke rol speelt bij vertegenwoordiging in onderhandelingsituaties.

### **Plenaire discussie**

Tijdens de plenaire middagdiscussie kwam de mening naar voren dat vooral het organiseren van overlegsituaties een belangrijke taak is van een VOH-directeur, belangrijker dan de eigen inbreng die een directeur eventueel kan hebben in dat overleg. Een directeur moet het overleg voorbereiden en zorgen voor een goede terugkoppeling. Enkele aanwezigen waren van mening dat de tijd nog niet rijp was voor vertegenwoordiging van huisartsen door een VOH-directeur, de beroepsgroep zou hiervoor eerst georganiseerd moeten worden. Daar staat echter tegenover dat een VOH-directeur een belangrijke continuerende factor kan zijn in overleg, omdat huisartsen hun bestuursfuncties

vaak maar voor relatief korte tijd uitoefenen.

### 10.3. Relaties binnen de 1<sup>e</sup> lijn en relaties 1<sup>e</sup> - 2<sup>e</sup> lijn

#### Discussie in de subgroep

De leden van de subgroep gaven tijdens de discussie vele concrete voorbeelden van wat zij in hun gebied deden aan de relaties binnen de eerstelijns en met name aan relaties met de tweedelijns. Uit de discussie bleek dat alle aanwezigen de relatie eerste-/tweedelijns belangrijk vonden. Ten aanzien van de samenwerking binnen de eerstelijns is men op een punt aangeland dat het niet langer zinvol wordt gevonden om in algemene termen over samenwerking te spreken. Er wordt wel aandacht besteed aan samenwerking binnen de eerstelijns, maar dan in het kader van bepaalde thema's (bijvoorbeeld thuiszorg). Op het moment vindt er echter een soort 'herwaardering' van de huisarts-specialist plaats. Over het algemeen wordt ook hiervoor aansluiting gezocht bij concrete problemen of thema's die spelen in de relatie 1<sup>e</sup> - 2<sup>e</sup> lijn.

Uit de discussie kwam naar voren dat het bij het bevorderen van structureel overleg en samenwerking om meer gaat dan alleen het maken van afspraken. Ten eerste moeten de afspraken op een goede manier tot stand komen. Alle belanghebbenden moeten er bijvoorbeeld bij betrokken worden. Vervolgens moeten de afspraken dan nog geïmplementeerd worden en bewaakt. Voor bewaking van afspraken zouden ziekenfondsen ingeschakeld kunnen worden. Ook wanneer het gaat om gestructureerd overleg, zou een VOH-directeur moeten optreden als een voortdurende procesbewaker om te voorkomen dat het overleg niet blijft steken bij sociaal contact.

Uit de discussie kwam naar voren dat huisartsen eerst bewust gemaakt moeten worden van het feit dat ze überhaupt een beleid kunnen voeren, dat ze een zekere macht hebben.

Eén VOH-directeur zette ter illustratie zijn strategie daartoe uit:

- inventarisatie van wat huisartsen willen;
- vertaling daarvan in VOH-beleid (in overeenstemming met LHV);
- positiebepaling en actieplan gezamenlijk overleggen;
- vervolgens niet alleen aan de slag gaan met één project, maar breder bezig zijn door middel van het houden van themabijeenkomsten op grond waarvan prioriteiten gesteld worden.

#### Plenaire discussie

Geconstateerd werd dat VOH's in het algemeen meer contacten hebben

met de tweedelij n dan met een aantal kerndisciplines en dat de as huisarts-specialist op het moment actueel is. Versterking binnen de eerstelij n is geen doel meer op zich en in dit kader werd duidelijk gesteld dat er voor VOH-directeuren geen coördinerende taak op meso-niveau (bijvoorbeeld EKO's) is weggelegd. Samenwerking moet vooral functie- en probleemgericht zijn.

Tijdens de plenaire discussie kwam tot uiting dat er weliswaar een tendens is om zich bezig te houden met de relatie huisarts-tweedelij n, maar dat voor VOH's zowel de relaties binnen de eerstelij n als met de tweedelij n belangrijk zijn. De relatie huisarts-specialist is onderbelicht geweest en daar wordt nu als het ware een inhaalmanoeuvre worden uitgevoerd. Bovendien moet de huisarts geëquipeerd worden wanneer de tweedelij n teruggedrongen wordt. In die zin is de relatie met de tweedelij n in feite een versterking van de eerstelij n.

Aangegeven werd overigens dat een duidelijk onderscheid gemaakt moet worden tussen de relatie huisarts-ziekenhuis enerzijds en de relatie huisarts-specialist anderzijds.

#### **10.4. Interne organisatie**

##### **Discussie in de subgroep**

Als eerste discussiepunt met betrekking tot dit thema kwam de vraag aan de orde of een VOH zich ter versterking van de interne organisatie zou moeten richten op de waarneemgroepen of op een hoger organisatorisch niveau (op het moment PHV en district).

Uit de discussie bleek dat er twee wegen te bewandelen zijn wanneer het gaat om verbetering van de interne organisatie.

In principe de beste manier, volgens de subgroep, is om te beginnen met versterking van de kleinst mogelijke organisatorische eenheid (de waarneemgroep) omdat dit een onmisbare schakel is in het versterken van de interne organisatie van huisartsen. Soms is het echter op grond van bepaalde gegeven feiten zoals die in het werkgebied van de VOH aanwezig zijn, zinvoller of meer voor de hand liggend om te beginnen met versterking van de PHV's of het district. Beide benaderingen komen in de praktijk voor.

Door de subgroep werd aangegeven dat zij interne organisatie van huisartsen een onontbeerlijke voorwaarde vinden voor andere activiteiten van de VOH's, zoals het creëren van beter overleg met andere disciplines, financiers en dergelijke. Secretariële ondersteuning aan PHV's zoals notuleren, uittypen, verzenden en dergelijke) kan

volgens de subgroep soms zinvol zijn ter versterking van PHV's. In principe moet dit soort ondersteuning echter alleen gegeven worden als dit secretariëel werk voortvloeit uit VOH-activiteiten of contacten met andere organisaties.

Een laatste discussiepunt was of een VOH-directeur samenwerking tussen huisartsen onderling zou moeten bevorderen door ofwel begeleiding op uitvoerend niveau te geven (bijvoorbeeld agogische begeleiding) ofwel op bestuurlijk niveau. Ten aanzien van dit onderwerp was de subgroep van mening dat begeleiding op uitvoerend niveau hooguit zinvol is als deze implicaties voor de hele beroepsgroep heeft (voorbeeldfunctie).

### **Plenaire discussie**

Tijdens de plenaire discussie werd nogmaals het feit benadrukt dat interne organisatie van huisartsen een onmisbare bouwsteen in het geheel is en dat theoretisch versterking van de waarneemgroepen hiervan het begin zou moeten zijn, maar dat op pragmatische gronden soms een aanvang wordt gemaakt met versterking van een hoger niveau. De discussie richtte zich aanvankelijk op de onderwerpen die in de subgroep behandeld waren. Hierin kwamen geen echt nieuwe standpunten naar voren, totdat opgemerkt werd dat het nog maar de vraag was of VOH's de interne organisatie van huisartsen moeten versterken, omdat wellicht met name versterking van de waarneemgroepen een taak is van de beroepsgroep (lees: LHV) zelf. De discussie spitste zich naar aanleiding van die opmerking toe op de vraag wat het wezenlijke verschil is tussen de beroepsgroep aan de ene kant en VOH's aan de andere kant en waar de grens ligt tussen de werkzaamheden van beiden. De ietwat vage discussie kan in hoofdlijnen als volgt worden weergegeven.

Gesteld werd dat in het algemeen een zekere identificatie plaatsvindt tussen VOH's en beroepsgroep, niet in de laatste plaats doordat PHV's leden van de VOH zijn en VOH-besturen derhalve bestaan uit vertegenwoordigers van PHV's en/of district. Daardoor zou een VOH feitelijk uitvoerder zijn van LHV-beleid. De schakel tussen LHV en bureau VOH is echter het VOH-bestuur en dat kan, binnen bepaalde marges, zijn eigen prioriteiten bepalen. Het verschil tussen LHV en VOH's is echter dat VOH's werken voor **alle** huisartsen in hun district en dat daarom een VOH, vooral in gebieden waar de organisatiegraad van huisartsen laag is, niet puur en alleen uitvoerder van LHV-beleid zou moeten zijn.

Wanneer het nu gaat om versterking van de interne organisatie van huisartsen, dan zou een VOH hierin theoretisch niet het voortouw

moeten nemen, los van wat er binnen de beroepsgroep zelf speelt. Maar opgemerkt werd dat in praktijk een dergelijke situatie niet gauw zal voorkomen, omdat er sprake is van een zekere vervlechting van het LHV-circuit en het VOH-circuit.

## DEEL C: DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

### 11. RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE ONDER PLAATSELIJKE COÖRDINATOREN

#### 11.1. Inleiding

De enquête voor plaatselijke coördinatoren bestond uit drie delen. Het eerste deel bevatte een aantal achtergrondvragen over de instelling van de WDH, de indiensttreding van plaatselijke coördinatoren en hun taakopvatting om ook met betrekking tot plaatselijke coördinatoren iets meer te weten te komen over de randvoorwaarden waaronder zij functioneren. Het tweede deel ging in op doelstellingen van plaatselijke coördinatoren, de bijbehorende activiteiten en eventuele problemen. Het derde en laatste deel vroeg naar de beschikbaarheid van gegevens bij plaatselijke coördinatoren, hetgeen vooral van

Tabel 11.1.: respons per provincie (N = 97)

provincie	respons	non-respons	totaal
Groningen			
Friesland	13	--	13
Drenthe			
Overijssel	11	5	16
Gelderland			
Utrecht			
Noord-Holland	38	6	44
Zuid-Holland			
Noord-Brabant	13	3	16
Limburg			
Flevoland	7	1	8
Zeeland			
<b>totaal</b>	<b>82</b>	<b>15</b>	<b>97</b>



belang is voor de opzet van het hoofdonderzoek. De resultaten van dit laatste deel zullen daarom ook niet behandeld worden in dit rapport.

Er zijn in totaal 99 plaatselijke coördinatoren. Vier van hen delen hun functie echter met een collega, zij bezetten dus met zijn vieren twee formatieplaatsen. Zij hebben hun enquête dan ook samen ingevuld; derhalve zal hier worden uitgegaan van een aantal van 97 plaatselijke coördinatoren. Onder de plaatselijke coördinatoren bevinden zich tien vrouwen, de rest is man.

Tabel 11.1 laat de respons zien, uitgesplitst naar provincie. De totale respons bedraagt 82 (84,5%) enquêtes.

### **11.2. Het opzetten van de WDH's**

In principe is het zo geregeld dat iedere PHV een WDH instelt, maar PHV's met minder dan 25 leden kunnen hiervoor aansluiting zoeken bij aangrenzende PHV's, terwijl PHV's met meer dan 100 leden meer dan één WDH mogen instellen. Het kan dus voorkomen dat een WDH door méér dan 1 PHV is opgericht en ook dat een PHV meerdere WDH's ingesteld heeft.

De meeste WDH's (70 in totaal) zijn opgericht door één PHV, daarnaast zijn er negen WDH's opgericht door twee PHV's en één WDH door drie. Daarnaast zijn er 19 PHV's die twee WDH's instelden en drie PHV's die drie WDH's instelden. Twee plaatselijke coördinatoren beantwoordden deze vraag niet.

Zoals in hoofdstuk 2 besproken is, was één van de voorlopers van de SDH de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) die ondermeer tot taak had de oprichting van perifere nascholingswerkgroepen te stimuleren. In ongeveer tweederde van de gevallen bestond er al een plaatselijke werkgroep. Meestal is hierop voortgebouwd bij de instelling van de WDH.

### **11.3. De taakopvatting van plaatselijke coördinatoren**

Een van de vragen in de enquête was: "Waarom heeft u de functie van plaatselijk coördinator aanvaard?".

Voor zover de vraag ingevuld werd, werden de meest uiteenlopende redenen hiervoor aangegeven. De meest voorkomende redenen waren 'ervaringen met deskundigheidsbevordering'. In tien gevallen heeft de

plaatselijke coördinatoren de functie aanvaard omdat er geen andere kandidaat beschikbaar was.

In de functie-omschrijving voor plaatselijke coördinatoren worden als voornaamste taken de volgende genoemd:

- organiseren, coördineren, initiëren en stimuleren van alle activiteiten met betrekking tot deskundigheidsbevordering;
- voorlichting, informatie en begeleiding in algemene zin geven aan individuele en groepen huisartsen met betrekking tot deskundigheidsbevordering (werkwijze, mogelijkheden, toetsing e.d.);
- evalueren van activiteiten;
- inventariseren van de behoefte aan specifieke deskundigheidsbevordering in zijn gebied, in samenwerking met de WDH en in overleg met andere hulpverleners in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg;
- optreden als adviseur van de WDH, verslaglegging verzorgen e.d.;
- deelnemen aan vergaderingen van plaatselijke coördinatoren onder leiding van de regionaal coördinator;
- het fungeren als contactpersoon van de SDH voor organisaties in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in zijn gebied.

Omdat deze functies uitdrukkelijk vermeld worden in de functiebeschrijving, is in de enquête gevraagd op welke manier de plaatselijke coördinatoren de functie organiseren, initiëren en coördineren zelf invullen. Gebleken is, dat de functie organiseren met name neerkomt op het zelf organiseren van nascholing, danwel het meewerken aan de organisatie. Onder initiëren verstaan plaatselijke coördinatoren voornamelijk het introduceren van activiteiten. Coördineren betekent voor hen het zorgen voor een evenwichtige nascholingsagenda, zorgen voor afstemming van het aanbod en het coördineren van het aanbod.

#### **11.4. Doelstellingen van plaatselijke coördinatoren**

Plaatselijke coördinatoren werd gevraagd of zij de volgende doelstellingen al dan niet onderschreven:

- verbetering van de kwaliteit van het aanbod;
- verbetering van het aanbod op het gebied van vorm en/of inhoud;
- afstemming van het aanbod op de behoefte;
- verhoging van de participatie.

Daarnaast werd de vraag gesteld of de plaatselijke coördinatoren nog

verdere plannen met betrekking tot deskundigheidsbevordering hadden. Tabel 11.2 laat zien welke doelstellingen onderschreven worden door hoeveel plaatselijke coördinatoren.

Tabel 11.2.: plaatselijke coördinatoren naar de doelstellingen die zij al dan niet onderschrijven (N = 82)

	aantal		
	ja	nee	niet ingevuld
<b>onderschrijven doelstellingen</b>			
- verbetering van de kwaliteit van het aanbod	77	4	1
- verbetering vorm/inhoud	56	24	2
- afstemming aanbod op behoefte	81	1	-
- participatieverhoging	72	7	3

De plaatselijke coördinatoren die een bepaalde doelstelling onderschreven, werd gevraagd wat hij/zij verstaat onder kwalitatief goede deskundigheidsbevordering, in welk opzicht de cursussen qua vorm of inhoud veranderd moeten worden, of er in hun werkgebied inventariserend onderzoek verricht is naar de behoefte aan deskundigheidsbevordering en om welk soort onderzoek van de behoefte het daarbij ging en naar welk soort participatieverhoging zij precies streven.

Kwalitatief goede deskundigheidsbevordering moet volgens de plaatselijke coördinatoren die daarnaar streven aan een aantal criteria voldoen. Qua inhoud moet de deskundigheidsbevordering afgestemd zijn op wat voorkomt in de dagelijkse praktijk van de huisarts; er moeten dus geen specialistische hoogstandjes behandeld worden. Bovendien moet de inhoud afgestemd zijn op de behoefte van huisartsen en gerelateerd zijn aan het omschreven takenpakket van de huisarts. Wat de vorm betreft, moet er sprake zijn van het formuleren van specifieke leerdoelen vooraf, integratie van toetsing, zelfwerkzaamheid (hetgeen inhoudt dat huisartsen actief moeten deelnemen aan de activiteit) en, indien er gebruik wordt gemaakt van een consultant (vaak een specialist), moet deze liefst ook nog huisartsvriendelijk zijn en inzicht hebben in de praktijk van de huisarts. Aan het eind van een cursus dient er evaluatie plaats te vinden. Goede deskundigheidsbevordering meer in het algemeen moet daarnaast georganiseerd worden voor en door huisartsen, afgewerkt worden volgens een bepaald

curriculum en invloed hebben op het gedrag, ofwel het huisartsgeneeskundig handelen. Tabel 11.3 laat zien hoe vaak de boven opgesomde criteria door plaatselijke coördinatoren genoemd werden.

Tabel 11.3.: criteria voor kwalitatief goede deskundigheidsbevordering naar aantal keren dat ze genoemd zijn (N = 77)

criterium	aantal
- afstemming op dagelijkse praktijk huisarts	20
- afstemming op de behoefte	20
- invloed op huisartsgeneeskundig handelen	15
- voor/door huisartsen	14
- specifieke leerdoelen vooraf	10
- evaluatie achteraf	10
- integratie toetsing	9
- zelfwerkzaamheid	6
- huisartsvriendelijke consulent	6
- gerelateerd aan takenpakket	4
- volgens curriculum	3
- anders	38

Opvallend in tabel 11.3 is de vrij grote categorie 'anders'. In de categorie 'anders' vallen al die punten die slechts een keer genoemd zijn meestal in combinatie met een van de andere criteria.

Plaatselijke coördinatoren die de doelstelling 'cursussen qua vorm en/of inhoud veranderen' onderschreven, werd gevraagd in welk op-

Tabel 11.4.: gewenste veranderingen in vorm of inhoud van cursussen naar aantal keren dat de zij genoemd zijn (N = 56)

gewenste verandering	aantal
- cursus meer specifiek op de huisarts gericht	46
- meer zelfwerkzaamheid in cursussen	44
- meer toetsing in het kader van cursussen	37
- behandeling van andere onderwerpen	12
- kortere cursussen	4
- anders	22

zicht die cursussen dan wel veranderd moeten worden.

Tabel 11.4 geeft een overzicht van het aantal gewenste veranderingen in de vorm of inhoud van cursussen.

Wat het meest opvalt in de tabel is, dat er drie punten genoemd worden, namelijk specifiek op de huisarts gericht zijn, zelfwerkzaamheid en toetsing in het kader van cursussen, die ook al naar voren kwamen in tabel 11.3 die betrekking had op wat volgens plaatselijke coördinatoren kwalitatief goede deskundigheidsbevordering is. Verwonderlijk is dit natuurlijk niet, want plaatselijke coördinatoren die cursussen qua vorm of inhoud willen veranderen, zullen zeker willen proberen daar kwalitatief goede (volgens hun eigen maatstaven) cursussen van te maken.

Behandeling van andere onderwerpen in de cursussen werd twaalf keer genoemd als zijnde een gewenste verandering. Voorbeelden van andere onderwerpen die plaatselijke coördinatoren noemden, zijn 'onnatuurlijke dood', 'medische besliskunde', 'niet-somatische onderwerpen', 'thuiszorg' en 'vaardigheidstrainingen' (drie keer genoemd).

De categorie 'anders' (22 keer genoemd) omvat punten als 'meer mogelijkheden voor individuele nascholing', 'bedside-teaching en home-side looking' (een vorm van nascholing waarbij de huisarts 'meeloopt' met de specialist, respectievelijk de specialist met de huisarts), 'meer interactie via moderne hulpmiddelen', 'Balintgroepen', 'praktische nascholing kleine chirurgie' en andere.

Aan de plaatselijke coördinatoren die van mening waren dat het aanbod aan deskundigheidsbevorderende activiteiten meer afgestemd dient te worden op de behoefte van huisartsen, werd de vraag gesteld of er in hun werkgebied een inventariserend onderzoek had plaatsgevonden, dan wel zou gaan plaatsvinden naar de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing. In 50 werkgebieden van plaatselijke coördinatoren is een dergelijk onderzoek gedaan; 19 plaatselijke coördinatoren gaven daarnaast aan dat het onderzoek nog gaande was, ofwel binnenkort plaats zou gaan vinden.

In tien gevallen heeft er nog geen inventariserend onderzoek plaatsgevonden naar deze behoefte en zal dit ook niet binnen een jaar het geval zijn. Dit wil overigens niet zeggen dat er daarom automatisch geen afstemming op de behoefte kan plaatshebben, want de behoefte van huisartsen aan nascholing kan bijvoorbeeld ook blijken uit onderlinge toetsing.

Hierbij is ook van belang dat er twee soorten behoeften zijn: de 'needs' en de 'demands'. De 'needs' zijn in feite de werkelijke behoeften. Een onderzoek dat ingaat op de 'needs' van huisartsen aan nascholing, probeert blinde vlekken in de kennis van huisartsen te

ontdekken, om hierop door middel van nascholing op in te kunnen spelen. Een onderzoek dat ingaat op de 'demands' van huisartsen met betrekking tot nascholing, vraagt in feite alleen maar welk soort nascholing de huisartsen graag georganiseerd zouden willen zien. Uiteraard is het best mogelijk dat huisartsen in dit soort onderzoek hun 'needs' aangeven, maar een probleem is toch vaak dat huisartsen graag nascholing willen volgen in onderwerpen waarin ze geïnteresseerd zijn en derhalve al het nodige vanaf weten. De onderzoeken die door plaatselijke coördinatoren zijn gedaan, richtten zich in de helft van de gevallen alleen op de demands; in de overige onderzoeken werd ook een poging gedaan achter de needs te komen.

De laatste doelstelling uit tabel 11.2, participatieverhoging, werd door 72 plaatselijke coördinatoren onderschreven. Plaatselijke coördinatoren werd vervolgens gevraagd welk soort participatieverhoging zij wilden realiseren, alleen het aantal deelnemers aan cursussen en toetsing verhogen of proberen om bepaalde groepen huisartsen te laten deelnemen.

Uit tabel 11.5 blijkt dat het bijna altijd gaat om ofwel het aantal deelnemers verhogen, ofwel een combinatie van het verhogen van het aantal deelnemers en het proberen bepaalde groepen huisartsen te laten deelnemen.

Tabel 11.5.: plaatselijke coördinatoren naar het soort participatieverhoging dat zij nastreven (N = 72)

soort participatieverhoging	aantal plaatselijke coördinatoren
- alleen aantal deelnemers verhogen	37
- proberen bepaalde groepen te laten deelnemen	2
- combinatie aantal deelnemers/bepaalde groepen	31
- niet ingevuld	2
<b>totaal</b>	<b>72</b>

Naast de vier tot nu toe behandelde doelstellingen, hebben plaatselijke coördinatoren ook aangegeven welke verdere plannen met betrekking tot deskundigheidsbevordering zij hebben. Tabel 11.6 geeft daarvan een overzicht.

Het meest genoemd worden het starten van nieuwe cursussen en het

Tabel 11.6.: verdere plannen van plaatselijke coördinatoren naar het aantal keren dat ze genoemd zijn (N = 53)

plannen	aantal
- starten van nieuwe cursussen/toetsing	20
- leggen van contacten met de tweedelij	11
- coördinatie van het aanbod via SDH door meer invloed te krijgen op het aanbod	9
- deskundigheidsbevordering in waarneemgroepen	3
- eigen deskundigheid bevorderen	2
- samenwerking met universiteit	2
- informatie verstrekken	2
- anders	21

starten van toetsingsgroepen en het leggen van contacten met de tweedelij. Een aantal plaatselijke coördinatoren probeert daarnaast meer invloed te krijgen op het aanbod om zodoende de deskundigheidsbevordering te kunnen coördineren via de SDH. Nascholing voor huisartsen wordt namelijk door nogal wat verschillende instanties georganiseerd: het PAOG, Integrale Kankercentra, patiëntenorganisaties en met name ook de farmaceutische industrie.

Voorbeelden van plannen die onder de categorie 'anders' vallen, zijn 'samen gaan werken met andere WDH's en plaatselijke coördinatoren' en 'samen gaan werken met andere disciplines'.

Omdat het niet alleen belangrijk is om te weten welke doelstellingen plaatselijke coördinatoren hebben, maar ook welke prioriteiten ze hebben, werd hun gevraagd om de doelstellingen die in het voorafgaande behandeld waren, in volgorde van belangrijkheid zetten.

De volgende tabel (11.7) geeft een overzicht van de prioriteiten die plaatselijke coördinatoren stellen.

Uit de tabel blijkt dat verbetering van de kwaliteit van het aanbod verreweg de hoogste prioriteit heeft voor de meeste plaatselijke coördinatoren. Participatieverhoging wordt ook door veel coördinatoren belangrijk gevonden, maar krijgt niet zo vaak de eerste prioriteit als kwaliteitsverbetering van het aanbod.

De meeste plaatselijke coördinatoren geven daarnaast afstemming van het aanbod op de behoefte derde prioriteit en verandering van het aanbod qua vorm of inhoud vierde prioriteit. De prioriteit van andere doelstellingen is vaak (71 keer) niet ingevuld omdat de meeste

Tabel 11.7.: aantal plaatselijke coördinatoren per doelstelling naar de prioriteiten die ze stellen (N = 82)

<b>aantal plaatselijke coördinatoren per doelstelling</b>					
	afstemming op be- hoeft	kwaliteits- verbetering aanbod	vorm & in- houd ver- beteren	parti- cipatie verhogen	andere
<b>prioriteiten</b>					
1 <sup>e</sup> prioriteit	11	39	5	22	3
2 <sup>e</sup> prioriteit	17	26	9	25	2
3 <sup>e</sup> prioriteit	25	9	19	17	2
4 <sup>e</sup> prioriteit	14	4	33	10	1
5 <sup>e</sup> prioriteit	2	--	1	1	3
niet ingevuld	13	4	15	7	71
<b>totaal</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>82</b>

plaatselijke coördinatoren geen verdere doelstellingen genoemd hebben naast kwaliteitsverbetering, verandering qua vorm of inhoud, afstemming op behoefte en participatieverhoging.

### 11.5. Activiteiten van plaatselijke coördinatoren

In de enquête voor plaatselijke coördinatoren werd de vraag naar de activiteiten steeds gerelateerd aan de doelstellingen. Wanneer een plaatselijk coördinator aangaf de participatie te willen verhogen, werd vervolgens de vraag gesteld welke activiteiten hij/zij onderneemt om de participatie te verhogen.

In deze paragraaf zullen daarom ook de activiteiten behandeld worden in relatie tot de onderschreven doelstellingen. Deze doelstellingen waren kwaliteitsverbetering van de deskundigheidsbevordering, verandering van de nascholing qua vorm en/of inhoud, afstemming van het aanbod op de behoefte en participatieverhoging. Daarnaast konden plaatselijke coördinatoren nog verdere plannen met betrekking tot de deskundigheidsbevordering aangeven.

De doelstelling kwaliteitsverbetering van nascholing en toetsing werd door 77 plaatselijke coördinatoren onderschreven. Onder kwalitatief goede deskundigheidsbevordering verstaan plaatselijke coördi-



natoren deskundigheidsbevordering die afgestemd is op de dagelijkse praktijk en de behoefte van huisartsen, waarbij vooraf specifieke leerdoelen geformuleerd worden en waarbij achteraf evaluatie plaatsvindt. Meer in het algemeen moet deskundigheidsbevordering daadwerkelijk invloed hebben op het huisartsgeneeskundig handelen en georganiseerd worden voor en door huisartsen.

De concrete activiteiten, die plaatselijke coördinatoren ondernemen in het kader van verbetering van de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering, zijn het zelf organiseren van de deskundigheidsbevordering, het formuleren van leerdoelen en evaluatie. Iets minder vaak werden genoemd de bevordering van de eigen deskundigheid, het introduceren van toetsing en het samenwerken met de tweedelij.

Voor wat betreft de doelstelling cursussen qua vorm en/of inhoud veranderen, is de vraag gesteld in welk opzicht de cursussen veranderd zouden moeten worden. De punten die daarbij genoemd werden, zijn cursussen korter maken, meer zelfwerkzaamheid in het kader van cursussen, meer toetsing in het kader van cursussen, cursussen meer specifiek op de huisarts gericht, de behandeling van andere onderwerpen en andere veranderingen. Deze punten geven enerzijds al aan welke activiteiten plaatselijke coördinatoren in dit kader zullen moeten ondernemen en aan de andere kant geven zij een specificering van de doelstelling cursussen qua vorm of inhoud veranderen. In verband met dit laatste zijn deze punten behandeld in de vorige para-

graaf (tabel 11.4).

Hetzelfde geldt in feite voor de doelstelling afstemming van het aanbod op de behoefte. De activiteit die daarbij het meest voor de hand ligt, is het onderzoeken van de behoefte. Daarom is in de enquête de vraag gesteld of er een inventariserend onderzoek heeft plaatsgevonden naar de behoefte van huisartsen aan deskundigheidsbevordering en welk soort behoefte (demands of needs) er in dat onderzoek onderzocht is. Omdat deze vragen naar de activiteiten echter ook in dit geval de onderschreven doelstelling meer specifiek maakten, zijn zij behandeld in de vorige paragraaf. Van belang hier is nog wel de vraag welke rol de behoefte van huisartsen, eenmaal bepaald, speelt bij de activiteiten van plaatselijke coördinatoren. Gebleken is, dat voor de meeste plaatselijke coördinatoren zowel de behoefte van huisartsen als het eigen initiatief belangrijk zijn bij het organiseren van activiteiten.

Daarnaast is voor 11 plaatselijke coördinatoren de behoefte van huisartsen van doorslaggevend belang en voor 13 plaatselijke coördinatoren hun eigen initiatief. Andere factoren die van belang zijn bij het bepalen van de activiteiten kunnen bijvoorbeeld zijn de meningen van specialisten.

Verhoging van de participatie is een doelstelling die door 72 plaatselijke coördinatoren wordt onderschreven en bovendien na kwaliteitsverbetering van het aanbod de hoogste prioriteit heeft voor de meeste plaatselijke coördinatoren.

Net als bij verbetering van de kwaliteit van het aanbod werd door plaatselijke coördinatoren ook hier een veelheid van activiteiten opgesomd die in dit kader mogelijk zijn.

Tabel 11.8 laat zien welke activiteiten door plaatselijke coördinatoren genoemd zijn en hoe vaak.

Zoals uit de tabel blijkt, spitsen activiteiten, gericht op het verhogen van de participatie, zich toe op de aanbodskant enerzijds en de vraagkant anderzijds.

Het aanbod aan deskundigheidsbevorderende activiteiten moet zo aantrekkelijk mogelijk gemaakt worden voor huisartsen, door middel van een leuke vorm en inhoud, afgestemd op de behoefte van huisartsen (waarbij het waarschijnlijk zal gaan om de demands), er moeten leuke randvoorwaarden gecreëerd worden de uitnodigingen moeten goed zijn en de cursus moet ook niet te duur zijn. Bovendien moet volgens een aantal plaatselijke coördinatoren het aanbod kwalitatief goed zijn. Via reclame, vaak zal dit mond-op-mond reclame zijn, moet dit aanbod zijn invloed hebben op de vraagkant; in dit geval de huisartsen.

Tabel 11.8.: activiteiten gericht op participatieverhoging naar aantal keren dat ze genoemd zijn (N = 72)

activiteiten	aantal
- zorgen voor een aantrekkelijke vorm/inhoud	20
- huisartsen persoonlijk benaderen	17
- 'reclame' maken	13
- sociale controle 'kweken'	12
- huisartsen meer betrekken bij deskundigheidsbevordering	12
- leveren van kwalitatief goede deskundigheidsbevordering	10
- afstemming van aanbod op behoefte	9
- zorgen voor goede uitnodigingen	7
- leuke randvoorwaarden creëren	4
- deskundigheidsbevordering goedkoper maken	3
- geautomatiseerde deskundigheidsbevordering	3
- duidelijke doelstelling aangeven	2
- anders	25

Door middel van het kweken van sociale controle, het persoonlijk benaderen van huisartsen en het betrekken van huisartsen bij de deskundigheidsbevordering moeten huisartsen zich meer verplicht gaan voelen deel te nemen aan nascholing en/of toetsing.

Naast de vier hierboven behandelde doelstellingen en hun bijbehorende activiteiten konden plaatselijke coördinatoren ook nog aangeven welke verdere plannen met betrekking tot deskundigheidsbevordering zij hadden. Het vaakst genoemd werden daarbij het starten van nieuwe cursussen of andere activiteiten, het leggen van contacten met de tweedelijns en het verkrijgen van meer invloed op de deskundigheidsbevordering.

De activiteiten die zij in dit kader ondernemen, zijn voornamelijk het voeren van overleg en het leggen van contacten, hetgeen een gevolg is van het feit dat de belangrijkste verdere plannen waren het uitbouwen van de contacten met de tweedelijns en het verkrijgen van meer invloed op de deskundigheidsbevordering.

#### 11.6. Problemen die plaatselijke coördinatoren ondervinden

Net als de activiteiten die plaatselijke coördinatoren ondernemen,

zijn in de enquête ook de problemen die zij ervaren, gerelateerd aan de activiteiten en de doelstellingen.

Wanneer een plaatselijk coördinator aangaf de participatie te willen verhogen, werd eerst gevraagd welke activiteiten hij/zij in dit kader ondernam en vervolgens welke problemen zich daarbij eventueel voordeden.

De problemen die zich volgens plaatselijke coördinatoren voordoen bij hun pogingen de door hen gestelde doelstellingen te verwezenlijken, zijn weergegeven in tabel 11.9.

Tabel 11.9.: overzicht van de frequentie van de vijf belangrijkste problemen die plaatselijke coördinatoren genoemd hebben naar de doelstellingen waarop ze betrekking hebben

	<b>doelstelling</b>			
	verbetering kwaliteit aanbod (N = 77)	verandering vorm en/of inhoud (N = 56)	afstemming op behoef- te (N = 81)	verhoging participatie (N = 72)
<b>problemen</b>				
gebrek aan motiva- tie bij huisartsen	37	11	30	28
ontbreken know-how	10	13	13	--
gebrek aan tijd/geld	26	9	--	--
nascholingsmoeheid/ overaanbod	5	2	9	18
vrijblijvendheid van huisartsen	--	--	4	12

De grootste problemen die plaatselijke coördinatoren ervaren bij hun pogingen de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering te verbeteren, zijn duidelijk het gebrek aan motivatie en participatie van de doelgroep en gebrek aan tijd en geld. Bij pogingen om cursussen qua vorm of inhoud te veranderen en bij het afstemmen van het aanbod op

de behoefte, worden vooral het gebrek aan motivatie bij huisartsen en het ontbreken van know-how als probleem ervaren. Bij pogingen de participatie te verhogen, speelt naast gebrek aan motivatie, nascholingsmoeheid bij huisartsen een rol.

### 11.7. Effecten die plaatselijke coördinatoren verwachten

In de enquête werden met betrekking tot de effecten drie vragen gesteld. Er werd gevraagd welke effecten plaatselijke coördinatoren verwachten van nascholing, welke van toetsing en welke van de instelling van de SDH in het algemeen.

De effecten die plaatselijke coördinatoren verwachten van nascholing, staan vermeld in tabel 11.10.

Tabel 11.10.: effecten van nascholing naar het aantal plaatselijke coördinatoren die het effect al dan niet verwachten (N = 82)

	aantal plaatselijke coördinatoren		
	wel verwacht	niet verwacht	totaal
<b>effect</b>			
- hogere kwaliteit van de beroepsuitoefening	79	3	82
- minder verwijzingen naar de tweedelij	49	33	82
- beter voorschrijfgedrag	32	50	82
- meer arbeidsvreugde	6	76	82
- meer solidariteit	6	76	82
- meer uniformiteit in huisartsgeneeskundig handelen	11	71	82

Het belangrijkste effect, dat plaatselijke coördinatoren verwachten van nascholing, is een hogere kwaliteit van de beroepsuitoefening. Op drie na alle plaatselijke coördinatoren verwachten dit effect. Bijna 60% van alle plaatselijke coördinatoren verwacht daarnaast dat er minder verwijzingen naar de tweedelij zullen optreden en bijna 40% verwacht een beter voorschrijfgedrag van huisartsen.

Tabel 11.11 geeft een overzicht van de effecten die plaatselijke co-

Tabel 11.11.: effecten van toetsing naar het aantal plaatselijke coördinatoren dat het effect al dan niet verwacht

	aantal plaatselijke coördinatoren			totaal
	wel verwacht	niet verwacht	niet ingevuld	
<b>effect</b>				
- hogere kwaliteit van de beroepsuitoefening	67	13	2	82
- uniformiteit in huisarts-geneeskundig handelen	56	24	2	82
- uit toetsing blijken de needs	51	29	2	82
- betere samenwerking tussen huisartsen	42	38	2	82
- minder verwijzingen naar de tweedelij	24	56	2	82
- anders	12	68	2	82

ordinatoren verwachten van toetsing.

Het belangrijkste effect dat plaatselijke coördinatoren verwachten van toetsing, is een hogere kwaliteit van de beroepsuitoefening; meer dan 80% van de plaatselijke coördinatoren verwacht dit effect. Dit is een kleiner aantal dan het aantal plaatselijke coördinatoren dat dit effect verwacht van nascholing. Het is zo, dat wanneer een plaatselijk coördinator een hogere kwaliteit van de beroepsuitoefening verwacht als effect van toetsing, hij/zij dit in de meeste gevallen ook verwacht van nascholing. Andersom is dit echter niet altijd het geval. Slechts twee plaatselijke coördinatoren verwachten dit effect wel van toetsing, maar niet van nascholing.

Daarnaast verwacht 70% van de plaatselijke coördinatoren dat er doortoetsing meer uniformiteit tussen huisartsen zal ontstaan in het huisartsgeneeskundig handelen. Meer dan 60% verwacht dat toetsing een indicatie kan geven over op welke terreinen huisartsen nascholing behoeven, ongeveer de helft verwacht een betere samenwerking tussen huisartsen onderling en ongeveer 30% minder verwijzingen naar de tweedelij. 15% van de plaatselijke coördinatoren verwacht een ander effect van toetsing, zoals bijvoorbeeld meer arbeidsvreugde,

een betere motivatie voor het vak, een minder solistische attitude en meer praktische vaardigheden.

Over de algemene effecten van de instelling van de SDH zijn de plaatselijke coördinatoren niet zo eensgezind in hun uitspraken. Het effect meer structuur en betere coördinatie (zie tabel 11.12) wordt het meest genoemd: 17 keer. Het grootst is duidelijk de categorie 'anders', waaronder alle effecten vallen die slechts één keer genoemd zijn; dit zijn er 33 in totaal.

Tabel 11.12.: effecten die plaatselijke coördinatoren verwachten van de instelling van de SDH in het algemeen, naar aantal keren dat het effect genoemd is

algemene effecten	aantal
- meer structuur en betere coördinatie	17
- herkenbaarheid en aanspreekbaarheid	12
- hogere kwaliteit van de nascholing	12
- meer continuïteit in nascholing	7
- grotere betrokkenheid van huisartsen	6
- betere afstemming op de behoefte	3
- hogere participatie	3
- betere samenwerking huisarts-specialist	3
- anders	33
- nauwelijks/geen specifiek effect	11

De belangrijkste effecten zijn meer structuur en betere coördinatie (van de nascholing), meer herkenbaarheid en aanspreekbaarheid (ten aanzien van deskundigheidsbevordering voor huisartsen) en een hogere kwaliteit van de nascholing, maar deze effecten worden niet echt vaak genoemd. Opvallend is het aantal plaatselijke coördinatoren dat nauwelijks of geen specifiek effect verwacht van de instelling van de SDH in het algemeen: 11 plaatselijke coördinatoren. Dit is meer dan 10% van het totale aantal.

## 12. REGIONALE COÖRDINATOREN, RESULTATEN VAN DE INTERVIEWRONDE

### 12.1. Inleiding

De checklist die bij de interviews met de regionale coördinatoren werd gebruikt, bestond uit 12 vragen. De eerste drie vragen vormden een soort inleiding, waarin regionale coördinatoren werd gevraagd, wanneer ze in dienst waren getreden, of ze al eerder actief waren geweest binnen de SNH of de STH en of er, voor zover zij wisten, in hun regio problemen waren geweest bij het vinden van een regionaal coördinator. Hieruit blijkt in grote lijnen onder welke randvoorwaarden regionale coördinatoren moeten werken. In de vragen 4 en 5 werd de geïnterviewden achtereenvolgens gevraagd waarom ze de functie van regionaal coördinator aanvaard hadden en wat hun visie was op deskundigheidsbevordering (in de toekomst). Vraag 6 ging in op de manier waarop de regionale coördinatoren zelf invulling geven aan hun functie, terwijl vraag 7 vroeg naar de relatie met VQH's, het PAOG, WDH's, plaatselijke coördinatoren en PHV's. In de volgende vragen werd achtereenvolgens ingegaan op concrete activiteiten die regionale coördinatoren ondernemen, de problemen die daarbij optreden en de effecten die zij verwachten van hun eigen activiteiten, nascholing en toetsing en de SDH in het algemeen. In vraag 11 werd bovendien nog eens expliciet ingegaan op eventuele effecten die al merkbaar waren ten tijde van het interview en eventuele veranderingen ten opzichte van de SNH/STH-tijd. In de laatste vraag tenslotte werd ingegaan op gegevens die regionale coördinatoren beschikbaar hebben voor een eventueel hoofdonderzoek.

### 12.2. De indiensttreding van regionale coördinatoren

Op twee na alle regionale coördinatoren zijn op 1 mei 1986 in dienst getreden (formeel bij de SOH). Eén regionaal coördinator kwam pas in de zomer van dat jaar in dienst, omdat eerst een ander als regionaal coördinator in de regio functioneerde. Laatstgenoemde nam echter al na een maand ontslag. Tenslotte is er nog een regionaal coördinator die pas in oktober 1986 in dienst trad.

Het feit dat het vinden van een regionaal coördinator in deze laatste regio een langlopende zaak was, heeft ermee te maken dat niemand uit de oude SNH/STH-structuur bereid was de functie van regionaal



coördinator 'nieuwe stijl' te aanvaarden. In nog één andere regio was er sprake van problemen met het vinden van een regionaal coördinator. De regionaal coördinator SNH aldaar was niet bereid zijn functie voort te zetten.

De belangrijkste reden waarom regionale coördinatoren hun functie aanvaard hebben, is ten eerste vanwege interesse in nascholing voor huisartsen; ten tweede omdat zij naast het praktijkvoeren nog wel iets anders zouden willen doen en zich bijvoorbeeld vooral met management zou willen bezighouden; ten derde omdat zij voor de functie gevraagd worden en er niemand anders is die het werk doet. Deze laatste reden werd door twee regionale coördinatoren als enige reden genoemd. Het ging daarbij echter om de periode vóór de SDH. Beiden werd destijds - in de SNH-tijd dus - gevraagd om regionaal coördinator van de SNH te worden. Bij de overgang van SNH naar SDH hebben zij hun werk eenvoudig als coördinator bij de SDH voortgezet. Tijdens de interviews is echter niet duidelijk gebleken of zij dit gedaan hebben omdat er op dat moment nog steeds niemand anders voor te vinden was of dat inmiddels ook andere redenen, zoals geïnteresseerd zijn in nascholing, een rol gespeeld hebben.

Door de andere regionale coördinatoren werd vijf keer genoemd het wel eens iets anders willen doen dan praktijk voeren. Drie van hen gaven daarbij expliciet aan dat het zich bezighouden met management hen in de functie aantrok. Daarnaast werd ook het geïnteresseerd zijn in nascholing vijf keer als reden voor het aanvaarden van de functie genoemd.

De verwachtingen die regionale coördinatoren met betrekking tot hun functie hadden, lopen nogal uiteen. De drie coördinatoren die verwachtten in deze functie managementervaring op te doen, zijn hierin niet bedrogen uitgekomen. Andere verwachtingen die regionale coördinatoren hadden, zijn echter niet allemaal uitgekomen. Voorbeelden hiervan zijn 'passieve nascholingskringen enthousiast maken', zelf nascholing kunnen organiseren', de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering verbeteren', 'het aanpakken van de vrijblijvendheid'. Een voornemen dat wél door twee regionale coördinatoren gerealiseerd is, is het meer huisartsminded maken van de doelgroepcommissie PAOH.

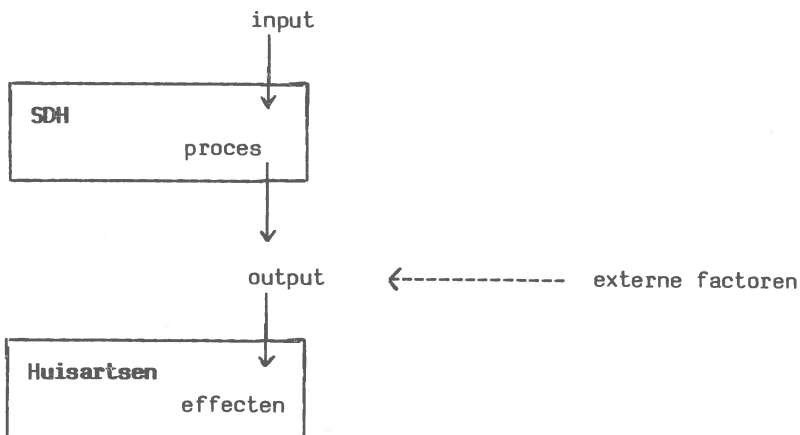
### **12.3. De visie van regionale coördinatoren op deskundigheidsbevordering en hun eigen functie**

De visie van regionale coördinatoren op deskundigheidsbevordering

betreft blijkens de interviews grofweg een vijftal aspecten. Regionale coördinatoren hebben opvattingen met betrekking tot:

1. de input die in de SDH gestoken wordt;
2. het proces dat zich afspeelt binnen de SDH;
3. de output die daaruit voortkomt (ofwel het produkt van de SDH);
4. het effect van de SDH;
5. externe factoren die van invloed zijn op proces en effect.

Schema 1:



De input, zoals die aangegeven staat in het schema, bestaat uit een groot aantal zaken. Te denken valt aan tijd, geld, kennis, opvattingen en waarde-oordelen, een bepaalde feedback (die in het schema overigens niet weergegeven is) en menskracht. Slechts één regionale coördinator betrok de menskracht in zijn visie op deskundigheidsbevordering, door te stellen dat een regionale coördinator ervoor moet zorgen dat er een goed contact blijft tussen plaatselijke coördinatoren.

Ten aanzien van het PROCES werden meer opmerkingen gemaakt: <sup>1</sup>

- Huisartsen moeten nascholingsminded gemaakt worden. Het gaat hierbij dus om een mentaliteitsverandering.
- De coördinatie van het grote aanbod aan deskundigheidsbevorderende

<sup>1</sup> In het vervolg van deze paragraaf wordt een opsomming gegeven van alle punten die in totaal door regionale coördinatoren zijn opgenoemd. Het moge duidelijk zijn dat niet iedere regionaal coördinator al deze punten heeft genoemd.

activiteiten moet via de SDH lopen. Eén regionaal coördinator gaf daarbij aan dat hiervoor tevens een goede samenwerking tussen huisartsenorganisaties nodig is.

- Het aanbod aan deskundigheidsbevorderende activiteiten moet meer afgestemd worden op de behoeften van huisartsen. Deze behoeften kunnen naar voren komen uit onderlinge toetsing, daarnaast is op enkele plaatsen de behoefte onderzocht door middel van enquêtes.
- Goed gebleken nascholingsvormen moeten landelijk geïntroduceerd worden.

De output, het produkt van de SDH, waarin het proces uiteindelijk moet resulteren, dient volgens regionale coördinatoren in elk geval de volgende kenmerken te hebben:

- De kwaliteit van het aanbod dient verhoogd te worden.
- Continuïteit in het aanbod. Een tweetal regionale coördinatoren streeft in dit verband naar een 5-jarig curriculum, zodat alle onderwerpen evenwichtig verspreid over een bepaalde periode een keer aan bod komen.
- De nascholing moet meer in het algemeen gericht zijn op de huisarts. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld de inhoud toegespitst moet zijn op de huisartsgeneeskunde, er moeten dus geen specialistische praatjes gehouden worden. Tevens staat hiermee in verband een punt dat door één regionaal coördinator expliciet genoemd werd, namelijk dat de consultants (vaak specialisten) huisartsvriendelijk moeten zijn. Daarnaast was één regionaal coördinator van mening dat de deskundigheidsbevordering specifiekere toegesneden zou moeten worden op de rol van de huisarts als manager van eerstelijns-teams.
- Er moet variatie in vorm en inhoud bestaan in de deskundigheidsbevordering. Er moeten mogelijkheden zijn voor zowel de huisarts die in kleine groepen aan toetsing wil doen, als voor de huisarts die zich liever in de meer anonieme sfeer van een groot symposium naschoolt.

Voor wat betreft EFFECTEN betrokken regionale coördinatoren alleen verhoging van de participatie in hun visie op deskundigheidsbevordering. Huisartsen moeten meer aan toetsing doen en meer uren aan nascholing besteden, bijvoorbeeld.

Onder EXTERNE FACTOREN tenslotte vallen die zaken die de deskundigheidsbevordering kunnen beïnvloeden, zonder dat dit direct te maken heeft met het handelen van de huisartsen en/of de SDH:

- Een aantal regionale coördinatoren was van mening dat er verplichtstelling (of in elk geval een lichte dwang) moet komen van deskundigheidsbevordering en dan met name verplichte toetsing. An-

dere regionale coördinatoren zien echter meer in het scheppen van sociale controle.

- Eén regionaal coördinator vindt dat er gezocht moet worden naar officiële wegen om de inhoud van de nascholing te bepalen, die dan gekoppeld zou moeten worden aan het takenpakket en protocollaire geneeskunde.
- Eén regionaal coördinator zou graag zien dat de SDH per provincie georganiseerd wordt. De regionale coördinator zou daarbij vervangen kunnen worden door een plaatselijke coördinator, die optreedt als vertegenwoordiger van de provincie.

Nadat regionale coördinatoren gevraagd was welke visie zij hadden op deskundigheidsbevordering in de toekomst, werd de vraag gesteld welke bijdrage zij zelf meenden te kunnen leveren aan de beoogde veranderingen. Om in termen van het schema uit de vorige paragraaf te spreken, werd regionale coördinatoren gevraagd welke rol zij in het 'proces' vervullen.

Regionale coördinatoren dachten op de volgende manieren een bijdrage te kunnen leveren aan de door hen beoogde veranderingen:

- door het in kaart brengen van het perifere veld;
- door het opstellen van een beleidsplan;
- door een contactfiguur te zijn tussen het centrale niveau van de SDH en de periferie;
- via het managen van plaatselijke coördinatoren;
- via 'kruisbestuiving', hetgeen inhoudt dat bijvoorbeeld op vergaderingen van plaatselijke coördinatoren ervaringen met methoden en dergelijke worden uitgewisseld;
- door draaiboeken en modellen en dergelijke van nascholing te maken;
- door service te verlenen (aan plaatselijke coördinatoren en anderen).

De regionale coördinator die een organisatiestructuur per provincie wil, probeert hieraan onder andere een bijdrage te leveren door zelf al per provincie te werken.

Regionale coördinatoren werd daarna gevraagd hoe zij zelf invulling geven aan de taken coördineren, initiëren en organiseren. Hierdoor werd verder een beeld verkregen op welke manier regionale coördinatoren een bijdrage leveren aan het 'proces'. Onder coördineren verstonen regionale coördinatoren de al eerder genoemde kruisbestuiving, het op elkaar afstemmen van de beleidsplannen van plaatselijke coördinatoren, meer in het algemeen 'mensen op één lijn krijgen' en

het opstellen van een nascholingsagenda.

Onder initiëren werden genoemd stimuleren, het introduceren van allerlei vormen van deskundigheidsbevordering, alweer (!) kruisbestuiving. Daarnaast werden voorbeelden gegeven van initiëren, zoals bijvoorbeeld het doen maken van beleidsplannen, het introduceren van automatisering en dergelijke.

Organiseren tenslotte betekent voor regionale coördinatoren zelden het zelf organiseren van cursussen (hoewel dat soms voorkomt). Het houdt voor regionale coördinatoren meer in het organiseren van een aantal voorwaardescheppende activiteiten. Eén regionaal coördinator noemde onder 'organiseren' het peilen van de behoefte van huisartsen.

#### **12.4. Activiteiten**

In deze paragraaf zullen de contacten met en meningen over de plaatselijke coördinatoren, het bureau SDH, de VOH's en PHV's behandeld worden, die regionale coördinatoren er al dan niet op na houden en de externe contacten, concrete activiteiten van regionale coördinatoren en de problemen die ze daarbij ervaren.

VOH's en PHV's behoren officieel natuurlijk niet tot de eigen organisatie van regionale coördinatoren, maar door de formele banden die bestaan tussen de ondersteuningsstructuur en de SDH en de PHV's en de SDH, kunnen VOH's en PHV's beschouwd worden als verwante organisaties.

Ten aanzien van plaatselijke coördinatoren geldt dat regionale coördinatoren bijeenkomsten/vergaderingen met plaatselijke coördinatoren moeten organiseren met als doelen coördinatie, informatie-uitwisseling en deskundigheidsbevordering van de plaatselijke coördinatoren. Dit soort vergaderingen wordt in vier regio's elke maand gehouden en in vier regio's één keer in de zes weken.

Ten aanzien van het bureau SDH geven slechts drie regionale coördinatoren aan dat ze tevreden zijn over hun relatie met het bureau SDH. De overige vijf regionale coördinatoren vinden bijvoorbeeld dat het centrale niveau onderbemand is en mede daardoor te weinig ondersteuning geeft. Een andere klacht is dat het centrale niveau teveel van bovenaf op wil leggen, terwijl regionale coördinatoren niet mee mogen denken en dat de bedoelingen die men centraal heeft om 'iets de periferie in te sturen' niet altijd duidelijk zijn.

Een drietal regionale coördinatoren is daarnaast ook niet gelukkig met de opstelling van het bestuur van de SDH. In het bestuur zouden

beslissingen genomen worden die aan de praktijk voorbijgaan, die in de periferie moeilijk te implementeren zijn. Volgens één regionaal coördinator komt dit doordat het SDH-bestuur een vertegenwoordigingsbestuur is. Bestuursleden willen, volgens deze regionale coördinator hun standpunten droppen zonder zich af te vragen of deze uitvoerbaar zijn. Een andere regionaal coördinator was van mening dat er vanuit het bestuur meer contact zou moeten zijn met plaatselijke coördinatoren, om enige voeling te houden met de praktijk. De meningen over de koppeling van deskundigheidsbevordering en ondersteuning zijn enigszins verdeeld onder regionale coördinatoren. Vier van hen zijn van mening dat deze koppeling zinvol is, bijvoorbeeld omdat de VOH een rol kan spelen bij het structuur aanbrengen in de deskundigheidsbevordering. Twee regionale coördinatoren hebben geen uitgesproken mening over de VOH en twee regionale coördinatoren vinden de koppeling tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning niet zinvol. Eén van hen is van mening dat de SOH/VOH's zich met volstrekt andere zaken bezighouden dan de SDH, de ander zegt de VOH eerder hinderlijk dan nuttig te vinden omdat de betreffende VOH slecht functioneert ten opzichte van de SDH.

De meeste regionale coördinatoren hebben wel contact met één of meerdere VOH's om hun regio. Drie van hen omschrijven dit contact als (zeer) goed. Twee regionale coördinatoren hebben nauwelijks contact met een VOH. Eén van hen vindt zulk contact echter in principe wel zinvol en denkt dan ook aan verbetering daarvan.

PHV's zijn formeel degenen die een WDH instellen en een plaatselijke coördinator benoemen. Toch hebben regionale coördinatoren nauwelijks of geen contact met PHV's. Een enkeling heeft wel contact gehad met PHV's ten tijde van de benoeming van plaatselijke coördinatoren.

Regionale coördinatoren blijken in het algemeen nogal wat contacten te hebben met externe organisaties. Voorbeelden van deze organisaties zijn de Integrale Kankercentra, de farmaceutische industrie, Universitaire Huisartsen Instituten, specialisten, CAD's, het districtsbestuur enz.

Daarnaast is ook het contact met het PAOG belangrijk en binnen het PAOG met name de doelgroepcommissie PAOH. Regionale coördinatoren zijn uit hoofde van hun functie lid van deze commissie. Het Ministerie van WVC vindt met name de samenwerking tussen de SDH en het PAOG belangrijk.

Uit de interviews is gebleken dat de concrete activiteiten van

regionale coördinatoren voor het overgrote deel bestaan uit vergaderen, het voeren van besprekingen en overleg. Regionale coördinatoren vergaderen met plaatselijke coördinatoren en PAOH-commissies en verder met al die externe organisaties waar ze contact mee hebben. Daarnaast noemden regionale coördinatoren nog een aantal andere activiteiten, zoals post verzenden, zelf nascholing volgen, opstellen van een nascholingsagenda, enquêtes houden, helpen bij het organiseren van cursussen, en dergelijke.

Een aantal problemen en knelpunten die regionale coördinatoren ervaren, liggen verankerd in de organisatiestructuur. In paragraaf 4.1 zijn al de problemen toegelicht die een aantal regionale coördinatoren hebben met het bestuur en het bureau SDH. Daarnaast is er een soort structurele paradox aanwezig in de organisatiestructuur, in die zin dat regionale coördinatoren het beleid van het centrale niveau moeten uitdragen naar de periferie, terwijl ze aan de andere kant geen enkele zeggenschap hebben over het doen en laten van plaatselijke coördinatoren. Een aantal regionale coördinatoren ervaart dit als probleem, anderen vinden dat de situatie desondanks moet blijven zoals hij is. Een probleem dat hiermee te maken heeft, werd aangegeven door één regionaal coördinator. Deze vindt dat de rol van regionale coördinatoren weinig omschreven is; een regionale coördinator moet zich bewegen tussen enerzijds dienstbaarheid aan de SDH en anderzijds een missionarisfunctie ten opzichte van plaatselijke coördinatoren.

Een ander belangrijk punt dat door veel regionale coördinatoren werd aangegeven, is dat zij constant in tijdgebrek verkeren. De beschikbare tijd staat, zoals één regionaal coördinator aangaf, in geen enkele verhouding tot met name de grootte van het gebied. Deze regionale coördinator vond bovendien dat regionale coördinatoren zwaar onderbetaald worden, vooral in relatie tot de eisen die de functie stelt. Als problemen werden verder nog zaken genoemd als de houding van de huisartsen, de vrijblijvendheid van huisartsen en de concurrentie onder hen. Het feit dat specialisten gauw op hun teentjes getrapt zouden zijn, teveel organisaties die zich bezighouden met nascholing en dergelijke.

## **12.5. Verwachte effecten**

De effecten die regionale coördinatoren verwachtten van hun eigen activiteiten hebben voor een groot deel te maken met de visie van

regionale coördinatoren op deskundigheidsbevordering, zoals die beschreven werd in hoofdstuk 5. Als effecten van het eigen handelen werden bijvoorbeeld genoemd een gemotiveerd team van plaatselijke coördinatoren en het feit dat een regionale coördinator een aanspreekpunt vormt voor plaatselijke coördinatoren en anderen. Twee regionale coördinatoren verwachten een 'betere implementatie van nascholing en toetsing' en een 'beter kader voor de deskundigheidsbevordering op plaatselijk niveau' als gevolg van hun eigen activiteiten. Met dit laatste bedoelde de regionale coördinator in kwestie dat er op een gegeven moment draaiboeken voor deskundigheidsbevordering in een soort 'voorgekookte' vorm aangeboden kunnen worden aan de periferie. Dit zou dan vervolgens weer de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering ten goede komen. Een hogere kwaliteit van de nascholing wordt overigens door meerdere regionale coördinatoren genoemd als een effect dat ze verwachten. Daarnaast werden nog genoemd een meer huisartsgerichte nascholing, coördinatie van de nascholing via de SDH en een verhoogde participatie. Deze drie punten kwamen ook al aan de orde in hoofdstuk 5.

Terwijl de meeste regionale coördinatoren wel degelijk enig effect verwachten van hun eigen activiteiten, verwacht een regionale coördinator niet veel van zowel zijn eigen activiteiten als van de SDH in het algemeen. Volgens deze regionale coördinator is de lijn van de SDH op dit moment te onduidelijk. Het beleid zou concreter moeten worden teneinde de vrijblijvendheid onder huisartsen aan te pakken. Het lijkt haast overbodig om aan regionale coördinatoren van de SDH de vraag te stellen wat voor effecten zij verwachten van nascholing en toetsing. De antwoorden van zes van de regionale coördinatoren liggen inderdaad voor de hand. Men noemde zaken als betere voorwaarden voor het functioneren van de huisarts, een verhoging van de kwaliteit van de gezondheidszorg in het algemeen en een verhoging van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door de huisarts in het bijzonder. Dit laatste zou volgens enkele regionale coördinatoren leiden tot substitutie (volgens de één) en patiënten die mondiger zijn, minder medisch afhankelijk en minder somatisch gefixeerd (volgens de ander).

Echt verrassend waren de antwoorden van twee regionale coördinatoren die beiden zeiden **geen** effect te verwachten van nascholing en toetsing, waarbij één van beiden daaraan toevoegde dat alleen huiskamer-nascholing en -toetsing zinvol zijn.

De verwachte effecten van de instelling van de SDH-structuur liggen voor een deel op het organisatorische vlak en voor een deel op het inhoudelijke. Ten aanzien van het laatste verwachten regionale coörd-



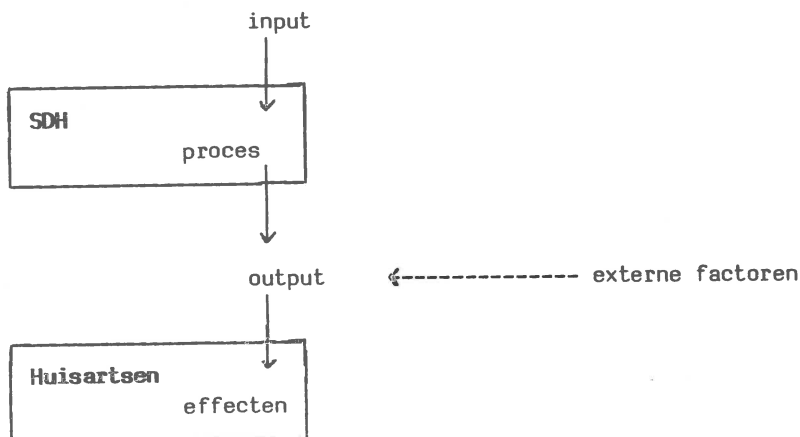
dinatoren een kennistoename bij huisartsen, een beter acceptatie van nascholing en toetsing door huisartsen, meer structuur in de nascholing en een hogere kwaliteit van het aanbod. Ten aanzien van de organisatie noemden enkele regionale coördinatoren 'meer zekerheid in de organisatie' doordat kaderleden betaald worden en 'een toename van de participatie van huisartsen op organisatorisch gebied'.

Op de vraag of er sinds de oprichting van de SDH al iets verbeterd was, dan wel of er veranderingen merkbaar waren ten opzichte van de SNH/STH, antwoordden alle regionale coördinatoren bevestigend. Eén regionale coördinator schreef de verbeterde organisatie van de nascholing toe aan de ondersteuning van de VOH. Twee regionale coördinatoren constateerden dat er een beter zicht op waarneemgroepen ontstaan was, binnen welke enquêtes naar de behoefte aan deskundigheidsbevordering gedaan zijn.

Twee andere regionale coördinatoren vinden dat de coördinatie van nascholing via de SDH al op gang gekomen was. De andere coördinatoren hadden ofwel een verhoging van de participatie geconstateerd, ofwel een nadenken over onderwijskundige principes, ofwel een verbeterde aanspreekbaarheid en verantwoordelijkheid onder plaatselijke coördinatoren.

In paragraaf 12.3 zijn de veranderingen die regionale coördinatoren wensen met betrekking tot deskundigheidsbevordering onderscheiden naar een aantal niveau's, te weten INPUT, PROCES, OUTPUT (ofwel product) en EFFECTEN. In schema:

Schema 1:



Hetzelfde nu, is mogelijk voor de effecten die regionale coördinatoren verwachten van hun eigen activiteiten, de SDH en nascholing en toetsing: wanneer een regionaal coördinator bijvoorbeeld verwacht dat door zijn eigen activiteiten de coördinatie van het aanbod aan deskundigheidsbevordering via de SDH zal gaan lopen, dan is dit een verwachting met betrekking tot het proces (de totstandkoming van het produkt nascholing en toetsing). Wanneer een regionaal coördinator daarentegen verwacht dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening zal verbeteren, dan is dit een verandering met betrekking tot de effecten.

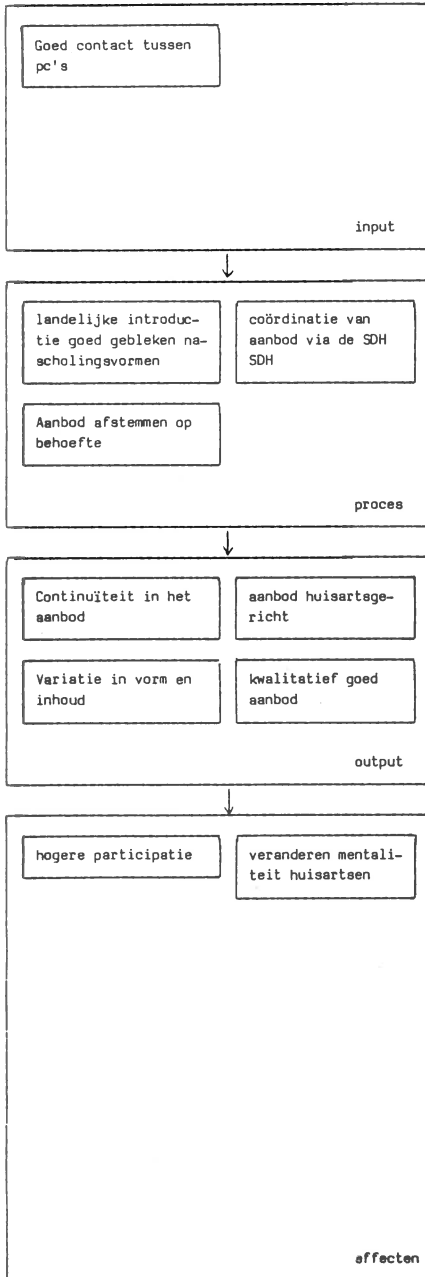
Op deze manier kunnen zowel de gewenste veranderingen, als de verwachte veranderingen ondergebracht worden in een schema. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen veranderingen die betrekking hebben op de INPUT, dan wel het PROCES, dan wel de OUTPUT, dan wel de EFFECTEN. Zie hiervoor schema 2 op pagina 69.

Het is opvallend dat de veranderingen die regionale coördinatoren wensen en de veranderingen die ze verwachten niet zo heel veel van elkaar verschillen.

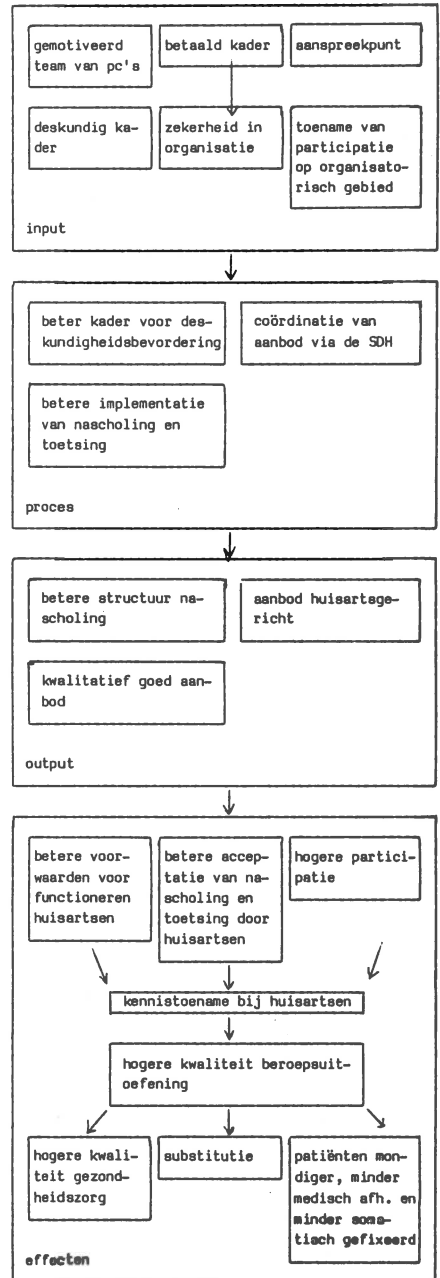
Bij de verwachte veranderingen worden met betrekking tot de INPUT veel meer punten geformuleerd dan bij de gewenste veranderingen. Maar aangezien het hier voor een groot deel veranderingen betreft, die al in gang gezet zijn (het kader wordt immers al betaald, er wordt al gewerkt aan de eigen deskundigheid, er is al een aanspreekpunt gecreëerd) is het logisch dat regionale coördinatoren deze punten niet vermelden onder gewenste veranderingen. Bij veranderingen aanzien van het proces komen de genoemde punten niet geheel overeen. Dit kan echter een kwestie van een andere formulering zijn. De gewenste en verwachte veranderingen met betrekking tot de OUTPUT komen voor een groot deel overeen. De gewenste veranderingen 'continuïteit in het aanbod' en 'variatie in vorm en inhoud' hebben immers rechtstreeks te maken met de verwachte verandering 'een betere structuur van de nascholing'. Ten aanzien van de EFFECTEN tenslotte worden onder verwachte veranderingen veel meer punten geformuleerd dan onder de gewenste veranderingen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de vraagstelling tijdens de interviews. Het ligt meer voor de hand om verwachte veranderingen te formuleren wanneer gevraagd wordt "welke effecten verwacht u als gevolg van uw eigen activiteiten, nascholing, toetsing en de instelling van de SDH in het algemeen?" dan wanneer gevraagd wordt "wat is uw visie op deskundigheidsbevordering?".

## Schema 2:

### Gevaste veranderingen:



### Verwachte veranderingen:



## 13. CONSENSUS-CONFERENTIE SDH

### 13.1. Inleiding

Het doel van de conferentie was om overeenstemming over wat meetbare punten zijn voor een proces- en effectevaluatie van de ingestelde structuur voor deskundigheidsbevordering van huisartsen te bereiken. De conferentie duurde ongeveer twee uur.

Aanwezig waren zeven regionale coördinatoren, twee vertegenwoordigers van het bureau SDH en twee vertegenwoordigers van het Ministerie van WVC.

De volgende onderwerpen kwamen aan bod:

#### 1. De relatie met de VOH's.

Aan de orde kwam de vraag of VOH's alleen financieel-administratieve (secretariële) ondersteuning mogen leveren, of ook inhoudelijk-organisatorische ondersteuning.

#### 2. Het ontwikkelen van beleid.

Een statutaire doelstelling van de SDH is het ontwikkelen van een beleid inzake deskundigheidsbevordering van huisartsen. Hierbij werd tijdens de conferentie de vraag gesteld of beleid op landelijk niveau ontwikkeld moet worden, dan wel op plaatselijk (perifeer) niveau.

#### 3. Kwaliteit van het aanbod.

Wat moet er veranderen aan het aanbod aan deskundigheidsbevordering?

### 13.2. De relatie met de VOH's

Uit de discussie kwam de volgende algemene lijn naar voren.

Het ondersteunende karakter van VOH's is niet overal even duidelijk, omdat VOH's prioriteiten stellen en ondersteuning aan de SDH daarbij niet altijd even hoog scoort. Volgens de regionale coördinatoren geven niet alle VOH's goede secretariële ondersteuning. Niet alle regionale coördinatoren hebben hun secretaresse bij een VOH ondergebracht. Regionale coördinatoren verwachten van een VOH hulp bij:

- administratie;
- secretariaat;
- financiële administratie;

- uitvoeringswerkzaamheden (mailing e.d.);
- conflictsituaties.

Van VOH's wordt verder verwacht dat ze zich **niet** bemoeien met inhoudelijk-organisatorische zaken betreffende deskundigheidsbevordering. Hiervoor werd een aantal redenen aangegeven. Ten eerste speelt er een emotioneel aspect, in die zin dat men zijn eigen 'territo-rium' verdedigt. Daarnaast dragen VOH-directeuren vaak onderwerpen (bijvoorbeeld thuiszorg) aan, waarvoor in de huisartsenwereld geen belangstelling bestaat en berijden VOH-directeuren graag hun eigen stokpaardjes (aldus regionale coördinatoren). Een VOH kan wel zaken signaleren die spelen in het veld, maar wat daar dan verder op het gebied van de deskundigheidsbevordering mee gebeurt, is een zaak van de SDH. Een VOH kan wel, door middel van haar eigen ondersteuningswerkzaamheden, belangrijke voorwaarden scheppen voor deskundigheidsbevordering. Gedacht kan hierbij bijvoorbeeld worden aan mentaliteitsverandering bij huisartsen, versterking van de waarneemgroepen en dergelijke.

### **13.3. Het ontwikkelen van beleid**

Binnen de SDH zijn er twee niveau's waarop beleid gemaakt wordt: het landelijke niveau en het perifere. Volgens de regionale coördinatoren moeten de grote lijnen van het beleid op landelijk niveau uitgezet worden en moet praktisch beleid door de WDH's gemaakt worden. Een beleidsniveau op regionaal niveau ontbreekt formeel, omdat regionale coördinatoren hiërarchisch ondergeschikt zijn aan de SDH.

De grenzen aan wat op centraal niveau geregeld kan worden, worden in feite gesteld door de pluriformiteit tussen en binnen de regio's. Centraal beleid wordt daardoor op perifeer niveau anders en in een ander tempo ingevuld. Door de regionale coördinatoren werd aangegeven dat er binnen regio's plaatsen zijn waar de deskundigheidsbevordering heel goed loopt en plaatsen waar het minder goed, of zelfs slecht gaat. In deze laatste gebieden zal eerst een voedingsbodem gekweekt moeten worden voor deskundigheidsbevordering. Een plaatselijke coördinator in een dergelijk gebied moet terug kunnen vallen op een regionaal coördinator en een groep plaatselijke coördinatoren. Een regionaal coördinator kan ontwikkelingen in problematische gebieden sturen, bijvoorbeeld door ideeën aan te dragen (uitwisselen van goede produkten). Kadertraining is in dit verband ook belangrijk.

Als een belangrijk effect van de SDH, dat nu al zichtbaar is, werd

door alle aanwezigen genoemd dat de participatie stijgt. Een regionaal coördinator formuleerde het als volgt: vroeger waren er ups en downs in enthousiasme en participatie, terwijl tegenwoordig de ups aanhouden, doordat er nu een structuur voor deskundigheidsbevordering is.

#### **13.4. De kwaliteit van het aanbod**

Naast het feit dat de participatie groeit, werd ook nog een aantal andere veranderingen genoemd, door de aanwezige regionale coördinatoren, die vooral betrekking hebben op de kwaliteit van het aanbod. Tijdens de SDH is er meer lange termijnplanning gekomen, nascholing is continu en regelmatig (curriculum), nascholing is meer huisartsgericht, er vindt bezinning plaats op de implementatie, er vindt terugkoppeling plaats en onderlinge afstemming tussen huisartsen en huisartsen en specialisten. Verder werd aangegeven dat verbetering van het aanbod ook te maken heeft met afstemming op de behoefte. Een meetpunt zou bovendien kunnen zijn, hoe de zelfstandigheid van de farmaceutische industrie met betrekking tot deskundigheidsbevordering zich heeft ontwikkeld.

## DEEL D: SAMENVATTING EN CONCLUSIE

### 14. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

#### 14.1. Samenvatting

De organisatiestructuur van de deskundigheidsbevordering en de ondersteuning kent ten eerste een overkoepelende stichting, de Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning huisartsen (SDO). Deze is in het leven geroepen om gesprekspartner van WVC te zijn met betrekking tot de subsidie voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning.

Onder de SDO ressorteren twee landelijke stichtingen, de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH) en de Stichting Ondersteuning Huisartsen (SOH).

De SDH heeft tot doel het bevorderen van de deskundigheid van de huisartsen in Nederland, gericht op verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

De SOH heeft als doel het scheppen van voorwaarden voor en het stimuleren en coördineren van de ondersteuning aan huisartsen in Nederland, een en ander gericht op doelmatige beroepsuitoefening door de huisarts, een goede organisatie en structurering van de eerstelijnszorg en op een goede samenwerking binnen de eerstelijns en op een goede samenwerking met (medisch) specialisten en andere gespecialiseerde voorzieningen).

Uit de organisatie-structuur van deskundigheidsbevordering en ondersteuning blijkt al dat het zwaartepunt op regionaal en plaatselijk niveau ligt. Tegenover de beide vrij kleine landelijke bureaus staan voor wat betreft de deskundigheidsbevordering acht regionale coördinatoren (mesoniveau) en 97 plaatselijke coördinatoren (perifereer niveau).

Voor wat betreft de ondersteuning zijn er in de 20 LHV-districten Verenigingen Ondersteuning Huisartsen (VOH) opgericht door de PHV's in het district.

De regionale coördinatoren zijn hiërarchisch ondergeschikt aan de SDH. De plaatselijke coördinatoren zijn min of meer het uitvoerend orgaan van de autonome, zogenaamde Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH), die ingesteld worden door PHV's.

Net als de WDH's zijn ook de VOH's autonoom. De uitvoering van hun beleid berust bij de 20 VOH-bureaus.

Voor de 20 VOH's gelden als statutaire doelstellingen:

- het bevorderen van de samenwerking tussen huisartsen onderling;
- het bevorderen van de samenhang en samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines, werkzaam in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg;
- het ondersteunen van huisartsen in hun overleg met overheden en financiers;
- het verschaffen van informatie en advies aan huisartsen over vraagstukken die samenhangen met de beroepsuitoefening.

Deze doelstellingen gelden voor alle VOH's. Door VOH's worden echter verschillende prioriteiten gesteld, waardoor de ene VOH zich soms meer bezighoudt met de samenwerking tussen huisartsen onderling, terwijl de andere VOH bijvoorbeeld de nadruk legt op de samenwerking tussen huisartsen en de tweedelijns. Wanneer VOH's zich bezighouden met relaties tussen huisartsen en anderen (bijvoorbeeld ziekenfondsen, andere kerndisciplines of specialisten), is de ondersteuning van VOH's vaak gericht op versterking van de positie van de huisarts in deze relaties.

De activiteiten die aansluiten bij de statutaire doelstellingen zijn voor het bevorderen van de samenwerking tussen huisartsen onderling, ofwel het versterken van waarneemgroepen, ofwel het versterken van de PHV's, of het versterken van het LHV-district.

Op de consensusconferentie voor VOH's is naar voren gekomen dat, theoretisch gezien, begonnen moet worden met het versterken van de waarneemgroepen, omdat dit de kleinste eenheid is waarin huisartsen zijn georganiseerd. Om praktische redenen komt het echter voor dat bepaalde VOH's beginnen met het versterken van een PHV of van het district.

Voor het bevorderen van de samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines, werkzaam in de eerste- of tweedelijnsgezondheidszorg geldt ten eerste dat er een soort herwaardering is ontstaan van de as huisarts-specialist, die de afgelopen jaren relatief weinig aandacht heeft gehad door het beleid gericht op versterking van de eerstelijns. Ten tweede is het zo dat VOH's zich niet bezighouden met verbetering van de samenwerking in het algemeen, maar dat ze zich richten op bepaalde thema's die spelen ofwel binnen de eerstelijns, ofwel in de relatie eerste- - tweedelijns. Voorbeelden van dergelijke thema's zijn thuiszorg, dagverpleging, laboratoriumfaciliteiten voor huisartsen en dergelijke.



Het ondersteunen van huisartsen in hun overleg met overheden en financiers richt zich veelal op het vestigingsbeleid en op contracten met ziekenfondsen. Het verschaffen van informatie en advies van huisartsen over vraagstukken die samenhangen met de beroepsuitoefening komt voor in elke VQH, maar heeft nergens een hoge prioriteit.

Regionale coördinatoren van de SDH hebben doelstellingen die in het algemeen gericht zijn op twee aspecten van de deskundigheidsbevordering. Aan de ene kant is dat een verbetering van het aanbod aan activiteiten, er moet meer structuur in het aanbod komen, het aanbod moet meer huisartsgericht zijn, er moet continuïteit in het aanbod komen, bijvoorbeeld in de vorm van een curriculum. Aan de andere kant is er de vraagkant van de deskundigheidsbevordering. Met betrekking tot deze vraagkant streven regionale coördinatoren een verhoging van de participatie na. Activiteiten van regionale coördinatoren houden vooral in, het coördineren en ondersteunen van plaatselijke coördinatoren en het scheppen van voorwaarden voor het werk van plaatselijke coördinatoren. Concreet komt dit neer op veel vergaderen en overleg voeren en slechts hoogst zelden organiseren regionale coördinatoren bijvoorbeeld zelf een cursus.

Puur organisatorisch gezien, bevinden regionale coördinatoren zich in de weinig benijdenswaardige positie, dat zij als vertegenwoordigers van de landelijke SDH in de regio enerzijds landelijk beleid moeten uitdragen naar de periferie, terwijl zij anderzijds formeel geen enkele invloed hebben op de autonome WDH's en plaatselijke coördinatoren.

Plaatselijke coördinatoren hebben als belangrijkste doelstelling in de eerste plaats het verbeteren van de kwaliteit van het aanbod aan deskundigheidsbevorderende activiteiten en in de tweede plaats het verhogen van de participatie.

De activiteiten die zij ondernemen om hun doelstellingen te verwezenlijken, variëren sterk en lopen van bijvoorbeeld het voeren van overleg en het pogen meer invloed te krijgen op het aanbod, tot het zelf organiseren van cursussen, het doen van onderzoek naar de behoefte van huisartsen aan deskundigheidsbevordering en het aanbrenge van veranderingen in cursussen.

De problemen waarmee plaatselijke coördinatoren daarbij te maken hebben, liggen op het vlak van de motivatie van de doelgroep, het ontbreken van know-how en gebrek aan tijd en menskracht en nascholingsmoeheid ten gevolge van overaanbod.

## 14.2. Conclusie

In deze paragraaf zal getracht worden een antwoord te geven op de eerste twee vragen van de probleemstelling:

- Welke zijn de doelstellingen van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen?
  - a. zoals die door de landelijke organisaties SDH en SOH en het Ministerie van WVC geformuleerd worden;
  - b. zoals die door de lokale coördinatoren SDH en de voorzitters en directeuren VOH geformuleerd worden.
- Op welke manier tracht men deze doelen te verwezenlijken; wat is de inhoud van de werkplannen van de regionale coördinatoren SDH en de directeuren VOH?
- Welke doelstellingen kunnen door middel van onderzoek geëvalueerd worden en welke gegevens dienen daartoe verzameld te worden?

De doelstellingen van de structuur voor deskundigheidsbevordering richten zich op het aanbod en de vraag naar deskundigheidsbevordering. Het aanbod moet kwalitatief goed zijn, plaatselijke coördinatoren hebben aangegeven wat zij daaronder verstaan, en er moet meer structuur in het aanbod gebracht worden, bijvoorbeeld in de vorm van een curriculum.

Met betrekking tot de vraag naar deskundigheidsbevordering streven de coördinatoren van de SDH een verhoging van de participatie na. De manier waarop deze doelen verwezenlijkt worden, varieert sterk. Plaatselijke coördinatoren proberen zelf de gewenste veranderingen aan te brengen in het aanbod en doen zelf pogingen de participatie te verhogen. Regionale coördinatoren houden zich meer bezig met voorwaardescheppende activiteiten, het leveren van de gewenste informatie bijvoorbeeld, of het met elkaar in contact brengen van plaatselijke coördinatoren, zodat zij hun ervaringen op elkaar over kunnen brengen. Tevens is het de taak van regionale coördinatoren om het beleid van de landelijke SDH over te brengen naar de periferie, zodat er enige coördinatie ontstaat.

De doelstellingen van de structuur voor ondersteuning volgen uit de statutaire doelstellingen van VOH's. Doordat er echter prioriteiten gesteld worden door de VOH-besturen, verschillen VOH's onderling, wat hun doelstellingen betreft. Er zijn echter in het algemeen twee belangrijke onderwerpen waarmee VOH's zich bezig kunnen houden. Aan de ene kant is dat met de interne organisatie van huisartsen en aan de andere kant met de relaties tussen huisartsen en andere discipli-

nes in de eerste- en tweedelij.

Veel meer dan de doelstellingen van VOH's, verschillen de activiteiten van VOH's. Voor VOH's zijn er spreekwoordelijk vele wegen die naar Rome leiden. De ene VOH probeert bijvoorbeeld de samenwerking tussen huisartsen onderling te verbeteren door versterking van waarnemgroepen, terwijl een andere VOH hetzelfde probeert te bereiken via versterking van de PHV's.

Voor wat betreft het bevorderen van de samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines is het wel zo dat VOH's onderling overeenstemmen over het feit dat voor het bevorderen van de relaties tussen huisartsen en andere disciplines aangesloten moet worden bij specifieke thema's.

De SOH heeft ten doel het werk van VOH's te ondersteunen en te coördineren en voorwaarden te scheppen voor de ondersteuning.

De belangrijkste activiteit in het kader van ondersteuning en coördinatie is de maandelijkse directeurenvergadering voor VOH-directeuren. Aan verdere ondersteuning en coördinatie komt de SOH wegens tijdgebrek echter nauwelijks toe.

De voorwaardescheppende activiteiten van de SOH bevinden zich in de sfeer van financieel management en personeelsadministratie. Deze activiteiten nemen veel tijd in beslag.

De laatste vraag van de probleemstelling luidde: 'Welke doelstellingen kunnen door middel van onderzoek geëvalueerd worden?' De conclusie is, dat een aantal van de doelstellingen van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning zeker evalueerbaar zijn. Het hoofdonderzoek zal bestaan uit een evaluatie van de processen die zich afspelen binnen de structuur en een evaluatie van de effecten van de instelling van de structuur. Bij de effectmeting moet niet gedacht worden aan effecten van de structuur op de kwaliteit van de beroepsuitoefening van huisartsen, maar aan de vraag in hoeverre de instelling van de structuur bijdraagt aan het scheppen van randvoorwaarden, die noodzakelijk zijn voor een goede kwaliteit van de beroepsuitoefening.

De procesevaluatie voor de deskundigheidsbevordering richt zich op de vraag wat de inhoud is van het beleid van de SDH op landelijk en plaatselijk niveau, op grond van welke input dat beleid tot stand komt en welke activiteiten er ontplooid worden op basis van dat beleid. Daarnaast zal aandacht worden besteed aan de bestuurlijk-organisatorische context, waarbinnen bovengenoemde processen zich afspelen.

De effect-evaluatie voor de deskundigheidsbevordering richt zich op

twee belangrijke randvoorwaarden voor een goede kwaliteit van de beroepsuitoefening, namelijk de kwaliteit van het aanbod aan huisartsen aan dergelijke activiteiten. Voor het meten van de kwaliteit van het aanbod zal allereerst een inventarisatie gemaakt moeten worden van het aanbod aan activiteiten. De beoordeling van de kwaliteit van het aanbod zal vervolgens ten dele plaatsvinden op grond van de criteria die plaatselijke coördinatoren hebben aangegeven en daarnaast op grond van criteria die bijvoorbeeld door het NHG zijn opgesteld. De verhoging van de participatie zal gemeten worden bij individuele huisartsen. Beide metingen zullen op twee tijdstippen verricht worden.

De procesevaluatie voor de ondersteuningsstructuur richt zich op de ondersteuningsvraag die bij VOH's binnenkomt, de manier waarop die vraag omgezet wordt in ondersteuningsbeleid en de ondersteuningsactiviteiten die daaruit voortvloeien. Bij de effectmeting voor de ondersteuningsstructuur zal aandacht besteed worden aan twee belangrijke randvoorwaarden voor een goede kwaliteit van de beroepsuitoefening, namelijk de interne organisatie van huisartsen en de samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines. Zoals tijdens de consensusconferentie naar voren gekomen is, kan de interne organisatie op twee manieren verbeterd worden, namelijk door versterking van de waarnemgroepen of door versterking van een hoger niveau, zoals de PHV's. De effecten zullen achterhaald worden door middel van een regionaal gedifferentieerde opzet. Eerst zal bijvoorbeeld nagegaan worden welke VOH's zich bezighouden met versterking van de waarnemgroepen en welke VOH's dat niet doen. Vervolgens zal dan nagegaan worden of in de regio's waar VOH's zich wel bezighouden met versterking van waarnemgroepen, waarnemgroepen ook daadwerkelijk beter georganiseerd zijn dan in regio's waar VOH's zich hiermee niet bezighouden. Dezelfde procedure zal gevolgd worden voor het meten van effecten van de ondersteuningsstructuur op de samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines. Deze werkwijze komt er feitelijk op neer dat gegevens uit de evaluatie van de processen gebruikt worden om aannemelijk te maken dat effecten die optreden ook inderdaad te maken hebben met activiteiten van VOH's. Ook hier zal op twee tijdstippen gemeten worden. De periode die tussen beide effectmetingen ligt, is zowel voor de deskundigheidsbevordering als de ondersteuning twee jaar.

## BIJLAGEN



## Bijlage 1: lijst van afkortingen

- CBO : Centraal begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
- FOG : Financieel Overzicht Gezondheidszorg
- IOH : Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde
- KNMG : Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- LHV : Landelijke Huisartsen Vereniging
- NHG : Nederlands Huisartsen Genootschap
- NHI : Nederlands Huisartsen Instituut
- O&O : Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg
- PAOG : Postacademisch Onderwijs Geneeskunde
- PAOH : PAOG, sectie Huisartsgeneeskunde
- PHV : Plaatselijke Huisartsen Vereniging
- SDH : Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen
- SDO : Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning huisartsen
- SNH : Stichting Nascholing Huisartsen
- SOH : Stichting Ondersteuning Huisartsen
- STH : Stichting Toetsing Huisartsen
- UHI : Universitair Huisartsen Instituut
- VOH : Vereniging Ondersteuning Huisartsen

WAG : Wetenschappelijke Advies Groep

WDH : Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen

WVC : Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur



## Bijlage 2: checklist interviews regionale coördinatoren

1. Wanneer bent u als regionaal coördinator in dienst getreden bij de SDH? Maand/jaar.
2. Bent u daarvoor ook al actief geweest binnen de SNH of de STH? Zo ja, als wat?
3. Heeft de SDH problemen gehad met het vinden van een regionaal coördinator in uw regio? Zo ja, van welke aard waren die problemen dan?
4. Waarom heeft u de functie van regionaal coördinator aanvaard? Wat stelde u zich voor bij de functie van regionaal coördinator? Zijn die verwachtingen uitgekomen?
5. Wat is uw visie op deskundigheidsbevordering in de toekomst? Wat moet er veranderen, wat juist niet? Bijvoorbeeld op het gebied van:
  - het aanbod aan cursussen/afstemming op de vraag;
  - de vorm/inhoud van cursussen;
  - de kwaliteit van toetsing en nascholing;
  - de participatie.
6. Hoe ziet u uw eigen rol als regionaal coördinator? Welke bijdrage kunt u leveren aan de deskundigheidsbevordering in de toekomst? Heeft u doelstellingen geëxpliciteerd?

U wordt geacht te initiëren/coördineren/organiseren. Hoe geeft u zelf invulling aan deze taken? Welke taak is voor u het belangrijkste?  
Met welke andere organisaties heeft u contact?
7. Hoe is de relatie met de VOH('s)/PAOG/WDH/pc's/PHV's? Vindt u het zinvol dat de "deskundigheidspoot" verbonden is aan de "ondersteuningspoot"?
8. Welke concrete activiteiten onderneemt u om de door u gewenste veranderingen/uw plannen te realiseren? Op welke termijn verwacht u deze plannen doorgevoerd te hebben?
9. Welke problemen of knelpunten treden op bij de verwezenlijking van uw plannen? Heeft u voldoende geld/tijd en dergelijke?

Is de organisatie-structuur van de SDH werkbaar. Hoe is de relatie met de SDH?
10. Welke effecten verwacht u als gevolg van uw activiteiten?

Welke effecten verwacht u van betere nascholing/meer toetsing?  
Welke effecten verwacht u in het algemeen van de instelling van de SDH-structuur?
11. Welke effecten zijn nu al merkbaar sinds de oprichting van de SDH?

Zijn er wezenlijke verschillen tussen de situatie nu en de situatie ten tijde van de SNH/STH?
12. Heeft u gegevens beschikbaar die eventueel van belang zouden kunnen zijn voor een hoofdonderzoek?

## Bijlage 3: checklist interviews VOH-directeuren en -bestuurders



het Nederlands Instituut  
voor de Volksgezondheidszorg  
NIVEL

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

### Vooronderzoek evaluatie structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen

Checklist van in de interviews met VOH-directeuren en -bestuurders aan de orde te stellen onderwerpen

#### I Omgeving

De volgende items hebben betrekking op de omgeving waarin de VOH functioneert. Onder omgeving wordt verstaan het werkgebied met de daarin werkzame huisartsen en andere organisaties (gemeenten, ziekenfondsen, instellingen etc.) waarmee de huisartsen te maken hebben. Getracht wordt na te gaan wat de invloed van de omgeving op het functioneren van de VOH is.

1. Sinds wanneer bestaat de VOH? Aanloopmoeilijkheden voorbij?
2. Wat is het werkgebied van de VOH? In hoeverre hebben kenmerken van het werkgebied invloed op het functioneren van de VOH?  
Bijvoorbeeld: - stedelijke gebieden versus landelijke gebieden;  
- uitgestrektheid maakt VOH-bureau moeilijk bereikbaar;  
- niet samenvallen grenzen met andere bestuurlijke indelingen (bijvoorbeeld WGR) geeft problemen (bijvoorbeeld bij het vestigingsbeleid).
3. - Hoeveel huisartsen functioneren in het werkgebied van de VOH?  
- In hoeveel PHV's zijn ze georganiseerd? Participatiegraad?  
- Is er sprake van een bestuurlijke infrastructuur beneden het niveau van de PHV's? Bijvoorbeeld via de waarnemgroepen?  
- Hoe is de houding van de huisartsen ten aanzien van de VOH bij de oprichting? Interesse? Of juist niet?  
- Andere specifieke kenmerken van de huisartspopulatie die van belang zijn?
4. - Welke contacten zijn er met externe organisaties (bijvoorbeeld gemeenten, ziekenfondsen, instellingen)?  
- In hoeverre is sprake van structureel bestuurlijk overleg?
5. - In hoeverre is het stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg van invloed? Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een academisch ziekenhuis?  
- In hoeverre zijn kenmerken van de instellingen voor gezondheidszorg van belang, bijvoorbeeld de mate van versnippering?  
- In hoeverre functioneren in het werkgebied andere ondersteuningsorganen en in hoeverre is dat van invloed op de VOH?

#### II Organisatie

De volgende vragen gaan in op de organisaties van de VOH's zelf en de relaties met de SOH, de SDH en de andere VOH's.

6. - Wie zijn lid van de VOH? Alleen PHV's of ook anderen? Actieve versus minder actieve leden?
  - Hoe is de relatie met de leden?
7. - Hoe is de samenstelling van het VOH-bestuur? Aantal leden? Alle PHV's vertegenwoordigd? Bestuursleden van buiten de PHV/LHV?
  - Hoe is de taakverdeling tussen het bestuur en het bureau?
    - Hoe komt beleid tot stand?
    - Wie neemt beslissingen over de werkzaamheden?
  - Wie neemt initiatief tot activiteiten? (directeuren, bestuur of opdrachtgever);
  - Wie is formeel opdrachtgever bij activiteiten? (bestuur of buitenwacht);
  - Neemt het bestuur ook inhoudelijke beslissingen over de te geven ondersteuning?
  - Wie maakt concrete doelstellingen? (bestuur of afhankelijk van de vraag naar ondersteuning).
8. - Hoe is de relatie met de SOH? In hoeverre is het directeurenoverleg van belang? Functioneert ook overleg tussen VOH-directeurenoverleg op kleinere schaal? Is er behoefte aan meer ondersteuning vanuit het centrale niveau?
  - Hoe is de relatie met de SDH? (met de plaatselijke coördinatoren, de regionale coördinatoren en de verschillende WDH's).

### III Taakopvatting

In hoeverre de binnenkomende ondersteuningsvragen worden gehonoreerd, hangt af van de taakopvatting van de VOH. Onderstaande vragen gaan daarop in.

9. - In hoeverre kunnen alle bij de VOH binnenkomende ondersteuningsvragen worden gehonoreerd? Indien dat niet zo is, hoe geschiedt dan de prioritering? Vanuit een geëxpliciteerd doelstellingenkader of een beleidsnota. Vindt onderzoek plaats naar behoefte aan ondersteuning.
10. Wat is de taakopvatting van de VOH ten aanzien van:
  - a. Ondersteuning van de PHV's en de LHV-districten:
    - Is het een VOH-taak om het secretariaat van deelnemende PHV's te verzorgen (notuleren, archiveren, etc)?
    - Is het een VOH-taak om bestuursvergaderingen van PHV's bij te wonen en of voor te bereiden?
  - b. Externe ondersteuning:
    - Is het een VOH-taak om huisartsenorganisaties bij informatiebijeenkomst, in overlegsituaties en/of in onderhandelingsituaties te vertegenwoordigen?
    - òf vergezelt de VOH-directeur huisartsendeputaties bij dergelijke gelegenheden?
  - c. Samenwerking:
    - Is het een taak van de VOH-directeur om samenwerkingsprocessen op uitvoeringsniveau te begeleiden? (zowel binnen de eigen discipline als met andere disciplines);
    - òf is het een taak van de VOH-directeur om overleg over samenwerkingsprojecten op bestuurlijk niveau te begeleiden?

**d. Individuele ondersteuning (of aan kleine groepen):**

- De VOH verstrekt informatie op aanvraag;
- De VOH verzorgt korte advisering;
- De VOH verwijst door naar meer deskundige instanties;
- De VOH verzorgt langdurige ondersteuning bij bijvoorbeeld conflicten omtrent praktijkbeëindiging, financiële aangelegenheden, automatisering e.d..

**IV Activiteiten/werkzaamheden**

11. - Welke activiteiten worden door de VOH ondernomen? Kan per activiteit worden aangegeven: de doelstelling(en), de beoogde effecten, een tijdsraming, de opdrachtgever, de werkstructuur, bevorderende en belemmerende factoren op effectuering, verhouding doel/middelen, intern voorwaardenscheppend dan wel ondersteuningsactiviteiten, aanloopactiviteiten, dan wel tijdelijke of permanente activiteiten;
- Kan om een indruk te krijgen van de feitelijke werkzaamheden de agenda van de laatste twee weken worden doorgenomen.

**V Effecten**

12. - Welke meer algemene effecten verwacht u van de SOH/VOH-structuur?
- Zijn er al veranderingen merkbaar sinds de oprichting van de VOH?
  - Wat zijn belangrijke bevorderende en/of belemmerende factoren?
  - Hoe is de verhouding doel/middelen?

**VI Hoofdonderzoek**

- Welke gegevens zijn beschikbaar voor het onderzoek, bijvoorbeeld: - Werkplan, met inventarisatie activiteiten;
- Uitkomst onderzoek naar ondersteuningsbehoeften;
- Inventarisaties van bijvoorbeeld waarneemgroepen, samenwerkingsprojecten;
- Heeft u andere opmerkingen ten aanzien van het hoofdonderzoek?

## Bijlage 4: enquête voor plaatselijke coördinatoren SDH



nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

onderzoek  
evaluatie structuur voor  
deskundigheidsbevordering en  
ondersteuning van huisartsen

enquête voor plaatselijke coördinatoren s.d.h.

inlichtingen:

D.H. de Bakker, D.M.J. Delnoy

NIVEL, telefoon: 030 - 31 99 46

I OPRICHTING WDH

Op 23 april 1986 is de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen opgericht. In het kader van de deskundigheidsbevordering op plaatselijk niveau moeten PHV's overgaan tot de oprichting van een Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen. PHV's met minder dan 25 leden kunnen hiervoor aansluiting zoeken bij een belendende PHV. PHV's met meer dan 100 leden kunnen méér dan één WDH instellen, waarbij als richtlijn geldt 100 leden per WDH. In dit inleidend gedeelte van de enquête wordt ingegaan op dit proces van oprichting en Uw eigen rol daarin.

---

1. Door welke PHV of PHV's is de WDH opgericht?

.....

---

2. Hoeveel procent van de huisartsen in het werkgebied van de WDH is bij benadering lid van de LHV?

.....

---

3. Bestond er in het PHV-gebied vóór de oprichting van de SDH al een plaatselijke werkgroep SNH?

ja

nee: door naar blok II

---

4. Zo ja, is bij het instellen van de WDH voortgebouwd op de reeds bestaande plaatselijk werkgroep SNH?

ja, de plaatselijke werkgroep SNH is vrijwel in zijn geheel omgevormd tot een WDH

gedeeltelijk; een deel van de oude SNH-structuur is blijven bestaan, daarnaast zijn er nieuwe elementen

nee

---

De uitvoering van de taken van de WDH berust bij de plaatselijke coördinatoren.

5. Waarom heeft U de functie van plaatselijk coördinator aanvaard?

.....  
.....  
.....  
.....

6. Een plaatselijk coördinator wordt geacht de deskundigheidsbevordering te organiseren, initiëren en coördineren. Kunt U kort omschrijven welke invulling U aan deze drie taken geeft en welke van deze drie taken U voor een plaatselijk coördinator de belangrijkste acht?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**II DOELSTELLINGEN EN ACTIVITEITEN**

In dit gedeelte van de enquête zal worden ingegaan op Uw visie op deskundigheidsbevordering in de toekomst. Wat er moet veranderen, wat juist niet en hoe ziet U Uw eigen bijdrage aan de deskundigheidsbevordering? Er wordt dus ingegaan op Uw doelstellingen met betrekking tot deskundigheidsbevordering.

---

1. Bent U van mening dat het aanbod aan deskundigheidsbevorderende activiteiten meer moet worden afgestemd op de behoeften van huisartsen?

- ja
- nee: door naar vraag 6

Zo ja, kunt U dan de volgende vragen kort beantwoorden, waarin wordt ingegaan op de bijdrage die Uzelf levert aan de afstemming van het aanbod op de vraag?

---

2. Wordt er in Uw werkgebied inventariserend onderzoek gedaan naar de behoefte aan nascholing onder huisartsen?

- ja, dit soort onderzoek is gedaan
- ja, dit soort onderzoek is nog gaande
- ja, dit soort onderzoek zal binen één jaar gedaan worden
- nee: door naar vraag 6

Zo ja, kunt u dan de volgende vragen beantwoorden?

---

3. Gaat het inventariserend onderzoek alleen in op de voorkeuren van artsen voor bepaalde vormen van nascholing of wordt ook een poging gedaan om hiaten in de kennis van huisartsen op te sporen?

- er wordt alleen ingegaan op de voorkeuren van artsen
- er wordt alleen getracht hiaten in de kennis van huisartsen op te sporen
- beide aspecten komen aan bod

---

4. Kunt U kort omschrijven welke rol de behoefte van huisartsen speelt bij het organiseren van nascholing en toetsing? Laat U zich alleen maar leiden door wat de huisartsen in Uw werkgebied willen, of onderneemt U ook activiteiten op eigen initiatief en naar eigen inzicht?

.....

.....

.....

.....

.....

---

5. Welke problemen of knelpunten doen zich voor bij het bepalen van de behoefte van huisartsen aan deskundigheidsbevordering?

.....

.....

.....

.....

.....

---

6. Probeert U de kwaliteit van toetsing en/of nascholing op de een of andere manier te verbeteren?

- ja
- nee: door naar vraag 11

Zo ja, kunt U dan de volgende vragen beantwoorden?



7. Wat is volgens U kwalitatief goede deskundigheidsbevordering?

.....  
.....  
.....  
.....

---

8. Indien U probeert de kwaliteit van toetsing en/of nascholing te verbeteren, welke concrete activiteiten onderneemt U dan in dit kader?

.....  
.....  
.....  
.....

---

9. Op welke termijn denkt U de kwaliteit van toetsing en/of nascholing wezenlijk te hebben verbeterd?

.....

---

10. Welke problemen of knelpunten doen zich voor bij Uw pogingen om de kwaliteit van toetsing en/of nascholing te verbeteren?

.....  
.....  
.....  
.....

---

11. Streeft U ernaar om het aanbod aan cursussen qua vorm of inhoud te veranderen?

ja

nee: door naar vraag 16

Zo ja, kunt U dan de volgende vragen beantwoorden?

---

12. In welke opzichten zou U het aanbod aan cursussen willen veranderen?

- de cursussen korter maken
- meer zelfwerkzaamheid voor huisartsen binnen de cursussen
- meer toetsing in het kader van de cursussen
- cursussen meer specifiek op de huisarts gericht
- behandeling van andere onderwerpen in de cursussen, namelijk .....
- .....
- anders, namelijk .....
- .....
- .....

(meerdere antwoorden mogelijk)

---

13. Op welke termijn verwacht U deze veranderingen te kunnen doorvoeren?

.....

---

14. Welke problemen treden er op bij Uw pogingen om de cursussen qua vorm of inhoud te veranderen?

.....

.....

.....

.....

---

15. Streeft U ernaar om de participatie aan nascholing en toetsing te verhogen?

- ja
- nee: door naar vraag 20

Zo ja, kunt U dan de volgende vragen beantwoorden?

16. Om welk soort participatie-verhoging gaat het daarbij?

- alleen het aantal deelnemers aan activiteiten verhogen
- proberen om bepaalde groepen huisartsen (bijvoorbeeld huisartsen met extreem grote praktijken) meer aan toetsing en nascholing te laten doen
- beide

---

17. Op welke manier wilt U proberen de participatie te verhogen?

.....

.....

.....

---

18. Op welke termijn probeert U een verhoging van de participatie tot stand te brengen?

.....

---

19. Welke problemen ontmoet U bij uw pogingen om de participatie te verhogen?

.....

.....

.....

---

20. Welke plannen en/of voornemens op het gebied van deskundigheidsbevordering, die in het voorafgaande niet genoemd zijn, heeft U verder nog?

.....

.....

.....

.....

---

21. Kunt U kort aangeven hoe U die plannen ten uitvoer wilt gaan brengen?

.....

.....

.....

22. Op welke termijn denkt U Uw plannen verwezenlijkt te kunnen hebben? (aantal jaren)

.....

---

23. Welke problemen of knelpunten staan een verwezenlijking van Uw plannen in de weg?

.....  
.....  
.....

---

24. Welke prioriteiten stelt U met betrekking tot de in het voorafgaande genoemde doelstellingen? Kunt U de genoemde doelstellingen in een volgorde plaatsen waarbij U aan de belangrijkste doelstelling het cijfer 1 toekent, de daaropvolgende het cijfer 2 etcetera, tot en met de minst belangrijkste?

- Afstemming van het aanbod op de vraag ....
- Kwaliteitsverbetering van nascholing en toetsing ....
- Cursussen qua vorm of inhoud te veranderen ....
- Verhoging van de participatie aan nascholing en toetsing ....
- Anders, namelijk .....  
.....

(meerdere antwoorden mogelijk)

---

Tot slot van dit gedeelte willen wij u een aantal vragen stellen over de effecten die U verwacht als gevolg van Uw activiteiten

---

25. Welke effecten verwacht U van een betere nascholing?

- beter voorschrijfgedrag
- minder verwijzingen naar de tweedelij, omdat huisartsen zich bepaalde vaardigheden (opnieuw) eigen hebben gemaakt
- een hogere kwaliteit van de beroepsuitoefening in het algemeen
- anders, namelijk .....  
.....

(meerdere antwoorden mogelijk)

26. Welke effecten verwacht U van meer en betere onderlinge toetsing?

- meer uniformiteit onder huisartsen voor wat betreft het huisartsgeneeskundig handelen
- minder verwijzingen naar de tweedelij
- een betere samenwerking tussen huisartsen
- uit toetsing kan blijken op welke terreinen huisartsen nascholing behoeven
- hogere kwaliteit van de beroepsuitoefening
- anders, namelijk .....

(meerdere antwoorden mogelijk)

---

27. Welke effecten verwacht U in het algemeen van de instelling van de SDH-structuur op plaatselijk niveau?

.....

.....

.....

.....

.....

---

### III BESCHIKBAARHEID VAN GEGEVENS

Omdat uit het vooronderzoek moet blijken of en op welke manier een hoofdonderzoek mogelijk is, wordt in dit blok nader ingegaan op de beschikbaarheid van eventuele gegevens.

---

1. Indien er in Uw werkgebied een inventariserend onderzoek is verricht naar de behoefte van huisartsen aan nascholing, bent U dan bereid de resultaten van dit onderzoek beschikbaar te stellen voor een eventueel hoofdonderzoek?

- ja
- ja, mits .....
- nee

2. Inventariseert U welke vormen van nascholing voorkomen in Uw werkgebied?

ja

nee: door naar vraag 4

---

3. Zo ja, zou U dan ten behoeve van een eventueel hoofdonderzoek kunnen aangeven:

a. Wat voor soort cursussen er voorkomen?  ja

nee

b. Hoe vaak deze cursussen gehouden worden?  ja

nee

c. Wie deze cursussen organiseert?  ja

nee

d. Hoe hoog de participatie aan de cursussen is en hoe deze zich  
over een aantal jaren gezien ontwikkeld heeft?  ja

nee

e. Welke onderwerpen in die cursussen behandeld worden?  ja

nee

---

4. Inventariseert U het vóórkomen van onderlinge toetsing in Uw werkgebied?

ja

nee

---

5. Zo ja, zou U dan ten behoeve van een eventueel hoofdonderzoek kunnen aangeven:

a. Door hoeveel huisartsen in Uw werkgebied aan onderlinge toetsing wordt gedaan?  ja

nee

b. In welk kader door huisartsen aan onderling toetsing wordt gedaan?  ja

nee

c. Welke methode huisartsen gebruiken bij onderlinge toetsing?  ja

nee

---

6. Over welke gegevens beschikt U verder nog die van belang kunnen zijn voor een eventueel hoofdonderzoek?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

