

**evaluatie structuur voor  
deskundigheidsbevordering  
en ondersteuning van  
huisartsen**

**eindrapport**

Diana Delnoy

januari 1990

Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijns-  
gezondheidszorg (NIVEL)



**bibliotheek**  
otterstraat 118-124  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/615  
fax 030 2729729  
bibliotheek@nivel.nl  
www.nivel.nl

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Delnoy, D.M.J.

Evaluatie structuur voor deskundigheidsbevordering en  
ondersteuning van huisartsen / D.M.J. Delnoy. - Utrecht : Nederlands  
Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL  
ISBN 90-6905-117-6

SISO 604.2 UDC 614.23:37.018.46

Trefw.: deskundigheidsbevordering ; huisartsen

## VOORWOORD

In dit rapport worden de resultaten beschreven van een evaluatie-onderzoek naar de wijze van functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en vormde een vervolg op het vooronderzoek "Evaluatie structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen", waarvan in 1988 verslag is gelegd.

Het rapport van het vooronderzoek besloot nog met de optimistische conclusie dat zowel een evaluatie van processen binnen de structuur als van effecten van de structuur mogelijk zou zijn. Bij de start van het feitelijke evaluatie-onderzoek (augustus 1988) werd echter al snel duidelijk dat mede in verband met de voorgenomen wijzigingen in de opzet van de organisatie, van een effectmeting nietlanger sprake kon zijn. Het evaluatie-onderzoek is derhalve beperkt gebleven tot het analyseren van de manier waarop de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen functioneert, met als toegevoegd doel, dat de evaluatie aanknopingspunten zou bieden voor de toekomstige organisatorische verandering van de structuur.

De begeleiding van zowel het vooronderzoek als het feitelijke evaluatie-onderzoek was in handen van een commissie, gedurende het vooronderzoek bestaande uit

dhr. C. Schouwstra (voorzitter)  
dhr. F. Gardenbroek (WVC)  
dhr. J. Zandvliet (WVC)  
mevr. C. Krug (VOH Amsterdam)  
dhr. H. Staring (bestuurslid SOH)  
dhr. P. Schepp (plaatselijk coördinator SDH)  
dhr. J. Bouwman (regionaal coördinator SDH)  
dhr. C. Blanken (bureau SDH)

Ten behoeve van het hoofdonderzoek is de begeleidingscommissie uitgebreid met

dhr. Ch. Laffrée (LHV)  
mevr. P. Brands (LHV)  
dhr. J. van der Voort (NHG)

Een speciaal woord van dank zou ik willen richten tot Dinny de Bakker, die als projectleider het onderzoek heeft begeleid en aan Simone Kerkhove, Voor het overnemen van talloze organisatorische taken in verband met de interviewronde en de gehouden enquêtes.

Het onderzoek tenslotte, zou niet mogelijk zijn geweest zonder de medewerking van alle personen en instanties die betrokken zijn bij deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen. Voor hun bijdrage aan het onderzoek zou ik in de eerste plaats de SOH, de VOH-directeuren en -bestuursleden, het bureau SDH, de regionale en plaatselijke coördinatoren van de SDH en de WDH-leden willen bedanken, Die telkens weer bereid waren tot het invullen van enquêtes en registratieformulieren en het meewerken aan, soms tijdrovende, interviews. En daarnaast ook de huisartsen, alsmede vertegenwoordigers van externe organisaties van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning die hebben meegewerkt aan de gehouden enquêtes.

## INHOUDSOPGAVE

pag

### DEEL A

<b>1. INLEIDING</b>	<b>3</b>
1.1. Achtergrond	3
1.2. De geplande structuur	5
1.3. Het evaluatie-onderzoek	6
1.4. Opbouw van het rapport	11
<b>2. DE STRUCTUUR VOOR DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN ONDERSTEUNING</b>	<b>12</b>
2.1. Inleiding	12
2.2. Beschrijving van het gepland resultaat	12
2.3. Beschrijving van de geplande middelen	14
2.3.1. De structuur van de organisatie	14
2.3.2. Het gepland functioneren van de organisatie voor deskundigheidsbevordering	17
2.3.3. Het gepland functioneren van de organisatie voor ondersteuning	18
2.4. Analyse van het geplande programma	19
2.4.1. Analyse van het geplande programma voor de deskundigheidsbevordering	20
2.4.2. Analyse van het geplande programma voor de ondersteuning	23
2.4.3. Conclusie	26
<b>3. OPZET EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK</b>	<b>29</b>
3.1. Inleiding	29
3.2. Uitwerking van de probleemstelling	30
3.3. Werkwijze m.b.t. de structuur voor deskundigheidsbevordering	31
3.4. Werkwijze met betrekking tot de ondersteuningsstructuur	33
3.5. De meetinstrumenten	35
3.5.1. De registratie van activiteiten en ondersteuningsvragen	35
3.5.2. De interviews	38
3.5.3. De enquêtes	40

### DEEL B

<b>4. INPUT, BELEID EN ACTIVITEITEN VAN DE SDH</b>	<b>45</b>
4.1. Inleiding	45
4.2. De input	45

	pag
4.2.1. Inleiding	45
4.2.2. De behoefte van huisartsen	46
4.2.3. De invloed van NHG en LHV	47
4.2.4. De invloed van andere organisaties die zich bezighouden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen	49
4.3. Het beleid	50
4.3.1. Inleiding	50
4.3.2. Het beleid op plaatselijk niveau	50
4.3.3. De regionale coördinatoren	53
4.4. De activiteiten	55
4.4.1. Inleiding	55
4.4.2. Activiteiten van plaatselijke coördinatoren	55
4.4.3. Activiteiten van plaatselijke coördinatoren in relatie tot beleid	58
4.4.4. Activiteiten van regionale coördinatoren	60
4.4.5. Activiteiten van regionale coördinatoren in relatie tot beleid	62
4.5. Activiteiten van het bureau SDH	65
4.6. Beoordeling van de tot nu toe behaalde resultaten	67
4.7. Conclusie	68
<b>5. HET GEBRUIK VAN DE SDH EN BEOORDELING VAN DE OPZET VAN DE ORGANISATIE</b>	<b>69</b>
5.1. Inleiding	69
5.2. Het gebruik van de diensten van de SDH door huisartsen	69
5.2.1. Inleiding	69
5.2.2. De participatie van huisartsen aan nascholingsactiviteiten	70
5.2.3. Het volgen van SDH-nascholing	72
5.2.4. Deelname aan onderlinge toetsing	77
5.2.5. Medewerking aan de organisatie van nascholingsactiviteiten	77
5.3. Het gebruik van de SDH door externe organisaties	78
5.3.1. Inleiding	78
5.3.2. Samenwerking tussen externe organisaties en de SDH	79
5.4. Beoordeling van de opzet van de organisatie voor deskundigheidsbevordering	83
5.4.1. Inleiding	83
5.4.2. Beoordeling door medewerkers binnen de organisatie voor deskundigheidsbevordering	84
5.4.3. Beoordeling van de statutaire doelstellingen door huisartsen en externe organisaties	89
5.5. Conclusie	97

**DEEL C**

<b>6. INPUT, BELEID EN ACTIVITEITEN VAN DE ONDERSTEUNINGSORGANISATIE</b>	<b>101</b>
6.1. Inleiding	101
6.2. De input	101
6.2.1. Inleiding	101
6.2.2. De behoefte van huisartsen aan ondersteuning	102
6.2.3. De invloed van de LHV	104
6.2.4. De invloed van andere (ondersteunings)organisaties op het ondersteuningsbeleid	105
6.3. Het beleid van de ondersteuningsorganisatie	106
6.3.1. Inleiding	106
6.3.2. Het adviseren en informeren van huisartsen over zaken die samenhangen met de beroepsuitoefening	107
6.3.3. Ondersteuning van samenwerking tussen huisartsen onderling	108
6.3.4. Samenwerking met andere disciplines en substitutie/thuiszorg	109
6.3.5. Ondersteuning van het overleg met overheden en financiers	110
6.3.6. Prioriteiten en taakafbakening	111
6.4. De activiteiten van de ondersteuningsorganisatie	111
6.4.1. Inleiding	111
6.4.2. Activiteiten van VOH-bureaus	112
6.4.3. Activiteiten in relatie tot beleid	113
6.5. Activiteiten van het SOH-bureau	118
6.6. Beoordeling van de tot nu toe behaalde resultaten	120
6.7. Conclusie	120
<b>7. GEBRUIK VAN DE ONDERSTEUNINGSORGANISATIE EN BEOORDELING VAN DE OPZET VAN DE ORGANISATIE</b>	<b>123</b>
7.1. Inleiding	123
7.2. Het gebruik van de ondersteuningsorganisatie door huisartsen	123
7.3. Het gebruik van de ondersteuningsorganisatie door externe organisaties	130
7.4. Beoordeling van de opzet van de ondersteuningsorganisatie	137
7.4.1. Inleiding	137
7.4.2. Beoordeling door medewerkers binnen de ondersteuningsorganisatie	137
7.4.3. Beoordeling van de statutaire doelstellingen van de VOH door huisartsen en externe organisaties	142
7.5. Conclusie	151

	pag
<b>DEEL D</b>	
<b>8. SAMENVATTING EN CONCLUSIE</b>	<b>155</b>
8.1. Inleiding	155
8.2. Samenvatting	155
8.3. Conclusie	165
8.3.1. Inleiding	165
8.3.2. Deskundigheidsbevordering	167
8.3.3. Ondersteuning	171
BIJLAGE 1	177
BIJLAGE 2	187
BIJLAGE 3	195
BIJLAGE 4	235
BIJLAGE 5	241
<b>LITERATUUR</b>	<b>243</b>



## INHOUDSOPGAVE

pag

### DEEL A

<b>1. INLEIDING</b>	<b>3</b>
1.1. Achtergrond	3
1.2. De geplande structuur	5
1.3. Het evaluatie-onderzoek	6
1.4. Opbouw van het rapport	11
<b>2. DE STRUCTUUR VOOR DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN ONDERSTEUNING</b>	<b>12</b>
2.1. Inleiding	12
2.2. Beschrijving van het gepland resultaat	12
2.3. Beschrijving van de geplande middelen	14
2.3.1. De structuur van de organisatie	14
2.3.2. Het gepland functioneren van de organisatie voor deskundigheidsbevordering	17
2.3.3. Het gepland functioneren van de organisatie voor ondersteuning	18
2.4. Analyse van het geplande programma	19
2.4.1. Analyse van het geplande programma voor de deskundigheidsbevordering	20
2.4.2. Analyse van het geplande programma voor de ondersteuning	23
2.4.3. Conclusie	26
<b>3. OPZET EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK</b>	<b>29</b>
3.1. Inleiding	29
3.2. Uitwerking van de probleemstelling	30
3.3. Werkwijze m.b.t. de structuur voor deskundigheidsbevordering	31
3.4. Werkwijze met betrekking tot de ondersteuningsstructuur	33
3.5. De meetinstrumenten	35
3.5.1. De registratie van activiteiten en ondersteuningsvragen	35
3.5.2. De interviews	38
3.5.3. De enquêtes	40



## 1. INLEIDING

### 1.1. Achtergrond

Op 23 april 1986 werden de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH) en de Stichting Ondersteuning Huisartsen (SOH) opgericht. Hiermee werd een infrastructuur in het leven geroepen voor de beroepsgroep huisartsen, die zorgt voor een overdracht van huisartsgeneeskundige kennis en deskundigheid en die huisartsen en hun organisaties ondersteunt op het vlak van de beroepsuitoefening. Deze oprichting was een rechtstreeks gevolg van een in 1985 gesloten convenant tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden. Overeengekomen werd dat een deel van de in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg voor de huisartsgeneeskunde gereserveerde gelden (8 miljoen gulden) zouden worden besteed aan deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen.

De oprichting van een structuur voor ondersteuning van huisartsen moet tegen de volgende achtergrond worden gezien.

In de 'Nota Eerstelijnszorg' uit 1983 wordt gesteld, dat de huisarts vanwege zijn centrale, generalistische functie in de eerste lijn en het daarmee verbonden brede takenpakket, een groot aantal samenwerkingsrelaties met hulpverleners in de eerste lijn en andere zorgsectoren heeft te onderhouden. Tegelijkertijd wordt echter geconstateerd, dat bij het streven naar een verbeterde samenwerking in de eerste lijn, het ontbreken van goede communicatielijnen, informatie-uitwisseling en doelgerichte overlegprocedures een knelpunt is. De nota geeft aan dat met name op regionaal en lokaal niveau bij de individuele beroepsbeoefenaren belangrijke ondersteuningsfuncties ontbreken, welke samenhangen met beheer, organisatie, werkbegeleiding en deskundigheidsbevordering.

Potentiële overlegpartners van huisartsen klagen over het feit dat niemand aanspreekbaar is op de huisartsenzorg in een regio. Verder blijkt het vaak moeilijk te zijn afspraken met de huisarts als groep te maken. Huisartsen participeren vaak op persoonlijke titel of namens een deel van de zittende huisartsen in overleg. Er is grote variatie in het functioneren van huisartsenorganisaties (LHV-districten, PHV's en waarneemgroepen). Bovendien zijn niet alle huisartsen lid van een Plaatselijke Huisartsen Vereniging. Gemeenten ervoeren dit bijvoorbeeld bij de voorbereiding van de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (De Bakker, 1986)<sup>1</sup>. Maar ook als straks in

het kader van de functionele regionalisatie afspraken tussen de huisartsen en de verzekeraars over de te verlenen zorg dienen worden te gemaakt kan dit probleem weer opgeld doen.

De Landelijke Huisartsen Vereniging onderkent deze problemen en pleit bijvoorbeeld in haar discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' (1988)<sup>2</sup> voor een hechte, goed georganiseerde beroepsgroep op perifeer niveau. Al jaren dringt de beroepsorganisatie aan op financiering van een ondersteuningsorganisatie voor huisartsen. De redenering is dat een ondersteuningsstructuur nodig is om een hechte, goed georganiseerde beroepsgroep tot stand te brengen. Deze is nodig om de huisartsfunctie te versterken, wat op haar beurt weer een voorwaarde is voor de versterking van de eerste lijn; en een sterkere eerste lijn is een algemeen gezondheidszorgbelang. Gewezen wordt op het feit dat andere kerndisciplines aanzienlijk meer menskracht voor ondersteuning beschikbaar hebben.

De overheid heeft met de financiering van de ondersteuningsstructuur dus een lang gekoesterde LHV-wens vervuld in de verwachting dat de ondersteuningsstructuur een bijdrage zal leveren aan de door de overheid zo gewenste samenwerking en samenhang binnen de gezondheidszorg.

De oprichting van een structuur voor deskundigheidsbevordering kan worden gezien tegen de achtergrond van een onvrede over de bestaande deskundigheidsbevordering. Die onvrede richt zich in de eerste plaats op het aanbod aan deskundigheidsbevorderende activiteiten. Kwantitatief gezien is er weliswaar een groot aanbod, maar vaak laat de kwaliteit van de cursussen te wensen over. Verder is het aanbod vaak niet huisartsgericht en slecht op elkaar afgestemd. Anderzijds is de participatie laag en zijn het steeds dezelfde huisartsen die cursussen volgen. Daar komt het probleem bij dat sommige huisartsen eerder geneigd zijn zich niet bij te scholen in onderwerpen die vanuit een objectief standpunt het meeste behoefte hebben maar in onderwerpen die hen toch al het meeste liggen.

De organisatie van nascholing van huisartsen was tot ver in de jaren zestig in handen van medisch specialisten, die het tot hun taak rekenden nieuwe kennis over te dragen aan huisartsen. In de tweede helft van de jaren zestig ontstond binnen de beroepsgroep een steeds sterker wordende behoefte aan specifiek op de huisarts toegesneden nascholing. Dit, en de behoefte het bestaande aanbod aan nascholing kwalitatief te verbeteren en beter af te stemmen leidde tot de oprichting van de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen in 1969, een organisatie die vier jaar later overging in de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH). De SNH werd rechtstreeks gefinancierd uit de LHV-begroting. Een organisatie die zich bezighield met onderlinge toetsing

van huisartsen werd pas in 1983 opgericht. Deze Stichting Toetsing Huisartsen (STH) werd gefinancierd door de Ziekenfondsraad als een voorlopig driejarig project.

De positie van de SNH was bepaald niet zeker. Het was weliswaar een onafhankelijke, zelfstandige stichting, maar werd wel geheel door de LHV gefinancierd. Elk jaar gaf dit op de LHV-vergadering opnieuw discussie. Uiteindelijk weigerde de ledenvergadering de begroting van de SNH nog langer te bespreken als integraal onderdeel van de LHV-begroting. Daarnaast werd langzamerhand de behoefte gevoeld de nascholingsstructuur aan te passen aan nieuwe ontwikkelingen, zoals de oprichting van het Orgaan Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG), en toetsing en nascholing in één organisatie onder te brengen.

Een en ander werd met de oprichting van de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen gerealiseerd. De activiteiten van de oude SNH en STH kwamen daarmee in handen van de SDH. WVC hoopte dat de SDH via verhoging van de deelname van huisartsen aan deskundigheidsbevorderende activiteiten en het creëren van een op de behoefte van huisartsen toegesneden aanbod aan deskundigheidsbevordering zou bijdragen aan verbetering van het deskundigheids- en kennisniveau van huisartsen.

## **1.2. De geplande structuur**

De ondersteuningsstructuur kent twee organisatieniveaus: het landelijke en het LHV-districtsniveau. Op landelijk niveau functioneert de Stichting Ondersteuning Huisartsen (SOH), een door de LHV opgerichte stichting met een bestuur en een bureau onder leiding van een directeur. De SOH levert zelf geen ondersteuning aan huisartsen, maar schept enerzijds via financieel beheer en personeelsadministratie de voorwaarden waaronder de Verenigingen Ondersteuning Huisartsen werken en coördineert anderzijds de activiteiten van de VOH's, onder meer door het organiseren van een maandelijks directeurenoverleg. Het zwaartepunt van de organisatie ligt op decentraal niveau bij de Verenigingen Ondersteuning Huisartsen, die autonoom zijn in het uitstippelen van hun ondersteuningsbeleid. De VOH's zijn opgericht door de plaatselijke huisartsenverenigingen. VOH-besturen bestaan in principe uit minstens twee vertegenwoordigers van LHV-districtsbesturen en verder uit vertegenwoordigers van de leden. Leden zijn organisaties, bestaande uit minimaal tien huisartsen. In de praktijk zijn dit de plaatselijke huisartsenverenigingen. Het eigenlijke werk wordt gedaan door de VOH-bureaus over het algemeen bestaande uit één directeur en één secretaresse.

De deskundigheidsbevordering ten behoeve van huisartsen is georganiseerd op drie niveaus: het landelijke, het regionale en het plaatselijke niveau. Op landelijk niveau functioneert de SDH, met als uitvoerend orgaan het bureau SDH. Hiërarchisch ondergeschikt aan de SDH, werken op regionaal niveau acht regionale coördinatoren. Dit zijn in praktizerende huisartsen die voor een deel van hun tijd in dienst zijn van de SDH. De werkgebieden van de regionale coördinatoren zijn gekoppeld aan de regio's van de universitaire huisartseninstituten, behalve in Twente waar de SDH-regio gekoppeld is aan het werkgebied van de Hoytema-stichting.

Op plaatselijk niveau zijn door de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen een kleine honderd werkgroepen deskundigheidsbevordering huisartsen (WDH's) opgericht. Dit zijn werkgroepen van in de betreffende regio's gevestigde huisartsen, die autonoom zijn in de bepaling van hun beleid ten aanzien van deskundigheidsbevordering. De leden van de WDH's zijn vrijwilligers met één uitzondering. De plaatselijke coördinator is, evenals de regionale coördinator, betaald om hun werk voor de deskundigheidsbevordering van huisartsen te doen.

Afstemming tussen het regionale en het plaatselijke niveau vindt plaats in vergaderingen, die elke regionale coördinator eens per twee maanden voor plaatselijke coördinatoren organiseert.

Een meer uitgebreide beschrijving van de opzet en doelstellingen van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning is opgenomen in hoofdstuk 2.

Voor beide organisaties is het belangrijk op te merken dat de structuur officieel welliswaar in april 1986 is opgericht, maar dat het regionaal en plaatselijk vaak geduurd heeft tot in het voorjaar van 1987 voordat de organisaties aldaar werkelijk begonnen te functioneren.

### **1.3. Het evaluatieonderzoek**

Een voorwaarde van het Ministerie van WVC bij de oprichting van de SOH en de SDH was, dat er te zijner tijd een evaluatie-onderzoek verricht zou worden door een onafhankelijk onderzoeksbureau. Het NIVEL is hiertoe aangezocht. Alvorens onmiddellijk over te gaan tot het evaluatie-onderzoek werd, in overleg met de betrokken organisaties, besloten tot het uitvoeren van een vooronderzoek. Dit omdat op dat moment onvoldoende aangrijpingspunten voor een evaluatie-onderzoek voorhanden waren. Doel van het vooronderzoek was het in kaart brengen van de doelstellingen en werkwijze van de ingestelde structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteu-

ning teneinde de haalbaarheid van een proces- en een effectevaluatie te kunnen schetsen.

De doelstellingen en werkwijze van de SDH en de SOH zijn geïnventariseerd door middel van interviews met functionarissen van de landelijke organisaties, met voorzitters en directeuren van VOH's en met de regionale coördinatoren SDH. De plaatselijke coördinatoren SDH zijn schriftelijk geënquêteerd. In de interviews en de enquête is gevraagd naar de doelstellingen en de werkwijze, naar de verwachte effecten van de ingestelde structuur en de termijn waarop deze effecten merkbaar zouden zijn.

Uit het vooronderzoek bleek een redelijke mate van overeenstemming in de algemene doelstellingen binnen de SOH en de SDH. De doelstellingen van de SDH-coördinatoren bleken de volgende te zijn:

- totstandbrenging van een gestructureerd aanbod aan deskundigheidsbevordering van kwalitatief goed niveau,
- verhoging van de participatie van huisartsen aan deskundigheidsbevorderende activiteiten.

De doelstellingen van de VOH's bleken onder te brengen te zijn onder de volgende algemene thema's:

- versterking van de interne organisatie binnen de beroepsgroep huisartsen,
- structurering van de relaties van de beroepsgroep huisartsen met relevante andere disciplines en organisaties (eerste en tweede lijn, financiers, overheid).

Grote diversiteit bleek echter te bestaan in de wijze waarop VOH-directeuren en SDH-coördinatoren de gestelde doelen wilde bereiken.

Op basis van het vooronderzoek werd in het voorjaar van 1988 door het NIVEL een onderzoeksvoorstel opgesteld voor zowel een proces- als effectevaluatie van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen. Tegelijkertijd echter werd in het voorjaar van 1988 duidelijk dat er mogelijk veranderingen op komst waren in de opzet van de organisatie voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen. Hoewel er nog geen duidelijkheid bestond over de aard van de veranderingen, stond wel vast dat deze per 1 januari 1990 hun beslag zouden krijgen. In verband met deze onzekere situatie werd in mei 1988 besloten het onderzoeksvoorstel voor een proces- en effectevaluatie voorlopig niet in te dienen bij WVC. De besluitvorming over de effectevaluatie werd uitgesteld tot na de zomer, in de hoop dat er dan meer duidelijkheid zou bestaan over de op handen zijnde veranderingen.

In juli van 1988 gaf WVC aan dat zij veel belang hechtten aan een procesevaluatie van het functioneren van de organisatie voor deskundigheidsbevor-

dering en ondersteuning. WVC stelde voor om in afwachting van besluitvorming omtrent de effectevaluatie, alvast een begin te maken met de procesevaluatie, omdat die toch plaats zou kunnen vinden voor 1 januari 1990. WVC sprak de hoop uit dat de procesevaluatie tevens aanknopingspunten zou bieden voor het veranderen van de opzet van de ondersteuningsorganisatie en de organisatie voor deskundigheidsbevordering.

Op 1 augustus 1988 ging dan ook de procesevaluatie van de ondersteuningsstructuur van start, op basis van dat deel van het onderzoeksvoorstel dat betrekking had op deze procesevaluatie.

In september van dat jaar besloot WVC dat een effectmeting niet langer mogelijk en wenselijk was. Gebleken was dat aan een effectevaluatie zwaarwegende methodologische problemen kleven. Het ontbreken van een voormeting, mogelijke selectieproblemen bij een quasi-experimenteel design en mogelijke vertekende informatie uit interviews en enquêtes speelden hierbij een rol. Gevoegd bij de ingrijpende veranderingen die de structuur zou ondergaan per 1-1-1990, betekende dit dat de interpretatie van de opgetreden veranderingen nog moeilijker zou zijn. Om deze redenen is besloten om het onderzoek te beperken tot een procesevaluatie van het functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning.

Ten gevolge hiervan kreeg het NIVEL de opdracht om zo snel mogelijk een nieuw onderzoeksvoorstel te maken voor een afgeronde proces-evaluatie. Dit leidde tot de vreemde situatie dat er een onderzoeksvoorstel gemaakt moest worden, terwijl het betreffende onderzoek in feite al enkele maanden aan de gang was. Een van de vervelende aspecten hiervan was bijvoorbeeld, dat de medewerking van het veld gevraagd moest worden aan een registratie in het kader van het onderzoek, terwijl van de andere kant geen enkele informatie kon worden gegeven over de doelstelling, probleemstelling en opzet van het onderzoek. Daarnaast betekende een en ander dat gedurende het lopende onderzoek extra onderzoeksactiviteiten moesten worden ingelast, zoals een enquête onder huisartsen en enquêtes onder externe organisaties van de structuur, om van de procesevaluatie een afgerond geheel te maken. Extra belastend voor de tijdsplanning van het onderzoek was het feit dat gedurende de loop van het onderzoek drie interne interim-rapportages moesten worden uitgebracht, om de opdrachtgever en andere betrokken partijen (LHV, NHG en de structuur zelf) in een zo vroeg mogelijk stadium op de hoogte te stellen van de resultaten van het onderzoek.

Pas in december van 1988 (vier maanden na de aanvang van het onderzoek) werd het nieuwe onderzoeksvoorstel voor een procesevaluatie van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning, goedgekeurd door de begeleidingscommissie van het onderzoek. De veranderingen



overigens in de structuur die per 1-1-1990 hun beslag hadden moeten krijgen, zijn inmiddels uitgesteld tot 1-1-1991.

In de rest van deze paragraaf zal worden beschreven hoe de evaluatie volgens dit onderzoeksvoorstel heeft plaatsgehad.

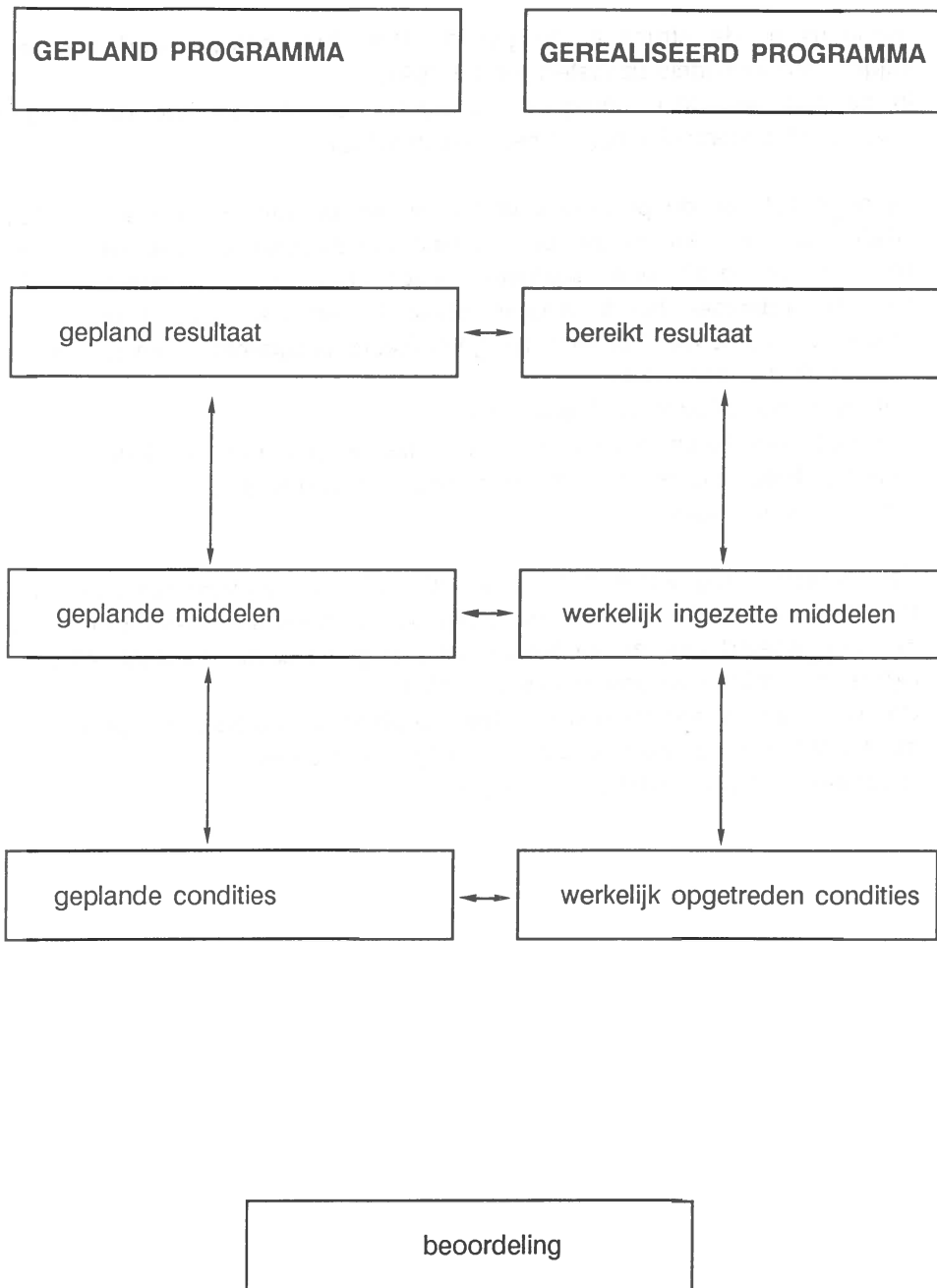
Bij de opzet van de procesevaluatie gaan we uit van het model van Stake (1967)<sup>3</sup>. Dit ten behoeve van de evaluatie van onderwijsprogramma's ontwikkelde model geeft een algemene opzet voor evaluatie-onderzoek. Een evaluatie-onderzoek houdt volgens Stake in dat het gepland programma vergeleken wordt met het werkelijk gerealiseerd programma. Een programma bestaat uit drie onderdelen:

- het resultaat, oftewel de doelstellingen,
- de middelen die aangewend worden ter bereiking van het resultaat,
- de condities, oftewel de omstandigheden en voorwaarden die van invloed zijn op de middelen.

Een gepland programma bestaat derhalve uit een gepland resultaat (doelstellingen), geplande middelen en geplande condities (ingeschatte condities). Een gerealiseerd programma bestaat uit een gerealiseerd resultaat (effecten), ingezette middelen en opgetreden condities.

De mate van overeenstemming tussen gepland en gerealiseerd programma moet worden beoordeeld op tevoren vastgestelde criteria.

In schema ziet het model er als volgt uit:



In het onderzoek wordt grotendeels de in dit schema geschetste systematiek gevolgd. Het geplande programma en de logische samenhang daarbinnen wordt beschreven in hoofdstuk 2.

Het onderzoek naar het gerealiseerde programma richt zich op:

- de gerealiseerde middelen: concreet betekent dit een onderzoek naar het binnen de SDO-structuur ontwikkelde beleid en de ondernomen activiteiten,
- de werkelijk opgetreden condities; dit betekent onderzoek naar invloeden op het binnen de SDO-structuur ontwikkelde beleid en onderzoek naar bekendheid met en gebruik van de SDO-structuur door huisartsen en externe organisaties,
- de beoordeling van het functioneren van de structuur door de betrokkenen.

Het bereikte resultaat blijft buiten beschouwing vanwege de reeds genoemde methodologische problemen. De uiteindelijke beoordeling vindt plaats door de daartoe bevoegde autoriteiten. De mening van de betrokkenen (zowel van binnen de structuur als van potentiële 'afnemers') kan daarbij een rol spelen.

#### **1.4. Opbouw van het rapport**

Het rapport heeft in zekere zin een 'sandwich-structuur'. In hoofdstuk 2 namelijk, wordt het geplande programma beschreven en geanalyseerd. Omdat het geplande programma echter niet kan worden vergeleken met het gerealiseerde programma voordat bekend is wat het gerealiseerde programma inhoudt, zal eerst moeten worden nagegaan hoe het geplande programma feitelijk functioneert. Dit feitelijk functioneren van het programma is onderwerp van de hoofdstukken 4 tot en met 7. Hierin komen de resultaten van het onderzoek naar de deskundigheidsbevordering en de ondersteuning aan de orde. De probleemstelling voor het onderzoek naar het feitelijk functioneren van het programma wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3. In dit hoofdstuk wordt ook de onderzoeksopzet beschreven en het verloop van het onderzoek en de respons verantwoord.

Nadat beschreven is hoe het geplande programma feitelijk functioneert, vindt in hoofdstuk 8 de terugkoppeling plaats naar het schema van Stake en wordt het geplande programma in de conclusie vergeleken met het gerealiseerde programma. Lezers die hoofdzakelijk geïnteresseerd zijn in de evaluatie van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning en minder in het feitelijk functioneren van deze structuur, zouden derhalve kunnen volstaan met het lezen van de hoofdstukken 2 en 8.

## 2. DE STRUCTUUR VOOR DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN ONDERSTEUNING

### 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal allereerst het geplande programma worden beschreven. In de paragrafen 2.2 en 2.3 zullen respectievelijk het resultaat en de middelen worden beschreven. Nadat het geplande programma is beschreven, zal in paragraaf 2.4 het geplande programma worden geanalyseerd. Dit zal als referentiekader dienen waartegen de onderzoeksresultaten kunnen worden afgezet. Het geplande programma zal worden behandeld aan de hand van gegevens die in het vooronderzoek zijn verkregen, met name uit destijds gehouden oriënterende interviews over het proces van oprichting van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning en aan de hand van de statuten van SDH, SOH en VOH's.

### 2.2. Beschrijving van het gepland resultaat

De twee belangrijkste actrices in het proces van oprichting van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning waren het ministerie van WVC en de LHV.

In een brief van december 1985 van de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden aan de LHV wordt het volgende gesteld:

*"Het realiseren van een coherente eerstelijnszorg door bevordering van samenwerking tussen de eerstelijnsdisciplines en het voeren van een beleid gericht op ondersteuning van de diverse eerstelijnsvoorzieningen in hun onderlinge samenhang ligt ten grondslag aan de Nota Eerstelijnszorg. Aan kwaliteitsverbetering van de door de eerstelijnsvoorzieningen geboden zorg wordt in de in deze nota vervatte beleidsvoornemens een hoge prioriteit toegekend. Teneinde een zowel kwalitatief als kwantitatief optimale zorg te kunnen garanderen is het noodzakelijk dat ontwikkelingen en verbeteringen op het terrein van de diverse disciplines aan iedere individuele beroepsbeoefenaar overgedragen kunnen worden. Een adequate infrastructuur voor overdracht van kennis en deskundigheid op het gebied van de huisartsgeneeskunde en ter ondersteuning van de gehele beroepsgroep is essentieel voor handhaving en verbetering van de huisartsgeneeskundige zorg, maar wordt node gemist." (Ministerie van WVC, 1985)<sup>4</sup>.*

Uit deze brief blijken twee voor deze paragraaf belangrijke zaken. Ten eerste namelijk dat het gepland resultaat zijn oorsprong vindt in de Nota Eerstelijnszorg en ligt op het vlak van een coherente eerstelijnszorg en kwaliteitsverbetering van de door eerstelijnsvoorzieningen geboden zorg. En ten tweede dat de geplande middelen een adequate infrastructuur voor overdracht van kennis en deskundigheid op het gebied van de huisartsgeneeskunde en ter ondersteuning van de gehele beroepsgroep zijn. Op de geplande middelen zullen we in de volgende paragraaf terug komen. We zullen nu eerst nader ingaan op het gepland resultaat.

In de Nota Eerstelijnszorg wordt gesteld dat de capaciteit en kwaliteit van de zorg dicht bij huis -de eerstelijnszorg- zoveel mogelijk moet worden versterkt en verbeterd. Daarnaast moet er meer afstemming en samenwerking komen tussen de eerstelijnsvoorzieningen (Nota Eerstelijnszorg, 1983, p. 60) en tussen eerstelijnsvoorzieningen en tweedelijnsvoorzieningen. Dit alles is gericht op het creëren van een zelfstandigheidsbevorderende dienstverlening, met een nadruk op preventie en een individuele verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en het eigen welzijn, als de gezondheid en het welzijn van anderen.

De tweede belangrijke actor in het proces van oprichting van de structuur was de LHV. Binnen de LHV speelden twee zaken een rol. Ten eerste functioneerde er sinds 1973 een Stichting Nascholing Huisartsen die gefinancierd werd door de LHV en onafhankelijk van de LHV, als een project van de Ziekenfondsraad een Stichting Toetsing Huisartsen (sinds 1983). Binnen de gelederen van de LHV was er onvrede ontstaan over het feit dat de SNH wel gefinancierd werd door de LHV, maar dat daartegenover geen zeggenschap over de SNH bestond. Bovendien ontstond langzamerhand de behoefte de bestaande nascholingsstructuur aan te passen aan nieuwe ontwikkelingen zoals de oprichting van het orgaan PAOG en de behoefte om nascholing en toetsing te integreren in een organisatie. Er kan dus gesteld worden dat binnen de LHV het klimaat rijp was voor een verandering van de organisatiestructuur van de nascholing.

Daarnaast had de LHV al jaren gepleit voor financiering van een ondersteuningsstructuur voor huisartsen. De LHV wees erop dat een dergelijke ondersteuning nodig is ter versterking van de beroepsgroep huisartsen, wat op zijn beurt weer van belang is voor versterking van de eerste lijn. Men wees bovendien op het feit dat de andere kerndisciplines een aanzienlijke hoeveelheid menskracht voor ondersteuning beschikbaar hebben en huisartsen niet. In 1985 nu bleek dat er van het geld dat in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg gereserveerd was voor huisartsgeneeskunde, nog 16 miljoen gulden over was. De LHV stelde voor dit geld te gebruiken voor de financie-

ring van deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen. Voor het ministerie van WVC paste dit in het beleid dat gevoerd werd op basis van de Nota Eerstelijnszorg. Nog datzelfde jaar sloten WVC en LHV een convenant waarin ondermeer overeengekomen werd om een bedrag van 8 miljoen gulden te besteden aan deskundigheidsbevordering en ondersteuning. In overleg tussen LHV, WVC en organisatie-adviesbureau Berenschot werd toen een organisatiestructuur ontworpen voor een Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen en een Stichting Ondersteuning Huisartsen. Ook de statuten van de beide stichtingen en de modelstatuten van de Verenigingen Ondersteuning Huisartsen zijn in overleg tussen LHV en WVC opgesteld. In deze statuten staan de doelstellingen van de structuur vermeld, welke beschouwd kunnen worden als het door de beroepsgroep (LHV) en overheid (WVC) gepland resultaat van het programma.

Voor de SDH geldt dat zij enerzijds moet trachten het aanbod aan deskundigheidsbevordering voor huisartsen te verbeteren en anderzijds moet proberen de participatie van huisartsen aan nascholing en toetsing te verhogen. De belangrijkste doelstelling van de ondersteuningsstructuur kan samengevat worden als het verbeteren van de samenhang en samenwerking binnen de eerstelijns en tussen huisartsen en disciplines in de tweedelijns. Voor beide organisaties geldt dat een en ander is gericht op verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door huisartsen, hetgeen beschouwd kan worden als een achterliggende doelstelling.

### **2.3. Beschrijving van de geplande middelen**

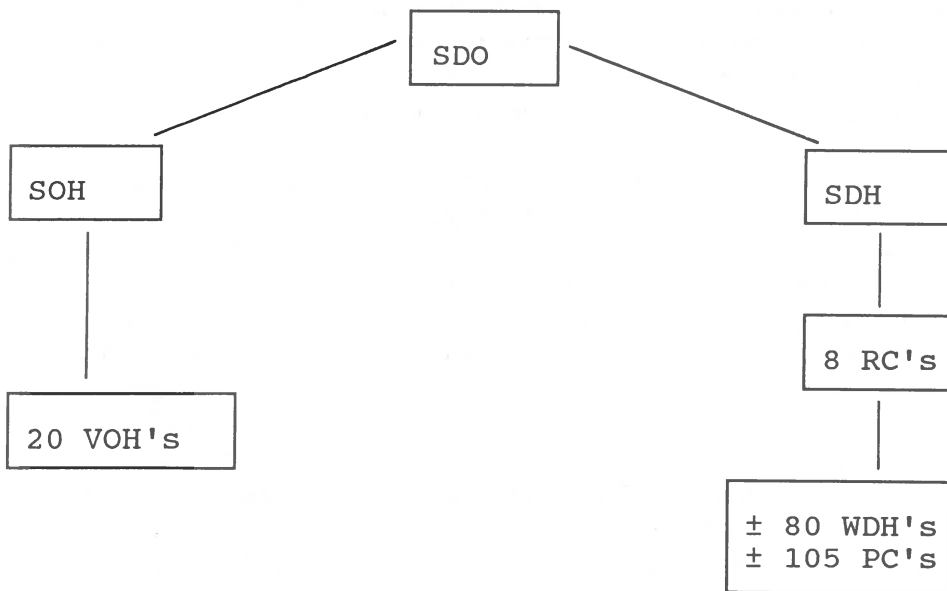
De geplande middelen bestaan uit een organisatie voor deskundigheidsbevordering van huisartsen en een organisatie voor ondersteuning van huisartsen, die beide op een bepaalde moeten functioneren om tot het gepland resultaat te komen.

#### **2.3.1. De structuur van de organisatie**

De structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen bestaat feitelijk uit twee organisaties, de organisatie voor deskundigheidsbevordering van huisartsen en de organisatie voor ondersteuning van huisartsen, met één overkoepelend orgaan, de Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning van huisartsen (SDO). In schema 2.1 is weergegeven hoe de organisatiestructuur van beide organisaties er uit ziet.

In het schema is te zien dat het overkoepelend orgaan van beide organisaties de Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning van huisartsen (SDO) is. Deze stichting bestaat uit alleen een bestuur, eventuele uitvoerende werkzaamheden worden gedaan door het bureau SOH. De SDO is in principe in het leven geroepen om te fungeren als de rechtspersoon aan wie de subsidie voor de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen wordt toegekend. De onder SDO ressorterende SOH en SDH houden zich bezig met de inhoudelijke kant van respectievelijk ondersteuning en deskundigheidsbevordering.

Schema 2.1. Organisatiestructuur van de deskundigheidsbevordering en ondersteuning voor huisartsen.



De ondersteuningsstructuur kent twee organisatieniveaus: het landelijke en het LHV-districtsniveau. Op landelijk niveau functioneert de Stichting Ondersteuning Huisartsen (SOH), een stichting met een bestuur en een bureau, bestaande uit een directeur, een administrateur en een secretaresse. Het bestuur van de SOH bestaat uit vertegenwoordigers van de LHV van het

landelijke, districts- en plaatselijk niveau. Tevens zijn VOH-bestuurders vertegenwoordigd in het SOH-bestuur. De Stichting O&O benoemt een adviseur van het SOH-bestuur. De SOH levert zelf geen ondersteuning aan huisartsen, maar schept enerzijds via financieel beheer en personeelsadministratie de voorwaarden waaronder de twintig Verenigingen Ondersteuning Huisartsen (VOH's) werken en coördineert anderzijds de activiteiten van de VOH's, onder meer door het organiseren van een maandelijks directeurenoverleg.

Het zwaartepunt van de organisatie ligt op decentraal niveau bij de Verenigingen Ondersteuning Huisartsen, die autonoom zijn in het uitstippelen van hun ondersteuningsbeleid. De VOH's zijn opgericht door de plaatselijke huisartsenverenigingen en hebben als werkgebied de twintig districten van de LHV. VOH-besturen bestaan uit tenminste twee vertegenwoordigers van LHV-districtsbesturen en verder uit vertegenwoordigers van de leden. Leden zijn organisaties, bestaande uit minimaal tien huisartsen. In de praktijk zijn dit de plaatselijke huisartsenverenigingen. Het eigenlijke werk wordt gedaan door de VOH-bureaus, bestaande uit één directeur en één of twee secretaressen.

De deskundigheidsbevordering ten behoeve van huisartsen is georganiseerd op drie niveaus: het landelijke, het regionale en het plaatselijke niveau. Op landelijk niveau functioneert de SDH, met als uitvoerend orgaan het bureau SDH. Het bestuur van de SDH bestaat uit vertegenwoordigers van LHV en NHG. Het bureau SDH bestaat uit een directeur, een stafmedewerker en twee secretaressen. Daarnaast is op landelijk niveau een zogenaamde Wetenschappelijk Advies Groep (WAG) ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van het NHG, O&O en het CBO, als adviescommissie van het SDH-bestuur. Hiërarchisch ondergeschikt aan de SDH, werken op regionaal niveau acht regionale coördinatoren. Dit zijn (praktizerende) huisartsen die voor een deel van hun tijd (tegenwoordig anderhalve dag in de week) in dienst zijn van de SDH. De werkgebieden van de regionale coördinatoren zijn gekoppeld aan de regio's van de universitaire huisartseninstituten, behalve in Twente waar de SDH-regio gekoppeld is aan het werkgebied van de Hoytema-stichting. Afstemming tussen het regionale en landelijke niveau van de organisatie vindt voornamelijk plaats via de zeswekelijkse, landelijke vergadering van regionale coördinatoren.

Op plaatselijk niveau zijn door de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen ongeveer tachtig Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH's) opgericht. Dit zijn werkgroepen van in de betreffende regio's gevestigde huisartsen, die autonoom zijn in de bepaling van hun beleid ten aanzien van deskundigheidsbevordering. De leden van de WDH's zijn



vrijwilligers met één uitzondering. De plaatselijke coördinator is, evenals de regionale coördinator, een praktizerend huisarts, die voor één of een halve dag in de week is aangesteld om, in opdracht van zijn/haar WDH werk voor de deskundigheidsbevordering van huisartsen te doen. Er functioneren ongeveer 105 plaatselijke coördinatoren (aan sommige WDH's zijn namelijk twee of drie plaatselijke coördinatoren verbonden). Afstemming tussen het regionale en het plaatselijke niveau vindt plaats in vergaderingen, die elke regionale coördinator eens per twee maanden of één keer in de zes weken voor plaatselijke coördinatoren organiseert.

Behalve de formeel, organisatorische link tussen de organisaties voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen via de overkoepelende SDO, zijn er nog enkele andere dwarsverbanden tussen beide organisaties. In de eerste plaats is het namelijk zo, dat iedereen die binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen werkzaam is, formeel in dienst is bij de SOH. Dit geldt dus niet alleen voor VOH-directeuren en -secretarissen, maar ook voor de medewerkers van het SDH-bureau en regionale en plaatselijke coördinatoren. Daarnaast is het een statutaire doelstelling van alle VOH's, dat zij de SDH in de regio (de facto regionale en plaatselijke coördinatoren) moeten ondersteunen. In de praktijk komt dit erop neer dat een aantal regionale en plaatselijke coördinatoren hun secretariaatswerkzaamheden laten uitvoeren door een VOH-bureau. Verder geven een paar VOH's bijvoorbeeld de nascholingsagenda van de SDH in hun regio uit.

### **2.3.2. Het gepland functioneren van de organisatie voor deskundigheidsbevordering**

Het gepland functioneren van de SDH staat beschreven in de statuten van de SDH en is verder af te leiden uit de functie-omschrijvingen van plaatselijke en regionale coördinatoren. Voor de SDH geldt als statutaire doelstelling, dat zij de deskundigheid van de huisartsen in Nederland moet bevorderen, door het aanbod aan deskundigheidsbevordering te verbeteren en de participatie van huisartsen aan deskundigheidsbevordering te verhogen. Volgens de statuten moet zij daarvoor een beleid ontwikkelen op het gebied van de deskundigheidsbevordering van huisartsen (mede op basis van signalen van plaatselijke en regionale coördinatoren, de LHV, het NHG, de WAG en de sectie huisartsgeneeskunde van het PAOG), alsmede het implementeren van dit beleid. Verder moet zij ervaringen met regionale en perifere deskun-

digheidsbevordering inventariseren, verwerken en verspreiden; het (doen) verzorgen van activiteiten t.b.v. de deskundigheidsbevordering door middel van nascholing en toetsing; het ondersteunen en het bevorderen van de deskundigheid van coördinatoren; het (doen) stimuleren van het deelnemen van huisartsen aan activiteiten in het kader van deskundigheidsbevordering en het verlenen van steun t.b.v. andere activiteiten in het kader van deskundigheidsbevordering.

De SDH moet tenslotte stimuleren dat er door elke PHV een Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen wordt ingesteld, dat door de SOH een plaatselijk coördinator en in de regio's van de Universitaire Huisarts Instituten en in de regio Twente een regionaal coördinator wordt aangesteld.

Verdere geplande middelen zijn af te leiden uit de functie-omschrijvingen van plaatselijke en regionale coördinatoren. In de functie-omschrijving voor plaatselijke coördinatoren worden als belangrijkste taken de volgende genoemd:

- het 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;
- evalueren van activiteiten;
- inventariseren van de behoefte aan specifieke deskundigheidsbevordering, in samenwerking met de WDH en andere hulpverleners in eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg;
- het optreden als adviseur van de WDH en als contactpersoon van de SDH in zijn gebied;
- deelnemen aan vergaderingen van plaatselijke coördinatoren onder leiding van de regionaal coördinator.

Een regionaal coördinator heeft als voornaamste taken het coördineren van activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering voor huisartsen op regionaal niveau en het fungeren als contactpersoon van de SDH in de regio.

### **2.3.3. Het gepland functioneren van de organisatie voor ondersteuning**

Zoals in paragraaf 2.3.1 al gesteld werd, functioneert de SOH in feite als een ondersteuningsorganisatie voor de op districtsniveau werkende VOH's. Zij moet voorwaarden scheppen voor de ondersteuning aan huisartsen in Nederland en deze stimuleren en coördineren, een en ander gericht op een

doelmatige beroepsuitoefening door de huisarts, een goede organisatie en structurering van de eerstelijnszorg, en op een goede samenwerking binnen de eerstelijns en met (medisch) specialisten en ander gespecialiseerde voorzieningen (zie gepland resultaat). Zij moet dit doen door een landelijk beleid terzake van de ondersteuning van huisartsen te ontwikkelen, het onderhouden van relaties in eigen kring (O&O, SDH, NHG en LHV); het bevorderen van contacten en samenwerking op lokaal en regionaal niveau met de andere bij de doelstelling mede betrokken personen en instanties; het instellen van overlegstructuren tussen VOH's op landelijk niveau; het opbouwen van informatie over structurele vraagstukken betreffende de doelstelling, alsmede het bevorderen van ervaringen met methoden voor de aanpak en oplossing hiervan en het verlenen van diensten aan de SDO en de SDH.

De VOH's hebben als doelstelling de samenhang en samenwerking binnen de eerstelijns en tussen huisartsen en disciplines in de tweedelijns te verbeteren. In de statuten van VOH's worden een aantal terreinen genoemd waarop VOH's activiteiten moeten ontplooiën. In de statuten wordt gesproken van:

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

#### **2.4. Analyse van het geplande programma**

In deze paragraaf zal worden nagegaan of, gegeven de geplande middelen verwacht kan worden dat het gepland resultaat behaald wordt. Kan bijvoorbeeld in alle redelijkheid worden verwacht dat met de oprichting van de SDH de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering voor huisartsen wordt verbeterd? In paragraaf 2.4.1 zal het gepland programma voor de beroepsgroep worden geanalyseerd, in paragraaf 2.4.2 het geplande programma voor de ondersteuning. In paragraaf 2.4.3 zal een conclusie worden geformuleerd.

In algemene zin kan over het gepland programma worden opgemerkt, ten eerste dat het twee organisaties betreft, die op een aantal punten aan elkaar gekoppeld zijn en ten tweede dat het gaat om de constructie van een geheel nieuwe structuur van organisaties, die toch gekoppeld is aan de reeds bestaande beroepsorganisaties (LHV en NHG). Deze koppeling aan de

beroepsorganisaties loopt via de besturen en niet rechtstreeks. Voor wat betreft de SDH hebben LHV en NHG samen een nieuw, derde bestuur in het leven geroepen, namelijk het SDH-bestuur, waarin vertegenwoordigers van LHV en NHG zitting hebben, maar dat als bestuur autonoom is en eigen bevoegdheden heeft. Voor de ondersteuningsstructuur heeft de LHV eveneens een nieuw bestuur in het leven geroepen, dat geheel bestaat uit vertegenwoordigers van de LHV en daarnaast uit vertegenwoordigers van VOH-besturen, dat echter ook autonoom is en eigen bevoegdheden heeft.

De invloed van het ministerie van WVC op het geplande programma is vooral terug te vinden in de doelstellingen van het geplande programma voor de ondersteuning. Deze doelstellingen volgen uit de Nota Eerstelijnszorg en uit het algemene beleid van het ministerie ten tijde van de oprichting van de structuur, versterking van de eerstelijnszorg en meer en betere samenwerking tussen de verschillende disciplines in de gezondheidszorg. Hoewel de beide beroepsorganisaties LHV en NHG de doelstellingen van de structuur onderschreven, kan toch gesteld worden dat het voornamelijk gaat om doelstellingen van het ministerie, waaraan de door hen gefinancierde structuur een bijdrage zou moeten leveren.

#### **2.4.1. Analyse van het geplande programma voor de deskundigheidsbevordering**

Het gepland resultaat waaraan de SDH moet bijdragen is het verbeteren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Het bereiken van dit resultaat is in de eerste plaats afhankelijk van de vraag of de kwaliteit van de beroepsuitoefening überhaupt verbeterd kan worden, met andere woorden of de kwaliteit van de beroepsuitoefening niet op het moment van oprichting van de SDH al optimaal was. Iedere poging deze vraag te beantwoorden, strandt onmiddellijk op een tweede, nog veel belangrijkere vraag, namelijk: Is het mogelijk om eenduidig vast te stellen wat kwalitatief goede beroepsuitoefening is? Indien namelijk niet vastgesteld kan worden wat kwalitatief goede beroepsuitoefening is, kan ook niet worden nagegaan in hoeverre de huidige kwaliteit van de beroepsuitoefening optimaal is. In het programma zelf wordt niet omschreven wat men verstaat onder een kwalitatief goede beroepsuitoefening. Wel worden de laatste jaren binnen de beroepsgroep pogingen gedaan om kwalitatief goede huisartsgeneeskunde min of meer te definiëren. De LHV heeft bijvoorbeeld in 1983 een basistakenpakket omschreven, waarin het geheel van taken wordt omschreven, waarop elke, in Nederland praktiserende huisarts, aanspreekbaar is.<sup>5</sup> Daarnaast is het NHG in dit

kader het al geruime tijd bezig met opstellen van standaarden voor het uitvoeren van bepaalde huisartsgeneeskundige taken. Voor zover deze standaarden reeds ontwikkeld zijn, kunnen zij worden beschouwd als kwaliteitsnormen, waaraan het produkt huisartsgeneeskunde zou moeten voldoen.

Gesteld nu dat:

- het mogelijk is om eenduidig vast te stellen wat kwalitatief goede beroepsuitoefening is en
- deelname aan kwalitatief goede nascholing leidt tot verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening;

dan kan de vraag worden gesteld in hoeverre de SDH kan bijdragen aan een verhoging van de deelname van huisartsen aan kwalitatief betere nascholing.

Om te beginnen kan hierover worden opgemerkt dat voor het bereiken van de nogal ambitieuze doelstellingen van het gepland programma, de middelen waarin het gepland programma voorziet op zijn minst bescheiden zijn. De SDH bestaat weliswaar uit ongeveer 120 betaalde medewerkers, maar het grootste deel van deze medewerkers (plaatselijke en regionale coördinatoren) is slechts voor één of een halve dag in de week in dienst van de SOH (die immers de formele werkgever binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning is). Het aantal formatieplaatsen op basis van een 40-urige werkweek is dus aanzienlijk kleiner dan het aantal medewerkers. Verder werkt binnen de SDH nog een grote groep vrijwilligers, namelijk ongeveer 500 WDH-leden. Feitelijk gaat het bij de SDH dus om een vrij kleine professionele organisatie, die veel gebruik moet maken van vrijwilligers.

Eén van de belangrijkste doelstellingen van de SDH in het gepland programma is het verhogen van de participatie van huisartsen aan toetsing en nascholing. In het algemeen gesproken zijn er altijd wel middelen te bedenken die huisartsen voldoende motiveren om deel te nemen aan deskundigheidsbevordering. Verplichtstelling van deelname op straffe van het verlies van de bevoegdheid tot het uitoefenen van de geneeskunst is bijvoorbeeld zo'n middel. De SDH als organisatie beschikt echter over weinig middelen die huisartsen kunnen motiveren tot deelname. Het enige middel dat de SDH ter beschikking staat is overtuigingskracht en de mogelijkheid om een om via een aantrekkelijk nascholingsprogramma huisartsen te bewegen tot deelname. Maar het is de vraag of dat voldoende is. Als huisartsen niet uit zichzelf al overtuigd zijn van het nut van deskundigheidsbevordering, kan het moeilijk zijn voor coördinatoren van de SDH om hierin verandering te brengen.

Het tweede belangrijke middel in het gepland programma is het verbeteren van de kwaliteit van het aanbod. Met betrekking tot het verbeteren van de kwaliteit van het aanbod, kan in de eerste plaats worden geconstateerd dat de SDH bepaald geen monopolie-positie inneemt op de nascholingsmarkt. Nascholing voor huisartsen wordt georganiseerd door diverse andere partijen, waarvan het Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG), ziekenhuizen en specialisten en de farmaceutische industrie de belangrijkste zijn. Theoretisch zou de SDH op twee manieren met deze situatie kunnen omgaan. De eerste optie zou zijn om zelf kwalitatief goede cursussen te organiseren en vervolgens te bewerkstelligen dat huisartsen alleen maar deelnemen aan deze SDH-cursussen. De tweede mogelijkheid voor de SDH is er voor te zorgen dat ook andere partijen, die nascholing voor huisartsen organiseren, kwalitatief goede nascholing verzorgen. De moeilijkheid is, dat de SDH in het eerste geval afhankelijk is van de bereidheid van huisartsen om alleen maar aan SDH-cursussen deel te nemen en in het tweede geval afhankelijk is van de bereidheid van andere partijen om, indien nodig, veranderingen aan te brengen in hun nascholingsaanbod.

Voor wat betreft het organiseren van kwalitatief goede deskundigheidsbevordering wordt er in het gepland programma verder van uitgegaan dat het mogelijk is om de behoefte van huisartsen aan specifieke deskundigheidsbevordering te inventariseren. Daarbij wordt verder in het midden gelaten of het bij die te inventariseren behoefte van huisartsen zou moeten gaan om wensen en voorkeuren van huisartsen met betrekking tot de nascholing, of hiaten in de kennis en vaardigheden van huisartsen. Wensen en voorkeuren van huisartsen zijn betrekkelijk gemakkelijk te achterhalen, bijvoorbeeld door middel van een enquête. Een eenvoudige enquête is echter volstrekt ontoereikend als het erom gaat hiaten in kennis en vaardigheden van huisartsen te ontdekken. Hiaten in kennis en vaardigheden zouden bijvoorbeeld kunnen blijken, indien huisartsen een soort examen zou worden afgenomen over alle huisartsgeneeskundige onderwerpen. Een nog meer omvattende methode voor het peilen van lacunes in kennis en deskundigheid, is onderlinge toetsing door huisartsen. Hieruit kan ook blijken aan welke specifieke deskundigheidsbevordering huisartsen behoefte hebben. Het behoort tot de doelstellingen van de SDH om onderlinge toetsing door huisartsen te stimuleren. De SDH is hierbij echter ook weer afhankelijk van de wil van huisartsen om hieraan deel te nemen en kan huisartsen op geen enkele manier verplichten tot deelname aan toetsing. Wat het inventariseren van de behoefte van huisartsen betreft, kan gesteld worden dat het inventariseren van wensen en voorkeuren van huisartsen op zichzelf betrekkelijk eenvoudig kan zijn. De effectiviteit van een dergelijke behoeftepeiling strekt

zich echter hoogstens uit tot een verhoging van de participatie, omdat die cursussen georganiseerd worden, die huisartsen graag zouden willen volgen. Voor het inventariseren van lacunes in deskundigheid van huisartsen zijn eigenlijk geen goede instrumenten beschikbaar, maar een dergelijke inventarisatie is wel van belang wanneer het erom gaat de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen te bevorderen.

Daarnaast zijn er in de opzet van de organisatie een aantal factoren te onderkennen die van invloed kunnen zijn op de geplande middelen. Het belangrijkste kenmerk van de SDH in organisatorisch opzicht, is de decentrale opzet en het ontbreken van hiërarchische lijnen tussen het landelijke en regionale niveau enerzijds en het plaatselijk niveau anderzijds. WDH's en plaatselijke coördinatoren zijn in principe autonoom voor wat betreft hun beleid en activiteiten. De hele organisatie is opgezet vanuit het idee dat kwalitatief goede nascholing alleen kan opbloeien op het kleinschalige niveau van de plaatselijke organisatie, rekening houdende met de specifieke behoefte van de huisartsen ter plekke. Zoals in de bovenstaande paragraaf al werd gesteld, kan nascholing op basis van wensen en voorkeuren van huisartsen een middel zijn om de participatie te verhogen, zeker in de huidige situatie van vrijwillige nascholing.

Wat verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening betreft is echter in het voorgaande, is gesteld dat het basistakenpakket van de LHV en de standaarden van het NHG als bepaalde minimumeisen kunnen worden beschouwd. De decentrale opzet en het ontbreken van hiërarchische lijnen tussen het landelijke en regionale niveau enerzijds en het plaatselijke niveau anderzijds, hebben echter tot gevolg dat WDH's en plaatselijke coördinatoren niet verplicht zijn bij het maken van nascholing uit te gaan van deze minimumeisen. Zij zouden als het ware bewust of onbewust hun eigen invulling kunnen geven aan het begrip kwalitatief goede beroepsuitoefening.

#### **2.4.2. Analyse van het geplande programma voor de ondersteuning**

Het gepland resultaat waaraan de ondersteuningsstructuur een bijdrage moet leveren, is een goede organisatie van de eerstelijnszorg, een goede samenwerking binnen de eerstelijns en een goede samenwerking tussen huisartsen en tweedelijnsdisciplines, kortom een goede multidisciplinaire samenwerking en daarnaast een goede kwaliteit van de beroepsuitoefening in niet-medische zin. De geplande middelen die de ondersteuningsstructuur daartoe ter beschikking staan, zijn:

- het verschaffen van informatie en advies aan huisartsen over vraagstukken die samenhangen met de beroepsuitoefening;
- het bevorderen van structureel overleg en samenwerking tussen huisartsen onderling en huisartsen en andere disciplines werkzaam in de eerste en tweede lijn;
- het verlenen van ondersteuning aan huisartsen in hun overleg met overheden en financiers;

Voor de ondersteuningsstructuur geldt, evenals voor de deskundigheidsbevordering, dat de geplande middelen zeer bescheiden zijn in verhouding tot de ambitieuze doelstellingen van het geplande programma. De ondersteuningsstructuur bestaat uit het bureau SOH, waar een directeur, een administrateur en een secretaresse werken en verder uit twintig VOH-bureaus, die bestaan uit slechts één directeur en daarnaast een of twee secretaresses. Het moge duidelijk zijn dat van een dergelijk klein aantal medewerkers niet verwacht kan worden dat zij grote veranderingen op het gebied van multidisciplinaire samenwerking kunnen bewerkstelligen.

Het bevorderen van de samenwerking tussen huisartsen onderling kan worden gezien als een voorwaarde om te komen tot samenwerking met andere disciplines. Het is in de praktijk voor andere disciplines namelijk niet mogelijk om te samen te werken met bijvoorbeeld 75 solisten, maar wel met een goed georganiseerde PHV, waarbij 75 huisartsen zijn aangesloten. Het kenmerk van VOH's is echter dat zij **ondersteunings**organisaties zijn. Dat wil zeggen, dat zij weliswaar een eigen beleid kunnen voeren, maar dit beleid is en blijft ondersteuningsbeleid. VOH's kunnen dus niet op eigen houtje besluiten om de samenwerking tussen huisartsen onderling te gaan bevorderen, zij kunnen alleen huisartsen ondersteunen in het verbeteren van hun onderlinge samenwerking. In de praktijk betekent dit, dat VOH's voor hun beleid en activiteiten altijd afhankelijk zijn van het beleid en de activiteiten van de beroepsgroep in hun district en van de behoefte van deze beroepsgroep aan ondersteuning. Indien de beroepsgroep in het district van een VOH er niet voor voelt om de onderlinge samenwerking tussen huisartsen te verbeteren, kan een VOH op dit terrein geen resultaten boeken. Overigens kan hierbij onderscheid worden gemaakt tussen de behoefte van individuele huisartsen in een district en de behoefte van huisartsenorganisaties in een district. Gezien de organisatorische opzet van VOH's is het waarschijnlijk dat de invloed van de huisartsenorganisaties (PHV's en districtsbestuur) groter is dan de invloed van de individuele huisartsen.

Eenzelfde situatie is aan de orde voor wat betreft het bevorderen van de samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines. Niet alleen is de VOH



hiervoor afhankelijk van de bereidheid van de huisartsen in haar district tot samenwerking met andere disciplines, zij is daarnaast ook nog eens afhankelijk van de bereidheid van de betreffende andere disciplines tot samenwerking met de beroepsgroep huisartsen.

De statutaire doelstelling 'het verschaffen van informatie en advies aan huisartsen over vraagstukken die samenhangen met de beroepsuitoefening' kan daarnaast ook een doorkruisende factor vormen voor het implementeren van de overige doelstellingen. Een VOH-bestuur kan bijvoorbeeld wel als beleid aannemen dat huisartsen ondersteund moeten worden in hun samenwerking met andere disciplines, overheden of financiers, maar als de tijd van een VOH-directeur geheel in beslag genomen wordt door bijvoorbeeld vragen van huisartsen over automatisering van de praktijkadministratie, blijft er eenvoudig geen tijd over voor het ondersteunen van huisartsen in overleg en samenwerking met andere disciplines, overheden of financiers. Een dergelijke situatie kan overigens ook aan de orde zijn voor wat betreft de ondersteuningsvragen van de kant van de huisartsenorganisaties. Indien de PHV's veel ondersteuning vragen bijvoorbeeld op het gebied van onderhandelingen met ziekenfondsen, zou er wel eens geen tijd over kunnen blijven voor het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking.

VOH's zijn voor het bereiken van hun statutaire doelstellingen dus niet alleen afhankelijk van de goede wil van andere organisatie in de gezondheidszorg, maar ook van de behoefte van huisartsen in hun districten. Indien daarbij de behoefte van huisartsen aan verschillende vormen van ondersteuning dermate groot is, dat daaraan onmogelijk door één directeur kan worden voldaan, is het door de verhouding geplande middelen-gepland resultaat onvermijdelijk dat niet alle statutaire doelstellingen gehaald worden.

Daarnaast kan ook de structuur van de organisaties van invloed zijn op het implementeren van het geplande programma. De organisatorische opzet van de ondersteuningsorganisatie kenmerkt zich in de eerste plaats door een decentrale opzet en in de tweede plaats door een verwevenheid met en tegelijkertijd autonomie ten opzichte van de LHV.

Om met het laatste te beginnen, de ondersteuningsstructuur is in principe autonoom ten opzichte van de LHV. Maar het bestuur van de SOH wordt gevormd door LHV-bestuurders uit verschillende geledingen van de organisatie en het bestuur van VOH's bestaat uit minimaal twee districtsbestuurders van de LHV en verder uit vertegenwoordigers van de leden (in theorie groepen van méér dan tien huisartsen, maar in de praktijk de PHV's). Het beleid en de activiteiten van de LHV (op landelijk, district- en plaatselijk niveau) zijn daarom onvermijdelijk van invloed op het beleid en de activiteiten

van VOH's.

Voor het bereiken van het geplande resultaat (goede samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines) kan dit uiteraard gevolgen hebben, omdat de LHV, anders dan de ondersteuningsorganisatie, niet gebonden is aan een statutaire doelstellingen op het vlak van multidisciplinaire samenwerking. Indien de LHV bijvoorbeeld als beleid zou aannemen dat de samenwerking tussen huisartsen en specialisten van groot belang is en bevorderd moet worden, terwijl de samenwerking met eerstelijnsdisciplines minder belangrijk wordt gevonden, zou dit kunnen doorwerken in het beleid en de activiteiten van VOH's.

De decentrale opzet van de ondersteuningsorganisatie, het tweede belangrijke organisatorische kenmerk, kan echter de invloed van de LHV op landelijk niveau op het ondersteuningsbeleid afzwakken. Om bij hetzelfde voorbeeld te blijven: indien op landelijk niveau door de LHV wordt besloten dat samenwerking met specialisten belangrijker is dan samenwerking met eerstelijnsdisciplines, terwijl op districtsniveau in een bepaald gebied juist veel behoefte is aan samenwerking met de eerstelijns, kan een autonoom VOH-bestuur besluiten om in de ondersteuning toch de voorrang te geven aan samenwerking binnen de eerstelijns.

In theorie kan worden gesteld dat de decentrale opzet enerzijds en de verwevenheid en daarmee afhankelijkheid van de LHV anderzijds, elkaar redelijk in evenwicht houden. Of dit echter in de praktijk ook het geval is, zal in hoge mate afhankelijk zijn van de opstelling van een VOH-bestuur.

### **2.4.3. Conclusie**

De analyse van het geplande programma voor deskundigheidsbevordering verschaft het referentiekader voor de evaluatie van de structuur voor deskundigheidsbevordering van huisartsen. Het gaat daarbij om te beginnen om de kleine capaciteit van de organisatie in verhouding tot het gepland resultaat.

Daarnaast moet aandacht worden besteed aan de mogelijkheden voor de SDH om de participatie van huisartsen aan nascholing te verhogen. Nagegaan zal moeten worden op welke manier plaatselijke coördinatoren en WDH-leden proberen de participatie te verhogen en in hoeverre zij menen daarin te slagen. Verder kan worden nagegaan in welke mate huisartsen op dit moment deelnemen aan nascholing en toetsing en in hoeverre het hierbij nascholing betreft die georganiseerd is door of in samenwerking met de SDH.

Verder moet worden nagegaan op welke manier de SDH tracht de kwaliteit

van het aanbod aan deskundigheidsbevordering te verbeteren. Hierbij zijn twee punten van belang. Ten eerste moet worden onderzocht in hoeverre de SDH greep heeft op het aanbod dat door andere organisaties wordt georganiseerd, omdat de SDH bepaald niet de enige organisatie is die nascholing voor huisartsen organiseert. In de tweede plaats is het van belang na te gaan hoe de SDH omgaat met de specifieke behoefte van huisartsen aan nascholing. Indien de inhoud van nascholing wordt aangepast aan de hiaten in kennis en deskundigheden van plaatselijke huisartsen, betekent dit een verbetering van de kwaliteit van het aanbod, in die zin dat het aanbod erop gericht is om lacunes in kennis en deskundigheden van huisartsen weg te werken. Indien het aanbod is aangepast aan de wensen en voorkeuren van plaatselijke huisartsen, leidt dit niet automatisch tot een verbetering van de kwaliteit van het aanbod. In dat geval zou wel een verhoging van de participatie verwacht kunnen worden, omdat die cursussen worden georganiseerd, die huisartsen interessant vinden of waaraan zij zelf behoefte denken te hebben.

Tot slot moet aandacht besteed worden aan de manier waarop de SDH in haar huidige decentrale opzet functioneert. Nagegaan moet worden hoe de decentrale opzet van de organisatie zich verhoudt tot het streven naar kwalitatief goede beroepsuitoefening door huisartsen, in het bijzonder in hoeverre in de huidige decentrale opzet toch rekening wordt gehouden met kwaliteitsnormen zoals die geformuleerd worden door LHV en NHG.

Voor het evaluatie-onderzoek betekent dit in grote lijnen dat voor de SDH aandacht moet worden besteed aan de rol die de behoefte van plaatselijke huisartsen speelt, de afstemming met andere organisaties die deskundigheidsbevordering voor huisartsen organiseren en de invloed van LHV en NHG.

De analyse van het geplande programma voor de ondersteuning geeft het referentiekader voor de evaluatie van de ondersteuningsstructuur.

In de eerste plaats verdient de kleine capaciteit van VOH-bureaus in vergelijking tot de doelstellingen aandacht en voor wat betreft de doelstellingen, die zoals werd gezegd passen in het beleid van het ministerie van WVC, moet worden nagegaan of deze in werkelijkheid ook voor VOH's relevant zijn.

In de tweede plaats betreft het hierbij de afhankelijkheid van de VOH's van de behoefte van huisartsen aan ondersteuning. Het evaluatie-onderzoek moet inzicht opleveren in de rol die de behoefte van huisartsen aan ondersteuning speelt voor beleid en activiteiten van VOH's. In het bijzonder moet daarbij ook aandacht worden besteed aan bij VOH's binnenkomende vragen om ondersteuning als mogelijke doorkruisende factor bij het implementeren van

andere statutaire doelstellingen.

Daarnaast is het van belang om na te gaan welke relaties VOH's onderhouden met andere organisaties in de eerste- en tweedelijns en overheden en financiers en met name ook hoe dergelijke andere organisaties tegen een ondersteuningsorganisatie als de VOH aankijken.

Tot slot dient te worden onderzocht welke rol de LHV speelt voor het beleid en de activiteiten van VOH's, met name hoe de decentrale en autonome opzet van de ondersteuningsorganisatie zich verhoudt tot het anderzijds via de leden afhankelijk zijn van het beleid en de activiteiten van de LHV.

Voor de evaluatie van de ondersteuningsstructuur moet dus grofweg aandacht besteed worden aan de invloed van de behoefte van huisartsen aan ondersteuning, de relaties met andere organisaties en de houding van dergelijke andere organisaties ten opzichte van de VOH's en aan de invloed van de LHV op het ondersteuningsbeleid van VOH's, met name in relatie tot de decentrale en autonome opzet van de ondersteuningsorganisatie.

### 3. OPZET EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK

#### 3.1. Inleiding

In hoofdstuk 1 is aangegeven, dat alvorens kan worden overgegaan tot het vergelijken van het geplande programma, zoals dat in hoofdstuk 2 beschreven is, met het feitelijk gerealiseerde programma, onderzocht moet worden wat het feitelijk functioneren van het programma inhoudt. Eerst moet dus worden nagegaan welke middelen werkelijk zijn ingezet en welke condities werkelijk zijn opgetreden. In dit hoofdstuk zal geschetst worden hoe het onderzoek naar het feitelijk functioneren van het programma opgezet en verlopen is.

Om het onderzoek naar het feitelijk functioneren van de organisaties voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning te structureren, kan gebruik gemaakt worden van de zogenaamde systeembenadering. Deze systeembenadering is een manier om naar het functioneren van organisaties te kijken, waarbij ervan wordt uitgegaan, dat een organisatie (=systeem) niet los is te zien van haar omgeving. De nadruk die in de systeembenadering wordt gelegd op de wisselwerking tussen een organisatie en haar omgeving, is voor het evaluatie-onderzoek met name interessant in verband met het gestelde in paragraaf 2.4.3. Daar werd gezegd dat voor het onderzoek naar het feitelijk functioneren van de SDH aandacht besteed zou moeten worden aan de rol die de behoefte van plaatselijke huisartsen speelt, de afstemming met andere organisaties en de invloed van LHV en NHG. Bij het onderzoek naar het functioneren van de ondersteuningsorganisatie zou gelet moeten worden op de behoefte van huisartsen aan ondersteuning, de relaties met andere organisaties en de invloed van de LHV. Omdat zowel de huisartsen, als andere organisaties, de LHV en het NHG beschouwd kunnen worden als de omgeving, waarmee de SDH en de ondersteuningsorganisatie in wisselwerking staan, is de systeembenadering bij uitstek geschikt om het onderzoek naar het functioneren van beide organisaties te structureren.

In het kijken naar een organisatie als dynamisch systeem wordt uitgegaan van de volgende kringloop. Wanneer uitgegaan wordt van een interactie tussen het systeem en zijn omgeving, kan men twee soorten interacties onderscheiden. Aan de ene kant zijn er de inputs. Dit zijn al die zaken die een systeem vanuit zijn omgeving ontvangt. Aan de andere kant zijn er de outputs. Daaronder verstaat men de producten die een systeem voortbrengt en die het systeem verlaten. De omzetting van inputs in outputs noemt men

conversie of omzetting. Binnen het systeem worden op verschillende punten keuzen gemaakt.

De systeembenadering kan dus worden gebruikt voor het structureren van de procesevaluatie. In dat geval dienen de volgende vragen zich aan:

- Welke input ontvangt de organisatie uit zijn omgeving en in hoeverre is hierbij sprake van input afkomstig uit andere organisaties?
- Hoe wordt deze input binnen de organisatie omgezet in output en in hoeverre spelen de activiteiten van andere organisaties daarbij een rol?
- Welke output verlaat de organisatie en in hoeverre betreft het daarbij input voor andere organisaties?

In paragraaf 3.2 zal de probleemstelling voor het onderzoek naar het feitelijk functioneren worden uitgewerkt, in paragraaf 3.3 komt de werkwijze met betrekking tot de structuur voor deskundigheidsbevordering aan de orde, in 3.4 de werkwijze ten aanzien van de ondersteuning. In paragraaf 3.5 wordt nader ingegaan op de meetinstrumenten.

### **3.2. Uitwerking van de probleemstelling**

De systeembenadering betreft de omgeving van een organisatie in haar analyse. Er wordt aandacht besteed aan invloeden die vanuit de omgeving inwerken op de organisatie en aan de producten die de organisatie verlaten naar de omgeving. Hierdoor biedt de systeembenadering de mogelijkheid tot een veelomvattende analyse van het functioneren van een organisatie. De inter-organisatie theorie legt hierbij nog de nadruk op de interacties tussen organisaties onderling. Toegepast op de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning, betekent dit dat allereerst nagegaan zal moeten worden welke input de structuur ontvangt vanuit de omgeving, waarbij ook aandacht zal worden besteed aan de relaties met verwante organisaties, zoals bijvoorbeeld de LHV en het NHG.

Naast deze input uit verwante organisaties, spelen met name ook de wensen en behoeften van de beroepsgroep huisartsen een rol voor de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning.

Vervolgens zal aandacht worden besteed aan de vraag wat er met die input gebeurt binnen het systeem (=organisatie). Hierbij zal aan de orde komen welke prioriteiten er gesteld worden, op grond van welke overwegingen prioriteiten gesteld worden en dergelijke.

Tenslotte zal nagegaan moeten worden welke producten de organisatie

verlaten. Dit kan door na te gaan welke activiteiten worden ondernomen door functionarissen binnen de organisatie. Belangrijk is het om te vermelden dat alleen aandacht besteed zal worden aan de output en niet aan de outcome(=effect), het gaat hier immers om een procesevaluatie.

Het is nu mogelijk om op basis van de systeembenadering de probleemstelling voor de procesevaluatie uit te werken. De volgende vragen zullen door middel van onderzoek beantwoord moeten worden:

1. Welke factoren zijn van invloed op het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid en de daarmee samenhangende activiteiten?
2. Wat is de inhoud van het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid?
3. Welke concrete activiteiten worden ondernomen binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning en hoe verhouden deze zich tot het geformuleerde beleid?
4. In welke mate wordt van de diensten van de structuur gebruik gemaakt door de doelgroep (de huisartsen) en relevante externe organisaties?

Omdat de systeembenadering gebruikt wordt in een evaluatie-onderzoek zal nog een vijfde vraag toegevoegd moeten worden. Het functioneren van de organisaties voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning moet immers niet alleen worden beschreven, maar ook beoordeeld. Het is daarom interessant om na te gaan wat het oordeel is van betrokkenen binnen en buiten de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning over het functioneren van de structuur. Als vijfde vraag van de probleemstelling zal daar om de volgende worden toegevoegd:

5. Wat is het oordeel van de betrokkenen binnen en buiten de structuur over zowel het gepland als het feitelijk functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning?

### **3.3. Werkwijze m.b.t. de structuur voor deskundigheidsbevordering**

In deze paragraaf zal per vraag van de probleemstelling worden aangegeven hoe in het onderzoek getracht is deze vraag te beantwoorden.

Ad 1. Welke factoren zijn van invloed op het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid en de daarmee samenhangende activiteiten?

We hebben verondersteld dat mogelijke beïnvloedende factoren liggen op het vlak van het beleid en de activiteiten van LHV en NHG, de behoefte van

huisartsen aan (bepaalde vormen van) deskundigheidsbevordering en het beleid en de activiteiten van andere organisaties die deskundigheidsbevordering voor huisartsen organiseren.

Beleid en activiteiten van LHV en NHG zijn onderzocht aan de hand van een documentenanalyse. Daarnaast heeft een aantal interviews plaatsgehad met "sleutelfiguren" uit beide organisaties.

In interviews met WDH-leden en plaatselijke coördinatoren is gevraagd naar de invloed van LHV en NHG op het beleid en de activiteiten van de WDH. Om na te gaan wat de invloed van de behoefte van huisartsen is, is in dezelfde interviews gevraagd in hoeverre door plaatselijke coördinatoren en WDH's gebruik gemaakt wordt van inzichten verkregen uit behoeftepeilingen. Eenzelfde werkwijze is gevolgd bij het onderzoeken van de invloed van andere organisaties die deskundigheidsbevordering voor huisartsen organiseren. Gevraagd werd met welke organisaties afstemming van beleid en activiteiten plaatshad en wat de invloed hiervan was op het beleid en de activiteiten van de WDH.

Ook in interviews met regionale coördinatoren is hieraan aandacht besteed.

Ad 2. Wat is de inhoud van het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid?

We gaan ervan uit dat de volgende factoren van invloed zijn op de inhoud van het beleid:

- de boven geformuleerde input;
- de beschikbare middelen;
- andere factoren, met name eigen initiatief en in het verleden geformuleerd beleid.

De inhoud van het beleid en de prioriteiten die gesteld zijn, kunnen blijken uit een analyse van beleidsplannen van de SDH en voor zover aanwezig van de WDH's. Hieruit blijkt echter over het algemeen niet welke keuzen aan deze prioriteitsstelling ten grondslag liggen. In interviews met bestuursleden van de SDH en leden van WDH's is gevraagd wat de inhoud van het beleid is en in hoeverre bepaalde inputs meer dan andere tot uiting komen in het geformuleerde beleid.

Aan regionale coördinatoren is in interviews gevraagd wat naar hun mening de belangrijkste elementen zijn in het beleid van de SDH, omdat regionale coördinatoren formeel geen eigen beleid kunnen voeren.

Ad 3. Welke concrete activiteiten worden ondernomen binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning en hoe verhouden deze zich tot het geformuleerde beleid?

Onder de output van de SDH verstaan we de concrete activiteiten die



ondernomen worden door coördinatoren op landelijk, regionaal en plaatselijk niveau. Welke deze activiteiten zijn, is onderzocht door middel van een registratie, over een periode van vier weken. Uit deze registratie blijkt welke activiteiten er ondernomen worden, hoeveel tijd ze in beslag nemen en voor wat betreft regionale en plaatselijke coördinatoren, hoe de activiteiten verspreid in de tijd plaatsvinden. Regionale en plaatselijke coördinatoren zijn immers maar voor een dag in de week aangesteld. In praktijk komt het echter voor dat coördinatoren hun activiteiten ten behoeve van de deskundigheidsbevordering niet allemaal op een dag in de week uitvoeren, maar verspreid over de hele week.

Naast deze registratie van wat er concreet gedaan wordt binnen de SDH, is in interviews met regionale en plaatselijke coördinatoren nagegaan hoe de ondernomen activiteiten zich verhouden tot het geformuleerde beleid.

Ad 4. In welke mate wordt van de diensten van de structuur gebruik gemaakt door de doelgroep (de huisartsen) en relevante externe organisaties?

Deze vraag is onderzocht door middel van een enquête onder een steekproef van huisartsen. Een enquête onder externe organisaties van de SDH heeft daarnaast licht geworpen op de relaties tussen de SDH en andere organisaties.

Ad 5. Wat is het oordeel van de betrokkenen binnen en buiten de structuur over zowel het gepland als het feitelijk functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning?

De beoordeling van het functioneren van de structuur is aan de orde gekomen tijdens de interviews met het landelijk bureau SDH, de regionale coördinatoren en de plaatselijke coördinatoren en WDH's en daarnaast in de enquête onder huisartsen en externe organisaties.

### **3.4. Werkwijze met betrekking tot de ondersteuningsstructuur**

In deze paragraaf zal voor de ondersteuningsstructuur worden aangegeven hoe getracht is de verschillende vragen van de probleemstelling te beantwoorden.

Ad 1. Welke factoren zijn van invloed op het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid en de daarmee samenhangende activiteiten?

We veronderstelden dat factoren die van invloed zijn op beleid en activiteiten van de ondersteuningsstructuur bestaan uit het beleid en de activiteiten van

de LHV, de vragen om ondersteuning vanuit de beroepsgroep en de relaties met andere organisaties. Onder de werkwijze met betrekking tot de deskundigheidsbevordering is al aangegeven dat het LHV-beleid bestudeerd is aan de hand van beschikbare documenten en via interviews met "sleutelfiguren". In interviews met VOH-besturen en directeuren is gevraagd welke invloed de LHV heeft op beleid en activiteiten van de VOH.

In het onderzoek is getracht de ondersteuningsbehoefte van huisartsen in kaart te brengen door middel van een registratie van bij VOH's binnenkomende ondersteuningsvragen over een periode van acht weken. In de interviews met VOH-besturen en directeuren is op deze ondersteuningsbehoefte teruggekomen, door te vragen naar de invloed van de behoefte van huisartsen aan ondersteuning op het beleid en de activiteiten van de VOH. Tevens is gevraagd naar de mogelijke invloed van en relaties met andere organisaties.

Ad 2. Wat is de inhoud van het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid?

We veronderstellen dat de inhoud van het beleid wordt bepaald door de input, de beschikbare middelen en andere factoren, waaronder eigen initiatief. De inhoud van het beleid kan blijken uit een bestudering van beleidsplannen van SOH en VOH's. Daarnaast waren interviews noodzakelijk met VOH-bestuursleden en -directeuren om na te gaan welke keuzen ten grondslag liggen aan het beleid.

Ad 3. Welke concrete activiteiten worden ondernomen binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning en hoe verhouden deze zich tot het geformuleerde beleid?

Deze vraag is onderzocht door middel van een registratie van activiteiten van VOH-bureaus en het bureau SOH. Deze registratie heeft duidelijk gemaakt welke activiteiten worden ondernomen en hoeveel tijd ze in beslag nemen. De spreiding van de activiteiten in de tijd hoeft hier niet onderzocht te worden omdat VOH-directeuren en de directeur van de SOH een full-time aanstelling hebben.

Interviews met directeuren van VOH's en de SOH waren daarnaast nodig om inzicht te krijgen in de verhouding tussen geformuleerd beleid en concrete activiteiten. De invulling van het beleid vindt immers meestal door de directeuren plaats.

Ad 4. In welke mate wordt van de diensten van de structuur gebruik gemaakt door de doelgroep (de huisartsen) en relevante externe organisaties?

Ook voor de ondersteuning is nagegaan in hoeverre de doelgroep gebruikt maakt van de diensten van de VOH's door middel van de enquête onder huisartsen. Een enquête onder externe organisaties van de VOH's heeft daarnaast inzicht opgeleverd in de relaties tussen de VOH's en externe organisaties.

Ad 5. Wat is het oordeel van de betrokkenen binnen en buiten de structuur over zowel het gepland als het feitelijk functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning?

Deze vraag is aan de orde gekomen tijdens de interviews met VOH-directeuren en -bestuursleden, het landelijk bureau SOH en in de huisartsenenquête en de enquête onder externe organisaties.

### **3.5. De meetinstrumenten**

De gebruikte meetinstrumenten zijn een registratie, interviews en enquêtes. De registratie is gehouden in november en december 1988, de interviews in mei, juni en juli van 1989 en de enquêtes in de zomer van 1989. Voor de metingen geldt dus dat zij plaatsvonden op een moment dat de organisaties op regionaal en plaatselijk niveau in de meeste gevallen pas twee jaar werkelijk functioneerden (voorjaar 1987, zie paragraaf 1.2.).

#### **3.5.1. De registratie van activiteiten en ondersteuningsvragen**

Registratieformulieren zijn verstuurd aan de medewerkers van het bureau SOH en het bureau SDH (vier in totaal), 20 VOH-directeuren, alle secretaresses binnen de structuur, acht regionale coördinatoren en 104 plaatselijke coördinatoren.

Ten behoeve van de registratie zijn zeven soorten registratieformulieren ontworpen:

- een formulier voor de registratie van binnenkomende ondersteuningsvragen bij VOH's;
- een formulier voor de medewerkers van het bureau SOH (met uitzondering van de secretaresse);
- een formulier voor VOH-directeuren;
- een formulier voor secretaresses (van VOH's, SOH en SDH);
- een formulier voor de medewerkers van het bureau SDH (met uitzondering van de secretaresses);

- een formulier voor regionale coördinatoren van de SDH;
- een formulier voor plaatselijke coördinatoren van de SDH.

De verschillende registratieformulieren zijn opgenomen in bijlage 1.

De concept-formulieren zijn besproken met en getest door een aantal betrokkenen voor wie het formulier uiteindelijk bedoeld was. De uiteindelijke formulieren zijn opgesteld overeenkomstig de aanwijzingen van de betrokkenen die het formulier getest hadden.

Hoewel ook het formulier voor de registratie van activiteiten van VOH-directeuren door een VOH-directeur bekeken en getest was, alvorens het aan alle directeuren gestuurd werd, bleek toch na enkele weken dat de meeste VOH-directeuren niet tevreden waren over de opzet van het formulier. Na besprekingen gevoerd te hebben met de directeuren is toen een vereenvoudigde versie van het formulier opgesteld. Hoewel enkele VOH-directeuren reeds begonnen waren met registreren op het oude formulier, vormde dit voor de verwerking van de gegevens geen probleem, omdat de gegevens op de oude formulieren zonder problemen konden worden overgezet naar de nieuwe formulieren.

De duur van de registratieperiode is vastgesteld in overleg met de betrokkenen en bedroeg twee maanden voor de registratie van binnenkomende ondersteuningsvragen en vier weken voor de registratie van activiteiten. Voor werknemers binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning die op fulltime-basis zijn aangesteld (de meeste VOH-directeuren en medewerkers van de landelijke bureaus) betekende dit 20 dagen registreren. Voor secretaresses is het aantal dagen dat geregistreerd is afhankelijk van de omvang van hun aanstelling. Een secretaresse die op fulltime-basis is aangesteld registreerde 20 dagen, secretaresses die een deeltijdbaas hebben registreerden een evenredig deel van de 20 dagen. Regionale en plaatselijke coördinatoren zijn voor hoogstens een dag in de week aangesteld. Dit houdt in dat zij hun activiteiten niet per dag maar per week hebben geregistreerd. Zij hebben dus vier registratieformulieren ingevuld.

Na afloop van de registratieperiode is aan alle betrokkenen een persoonlijke terugrapportage gestuurd, voorzien van een korte lijst met vragen over de representativiteit van de gepresenteerde gegevens.

De registratieformulieren voor het registreren van binnenkomende ondersteuningsvragen zijn verstuurd aan 20 VOH's. Elf VOH's hebben de formulieren ingevuld en terug gestuurd.

De deelname aan de registratie van activiteiten ligt aanmerkelijk hoger. Alle

VOH-directeuren hebben hieraan deelgenomen. Omdat in een district ten tijde van de registratie geen VOH-directeur functioneerde, betekent dit een totale respons van 19 directeuren.

Voor de secretaresses geldt dat ook zij allemaal hebben deelgenomen aan de registratie. Een tweetal VOH's functioneerde echter ten tijde van de registratie zonder secretaresse en in de VOH die zonder directeur functioneert, heeft de secretaresse een groot deel van de functies van de directeur overgenomen, waardoor haar activiteiten per definitie niet representatief zijn. Deze secretaresse heeft dan ook niet deelgenomen aan de registratie.

Van de acht regionale coördinatoren hebben er zeven deelgenomen aan de registratie. De regionaal coördinator die niet heeft deelgenomen, was tijdens de registratieperiode bezig zijn functie neer te leggen.

Van de 104 plaatselijke coördinatoren heeft slechts 52% deelgenomen aan de registratie van activiteiten. De nonrespons varieert niet per regio, behalve voor wat betreft de regio Zuid-Nederland (= provincie Limburg). Uit deze regio heeft geen enkele plaatselijk coördinator deelgenomen aan de registratie.

Hoewel er, behalve voor de registratie van binnenkomende ondersteuningsvragen en de registratie van activiteiten van plaatselijke coördinatoren, gesproken kan worden van een zeer hoge respons, moeten er toch enkele kanttekeningen geplaatst worden bij de status van de verkregen gegevens.

Voor wat betreft de registratie van de binnenkomende ondersteuningsvragen geldt dat het aantal geregistreerde vragen per VOH sterk varieert, namelijk van 120 maximaal tot negen ondersteuningsvragen minimaal. Het gemiddeld aantal vragen per VOH is 31. Een kanttekening die voor de gehele registratie geldt, is dat het gaat om een momentopname van de binnenkomende ondersteuningsvragen en activiteiten.

Ook voor de registratie van activiteiten geldt dat bepaalde activiteiten tijdens de registratieperiode juist veel meer of veel minder dan bijvoorbeeld over een heel jaar gezien, aan de orde zijn gekomen. Bij plaatselijke coördinatoren is dit bijvoorbeeld het geval met de kadertrainingen. Deelnemen aan kadertraining is geen activiteit die plaatselijke coördinatoren iedere week ondernemen. Indien een kadertraining toevallig plaatsvond in de registratieperiode, leidt tot een vertekend beeld.

Voor VOH-directeuren kan gesteld worden dat hun activiteiten vaak afhankelijk zullen zijn van actuele ontwikkelingen die spelen. Dit leidt ertoe dat het moeilijk is om een representatief beeld te geven van het werk van VOH-directeuren. Dit kan bijvoorbeeld met name van invloed zijn op de gegevens over de overlegpartners waarmee en de onderwerpen waarover vergaderd wordt. Bepaalde activiteiten op het registratieformulier zijn door hun aard al

activiteiten die niet op de dagelijkse agenda van een VOH-directeur staan. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan het samenstellen van een informatiebulletin of het organiseren van voorlichtings(mid)dagen of -avonden, maar ook aan zaken zoals beleidsvoorbereiding en financieel management. In een periode waarin een nieuw beleidsplan en een nieuwe begroting geschreven worden, zullen deze laatste activiteiten een onevenredig groot deel van de werktijd opslokken.

In het algemeen geldt dus voor de gegevens uit de registratie dat zij geïnterpreteerd moeten worden als een momentopname van de activiteiten van de medewerkers binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning, als een voorbeeld van hoe een periode van vier weken voor een VOH-directeur, regionaal of plaatselijk coördinator er uit kan zien.

Dit geldt overigens sterker voor met name regionale coördinatoren en VOH-directeuren dan voor plaatselijke coördinatoren, waar door het grotere aantal deelnemers aan de registratie meer kans bestaat op een representatieve weergave van hun activiteiten.

### **3.5.2. De interviews**

Bij de interviews is uitgegaan van een enigszins gestructureerde checklist (opgenomen in de bijlagen 1 tot en met 3). De onderwerpen van de interviews besloegen voor wat betreft VOH's en plaatselijke coördinatoren en WDH's grofweg vier blokken:

- de inhoud van het beleid;
- de invloeden op het beleid, uitgesplitst naar invloeden vanuit de moederorganisaties LHV (en NHG voor de deskundigheidsbevordering), invloeden vanuit de beroepsgroep ter plaatse en invloeden vanuit externe organisaties;
- de activiteiten die ondernomen worden op basis van het beleid;
- het oordeel van de geïnterviewden over het functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen.

De protocollen gebruikt voor de interviews zijn opgenomen in bijlage 2.

Regionale coördinatoren werden alleen geïnterviewd over hun activiteiten en over hun beoordeling van het functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering, omdat op regionaal niveau binnen de SDH formeel geen beleid gemaakt wordt. Wél werd aan regionale coördinatoren de vraag gesteld in hoeverre zij op de hoogte zijn van het beleid van de SDH en wat in dat beleid naar hun mening de belangrijkste punten zijn.

De interviewverslagen zijn na afloop van de interviewronde ter autorisatie toegestuurd aan de betrokkenen.

Interviews zijn gehouden met:

- 20 VOH-directeuren en één of meer van hun bestuurders;
- 17 plaatselijke coördinatoren en één of meer WDH-leden;
- 8 regionale coördinatoren.

Voor wat betreft de VOH's en de regionale coördinatoren is dus de gehele populatie geïnterviewd. Van de plaatselijke coördinatoren is een steekproef geïnterviewd. Deze steekproef is getrokken uit een bestand van 40 plaatselijke coördinatoren. Het betrof daarbij plaatselijke coördinatoren die zowel aan de enquête uit het vooronderzoek als aan de registratie van activiteiten, die in november en december van het vorig jaar heeft plaatsgehad en die bovendien hun functie nog uitoefenden ten tijde van de interviewronde. Door uit te gaan van plaatselijke coördinatoren die zowel aan de enquête als aan de registratie hadden meegewerkt, werd de populatie waaruit een steekproef getrokken kon worden ongeveer gehalveerd. Ondanks deze beperking is hiervoor toch bewust gekozen, omdat hierdoor informatie beschikbaar is over een langere periode (de enquête werd namelijk eind 1987 gehouden) en omdat het houden van een interview met een plaatselijke coördinator die niet meegewerkt had aan de registratie weinig zinvol was. De interviews vormen namelijk slechts één schakel in de dataverzameling. De steekproef onder plaatselijke coördinatoren

betrof een gestratificeerde steekproef waarbij rekening gehouden werd met de volgende variabelen:

- De grootte van de PHV waardoor de WDH is opgericht:  
PHV's met meer dan het gemiddelde aantal van 120 huisartsen in het werkgebied (N.B. het betreft hier dus niet slechts PHV-leden) werden beschouwd als grote PHV's. PHV's met minder dan 120 huisartsen in het werkgebied werden beschouwd als kleine PHV's.
- Het al dan niet voortgebouwd hebben op een SNH-nascholingscommissie bij de oprichting van de WDH.
- De urbanisatiegraad van het werkgebied van de WDH:

uitgegaan werd van de omvang van de grootste stad binnen het werkgebied. Er werden drie groepen onderscheiden, te weten WDH's zonder een stad van méér dan 50.000 inwoners in het werkgebied, WDH's met een stad van 50.000 tot 100.000 inwoners in het werkgebied en WDH's met een stad van méér dan 100.000 inwoners in het werkgebied.

- De afstand tot een Universitair Huisartsen Instituut:

WDH's met een UHI in hun werkgebied of waarvan in ieder geval een deel van het werkgebied binnen een straal van 20 kilometer van een UHI ligt, werden beschouwd dichtbij een UHI te liggen. Hoewel in Nederland de afstand tot een UHI zelden écht ver is, is ervan uitgegaan dat de overige

WDH's ver van een UHI liggen.

### **3.5.3. De enquêtes**

Er zijn drie soorten enquêtes verstuurd:

1. een enquête naar huisartsen;
2. een enquête naar externe organisaties voor ondersteuning;
3. een enquête naar externe organisaties van de deskundigheidsbevordering.

De enquêtes zijn opgenomen in bijlage 3.

#### **Ad 1. De huisartsenenquête.**

De enquête bestond uit drie delen, deel 1 behandelde de kennis, het gebruik en de beoordeling van het functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering, deel 2 ging over de kennis, het gebruik en de beoordeling van het functioneren van de ondersteuningsstructuur en deel 3 was bedoeld voor huisartsen in bestuurlijke functie, waarbij in dat deel van de enquête dieper werd ingegaan op de relatie tussen SDH, ondersteuningsstructuur en de PHV of het district waarbinnen de betreffende huisartsen hun bestuurlijke functie uitoefenen.

De enquête is, voorzien van een aanbevelingsbrief van de LHV, verstuurd naar 579 bestuurlijk actieve huisartsen en 1006 bestuurlijk niet actieve huisartsen (1585 huisartsen in totaal).

De bestuurlijke actieve huisartsen aan wie een enquête is gestuurd, komen voor op de door de LHV beschikbaar gestelde lijst van huisartsen in het bestuurlijk kader. Alle op deze lijst voorkomende huisartsen hebben een enquête ontvangen, behalve de regionale en plaatselijke coördinatoren en de VOH-directeuren, die ook op de lijst staan. De 1006 bestuurlijk niet actieve huisartsen zijn afkomstig uit een willekeurig getrokken steekproef van 1100 huisartsen, waaruit vóór het verzenden van de enquêtes die huisartsen zijn gehaald die al op de lijst met bestuurlijk actieve huisartsen stonden.

De eerste vraag in de enquête betrof het lidmaatschap van een WDH of van het bestuur van een VOH. Indien een huisartsen lid was van een WDH of van een VOH-bestuur, dan moest de enquête niet ingevuld terug gestuurd worden (de betreffende huisarts maakt dan immers deel uit van de te evalueren organisatie). De respons is weergegeven in tabel 3.1.



Tabel 3.1. Respons huisartsenquête.

	terug ontvangen ingevulde enquêtes	niet-ingevuld i.v.m. WDH/VOH-bestuurs- lidmaatschap	non-respons	totaal
bestuurlijk actieve ha.	257 (44%) (58%) *	133 (23%) -	189 (33%) (42%) *	579
bestuurlijk niet actieve ha.	456 (45%) (50%) *	86 (9%) -	464 (46%) (50%) *	1006
totaal	713 (45%) (52%) *	219 (14%) -	653 (41%) (48%) *	1585

\*Gecorrigeerd voor WDH-lidmaatschap of VOH-bestuurslidmaatschap (deze aantallen zijn van de totale steekproef afgetrokken, omdat de betreffende huisartsen feitelijk niet tot de populatie behoren).

Hoewel de respons teleurstellend is, is uit een analyse van de non-respons gebleken dat non-respondenten niet structureel afwijken van respondenten. De non-respons analyse voor de huisartsenquête is opgenomen in bijlage 4.

#### Ad 2. Enquête voor externe organisaties van de ondersteuning.

De enquête voor externe organisaties van de ondersteuning is verstuurd naar contactpersonen die door de VOH-directeuren op een lijst waren aangegeven. In totaal zijn 298 enquêtes verstuurd, hiervan zijn er 189 ingevuld teruggestuurd (=64%). In de enquête werd ingegaan op samenwerking met de VOH's, beoordeling van het functioneren van de VOH's en op eventuele veranderingen in de mogelijkheden tot overleg en samenwerking sinds de komst van de VOH's. Uit een non-respons analyse is gebleken dat de respondenten goed gespreid zijn over de verschillende VOH's en over de verschillende typen organisaties. De non-response analyse is opgenomen in bijlage 4.

#### Ad 3. Enquête voor externe organisaties van de deskundigheidsbevordering.

Analoog aan de opzet van de enquête voor externe organisaties van de ondersteuning, is aan regionale coördinatoren gevraagd op een lijst aan te geven welke contactpersonen van de SDH een enquête zouden kunnen

ontvangen. De regionale coördinatoren hebben 64 contactpersonen opgegeven. Omdat dit vrij weinig adressen zijn, is in overleg met het bureau SDH besloten om voor alle zekerheid ook enquêtes te versturen naar alle ziekenhuizen in het land en naar eerder in het onderzoek verzamelde adressen van personen binnen de farmaceutische industrie, die zich bezig houden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen. In de begeleidende brief aan de ziekenhuizen en de farmaceutische industrie, is gevraagd of men, indien het ziekenhuis zich niet bezighoudt met deskundigheidsbevordering voor huisartsen, de enquête niet ingevuld terug wilde sturen. In totaal zijn 221 enquêtes verstuurd.

In de enquête werd gevraagd naar samenwerking met de SDH, beoordeling van het functioneren van de SDH en naar eventuele veranderingen op het gebied van de organisatie van nascholing voor huisartsen sinds de komst van de SDH. In totaal zijn 93 enquêtes terug ontvangen, waarvan 77 ingevuld en 26 niet ingevuld. Van het totaal aantal verstuurde enquêtes is dus 35% ingevuld terug ontvangen. Voor de enquête onder externe organisaties van de deskundigheidsbevordering is geen non-responsanalyse uitgevoerd. De lage respons is hier vooral te wijten aan het feit dat de 'case-finding' binnen de enquête zelf is uitgevoerd. Niet te zeggen is welke niet-respondenten tot de te onderzoeken populatie moeten worden gerekend.

	pag
<b>DEEL B - INHOUDSOPGAVE</b>	
<b>4. INPUT, BELEID EN ACTIVITEITEN VAN DE SDH</b>	45
4.1. Inleiding	45
4.2. De input	45
4.2.1. Inleiding	45
4.2.2. De behoefte van huisartsen	46
4.2.3. De invloed van NHG en LHV	47
4.2.4. De invloed van andere organisaties die zich bezighouden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen	49
4.3. Het beleid	50
4.3.1. Inleiding	50
4.3.2. Het beleid op plaatselijk niveau	50
4.3.3. De regionale coördinatoren	53
4.4. De activiteiten	55
4.4.1. Inleiding	55
4.4.2. Activiteiten van plaatselijke coördinatoren	55
4.4.3. Activiteiten van plaatselijke coördinatoren in relatie tot beleid	58
4.4.4. Activiteiten van regionale coördinatoren	60
4.4.5. Activiteiten van regionale coördinatoren in relatie tot beleid	62
4.5. Activiteiten van het bureau SDH	65
4.6. Beoordeling van de tot nu toe behaalde resultaten	67
4.7. Conclusie	68
<b>5. HET GEBRUIK VAN DE SDH EN BEOORDELING VAN DE OPZET VAN DE ORGANISATIE</b>	69
5.1. Inleiding	69
5.2. Het gebruik van de diensten van de SDH door huisartsen	69
5.2.1. Inleiding	69
5.2.2. De participatie van huisartsen aan nascholingsactiviteiten	70
5.2.3. Het volgen van SDH-nascholing	72
5.2.4. Deelname aan onderlinge toetsing	77
5.2.5. Medewerking aan de organisatie van nascholingsactiviteiten	77
5.3. Het gebruik van de SDH door externe organisaties	78
5.3.1. Inleiding	78
5.3.2. Samenwerking tussen externe organisaties en de SDH	79
5.4. Beoordeling van de opzet van de organisatie voor deskundigheidsbevordering	83
5.4.1. Inleiding	83

	pag
5.4.2. Beoordeling door medewerkers binnen de organisatie voor deskundigheidsbevordering	84
5.4.3. Beoordeling van de statutaire doelstellingen door huisartsen en externe organisaties	89
5.5. Conclusie	97

## **4. INPUT, BELEID EN ACTIVITEITEN VAN DE SDH.**

### **4.1. Inleiding**

In hoofdstuk 3 is uiteengezet dat het feitelijk functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen zal worden onderzocht aan de hand van de systeembenadering. Voor de organisatie voor deskundigheidsbevordering van huisartsen houdt dit in, dat wordt nagegaan welke input de SDH ontvangt uit haar omgeving, welke beleid (mede) op basis van die input tot stand komt en vervolgens welke activiteiten op basis van het beleid worden ondernomen. Daarnaast zal worden nagegaan in welke mate de output van de SDH gebruikt wordt door huisartsen en externe organisaties en aan het slot van dit hoofdstuk zal worden onderzocht medewerkers binnen de SDH, huisartsen en externe organisaties de opzet van de SDH beoordelen.

Dit betekent dat in dit hoofdstuk de vragen 1 tot en met 3 van de probleemstelling voor wat betreft de deskundigheidsbevordering van huisartsen zullen worden beantwoord. Deze vragen waren:

- Welke factoren zijn van invloed op het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid en de daarmee samenhangende activiteiten?
- Wat is de inhoud van het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid?
- Welke concrete activiteiten worden ondernomen binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning en hoe verhouden deze zich tot het geformuleerde beleid?

De eerste vraag zal beantwoord worden in paragraaf 4.2, de tweede vraag in paragraaf 4.3 en de derde vraag in paragraaf 4.4. In paragraaf 4.5 is weergegeven hoe medewerkers binnen de structuur oordelen over de tot nu toe behaalde resultaten.

### **4.2. De input**

#### **4.2.1. Inleiding**

In deze paragraaf wordt onderzocht op basis van welke 'inputs' beleid wordt ontwikkeld. Zoals in hoofdstuk 3 al aan de orde gekomen is, is in dit onderzoek ervan uitgegaan dat de input voor de SDH op haar verschillende

niveaus bestaat uit drie 'stromen':

- de behoefte van huisartsen aan verschillende soorten nascholing en aan bepaalde onderwerpen;
- het beleid en de activiteiten van de beide moederorganisaties LHV en NHG;
- het beleid en de activiteiten van andere organisaties die zich bezig houden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen, met name het PAOH, ziekenhuizen en specialisten en de farmaceutische industrie.

In de volgende subparagrafen zullen de verschillende 'stromen' die kunnen dienen als input voor de SDH achtereenvolgens worden behandeld. De gegevens die in deze paragraaf worden gepresenteerd zijn afkomstig uit interviews met 17 plaatselijke coördinatoren en WDH-leden en met de acht regionale coördinatoren van de SDH.

#### **4.2.2. De behoefte van huisartsen**

De behoefte van huisartsen aan deskundigheidsbevordering kent een tweetal aspecten. In de eerste plaats kan onderscheid gemaakt worden in subjectieve versus objectieve behoefte (in de engelstalige literatuur wordt hieraan gerefereerd met de termen '*demands*' versus '*needs*'). De subjectieve behoefte aan deskundigheidsbevordering kan omschreven worden als wensen en voorkeuren van huisartsen omtrent de te organiseren cursussen. De objectieve behoefte aan deskundigheidsbevordering kan omschreven worden als lacunes in kennis en vaardigheden van huisartsen, die door middel van deskundigheidsbevordering opgevuld zouden moeten worden. Indien huisartsen hun behoefte aan deskundigheidsbevordering kenbaar maken, gaat het altijd om de subjectieve behoefte: huisartsen geven te kennen welke wensen en voorkeuren zij hebben met betrekking tot deskundigheidsbevordering. Uiteraard kan de subjectieve behoefte van huisartsen overeenkomen met de objectieve behoefte, indien een huisarts van zichzelf weet dat hij/zij (te) weinig van een bepaald aspect van de huisartsgeneeskunde afweet en vervolgens te kennen geeft dat hij/zij er behoefte aan heeft nascholing te volgen op dit gebied. Dit hoeft echter niet het geval te zijn. Het is voorstelbaar dat huisartsen juist willen nascholen op terreinen die hun aanspreken en die ze interessant vinden, maar waarvan ze juist door hun interesse in het betreffende aspect van de huisartsgeneeskunde al redelijk veel afweten. Uit de enquête die tijdens het vooronderzoek gehouden is onder plaatselijk coördinatoren <sup>6</sup>, bleek dat in 61% van de 82 destijds geënquêteerde WDH's een onderzoek had plaats gevonden naar de behoefte van huisartsen, terwijl in nog eens 23% van deze WDH's een dergelijke onderzoek gaande was of binnen afzienbare tijd zou gaan plaats vinden. In precies de helft van die

onderzoeken werd alleen gevraagd naar wensen en voorkeuren van huisartsen, in de andere helft van de gevallen werd tevens een poging gedaan om blinde vlekken in de kennis van huisartsen op te sporen. Ook in de 14 van de 17 geïnterviewde WDH's is één of meerdere keren getracht de behoefte van huisartsen te peilen. Vaak werd hiervoor gebruik gemaakt van een enquête. De uitkomsten van de gehouden behoeftepeilingen waren echter vaak zeer gevarieerd, hetgeen het moeilijk maakte om de resultaten te verwerken in het beleid. Uit de interviews bleek dat de invloed van de resultaten van de gehouden behoeftepeilingen bijna altijd beperkt bleef tot het behandelen van enkele onderwerpen, die in de enquête genoemd werden, zonder dat de resultaten van de behoeftepeilingen het scala van onderwerpen nu sterk bepaalde. Twee WDH's die een behoeftepeiling hebben gehouden, hebben zelfs helemaal geen resultaten daarvan verwerkt (of kunnen verwerken) in het beleid.

Het blijkt dus goed mogelijk te zijn om de wensen en voorkeuren van huisartsen ten aanzien van deskundigheidsbevordering te inventariseren, maar in het algemeen zijn de gepresenteerde wensen en voorkeuren zo divers, dat het voor een WDH moeilijk is hieraan tegemoet te komen. Bovendien hebben vier WDH's twijfels geuit over het nut van een dergelijk behoeftepeiling via een enquête of iets dergelijks, omdat alleen de subjectieve behoefte eruit naar voren komt. De lacunes in kennis en vaardigheden van huisartsen zijn volgens deze WDH's echter veel moeilijker te achterhalen, omdat er nauwelijks meetinstrumenten voor bestaan. Drie van de 17 geïnterviewde WDH's proberen inzicht te krijgen in de behoefte van huisartsen door het onderhouden van contacten met waarneemgroepen.

De regionale coördinatoren hebben een iets andere kijk op de zaak. Zij benadrukken veel meer het feit dat SDH-nascholing georganiseerd wordt door huisartsen zelf, waardoor mogelijkheden tot afstemming, ook op lacunes in kennis, aanwezig zijn. Regionale coördinatoren wijzen in dit verband op het feit dat WDH-leden feitelijk vertegenwoordigers zijn van de huisartsen in het werkgebied. Bij enkele van de geïnterviewde WDH's bestaat een soortgelijke filosofie: hier tracht men voeling te houden met de behoefte van de huisartsen in hun werkgebied, via persoonlijke contacten, bijvoorbeeld met waarneemgroepen, in plaats van het houden van enquêtes.

#### **4.2.3. De invloed van LHV en NHG**

Hoewel de LHV één van de twee moederorganisaties van de SDH is, vormen LHV-beleid en LHV-activiteiten in slechts zeer beperkte mate in inhoudelijk

opzicht input voor de SDH op plaatselijk niveau. In slechts vijf van de 17 geïnterviewde WDH's speelt het LHV-beleid een rol voor het beleid en de activiteiten van de WDH. Voor twee van deze WDH's geldt dat getracht wordt door middel van de nascholing het basistakenpakket operationeel te maken: het basistakenpakket vormt daar een belangrijke pijler van het WDH-beleid. De overige drie WDH's pikken alleen zo nu en dan bepaalde zaken op tijdens PHV-vergaderingen en verwerken die in hun beleid. Wanneer gevraagd wordt naar het oordeel van WDH's en plaatselijke coördinatoren over de rol van de LHV voor de deskundigheidsbevordering blijken de meesten (16) geen mening hierover te hebben.

Hoewel alle WDH's officieel commissies zijn van hun PHV, bestaat voor een aantal WDH's geen contact met de PHV, terwijl bij sommige andere WDH's het contact zich beperkt tot het toesturen van de notulen van WDH-vergaderingen en van het jaarverslag aan de PHV. Deze bevindingen stroken met de gevonden resultaten in de huisartsenquête: van de geënquêteerde PHV-bestuurders zegt bijna de helft dat er weinig contact bestaat tussen WDH en PHV.

Van de regionale coördinatoren onderhouden er slechts twee van de acht zelf contacten met de LHV op districts- en plaatselijk niveau.

De invloed van het NHG op het beleid en de activiteiten van WDH's ligt vooral in het inhoudelijk wetenschappelijke vlak. Twaalf van de geïnterviewde WDH's maken nu al gebruik van de standaarden van het NHG bij het maken van nascholing, of denken dit in de nabije toekomst te zullen gaan doen. Op enkele plaatsen functioneert naast de WDH nog een NHG-centrum. Waar dit het geval is onderhoudt de WDH contacten hiermee. Een paar WDH's zijn zelfs geheel of gedeeltelijk voortgekomen uit een vroeger NHG-centrum. Vier WDH's geven daarnaast aan door het NHG gestimuleerd te worden voor wat betreft de deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld via NHG-congressen. Het NHG heeft daar vooral een wetenschappelijk inbreng.

Van de regionale coördinatoren vinden er drie de rol van de LHV te overheersend en te eisend. Deze regionale coördinatoren vinden dat de LHV een rol van minieme betekenis moet spelen ten aanzien van de SDH en dat de LHV wat meer loyaliteit moet betrachten ten opzichte van de SDH. Nog eens twee regionale coördinatoren zijn van mening dat de LHV via het SDH-bestuur inhoudelijk gezien een weinig consistent beleid voert, maar oordelen verder niet negatief over de rol van de LHV.

De rol die het NHG speelt is vooral van inhoudelijk aard. De standaarden spelen in bijna alle regio's een rol voor wat betreft de nascholing.



#### 4.2.4. De invloed van andere organisaties die zich bezighouden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen

Er zijn drie belangrijke andere soorten organisaties die deskundigheidsbevordering voor huisartsen kunnen organiseren, te weten het PAOG, de farmaceutische industrie en ziekenhuizen en specialisten.

Tussen het PAOG en de SDH is er in het hele land sprake van het onderhouden van contacten, omdat de doelgroepcommissies huisartsen van het PAOG bestaan uit vertegenwoordigers van de Universitaire Huisartsen Instituten en vertegenwoordigers van de SDH; regionale coördinatoren hebben altijd zitting in de doelgroepcommissie huisartsen. Afstemming met het PAOG speelt zich vooral af op het regionale niveau van de SDH. In een aantal regio's lopen de activiteiten van PAOH en van de SDH door elkaar heen, in twee regio's is het PAOH zelfs min of meer overgenomen door de SDH. In één regio vindt bewust geen afstemming plaats tussen PAOH- en WDH-activiteiten: PAOH-cursussen zijn daar gericht op het regionale niveau, terwijl WDH-cursussen er gericht zijn op de plaatselijke huisartsen waarbij de nascholing is gebaseerd op behoeftepeilingen.

De afstemming van de SDH met de farmaceutische industrie varieert per regio. Bovendien varieert de afstemming per bedrijf: bepaalde bedrijven zijn niet ontvankelijk voor enige afstemming met plaatselijke of regionale coördinatoren. In twee van de zes regio's zeggen regionale coördinatoren nog steeds niet erg veel greep te hebben op het aanbod dat door de industrie georganiseerd wordt. In een hele regio streeft de SDH ernaar dat de industrie cursussen sponsort, terwijl de WDH de inhoud van de activiteiten bepaalt. In andere regio's komt sponsoring van WDH-activiteiten door de industrie ook wel eens voor. Er zijn daarnaast regio's waar totaal geen afstemming met de industrie plaatsvindt, of waar slechts ad hoc samengewerkt wordt met de industrie.

De afstemming met ziekenhuizen en specialisten speelt zich op plaatselijk niveau af. Dertien van de geïnterviewde WDH's zeggen contacten te onderhouden met één of meerdere van de ziekenhuizen in hun werkgebied en trachten afstemming tot stand te brengen voor wat betreft de nascholing voor huisartsen. De eventuele invloed van andere organisaties die deskundigheidsbevordering voor huisartsen organiseren, komt veelal tot uitdrukking in de activiteiten die door een WDH in samenwerking met andere organisaties georganiseerd worden en heeft veel minder vaak betrekking op het beleid dat een WDH voert. WDH's geven aan dat de afstemming met andere organisaties zich niet zelden alleen beperkt tot de planning van data (meestal via een nascholingsagenda).

### **4.3. Het beleid**

#### **4.3.1. Inleiding**

In de vorige paragraaf is nagegaan welke input de SDH ontvangt uit haar omgeving. In deze paragraaf zal worden onderzocht welke beleid de SDH voert. In interviews met 17 plaatselijke coördinatoren en WDH-leden is gevraagd welk beleid de WDH voerde. In paragraaf 4.3.2 zijn de resultaten daarvan weergegeven. Regionale coördinatoren echter, zijn formeel ondergeschikt aan de landelijk SDH en kunnen daarom formeel geen beleid maken. Tijdens het vooronderzoek bleek echter dat regionale coördinatoren er desalniettemin vaak een geheel eigen visie op deskundigheidsbevordering op na houden en deze ook in de praktijk brengen. In de interviews met regionale coördinatoren is daarom gevraagd wat, naar de mening van regionale coördinatoren, de belangrijkste elementen uit het beleid van de SDH zijn. De resultaten daarvan zijn opgenomen in paragraaf 4.3.3.

#### **4.3.2. Het beleid op plaatselijk niveau**

De onderwerpen van het beleid van WDH's kunnen hebben betrekking op:

- de kwaliteit van het aanbod, voor wat betreft vorm en inhoud;
- de participatie van huisartsen;
- de coördinatie van het aanbod.

De kwaliteit van het aanbod valt uiteen in een goede inhoud en een goede vorm. Wat de inhoud van de nascholing betreft verschilt het beleid van de verschillende WDH's niet wezenlijk. WDH's zijn van mening dat de inhoud van de nascholing huisartsgericht moet zijn, moet aansluiten bij de huisartsgeneeskunde. De inbreng van huisartsen bij het organiseren van nascholing wordt dan ook heel belangrijk gevonden. Op drie na alle WDH's hebben één of meerdere keren via een enquête de behoefte van huisartsen hebben geprobeerd te peilen. Daarnaast houden de meeste WDH's via persoonlijke contacten met de achterban voeling met de daar levende behoeften en wensen. Zeven van de zeventien geïnterviewde WDH's vonden dat de mogelijkheden tot afstemming van de nascholing op de behoefte van huisartsen via enquêtes en het onderhouden van persoonlijke contacten, bijvoorbeeld met waarneemgroepen, goed zijn.

Een viertal WDH's constateerde een probleem met de afstemming op de behoefte, namelijk, afstemming op de wensen van huisartsen is wel mogelijk

maar weinig zinvol, afstemming op de hiaten in kennis van huisartsen is zeer zinvol maar vrijwel onmogelijk, omdat er geen goede methoden voor dit soort behoeftenpeiling voorhanden zijn. Eén WDH zei in dit verband, dat je daarom beter uit kan gaan van een curriculum, waarbij alle aspecten van het vak op een gegeven moment aan de orde komen, dan van wensen van huisartsen. De overige WDH's hebben geen uitgesproken positief of negatief oordeel over de mogelijkheden tot afstemming op de behoefte van huisartsen. Regionale coördinatoren beoordelen de mogelijkheden tot afstemming op de behoefte van huisartsen veel positiever dan plaatselijke coördinatoren. Alle regionale coördinatoren zijn van mening dat de mogelijkheden tot afstemming via de WDH en door het feit dat de nascholing door huisartsen wordt georganiseerd volop aanwezig zijn.

Op het gebied van de vorm van nascholing gaan de WDH's uit van bepaalde richtlijnen. Wanneer consultants meewerken, probeert men ervoor te zorgen dat deze huisartsgericht zijn. Over het algemeen wil men af van zogenaamd "frontaal" onderwijs, waarbij huisartsen nascholing volgen min of meer in college-vorm. Zelfwerkzaamheid wordt belangrijk gevonden. Vijf van de geïnterviewde WDH's organiseren echter ook bewust activiteiten van verschillende aard onder het motto 'voor elk wat wils'.

Wat toetsing betreft, wordt in een aantal WDH's wel gewerkt aan het invoeren hiervan (of zijn al een aantal groepen huisartsen hiermee bezig). Voor enkele WDH's is dit zelfs een prioriteit. Maar op andere plaatsen wordt geen poging gedaan om toetsing te introduceren, omdat er onder huisartsen niet echt veel belangstelling voor is.

De doelgroep waarop de activiteiten van een WDH zich richten, bestaat natuurlijk uit de huisartsen in het werkgebied. Daarnaast zijn er enkele WDH's die niet-gevestigde huisartsen en waarnemers consequent uitnodigen en verpleeghuisartsen, CB-artsen, arts-assistenten en andere hulpverleners alleen dan wanneer het onderwerp zich daarvoor leent. Het betreft hier echter een minderheid van de WDH's.

Uiteraard streven WDH's naar een deelname van 100% aan de activiteiten die door of in samenwerking met de WDH zijn georganiseerd. Waar nodig doen de meeste WDH's wel pogingen om de participatie te verhogen, hoewel er drie geïnterviewde WDH's zijn die de participatie niet zo belangrijk vinden en hun aandacht vooral besteden aan de kwaliteit van het aanbod en de coördinatie.

De participatie van huisartsen aan georganiseerde nascholing verschilt sterk van plaats tot plaats. Vooral de in het noorden van het land geïnterviewde

WDH's zeggen niet te klagen te hebben over deelname aan cursussen. De participatie ligt daar vaak rond de 90 %. Ook elders in het land zijn er plaatsen waar volgens de geïnterviewden de participatie redelijk goed is, in die zin dat niet alle activiteiten door alle huisartsen worden bezocht, maar dat over een heel seizoen gezien de meeste huisartsen wel bereikt worden.

Bij de meeste WDH's is er sprake van een vaste groep huisartsen die altijd deelnemen aan georganiseerde activiteiten (percentages van 30-40% van de huisartsen werden hierbij genoemd).

Bij één van de geïnterviewde WDH's was het echter zo dat alle activiteiten die georganiseerd worden telkens struikelen over de lage participatie ondanks de vele pogingen die ondernomen zijn om de participatie te verhogen. Veel cursussen die georganiseerd worden, kunnen op het laatste moment niet doorgaan, omdat er nauwelijks huisartsen zijn die zich ervoor hebben ingeschreven. Het is daar ook regelmatig voorgekomen dat zich wel voldoende huisartsen hadden ingeschreven voor een cursus, maar dat uiteindelijk maar één derde van deze huisartsen daadwerkelijk kwam opdagen. De WDH gaf aan dat het vaak voorkwam dat bepaalde activiteiten de eerste twee keer dat zij georganiseerd werden nog redelijk werden bezocht, terwijl het daarna volledig in elkaar zakte.

Negen van de zeventien geïnterviewde WDH's hebben een positief oordeel over de behoefte van huisartsen in hun werkgebied aan WDH-activiteiten. Eén van deze WDH's constateert dat er een mentaliteit onder huisartsen aan het ontstaan is om alleen nog maar deel te nemen aan nascholing die goedgekeurd of georganiseerd is door de WDH. Twee WDH's geven te kennen dat er in hun regio zelden of nooit andere dan SDH-cursussen worden georganiseerd.

Vier van de geïnterviewde WDH's geven echter te kennen dat huisartsen weinig geïnteresseerd zijn in WDH-cursussen en dat het keurmerk voor nascholingsactiviteiten nog niet echt werkt, in die zin dat het huisartsen niet veel interesseert wie de activiteiten organiseert. In één geval heeft dit, zoals boven omschreven werd, te maken met het feit dat de huisartsen aldaar niet geïnteresseerd zijn in alle vormen van georganiseerde nascholing. In de overige gevallen wezen deze WDH's er op dat zij veel concurrentie ondervinden van de industrie en in één geval van de activiteiten die in een nabij gelegen grote stad worden georganiseerd.

Alle WDH's streven er tenslotte in principe naar dat het aanbod gecoördineerd wordt door de WDH of door de plaatselijk coördinator. In ieder geval wil men dat op zijn minst data worden afgestemd door die externe organisaties die nascholing voor huisartsen organiseren. Voor drie WDH's is het

ideaal ten aanzien van de industrie dat de farmaceutische industrie activiteiten sponsort, terwijl de WDH de inhoud van de nascholing bepaalt. Voor wat enkele bedrijven betreft is dit op een aantal plaatsen al gelukt. Enkele andere WDH's daarentegen proberen iedere inmenging van de industrie zoveel mogelijk te weren.

WDH's hebben in verband met de coördinatie van het aanbod vooral bij de oprichting getracht zich duidelijk te profileren. Vrijwel overal zijn bij oprichting van de WDH brieven verstuurd naar belangrijke externe contacten (met name naar ziekenhuizen en specialisten). WDH's hebben van begin af aan getracht duidelijk te maken dat de coördinatie van de nascholing voor huisartsen in principe in hun handen hoort te liggen. Alle WDH's hebben eigen briefpapier, sommige gebruiken een WDH-vignet als keurmerk op goedgekeurde activiteiten. De meeste geïnterviewde WDH's (10) beoordelen de mogelijkheden tot afstemming met andere organisaties als goed. Zij geven te kennen dat deze afstemming steeds beter gaat lopen, hoewel de mate van afstemming varieert per soort andere organisatie. In één geval bijvoorbeeld is vooral de afstemming met de industrie goed, voor een andere WDH loopt de afstemming met de industrie juist niet goed en de afstemming met bijvoorbeeld ziekenhuizen wel. Voor vier WDH's blijkt de afstemming met andere organisaties die deskundigheidsbevordering voor huisartsen organiseren, echter zeer moeizaam te verlopen. Zelfs afstemming over data ontbreekt vaak. Eén WDH zegt vaak niet eens te weten wat de andere organisaties organiseren, laat staan dat er afstemming plaats vindt. Een andere WDH wijt de moeizame afstemming aan het feit dat er een scherpe concurrentiestrijd heerst tussen de organisaties die nascholing voor huisartsen organiseren.

#### **4.3.3. De regionale coördinatoren**

De meeste regionale coördinatoren menen goed op de hoogte te zijn van het beleid van de SDH. Slechts één van hen vindt dat hij slecht op de hoogte is van het beleid, omdat er een slecht informatiekanaal is vanuit het bestuur naar regionale coördinatoren. Desondanks zijn regionale coördinatoren niet bijzonder eensgezind in het aangeven van de belangrijkste elementen uit het beleid van de SDH. Enkele regionale coördinatoren hebben ook eigen doelstellingen, naast of in plaats van het beleid van de SDH. Eén coördinator is van mening dat er geen belangrijke elementen uit het SDH-beleid kunnen worden aangegeven, omdat het SDH-beleid teveel een ad-hoc-beleid is. In verband hiermee is het niet mogelijk om een gemeenschappelijke visie van regionale coördinatoren op het beleid van de SDH te presenteren. In plaats

daarvan zal een opsomming gegeven worden van die elementen die volgens regionale coördinatoren de belangrijkste zijn uit het beleid van de SDH, dan wel dit zouden moeten zijn.

Deze elementen hebben betrekking op de volgende aspecten:

**1. Het aanbod aan deskundigheidsbevordering (in totaal 5 keer genoemd)**

Bijvoorbeeld:

gekomen moet worden tot een optimaal aanbod aan activiteiten, kwalitatief goed en meer divers, dan nu het geval is;

nascholing moet georganiseerd worden door en voor huisartsen;

er moet meer tijd worden besteed aan gezamenlijk projecten met de tweedelij.

**2. De participatie van huisartsen (in totaal 4 keer genoemd)**

Bijvoorbeeld:

de participatie moet verhoogd worden en er moet worden getracht nascholingsgroepjes permanent te laten functioneren; het is belangrijk een goed contact te onderhouden met huisartsen en een dienstverlenend karakter ten toon te spreiden ten opzichte van huisartsen; huisartsen moeten bewust worden gemaakt van het feit dat nascholing een eerste vereiste is voor de uitoefening van het beroep;

**3. Het gebruik van centraal ontwikkelde producten (in totaal 3 keer genoemd)**

Bijvoorbeeld:

het zou mogelijk moeten zijn te komen tot coördinatie en accreditering van centraal uitgedachte nascholing; het moet bijvoorbeeld mogelijk zijn om centrale programma's van het UHI in de periferie te laten draaien of de periferie gebruik te laten maken van standaarden in de nascholing;

**4. Het functioneren van de perifere organisatie (in totaal 2 keer genoemd)**

Bijvoorbeeld:

de nadruk op de p.c.-WDH-combinatie en het stimuleren van plaatselijke coördinatoren en WDH's, uitwisseling van ervaringen is belangrijk; meer mensen trainen in het professioneel begeleiden van nascholing en toetsing;

## **4.4. De activiteiten**

### **4.4.1. Inleiding**

Nadat in de vorige paragraaf beschreven is welk beleid er binnen de SDH wordt gevoerd, zal in deze paragraaf worden nagegaan welke activiteiten op basis van dat beleid worden ondernomen. Voor plaatselijke en regionale coördinatoren zal eerst in het algemeen worden beschreven welke activiteiten zij ondernemen en vervolgens zal worden nagegaan hoe die activiteiten zich verhouden tot het geformuleerde beleid. Alvorens in hoofdstuk 5 wordt onderzocht in welke mate huisartsen en externe organisaties gebruik maken van de output van de SDH, zal in paragraaf 4.5 worden weergegeven wat het oordeel van plaatselijke en regionale coördinatoren zelf is over de tot nu toe behaalde resultaten van de organisatie.

In dit hoofdstuk zal gebruik worden gemaakt van de resultaten van de registratie van activiteiten door regionale en plaatselijke coördinatoren en van de resultaten van de interviews met regionale coördinatoren en met 17 plaatselijke coördinatoren en één of meer van hun WDH-leden. Aan de registratie van activiteiten hebben 52 plaatselijke coördinatoren en 7 regionale coördinatoren gedurende vier weken deelgenomen. Er zal onderscheid worden gemaakt in activiteiten die op plaatselijk niveau worden ondernomen en activiteiten van regionale coördinatoren en van het landelijk bureau SDH. In de laatste paragraaf zal kort worden ingegaan op de beoordeling van regionale en plaatselijke coördinatoren en WDH-leden, van de output van de organisatie.

### **4.4.2. Activiteiten van plaatselijke coördinatoren**

Plaatselijke coördinatoren zijn niet allemaal voor een zelfde tijd per week aangesteld. Van de 52 plaatselijke coördinatoren die hebben meegewerkt aan de registratie van activiteiten, hebben er 23 een .10 aanstelling, één een .15 aanstelling, 26 een .20 aanstelling en één een .25 aanstelling (op basis van een 40-urige werkweek respectievelijk 4, 6, 8 en 10 uur per week). Uit de tijdsregistratie is gebleken dat plaatselijke coördinatoren gemiddeld méér uren werken dan waarvoor ze zijn aangesteld. In tabel 4.1 is weergegeven hoeveel uur plaatselijke coördinatoren gemiddeld per week werken naar het aantal uren waarvoor zij zijn aangesteld. De beide plaatselijke coördinatoren met een .15 en .25 aanstelling zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4.1. Gemiddeld aantal werkuren per week van plaatselijke coördinatoren, uitgesplitst naar aantal uren aanstelling.

Aangesteld voor:	gemiddeld aantal gewerkte uren per week
4 uur per week	8
8 uur per week	11,5

Uit tabel 4.1 blijkt dat plaatselijke coördinatoren met een aanstelling voor 4 uur per week gemiddeld 8 uur per week werken en dat plaatselijke coördinatoren met een aanstelling voor 8 uur per week gemiddeld 11 en een half uur per week werken. De activiteiten waaraan plaatselijke coördinatoren de gewerkte tijd hebben besteed, kunnen worden onderverdeeld in activiteiten in het kader van het organiseren van nascholing en toetsing (bijvoorbeeld het houden van een behoeftepeiling, het organiseren van een cursus of het houden van evaluaties van cursussen), in activiteiten die te maken hebben met het coördineren van het aanbod aan deskundigheidsbevordering (het voeren van overleg met verschillende externe organisaties, zoals de farmaceutische industrie en specialisten, het PAOG en dergelijke), interne activiteiten (die zich afspelen binnen de eigen organisatie, bijvoorbeeld het bijwonen van de regionale vergadering van plaatselijke coördinatoren, van vergaderingen van de WDH, het voeren van tussentijds overleg met de regionaal coördinator, het opstellen van een jaarverslag, het bijwonen van kadertraining en dergelijke), reizen, nevenactiviteiten (bijvoorbeeld het zitting hebben in allerlei commissie vanuit de functie van plaatselijk coördinator) en andere activiteiten. Tabel 4.2 geeft de gemiddelde tijdsbesteding van plaatselijke coördinatoren weer aan de verschillende groepen van activiteiten.

Tabel 4.2. Tijdsbesteding van plaatselijke coördinatoren aan de verschillende groepen van activiteiten (n=52).

	Percentage tijd besteed in vier weken		
	gemiddeld	minimum	maximum
Totaal interne activiteiten	28	5	67
Totaal organiseren	27	0	62
Totaal coördineren	24	0	67
Totaal reizen	7	0	27
Totaal nevenactiviteiten	5	0	37
Totaal nog niet genoemd	9	0	55

Uit de tabel blijkt dat plaatselijke coördinatoren 28% van hun tijd besteden



aan interne activiteiten, 27% aan organiseren en 24% aan coördineren. De overige tijd wordt verdeeld over reizen, nevenactiviteiten en nog niet genoemde activiteiten.

Binnen de groep interne activiteiten wordt gemiddeld de meeste tijd besteed aan het voorbereiden van en deelnemen aan vergaderingen van de WDH (11% van de totaal gewerkte tijd), daarnaast wordt nog eens 7% besteed aan het deelnemen aan kadertraining. Voor deelnemen aan kadertraining is de variatie rond het gemiddelde zeer groot; een gevolg van het al dan niet voorkomen van kadertraining in de registratieperiode. Voor iets meer dan de helft van de plaatselijke coördinatoren geldt dat er in de registratieperiode geen kadertraining is voorgekomen. Voor plaatselijke coördinatoren die in de registratieperiode wel hebben deelgenomen aan kadertraining, neemt deze een onevenredig groot deel van de totaal gewerkte tijd in beslag.

Binnen de groep activiteiten die te maken hebben met organiseren wordt de meeste tijd besteed aan het daadwerkelijk organiseren van cursussen en dergelijke (namelijk 20% van de totaal gewerkte tijd), de overige 7% van de totale tijd wordt besteed aan het opzetten van toetsingsgroepen, het doen van behoeftepeilingen en het houden van evaluaties. Tijdens de interviews zei een aantal plaatselijke coördinatoren, die ook gedurende de SNH-tijd al actief waren op het gebied van nascholing voor huisartsen, wat het organiseren van activiteiten betreft, te constateren dat sinds de oprichting van de SDH, waarbij zij als plaatselijke coördinatoren een betaalde functie kregen, veel werk vanuit de WDH naar de plaatselijk coördinator wordt geschoven, of dat de plaatselijke coördinator zelf allerlei werkzaamheden naar zich toe trekt. Op enkele plaatsen werken WDH's er dan ook bewust aan om bepaalde taken van de plaatselijke coördinator (weer) over te nemen.

Binnen de groep activiteiten die te maken hebben met coördineren wordt de meeste tijd besteed aan het overleg met specialisten (6%) en met de farmaceutische industrie (4%), daarnaast wordt 2% van de tijd besteed aan het opstellen van een nascholingsagenda en de overige 7% van de tijd wordt besteed aan overleg met waarneemgroepen, PHV's, de VOH en andere overlegpartners.

Voorbeelden van nevenactiviteiten en nog niet genoemde activiteiten zijn:

- vergaderen/voeren van overleg in commissies en dergelijke
- contact onderhouden met WDH(-leden)
- doornemen post/bijhouden administratie
- activiteiten samenhangend met activiteiten van SDH
- invullen registratieformulieren
- opstellen enquête
- zitting hebben in werkgroep(en).

#### 4.4.3. Activiteiten van plaatselijke coördinatoren in relatie tot beleid

Hoe verhouden zich nu de activiteiten van plaatselijke coördinatoren tot het in de WDH's geformuleerde beleid? In de vorige paragraaf zijn drie onderwerpen van beleid onderscheiden: de kwaliteit van het aanbod, de participatie van huisartsen en de coördinatie van het aanbod. Tijdens de interviews met 17 plaatselijke coördinatoren is expliciet gevraagd welke activiteiten men onderneemt op basis van het geformuleerde beleid. In het resterende deel van deze paragraaf zullen de resultaten van deze vraag uit de interviews worden behandeld, waarbij zo mogelijk zal worden aangegeven welke resultaten de activiteitenregistratie hebben opgeleverd met betrekking tot de verschillende activiteiten.

Activiteiten die te maken hebben met de kwaliteit van het aanbod, kunnen betrekking hebben op de vorm of op de inhoud van deskundigheidsbevordering. De verschillende vormen van nascholing die door of in samenwerking met de WDH's georganiseerd wordt is zeer divers. Activiteiten die georganiseerd worden zijn bijvoorbeeld:

- Warffum(achtige) cursussen
- compagnonscursussen
- nascholingsavonden met een consultant
- vaardigheidstrainingen
- farmacotherapiegroepen
- klinische "praatjes" enzovoort.

Zoals in het vorige hoofdstuk al werd gezegd, organiseert een aantal WDH bewust activiteiten van verschillende aard, om zoveel mogelijk huisartsen met verschillende voorkeuren te bereiken.

De inhoud van de nascholing wordt zo veel mogelijk bepaald door huisartsen of in ieder geval in samenwerking met huisartsen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door een behoeftepeiling, maar ook door contact te houden met waarneemgroepen. Twee van de geïnterviewde WDH's gaan voor het bepalen van de inhoud van de nascholing geheel uit van het basistakenpakket van de LHV en de standaarden van het NHG. Uit de registratie van activiteiten is gebleken dat plaatselijke coördinatoren gemiddeld 27% van hun werktijd besteden aan het organiseren van activiteiten. Die 27% vallen uiteen in 20% organiseren van cursussen, lezingen en dergelijke, 3% opzetten en begeleiden van toetsing, 2% opzetten en doen van behoeftepeilingen en 1% opzetten van evaluaties van cursussen.

Waar nodig, ondernemen WDH's verschillende pogingen om de participatie te verhogen. Een aantal keren werd in de interviews gezegd dat sociale controle onder huisartsen heel belangrijk is voor verhoging van de participa-

tie. Het is echter moeilijk om sociale controle te creëren als die er niet al vanzelf is. Andere manieren die plaatselijke coördinatoren zeiden te gebruiken om de participatie te verhogen zijn:

- wisselen van vorm en inhoud van de nascholing;
- proberen kwalitatief goede nascholing te organiseren;
- contacten onderhouden met waarneemgroepen;
- naast mailings over cursussen, huisartsen persoonlijk opbellen;
- bekendheid geven aan de WDH;
- inspelen op de behoeften van huisartsen;
- proberen huisartsen mee te laten helpen bij het organiseren van cursussen;
- reclame maken voor de WDH op PHV-ledenvergaderingen enzovoort.

De pogingen die worden gedaan om de participatie te verhogen zijn dermate divers en lopen bovendien door andere activiteiten heen, dat het moeilijk is gegevens hierover in de registratie van activiteiten terug te vinden. Een aantal activiteiten om te komen tot participatieverhoging speelt zich af in het kader van het organiseren van cursussen en dergelijke. Aan overleg met waarneemgroepen besteden plaatselijke coördinatoren gemiddeld 2% van hun totale werktijd en aan overleg met de PHV gemiddeld 1%.

De coördinatie van het aanbod vindt, volgens de geïnterviewden, plaats op een aantal manieren. De eerste stap is over het algemeen om aan alle betrokkenen duidelijk te maken dat zij in ieder geval contact op moeten nemen met de WDH of de plaatselijk coördinator, indien zij nascholing voor huisartsen willen organiseren. Betrokkenen zijn in dat geval de farmaceutische industrie, ziekenhuizen en specialisten (die ook vaak door de industrie benaderd worden om mee te werken aan een activiteit). Gemiddeld besteden plaatselijke coördinatoren 6% van hun totale werktijd aan overleg met specialisten en 4% aan overleg met de farmaceutische industrie. Eén WDH richt wat dit betreft ook zijn aandacht op de huisartsen in de regio door hen zoveel mogelijk af te raden deel te nemen aan cursussen die niet voldoen aan SDH-criteria.

Op veel plaatsen wordt voor de coördinatie gebruik gemaakt van een nascholingsagenda. Enkele WDH's hebben het bijhouden daarvan uitbesteed aan de VOH (en de regionaal coördinator) in de regio. In hoofdstuk 2 is al gezegd dat het ondersteunen van de SDH in de regio een statutaire doelstelling is van VOH's.

De coördinatie van het aanbod vergt over het algemeen voortdurend overleg en afstemming met andere organisaties die zich op het vlak van nascholing voor huisartsen begeven. In een aantal WDH's is er sprake van structurele coördinatie met ziekenhuizen, doordat een WDH-lid of de plaatselijk coördina-

tor daar in een commissie zit die klinische (mid)dagen of andere activiteiten voor huisartsen organiseert. Overleg met de farmaceutische industrie vindt vaak plaats via artsbezoekers.

#### **4.4.4. Activiteiten van regionale coördinatoren**

Uit de registratie van activiteiten is gebleken dat regionale coördinatoren gemiddeld 22.20 uur per week werken, terwijl zij gedurende de registratieperiode een aanstelling hadden voor 8 uur per week (op basis van een 40-urige werkweek). Inmiddels is hun aanstelling verhoogd naar 12 uur per week. De activiteiten waaraan regionale coördinatoren hun tijd besteden, kunnen onderverdeeld worden in interne activiteiten die gericht zijn op het lokale niveau (zoals het voorbereiden en bijwonen van de regionale vergadering van plaatselijke coördinatoren, overleg met WDH-leden, tussentijds overleg met plaatselijke coördinatoren en het organiseren van kadertrainingen voor plaatselijke coördinatoren en WDH-leden), interne activiteiten die gericht zijn op het regionale en landelijk niveau van de organisatie (het bijwonen van de landelijke vergadering van regionale coördinatoren, deelnemen aan eigen kadertraining, overleg met de SDH, overleg met LHV en NHG, het opstellen van een jaarverslag en het bijhouden van literatuur), activiteiten die gericht zijn op de organisatie van deskundigheidsbevordering (meehelpen organiseren, informatie en leermiddelen aandragen en zelf organiseren van deskundigheidsbevordering), activiteiten in het kader van het coördineren van het aanbod aan deskundigheidsbevordering (voeren van overleg met UHI, PAOH, specialisten, ziekenhuizen, farmaceutische industrie, VOH en anderen), reizen en andere activiteiten.

In tabel 4.3 is weergegeven welke tijd regionale coördinatoren aan deze groepen van activiteiten besteden.

Tabel 4.3. Tijdsbesteding van regionale coördinatoren per groep van activiteiten (n=7).

Activiteit	Percentage van de totaal gewerkte tijd in 4 weken		
	gemiddelde	minimum	maximum
interen act. gericht op region./land.niveau	29	7	38
interne act. gericht op lokaal niveau	16	6	31
reizen	15	7	27
coördineren	14	5	22
(meehelpen) organiseren	13	5	31
andere activiteiten	19	0	37

\*Ten gevolge van afronding bij het berekenen van de absolute tijd kunnen kleine verschillen ontstaan tussen de gepresenteerde totale tijd en de som van de tijdsbesteding aan de verschillende activiteiten.

Uit deze tabel blijkt dat regionale coördinatoren de meeste tijd besteden aan interne activiteiten gericht op het regionale en landelijke niveau van de organisatie. Binnen deze groep activiteiten wordt het grootste deel van de tijd in beslag genomen door het voorbereiden op en het deelnemen aan de eigen kadertraining, namelijk 7% van de totaal gewerkte tijd. Uiteraard is hierbij sprake van een grote variatie rond het gemiddelde, want slechts vijf van de zeven regionale coördinatoren hebben gedurende de registratieperiode kadertraining gevolgd. Voor hen is de hieraan bestede tijd in de registratieperiode dus meer dan normaal, terwijl het voor de overige twee iets minder dan normaal is. Verder wordt binnen deze groep activiteiten 6% van de totaal gewerkte tijd besteed aan het bijhouden van literatuur en de overige 20% wordt besteed aan het schrijven voor tijdschrift SDO, deelnemen aan de landelijke vergadering voor regionale coördinatoren, overleg met LHV en NHG en tussentijds overleg met het bureau SDH. De tijdsbesteding aan interne activiteiten gericht op het lokale niveau van de organisatie, reizen, coördineren en (meehelpen) organiseren van deskundigheidsbevordering verschilt niet sterk met respectievelijk 16, 15, 14 en 13% van de totale werktijd.

Binnen de groep activiteiten die gericht zijn op het plaatselijke niveau van de organisatie wordt de meeste tijd (10% van het totaal) besteed aan het voorbereiden van en deelnemen aan de regionale vergadering van plaatselijke coördinatoren. Binnen de groep activiteiten die te maken hebben met coördineren, wordt 6% van de totaal gewerkte tijd besteed aan overleg met een UHI of het PAOH, 2% aan overleg met specialisten, ziekenhuizen en de farmaceutische industrie, 1% aan overleg met een VOH, 5% aan overleg met diverse andere organisaties en 1% aan het opstellen van een regionale

nascholingsagenda. Binnen de groep activiteiten die te maken hebben met het organiseren van deskundigheidsbevordering wordt 6% van de totaal gewerkte tijd besteed aan het meehelpen organiseren van nascholingsactiviteiten, die niet door een WDH zijn georganiseerd (maar bijvoorbeeld door de doelgroepcommissie PAOH), 4% aan het geven van informatie met betrekking tot de organisatie van cursussen en 3% aan het verzorgen van leermiddelen voor nascholing. Tijdens de registratieperiode werd geen tijd besteed aan het geheel zelf organiseren van nascholingsactiviteiten, hoewel sommige regionale coördinatoren tijdens de interviews aangaven dat dit sporadisch voorkomt. Aan andere activiteiten dan de tot nu toe genoemde, werd gemiddeld 19% van de in totaal gewerkte tijd besteed. Voorbeelden van nog niet genoemde activiteiten zijn:

- registratie van georganiseerde nascholing (project SDH).
- meewerken aan videoproject SDH (promotiefilm).
- vergaderen (bijv. met Hoytema-stichting, WDH, SPEL, commissie van NHG).
- post verwerken.

#### **4.4.5. Activiteiten van regionale coördinatoren in relatie tot beleid**

Hoe verhouden de activiteiten van regionale coördinatoren zich nu toe tot het beleid van de SDH, zoals zij dit interpreteren of hun eigen beleid, voor zover zij dit formuleren. In paragraaf 4.2.3 zijn de elementen opgesomd die naar de mening van regionale coördinatoren belangrijk zijn in het beleid van de SDH, dan wel belangrijk zouden moeten zijn. In deze paragraaf zal voor de verschillende elementen worden aangegeven welke activiteiten regionale coördinatoren ondernemen om een en ander te bereiken. Zo mogelijk zullen resultaten van de registratie van activiteiten hierin worden verwerkt.

Activiteiten met betrekking tot het functioneren van de organisatie in de periferie:

De organisatie in de periferie is voor de SDH de combinatie WDH-plaatselijke coördinator. Regionale coördinatoren proberen plaatselijke coördinatoren te stimuleren in de regionale vergadering van plaatselijke coördinatoren en hun te ondersteunen bij hun activiteiten. De voorbereiding van de regionale vergadering van plaatselijke coördinatoren en de vergadering zelf kostte regionale coördinatoren in de registratieperiode gemiddeld 11% van de in totaal gewerkte tijd. Sommige regionale coördinatoren bezoeken WDH's, om daar dienstverlenend te werk te gaan. Overleg met WDH's kostte in de registratieperiode gemiddeld 2% van de totaal gewerkte tijd.

Verder proberen regionale coördinatoren de uitwisseling van ervaringen met

deskundigheidsbevordering zoveel mogelijk te bevorderen, met name in de regionale vergadering van plaatselijke coördinatoren. Twee regionale coördinatoren zijn bezig met het opbouwen van een informatie-bestand over cursussen.

De meeste regionale coördinatoren hebben trainingen georganiseerd voor WDH-leden en/of plaatselijke coördinatoren. Een regionaal coördinator heeft een afspraak met het UHI voor het opleiden van begeleiders voor nog op te richten nascholingsgroepen. Deze coördinator probeert tevens erop toe te zien dat plaatselijke coördinatoren van voldoende kwalitatief niveau aangesteld worden, zodat zij de beleidsvoering en het management aankunnen. Het organiseren van kadertrainingen voor plaatselijke coördinatoren en WDH-leden nam gedurende de registratieperiode gemiddeld 2% van de totaal gewerkte tijd van regionale coördinatoren in beslag.

#### **Activiteiten met betrekking tot het aanbod aan deskundigheidsbevordering:**

Om te komen tot coördinatie van het aanbod en een huisartsgericht aanbod onderhouden regionale coördinatoren veel contacten met andere organisaties die deskundigheidsbevordering voor huisartsen organiseren. Regionale coördinatoren proberen ervoor te zorgen dat WDH-leden vertegenwoordigd zijn in bijvoorbeeld het PAOH, maar ook commissie voor het organiseren van bijvoorbeeld een Warffumcursus.

Organisaties waarmee regionale coördinatoren contacten onderhouden zijn de volgende:

- PAOH:

Regionale coördinatoren hebben zitting in de doelgroepcommissie PAOH. In deze commissie worden zaken beleidsmatig en inhoudelijk afgestemd en afspraken gemaakt over de taakverdeling. Gemiddeld besteedden regionale coördinatoren 3% van de totaal gewerkte tijd in de registratieperiode aan overleg met het PAOH.

- UHI:

In bijna alle regio's loopt het contact met het UHI via het PAOH. Op een enkele plaats zijn er ook structurele contacten rechtstreeks met het UHI. Overleg met het UHI nam 3% van de totale tijd van regionale coördinatoren in beslag tijdens de registratieperiode.

- Farmaceutische industrie:

In twee regio's vindt de afstemming met de industrie plaats door plaatselijke coördinatoren. In één regio ligt deze taak juist bij de regionaal coördinator. De mate van afstemming wisselt. In enkele regio's is er geen afstemming, of

slechts ad hoc. Soms wordt er samengewerkt met de industrie. Men tracht te komen tot een situatie waarin de industrie WDH-activiteiten sponsort. Niet alle farmaceutische bedrijven voelen hier echter iets voor. Afstemming met de farmaceutische industrie kostte regionale coördinatoren gemiddeld 1% van hun tijd in de registratieperiode.

- VOH:

Vijf van de zeven geïnterviewde regionale coördinatoren hebben hun secretariael-administratieve ondersteuning ondergebracht bij de VOH. Eén regionaal coördinator woont vergaderingen van een VOH-bestuur bij. Overleg met VOH's nam 1% van de tijd van regionale coördinatoren in beslag tijdens de registratieperiode.

- LHV:

In vier regio's zijn er geen contacten tussen de SDH en de LHV. In enkele regio's lopen de contacten via de PHV. Eén regionaal coördinator woont vergaderingen van een districtsbestuur bij.

- NHG:

Drie regionale coördinatoren hebben zitting (gehad) in een commissie van het NHG. In sommige regio's wordt al gebruik gemaakt van standaarden in de nascholing. In andere regio's zal dit in de toekomst gaan plaatsvinden.

Het overleg met LHV en NHG nam in totaal 1% van de totaal gewerkte tijd van regionale coördinatoren in beslag gedurende de registratieperiode.

Over het algemeen worden de mogelijkheden tot afstemming door regionale coördinatoren positief beoordeeld, hoewel twee regionale coördinatoren aangeven dat er met de industrie nauwelijks tot afstemming kan worden gekomen, omdat de industrie vaak alleen maar geïnteresseerd is in het verkopen van een bepaald product en niet daadwerkelijk in nascholing voor huisartsen. Eén regionaal coördinator vindt dat er weliswaar volop mogelijkheden tot afstemming voorhanden zijn, maar dat de mankracht ontbreekt om deze mogelijkheden ten volle te benutten.

Wat de organisatie van cursussen en dergelijk betreft, houden regionale coördinatoren zich betrekkelijk weinig bezig met de activiteiten die WDH's en plaatselijke coördinatoren organiseren. In totaal neemt de medewerking van regionale coördinatoren en het aandragen van informatie en leermiddelen voor cursussen in de periferie gemiddeld slechts 1% van de totaal gewerkte tijd door regionale coördinatoren in beslag. Veel meer tijd besteden regionale coördinatoren aan het meehelpen organiseren van cursussen en andere activiteiten door anderen dan WDH's: gemiddeld 13% van de in totaal gewerkte tijd. Bij die andere organisaties betreft het dan overwegend het PAOH (of PAOG), de SDH (op landelijk niveau) en soms de farmaceutische industrie of een RIAGG.



### **Activiteiten met betrekking tot de participatie van huisartsen:**

Eén regionaal coördinator probeert vertegenwoordigers van WDH's in de PHV te krijgen, zodat nascholing daar een vast punt op de agenda kan worden. Een andere regionale coördinator probeert via de regionale vergaderingen van plaatselijke coördinatoren ervoor te zorgen dat de doelgroep gemotiveerd wordt. Regionale coördinatoren hebben zelf betrekkelijk weinig mogelijkheden om de participatie van huisartsen te verhogen. De pogingen die ze in dit kader ondernemen lopen bovendien door andere activiteiten heen en zijn derhalve moeilijk terug te vinden in de registratie van activiteiten. In tegenstelling tot de oordelen van plaatselijke coördinatoren en WDH-leden beoordelen regionale coördinatoren de behoefte van huisartsen aan SNH-nascholing redelijk positief. Drie regionale coördinatoren geven aan dat het steeds dezelfde groep is die behoefte aan SDH-nascholing blijkt te hebben. Vijf van de acht regionale coördinatoren zijn echter tevreden over de mate waarin cursussen bezocht worden.

#### **4.5. Activiteiten van het bureau SDH**

Uit de activiteitenregistratie van plaatselijke en regionale coördinatoren is gebleken dat 7% van de tijd gemiddeld wordt besteed aan het volgen van kadertraining. Het voorbereiden van kadertrainingen is een belangrijke activiteit van het bureau SDH. In deze paragraaf zullen de activiteiten van dit bureau verder worden belicht

Door de medewerkers van het bureau SDH (directeur en stafmedewerker) is eveneens gedurende een periode van vier weken geregistreerd hoeveel tijd aan welke activiteiten werd besteed. Omdat de hier gepresenteerde gegevens slechts twee personen betreffen, zal omwille van de anonimiteit niet worden vermeld hoeveel van de in totaal gewerkte tijd van beide medewerkers is.

In tabel 4.4. wordt eerst aandacht besteed aan de verdeling van die tijd door medewerkers van het bureau SDH over de verschillende groepen van activiteiten.

Tabel 4.4. Gemiddelde tijdsbesteding van medewerkers van het bureau SDH aan de verschillende groepen van activiteiten.

Activiteit	Gemiddeld perc. van totale tijd
Contacten met het regionaal/plaatselijk niveau	20
Interne activiteiten	18
Reizen	13
Vertegenwoordiging extern	9
Bekendheid geven aan activiteiten SDH	8
Dienstverlenende activiteiten	7
Andere activiteiten	25
Totaal	100

Uit tabel 4.4. blijkt dat bij het bureau SDH de meeste tijd besteed wordt aan activiteiten die het bureau SDH in contact brengt met het regionale en plaatselijke niveau van de organisatie (20% van de in totaal besteedde tijd). Interne activiteiten nemen 18% van de totale tijd in beslag. Opvallend veel tijd wordt opgeslokt door reizen, 13% van de totale tijd.

Voorbeelden van andere activiteiten zijn:

- vergadering tijdschrift SDO
- vergadering algemeen bestuur SDH
- vergadering dagelijks bestuur SDH
- vergadering-voorbereiding WAG
- beleidsvoorbereiding dagelijks bestuur/WAG
- onderhouden contacten post-academisch onderwijs
- onderhouden contacten UHI
- automatiseringsonderwijs
- video-workshop
- voorbereiden correspondentie/correspondentie
- automatiseringsnascholing

Uit tabel 4.4. is gebleken dat door medewerkers van het bureau SDH de meeste tijd besteed wordt aan activiteiten die het bureau SDH in contact brengt met het regionale en plaatselijke niveau van de organisatie. Het voorbereiden en organiseren van kadertraining neemt binnen deze groep van activiteiten de meeste tijd in beslag (15% van de totale tijd). Voor wat het voorbereiden van kadertrainingen betreft bestaat een taakverdeling onder de medewerkers van het bureau SDH. Door één medewerker van het bureau is aan deze activiteit helemaal geen tijd besteed. Voor de andere medewerker neemt het voorbereiden en organiseren van kadertrainingen dus relatief meer tijd in beslag dan de gemiddelde 15%. Daarnaast wordt binnen deze groep

activiteiten 5% van de totale tijd besteed aan het voorbereiden van en deelnemen aan de landelijke vergadering van regionale coördinatoren.

Interne activiteiten binnen het bureau SDH namen 18% van de totaal gewerkte tijd in beslag. Van de interne activiteiten neemt beleidsvoorbereiding verreweg de meeste tijd in beslag (10% van de totaal gewerkte tijd). De overige tijd binnen deze groep wordt besteed aan het houden van werksprekingen, financieel management, het schrijven van een jaarverslag en het opstellen van het werkplan. Binnen de groep vertegenwoordigende activiteiten wordt de tijd besteed aan overleg met NHG, LHV, O&O, CBO en SOH.

Binnen de groep activiteiten die te maken hebben met het geven van bekendheid aan de SDH wordt de meeste tijd besteed aan het lezen van relevante literatuur. Het uitgeven van een nieuwsbrief en het schrijven voor tijdschrift SDO nemen relatief weinig tijd in beslag.

Aan de activiteiten die te maken hebben met de dienstverlenende functie van het bureau SDH ten opzichte van de lagere geledingen in de organisatie wordt gemiddeld 7% van de totale tijd besteed. Deze groep activiteiten bestaat uit meehelpen aan de organisatie van deskundigheidsbevordering, geven van informatie/advies ten behoeve van de organisatie van deskundigheidsbevordering, het verzorgen van leermiddelen ten behoeve van deskundigheidsbevordering, documentatie en registratie.

#### **4.6. Beoordeling van de tot nu toe behaalde resultaten**

Over het algemeen zijn WDH's tevreden over de behaalde resultaten, behalve die ene WDH die kampt met een uitzonderlijk slechte participatie van huisartsen. Eén WDH is zelfs van mening dat de nascholing die (mede) door de WDH wordt georganiseerd aan de top staat van de nascholing voor huisartsen in Nederland. Drie WDH's geven aan dat vooral op het gebied van de afstemming en coördinatie zaken verbeterd zijn.

Hoewel de meeste WDH's redelijk tevreden zijn over de behaalde resultaten, hebben ze bijna allemaal nog iets te wensen over. Vier WDH's hebben bijvoorbeeld aangegeven over het algemeen tevreden te zijn over de tot nu toe behaalde resultaten, behalve voor wat betreft de participatie van huisartsen, die naar hun mening nog zou moeten stijgen en twee WDH's vragen zich of de cursussen die huisartsen volgen wel tot daadwerkelijke kennisvermeerdering en gedragsverandering leiden.

Alle regionale coördinatoren zijn tevreden over de tot nu toe behaalde resultaten. Eén regionaal coördinator zou willen dat de participatie wat hoger

was en een andere regionale coördinator is van mening dat er nog meer coördinatie moet komen en meer kadertraining voor WDH-leden.

Als concrete resultaten werden genoemd:

- meer productie
- betere kwaliteit van de nascholing
- betere structuur en coördinatie van de nascholing
- een goede samenwerking tussen plaatselijke coördinatoren onderling.

#### **4.7. Conclusie**

Opvallend is in de eerste plaats dat regionale en plaatselijke coördinatoren veel meer uren werken dan waarvoor zij zijn aangesteld. Dit roept onvermijdelijk de vraag op of met name de functie van regionaal coördinator niet veel te zwaar belast is in de huidige situatie.

Daarnaast is uit het onderzoek gebleken dat de meeste van de geïnterviewde WDH's één of meerdere keren hebben getracht de wensen en voorkeuren van huisartsen met betrekking tot de nascholing te peilen. Hoewel WDH's zeggen veel belang te hechten aan de inbreng van huisartsen in de nascholing, geven zij tevens aan dat de resultaten van behoeftepeilingen moeilijk verwerkt kunnen worden in de nascholing, zodat de inbreng van de huisartsen zich in de praktijk vaak beperkt tot de inbreng van een relatief kleine groep huisartsen, die zich actief bezighouden met de nascholing. Omdat de vorm en inhoud van de nascholing zo moeilijk aangepast kan worden aan de wensen en voorkeuren van huisartsen organiseren vijf WDH's activiteiten van uiteenlopende aard, zodat zo veel mogelijk huisartsen iets van hun gading kunnen vinden in het aanbod.

Verder is gebleken dat het voor de SDH moeilijk is om greep te krijgen op het totale aanbod aan deskundigheidsbevordering voor huisartsen. De afstemming met andere organisaties varieert sterk, zowel van plaats tot plaats, als van organisatie tot organisatie. De SDH probeert wel een selectie aan te brengen in het aanbod, door kwalitatief goede cursussen aan te bevelen aan huisartsen. Een drietal WDH's is van mening dat huisartsen hiervoor gevoelig zijn, vijf WDH's menen echter dat het huisartsen niet werkelijk interesseert door wie en hoe cursussen worden georganiseerd. De huisartsenquête die in het volgende hoofdstuk wordt behandeld, zal hierop meer licht moeten werpen.

## **5. HET GEBRUIK VAN DE SDH EN BEOORDELING VAN DE OPZET VAN DE ORGANISATIE**

### **5.1. Inleiding**

In hoofdstuk 4 is beschreven welke input de SDH ontvangt uit haar omgeving, welke beleid (mede) op basis van die input wordt geformuleerd, welke activiteiten worden ondernomen in relatie tot het beleid en hoe plaatselijke en regionale coördinatoren zelf oordelen over de output (oftewel de tot nu toe behaalde resultaten). In dit hoofdstuk nu, zal worden nagegaan in welke mate de output van de SDH wordt gebruikt door de omgeving van de SDH, met andere woorden, in welke mate huisartsen en externe organisaties gebruik maken van de diensten van de SDH. Daarnaast zal in dit hoofdstuk worden nagegaan wat de oordelen zijn van medewerkers binnen de SDH, huisartsen en externe organisaties, over de opzet van de organisatie. Feitelijk betekent dit dat de vragen 4 en 5 van de probleemstelling voor de deskundigheidsbevordering in dit hoofdstuk beantwoord zullen worden. Deze vragen zijn:

- In welke mate wordt van de diensten van de structuur gebruik gemaakt door de doelgroep (huisartsen) en relevante externe organisaties?
- Wat is het oordeel van betrokkenen binnen en buiten de structuur over zowel het feitelijk als het gepland functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning?

De eerste vraag wordt beantwoord in paragraaf 5.2 en paragraaf 5.3, de tweede vraag wordt behandeld in paragraaf 5.4.

### **5.2. Het gebruik van de diensten van de SDH door huisartsen**

#### **5.2.1. Inleiding**

De resultaten van deze paragraaf zijn gebaseerd op een enquête onder 713 huisartsen.

Verreweg de meeste huisartsen zeggen op de hoogte te zijn van het bestaan van Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (98%) en plaatselijke coördinatoren (94%). Van deze huisartsen houdt 87% zich op de hoogte van de activiteiten van de Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen; vergaderingen van waarneemgroep of PHV, het tijdschrift SDO en

nascholingsagenda's spelen hierbij een belangrijke rol.

Hoe ziet nu het gebruik van de diensten van de SDH door huisartsen eruit? Dit kan in de eerste plaats afgelezen worden aan het aantal SDH-cursussen dat door huisartsen wordt gevolgd, waarbij onder "SDH-cursussen", die nascholingsactiviteiten worden verstaan die door de SDH (=WDH, plaatselijk of regionaal coördinator) alleen of in samenwerking met andere organisaties zijn georganiseerd. Ten tweede kan het gebruik afgelezen worden aan het deelnemen aan onderlinge toetsing door huisartsen en de mate waarin in dit kader contact met de SDH wordt onderhouden. Tenslotte is het van belang om na te gaan of huisartsen wel eens hebben meegeholpen bij de organisatie van nascholingsactiviteiten en of zij in het kader van deze organisatie in contact geweest zijn met een plaatselijk of regionaal coördinator of WDH-leden.

### **5.2.2. De participatie van huisartsen aan nascholingsactiviteiten**

Het verhogen van de participatie van huisartsen aan nascholingsactiviteiten is een van de statutaire doelstellingen van de SDH. Om een globaal inzicht te krijgen in de participatie van huisartsen aan nascholingsactiviteiten in het algemeen en aan nascholingsactiviteiten georganiseerd door of in samenwerking met de SDH in het bijzonder is in de enquête onder huisartsen de vraag gesteld welke cursussen de huisarts het afgelopen half jaar gevolgd had en door wie die cursussen georganiseerd waren. Van de 713 huisartsen heeft 16% in het afgelopen half jaar geen enkele nascholingsactiviteit gevolgd, 52% volgde één, twee of drie cursussen in het afgelopen half jaar en 32% volgde meer dan drie cursussen. In tabel 5.1 is het aantal gevolgde cursussen weergegeven per regio<sup>1</sup>.

---

1N.B. Deze regio's komen niet overeen met de regio's die de werkgebieden van regionale coördinatoren vormen.

Tabel 5.1. Huisartsen per regio naar het aantal cursussen dat zij in het afgelopen half jaar hebben gevolgd.

Regio	Aantal gevolgde cursussen			Totaal %	abs.
	geen	1 tot 3	meer dan 3		
Noord-Nederland	17	60	23	100	(90)
Oost-Nederland	13	52	36	100	(512)
Zuid-Oost Nederland	16	46	37	100	(97)
Zuid-West Nederland	21	48	31	100	(95)
Midden-Nederland	15	54	31	100	(48)
West-Nederland	15	53	32	100	(204)
Totaal	16	52	32	100	(686) *

\*Van 25 huisartsen kan niet worden achterhaald tot welke PHV, VOH, of regio zij behoren.

Het aantal huisartsen dat het afgelopen half jaar geen enkele nascholingsactiviteit heeft gevolgd, is het hoogst voor de regio Zuid-West-Nederland en het laagst voor de regio Oost-Nederland. Voor wat betreft het aantal gevolgde cursussen per huisarts wijkt verder alleen de regio Noord-Nederland noemenswaardig af van de rest, doordat in die regio relatief meer huisartsen één tot drie cursussen hebben gevolgd en relatief minder huisartsen drie of meer cursussen, dan in de overige regio's.

Het is verder interessant om na te gaan of de participatie van huisartsen verschilt voor gebieden waar al een werkgroep van de SNH functioneerde vóór de komst van de WDH en gebieden waar dit niet het geval is. Het zou namelijk kunnen, dat het feit dat er gedurende de veel meer op vrijwilligheid gebaseerde SNH-tijd, een werkgroep voor nascholing van huisartsen is opgericht, een indicatie is voor de mate waarin huisartsen "nascholingsminded" zijn in een bepaald gebied. Uit de enquête onder plaatselijke coördinatoren, die tijdens het vooronderzoek gehouden is kan voor 377 van de 713 respondenten van de huisartsenenquête worden nagegaan, of er in de PHV waartoe zij behoren een SNH-werkgroep functioneerde vóór de oprichting van de WDH. In tabel 5.2 is het aantal gevolgde cursussen weergegeven naar het wel of niet bestaan van een werkgroep SNH vóór de WDH.

Tabel 5.2. Huisartsen, uitgesplitst naar het aantal cursussen dat zij het afgelopen half jaar hebben gevolgd, naar het wel of niet bestaan van een werkgroep SNH vóór de oprichting van de WDH

Aantal gevolgde cursussen	Wergroep SNH vóór WDH				Totaal	
	ja abs.	%	nee abs.	%	abs.	%
geen	50	(16)	12	(19)	62	(16)
1 of 2	120	(38)	28	(44)	39	(39)
3 of 4	81	(26)	13	(21)	94	(25)
meer dan 4	63	(20)	10	(16)	73	(19)
<b>totaal</b>	<b>314</b>	<b>(100)</b>	<b>63</b>	<b>(100)</b>	<b>377</b>	<b>(100)</b>

Uit tabel 5.2 blijkt dat huisartsen in gebieden waar vóór de WDH een werkgroep SNH functioneerde relatief vaker drie of vier cursussen en meer dan vier cursussen in het afgelopen half jaar hebben gevolgd, dan huisartsen in gebieden waar vóór de WDH geen werkgroep SNH functioneerde (respectievelijk 26% en 20% tegen 21% en 16% van de huisartsen). Huisartsen in gebieden waar vóór de WDH geen werkgroep SNH functioneerde, volgden het afgelopen half jaar relatief vaker geen cursussen of één of twee cursussen, dan huisartsen in gebieden waar wel een werkgroep SNH functioneerde (respectievelijk 19% en 44% tegen 16% en 38% van de huisartsen). Hieruit blijkt dat in gebieden waar een werkgroep SNH functioneerde vóór de WDH, huisartsen relatief gezien iets meer cursussen volgen dan in gebieden waar dit niet het geval is.

In de volgende subparagraaf zal worden nagegaan wat het aandeel van de SDH is in het totaal aantal cursussen die de respondenten het afgelopen half jaar hebben gevolgd.

### 5.2.3. Het volgen van SDH-nascholing.

De 713 respondenten van de enquête hebben samen het afgelopen half jaar 1821 nascholingsactiviteiten gevolgd. De meest genoemde onderwerpen van cursussen waren:

- ziekten en aandoeningen van het maag-darm-kanaal (door 19% van de huisartsen genoemd);
- ziekten en aandoeningen van hart en vaatstelsel (door 11% van de huisartsen genoemd);
- ziekten die vooral bij vrouwen voorkomen;



- praktische vaardigheden;
- psycho-sociale problematiek (alledrie door 6% van de huisartsen genoemd).

In tabel 5.3 is weergegeven wie de organisatoren van die cursussen waren, naar het percentage huisartsen dat de cursussen heeft gevolgd.

Uit tabel 5.3 blijkt dat 48% van de huisartsen in het afgelopen half jaar één of meer SDH-cursussen heeft gevolgd, terwijl 20% één of meer PAOH-UHI-cursussen heeft gevolgd, 22% één of meer industrie-cursussen heeft gevolgd, 24% van de huisartsen cursussen heeft gevolgd die door een ziekenhuis en/of specialisten werden georganiseerd, 9% van de huisartsen cursussen heeft gevolgd georganiseerd door LHV of NHG en 33% cursussen heeft gevolgd die door andere organisaties zijn georganiseerd.

Tabel 5.3. Organisatoren van nascholing voor huisartsen naar het percentage huisartsen dat de nascholing volgde en naar het percentage van het totaal aantal gevolgde nascholingsactiviteiten.

Organisatoren	Percentage van de huisartsen dat de cursussen heeft gevolgd (n=713)	Percentage van het totale aantal gevolgde cursussen (n=1821)
SDH/WDH	48	37
PAOH/UHI	20	10
Farmaceutische industrie	22	12
Ziekenhuizen/specialisten	24	14
LHV/NHG	9	5
Anders	33	22

Van die 1821 gevolgde cursussen en andere activiteiten werd 37% georganiseerd door of in samenwerking met de SDH, 10% door het PAOG, PAOH of het UHI, 12% door de farmaceutische industrie, 14% door ziekenhuizen, 5% door LHV of NHG en 22% door de meest uiteenlopende organisaties, zoals bijvoorbeeld RIAGG's, Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs, Integrale Kankercentra, het Rode Kruis en het Nederlands Instituut voor Sport Gezondheidszorg.

De SDH heeft als organisator van gevolgde nascholingsactiviteiten dus met 48% van de huisartsen die één of meer SDH-cursussen hebben gevolgd, en met 37% van het totaal aantal gevolgde cursussen het grootste aandeel in nascholingsmarkt voor huisartsen. Toch heeft 52% van de respondenten het afgelopen half jaar geen nascholingsactiviteit gevolgd die door of in samenwerking met de SDH was georganiseerd. Van de gevolgde nascholing die georganiseerd werd door de industrie, een ziekenhuis, LHV of NHG en

andere organisaties, werd, voor zover de respondenten wisten, 21% aanbevolen door de SDH.

Welke rol spelen de SDH en de aanbevelingen van de SDH nu voor huisartsen bij het maken van een selectie uit het grote aanbod aan nascholingsactiviteiten? Om dit te onderzoeken is in de enquête allereerst aan huisartsen gevraagd welke criteria zij aanleggen bij het maken van een selectie uit het nascholingsaanbod en vervolgens, of zij bewust kiezen voor SDH-nascholing en zo ja, waarom. Bij de vraag welke criteria huisartsen aanleggen bij het maken van een keuze uit het grote aanbod aan nascholing, kan een onderscheid worden gemaakt tussen huisartsen die het afgelopen half jaar geen SDH-cursus hebben gevolgd, huisartsen die één of twee SDH-cursussen hebben gevolgd en huisartsen, die drie of meer SDH-cursussen hebben gevolgd en dus min of meer vaste klant van de SDH zijn. Tabel 5.4 geeft weer welke criteria de verschillende groepen respondenten aanleggen bij het kiezen voor een nascholingsactiviteit. In deze tabel wordt als criterium genoemd "Alleen onderwerp, tijd en plaats". Hierbij moet worden opgemerkt dat onderwerp, tijd en plaats **altijd** een rol spelen voor huisartsen bij het maken van een selectie uit het aanbod, ook samen met andere criteria. Het item zoals het in de tabel vermeld is, staat voor "onderwerp, tijd en plaats" als enig selectiecriteria, dus niet in combinatie met een van de andere criteria.

Het meest genoemde criterium voor het maken van een selectie uit het nascholingsaanbod, zijn de aanbevelingen van de SDH ten aanzien van het aanbod (door 43% van de huisartsen genoemd), gevolgd door de mogelijkheid tot het onderhouden van sociale contacten en de vormgeving van activiteiten (beide door 27% van de huisartsen genoemd). Van de huisartsen maakt 24% een selectie uit het aanbod alleen op basis van onderwerp, tijd en plaats van de cursus.

Tabel 5.4. Criteria die huisartsen aanleggen, naast onderwerp, tijd en plaats van een cursus, bij het maken van een selectie uit het aanbod aan nascholingsactiviteiten naar aantal gevolgde SDH-cursussen in het afgelopen half jaar (n=704).

Criteria	Aantal gevolgde SDH-cursussen			totaal	
	geen %	1 tot 3 %	4 en meer %	%	abs.
Alleen onderwerp, tijd en plaats	31	20	8	24	(169)
Aanbevelingen SDH	40	46	65	43	(303)
Mogelijkheid tot het onderhouden van soc. contacten	23	34	30	27	(190)
Vormgeving van cursussen	22	33	40	27	(190)
Totaal % *	100	100	100	100	
abs.	(366)	(303)	(35)		(704)

\*Omdat meerdere antwoorden mogelijk waren bij de beantwoording van deze vraag in de enquête, tellen de percentages niet op tot 100%, maar meer.

Opvallend is dat toch 40% van de huisartsen die in het afgelopen half jaar geen SDH-cursus hebben gevolgd, zegt bij het maken van een selectie uit het nascholingsaanbod, uit te gaan van de aanbevelingen van de SDH. Hoewel deze huisartsen in het afgelopen half jaar geen SDH-cursus hebben gevolgd, speelt de SDH kennelijk toch een belangrijke rol voor die huisartsen.

Uit tabel 5.4 blijkt verder dat huisartsen, naarmate zij het afgelopen half jaar meer SDH-cursussen hebben gevolgd bij het maken van een selectie uit het aanbod aan nascholing meer de nadruk leggen op de aanbevelingen van de SDH ten aanzien van nascholingsactiviteiten, op de mogelijkheid tot het onderhouden van sociale contacten en op de vormgeving van cursussen. Naarmate huisartsen het afgelopen half jaar minder SDH-cursussen hebben gevolgd, maken zij vaker een selectie op basis van alleen het onderwerp van een nascholingsactiviteit, de plaats waar en de tijd waarop een nascholingsactiviteit wordt gegeven. Andere selectie-criteria die huisartsen aanleggen, zijn bijvoorbeeld de kosten van een cursus, de tijd die zij zelf op dat moment ter beschikking hebben, wie de sprekers of inleiders zijn en de leemten in de eigen kennis.

Huisartsen kiezen niet altijd bewust voor een SDH-cursus, wanneer zij een selectie maken uit het nascholingsaanbod. De meeste doen dit zelfs niet: 39% van de huisartsen zegt bewust te kiezen voor SDH-nascholing. Indien huisartsen bewust kiezen voor nascholing die georganiseerd wordt door of in

samenwerking met de SDH, dan hebben zij daar een bepaalde reden voor. Welke redenen dit zijn, is te zien in tabel 5.5, die de redenen voor een bewuste keuze voor SDH-nascholing weergeeft.

De meest genoemde reden waarom men bewust kiest voor SDH-nascholing, is dat deze nascholing naar de mening van huisartsen goed qua inhoud is. Ongeveer een kwart van de huisartsen, die bewust kiezen voor SDH-nascholing, doet dit omdat deze nascholing volgens hen goed qua vorm is en 20% noemt als reden de onafhankelijkheid van de SDH, met name van de farmaceutische industrie. Voorbeelden van redenen uit de categorie "anders", zijn de mogelijkheden die SDH-nascholing biedt tot het onderhouden van sociale contacten op lokaal niveau, het ondersteunen van de goede bedoelingen van de SDH door SDH-nascholing te volgen, de mogelijkheden die deze nascholing biedt tot het afstemmen van beleid met diverse collegae en dergelijke.

Tabel 5.5. Redenen voor bewuste keuze voor SDH-nascholing naar het aantal gevolgde SDH-cursussen in het afgelopen half jaar (n=276).

Redenen	Aantal gevolgde SDH-cursussen			totaal	
	geen %	1 tot 3 %	4 en meer %	%	abs.
SDH-nascholing is:					
goed qua inhoud	50	58	70	56	(155)
goed qua vorm	20	31	33	26	(72)
onafhankelijk (m.n. van de industrie)	18	21	23	20	(55)
georganiseerd door huisartsen	5	7	10	7	(19)
Andere reden	27	14	10	17	(47)
Totaal % *	100	100	100	100	
abs.	(108)	(138)	(30)		(276)

\*Omdat meerdere antwoorden mogelijk waren bij de beantwoording van deze vraag in de enquête, tellen de percentages niet op tot 100%, maar meer.

Uit tabel 5.5 blijkt verder dat huisartsen, naarmate zij meer SDH-nascholing hebben gevolgd in het afgelopen half jaar, vaker van mening zijn dat SDH-nascholing onafhankelijk en goed qua vorm en inhoud is. Daarnaast speelt het feit dat SDH-nascholing georganiseerd wordt door huisartsen een belangrijkere rol voor huisartsen, naarmate zij meer SDH-nascholing hebben gevolgd.

#### 5.2.4. Deelname aan onderlinge toetsing

Van de respondenten gaf 47% aan, deel te nemen aan enigerlei vorm van onderlinge toetsing samen met andere huisartsen. Dit percentage ligt hoger naarmate huisartsen het afgelopen half jaar meer aan SDH-nascholing hebben deelgenomen, zoals blijkt uit tabel 5.6.

Tabel 5.6. Deelname aan onderling toetsing naar het aantal gevolgde SDH-cursussen in het afgelopen half jaar (n=712).

Totaal Deelname aan toetsing	Aantal gevolgde SDH-cursussen			
	geen	1 tot 3	4 en meer	
ja	46%	49%	54%	47%
nee	54%	51%	46%	53%
totaal	100%	100%	100%	100%

Van de huisartsen die zeggen deel te nemen aan onderlinge toetsing, onderhoudt 36% in dit kader contacten met plaatselijke coördinatoren of WDH-leden (dit is 17% van de totale groep respondenten). Van deze huisartsen zegt 77% deze contacten als zinvol tot zeer zinvol te ervaren.

#### 5.2.5. Medewerking aan de organisatie van nascholingsactiviteiten

Een belangrijke doelstelling van de SDH is het coördineren van het aanbod aan deskundigheidsbevordering voor huisartsen. Voor WDH's en plaatselijke coördinatoren betekent dit in de praktijk dat zij ernaar streven dat organisatoren van nascholingsactiviteiten voor huisartsen in ieder geval contact opnemen met de plaatselijke coördinator of een WDH-lid, zodat op zijn minst tot afstemming van data kan worden gekomen. Met name specialisten, maar ook huisartsen wordt regelmatig gevraagd door organisatoren van nascholing (bijvoorbeeld de farmaceutische industrie) om mee te werken aan de organisatie van activiteiten of op te treden als spreker. Het is het streven van veel van de geïnterviewde WDH's, dat een specialist of huisarts in een dergelijk geval contact opneemt met de plaatselijk coördinator en ook de organiserende instantie daarnaar verwijst. In de praktijk blijkt echter, dat huisartsen, die de afgelopen twee jaar betrokken zijn geweest bij de organisatie van nascholingsactiviteiten, hierbij in de meeste gevallen niet in contact geweest zijn met WDH-leden of plaatselijke coördinatoren. Van de respondenten is 32% in de

afgelopen twee jaar betrokken geweest bij de organisatie van nascholingsactiviteiten. Slechts de helft van deze huisartsen zegt echter, in dit kader contact te hebben gehad met WDH-leden of een plaatselijk coördinator.

### **5.3. Het gebruik van de diensten van de SDH door externe organisaties**

#### **5.3.1. Inleiding**

De resultaten die in deze paragraaf worden gepresenteerd, zijn afkomstig uit een enquête onder 77 externe organisatie van de SDH.

In hoofdstuk 4 is aangegeven dat de SDH in haar beleid ernaar streeft het aanbod aan nascholingsactiviteiten te coördineren, op zijn minst op het niveau van het plannen van data voor activiteiten. Gebleken is dat hiervoor in de eerste plaats getracht wordt organisatoren van nascholing voor huisartsen duidelijk te maken, dat voor het organiseren van activiteiten contact gezocht dient te worden met de SDH (in de praktijk meestal de plaatselijke coördinator). Daarnaast wordt door middel van een nascholingsagenda geprobeerd data af te stemmen waarop activiteiten plaatsvinden. In deze paragraaf zal worden nagegaan in hoeverre externe organisaties contact onderhouden met de SDH en in hoeverre met de SDH wordt samengewerkt bij het organiseren van nascholingsactiviteiten.

De gegevens die in deze paragraaf worden gepresenteerd, zijn afkomstig uit de enquête voor externe organisaties van de SDH. Zoals in hoofdstuk 3 al werd gezegd is de respons op deze enquête bijzonder laag geweest, in totaal hebben 77 externe organisaties de enquête ingevuld. Van deze 77 respondenten zijn er 20 die contactpersoon opgegeven door regionale coördinatoren. Van deze 20 respondenten zijn er 8 afkomstig uit de farmaceutische industrie, 4 uit Universitaire Huisartsen Instituten, 3 respondenten zijn specialisten en de overige 5 zijn afkomstig van respectievelijk één Integraal Kankercentrum, één RIAGG, één SPEL, één ziekenfonds en één Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. Van de 57 respondenten die niet waren opgegeven door regionale coördinatoren zijn er negen afkomstig uit de farmaceutische industrie en 48 uit ziekenhuizen.

Omdat de respondenten die niet zijn opgegeven door regionale coördinatoren op een aantal punten significant verschillen van respondenten die wel zijn opgegeven door regionale coördinatoren zal bij het presenteren van de resultaten zoveel mogelijk een onderscheid worden gemaakt tussen beide groepen. In verband met de vaak zeer kleine aantallen zullen echter in de tabellen van de paragraaf geen percentages worden gegeven.

### 5.3.2. Samenwerking tussen externe organisaties en de SDH.

De 77 respondenten houden zich allemaal op de een of andere manier bezig met deskundigheidsbevordering voor huisartsen. In tabel 5.7 is weergegeven op welke manier deze organisaties zich bezig houden met deskundigheidsbevordering.

Tabel 5.7. Externe organisaties, uitgesplitst naar wel en niet opgegeven door regionale coördinatoren, naar de manier waarop zij zich bezig houden deskundigheidsbevordering voor huisartsen.

Manier van bezig houden met deskundigheidsbevordering	Opgegeven door regionale coördinatoren		Totaal
	wel	niet	
(Mede)organiseren	10	39	49
Leveren van randvoorwaardelijke bijdragen	4	9	13
Randvoorwaardelijke en inhoudelijke bijdragen	2	4	6
Leveren van inhoudelijke bijdragen	1	4	5
Anders	3	1	4
Totaal	20	57	77

Uit tabel 5.7 blijkt dat de meeste externe organisaties zich bezighouden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen door het (mede) organiseren van activiteiten. Daarnaast houden 13 organisaties zich hiermee bezig door het leveren van randvoorwaardelijke bijdragen aan deskundigheidsbevordering. Hieronder wordt bijvoorbeeld verstaan het beschikbaar stellen van ruimte, apparatuur en ook het leveren van financiële bijdragen. Van de 77 organisaties leveren er 5 een inhoudelijke bijdrage aan deskundigheidsbevordering (bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van know-how en sprekers) en 4 zeggen zowel een inhoudelijke als randvoorwaardelijke bijdrage te leveren. Vier organisaties houden zich op nog andere manieren bezig met deskundigheidsbevordering voor huisartsen.

Externe organisaties is gevraagd of zij bij hun activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering voor huisartsen contacten onderhouden met regionale of plaatselijke coördinatoren (of WDH-leden). Op 1 na alle organisaties die door regionale coördinatoren waren opgegeven als contactpersoon antwoordden hierop bevestigend (hetgeen ook voor de hand ligt). Van de

organisaties die niet waren opgegeven door regionale coördinatoren zeiden er 32 dat zij contacten onderhouden met de SDH en 23 dat zij dat niet doen. Van de 51 organisatie die contacten onderhouden met de SDH zeggen er 24 regelmatig, gestructureerd overleg te hebben met de SDH (9 'wel opgegeven' en 15 'niet opgegeven'). Negen organisaties hebben twee tot vier keer per jaar contact met de SDH (5 'wel opgegeven' en 4 'niet opgegeven'). De overige 18 organisaties hebben één keer per jaar of minder contact met de SDH (5 'wel opgegeven' en 13 'niet opgegeven').

Tabel 5.8 geeft weer hoe de externe organisaties in contact gekomen zijn met de SDH.

Tabel 5.8. Externe organisaties, uitgesplitst naar wel of niet opgegeven zijn door regionale coördinatoren, naar de manier waarop zij in contact gekomen zijn met de SDH.

Manier van in contact komen	Opgegeven door regionale coördinatoren		Totaal
	wel	niet	
Via nascholingsactiviteiten/overleg/ persoonlijke contacten	6	14	20
Op initiatief van SDH	2	10	12
Op eigen initiatief	5	2	7
Combinatie van bovenstaande factoren	6	6	12
<b>Totaal</b>	<b>19</b>	<b>32</b>	<b>51</b>

In de meeste gevallen zijn externe organisaties in contact gekomen met de SDH via nascholingsactiviteiten, overlegcircuits of via persoonlijke contacten. In 12 gevallen heeft de SDH contact gezocht met de externe organisaties en in 7 gevallen hebben de externe organisaties zelf contact gezocht met de SDH. Twaalf externe organisaties geven daarnaast aan met de SDH in contact gekomen te zijn via een combinatie van de bovengenoemde factoren.

Van de externe organisaties zeggen er 43 zich op de hoogte te houden van de activiteiten van de SDH (16 'wel opgegeven' en 27 'niet opgegeven'). In de meeste gevallen wordt hiervoor gebruik gemaakt van de door de SDH op haar verschillende niveaus uitgegeven nascholingsagenda's en nieuwsbrieven. Om na te gaan in hoeverre externe organisaties contact zoeken en samenwerken met de SDH bij het organiseren van nascholingsactiviteiten, is in de enquête gevraagd welke nascholingsactiviteiten voor huisartsen de externe organisaties het afgelopen half jaar hebben georganiseerd, welke rol de SDH daarbij speelde en wat het oordeel van de externe organisaties was over de



eventuele samenwerking met de SDH.

Niet alle respondenten hebben het afgelopen half jaar nascholingsactiviteiten (mede) georganiseerd. Van de 77 organisaties hebben er 50 het afgelopen half jaar in totaal 126 nascholingsactiviteiten georganiseerd. De onderwerpen van deze activiteiten variëren sterk. Voor zover er al een onderwerp genoemd werd, scoorden 'hart- en vaatziekten' het hoogst (38 keer genoemd), gevolgd door 'gynaecologie en verloskunde' (13 keer genoemd) en 'oncologie' (10 keer genoemd).

In tabel 5.9 is voor de georganiseerde nascholingsactiviteiten weergegeven welke rol de SDH speelde bij de organisatie, uitgesplitst naar het wel of niet opgegeven zijn door regionale coördinatoren van de organisatoren van de activiteiten. Omdat het aantal georganiseerde nascholingsactiviteiten hoger ligt dan het aantal respondenten, zullen in deze tabel wel percentages worden gepresenteerd.

Uit tabel 5.9 blijkt dat in iets meer dan de helft van de gevallen de SDH geen rol speelt bij de organisatie van activiteiten. Voor organisaties die door regionale coördinatoren als contactpersoon zijn opgegeven ligt dit percentage echter slechts op 15%, terwijl bij de activiteiten die georganiseerd zijn door respondenten die niet opgegeven zijn door regionale coördinatoren in 63% van de gevallen de SDH geen rol speelt.

Tabel 5.9. De rol van de SDH bij de organisatie van nascholingsactiviteiten naar het wel of niet opgegeven zijn door regionale coördinatoren van de organisatoren van de activiteiten.

Rol SDH	Opgegeven door regionale coördinatoren		Totaal			
	wel abs.	%	niet abs.	%	abs.	%
SDH speelt geen rol	5	(15)	59	(63)	64	(51)
Samenwerking met SDH	28	(85)	34	(37)	62	(49)
Totaal	33	(100)	93	(100)	126	(100)

Externe organisaties is vervolgens gevraagd, indien er sprake is van samenwerking met de SDH bij de organisatie van nascholingsactiviteiten voor huisartsen, een oordeel te geven over de samenwerking met de SDH. In tabel 5.10 zijn de oordelen van externe organisaties per georganiseerde nascholingsactiviteit weergegeven, uitgesplitst naar het wel of niet opgegeven zijn door regionale coördinatoren van de organisatoren van de activiteiten.

Tabel 5.10. Oordeel van externe organisaties, uitgesplitst naar wel of niet opgegeven door regionale coördinatoren, over de samenwerking met de SDH per nascholingsactiviteit.

Oordeel over samenwerking	Opgegeven door regionale coördinatoren		Totaal
	wel	niet	
Zinvol	20	26	46
Noch zinvol/noch zinloos	5	3	8
Niet zinvol	3	5	8
Totaal	28	34	62

Uit tabel 5.10 blijkt dat voor 46 van de 62 nascholingsactiviteiten waarbij door externe organisaties wordt samengewerkt met de SDH, de samenwerking als zinvol wordt ervaren, voor 8 activiteiten wordt de samenwerking noch als zinvol noch als zinloos ervaren en voor nog eens 8 activiteiten wordt de samenwerking als niet zinvol ervaren.

Tot slot is in de enquête gevraagd of externe organisaties veranderingen hebben geconstateerd in de nascholing voor huisartsen sinds de komst van de SDH. In tabel 5.11 is weergegeven welke veranderingen volgens externe organisaties zijn opgetreden.

Deze vraag in de enquête is door slechts 49 externe organisaties beantwoord. Het vaakst werd gezegd dat men geen verandering geconstateerd heeft ofwel niet in staat is duidelijk te beoordelen of er een verandering heeft plaats gevonden. De 15 organisaties die dit antwoord gaven, behoren allemaal tot de groep die niet als contactpersoon is opgegeven door regionale coördinatoren. Indien men wel een verandering heeft opgemerkt, werd het vaakst genoemd dat er meer structuur in de nascholing is gekomen en dat er meer coördinatie plaatsvindt (13 keer genoemd), gevolgd door de opmerking dat er meer, betere of huisartsgerichtere nascholing wordt georganiseerd (12 keer genoemd). Een verslechtering van de situatie werd door 8 externe organisaties geconstateerd (vier afkomstig uit de farmaceutische industrie en vier uit ziekenhuizen). Hierbij moet in gedachten houden dat

Tabel 5.11. Veranderingen die zijn opgetreden in de nascholing voor huisartsen sinds de komst van de SDH volgens externe organisaties, uitgesplitst naar wel of niet opgegeven zijn door regionale coördinatoren.

Opgetreden veranderingen	Opgegeven door regionale coördinatoren		Totaal
	wel	niet	
Geen/niet duidelijk te beoordelen	-	15	15
Meer structuur en coördinatie van nascholing	10	3	13
Meer, betere, huisartsgerichtere nascholing	4	8	12
Verslechtering van de situatie	3	5	8
Andere verandering	2	3	5
Totaal *	16	33	49

\*De aantallen tellen op tot méér dan het totaal omdat meerdere antwoorden mogelijk waren bij het beantwoorden van de vraag in de enquête.

wat bijvoorbeeld door een farmaceutisch bedrijf als een verslechtering van de situatie ervaren wordt, voor de SDH feitelijk een verbetering van de situatie zou kunnen inhouden. Vijf externe organisaties hebben een verandering van andere aard opgemerkt.

#### 5.4. Beoordeling van de opzet van de organisatie voor deskundigheidsbevordering

##### 5.4.1. Inleiding

In deze paragraaf zal worden nagegaan wat de oordelen zijn van medewerkers binnen de SDH, huisartsen en externe organisaties over de opzet van de organisatie voor deskundigheidsbevordering van huisartsen. In de interviews met regionale en plaatselijke coördinatoren en WDH-leden is de betrokkenen gevraagd een oordeel te geven over:

- De communicatie tussen het plaatselijk en landelijk niveau van de organisatie, zowel rechtstreeks als via de regionale coördinator;
- De decentrale opzet en het ontbreken van hiërarchische lijnen tussen het regionale en plaatselijke niveau van de organisatie;
- De mogelijkheden tot het uitwisselen van ervaringen met deskundigheidsbevordering tussen plaatselijke coördinatoren onderling en regionale coördinatoren onderling;

- De relatie deskundigheidsbevordering en ondersteuning.

Tevens is aan regionale coördinatoren gevraagd op welke manier zij zelf een organisatie voor deskundigheidsbevordering voor huisartsen hadden opgezet, gegeven de situatie zoals die was ten tijde van de oprichting van de SDO-structuur en aan plaatselijke coördinatoren en WDH-leden is gevraagd welke veranderingen zij eventueel aangebracht zouden willen zien in de huidige structuur voor deskundigheidsbevordering van huisartsen. De resultaten van deze vragen tijdens de interviews zullen worden behandeld in de volgende subparagraaf. In interviews met LHV en NHG is daarnaast teruggekomen op de relatie van beide organisaties met de SDH.

In de enquêtes voor huisartsen en externe organisaties van de SDH is niet gevraagd naar een oordeel over de opzet van de organisatie, omdat buitenstaanders hierover nauwelijks een gefundeerd oordeel kunnen geven. Wel is een oordeel gevraagd over de statutaire doelstellingen van de SDH, in die zin dat in de enquête gevraagd werd of men het zinvol vond dat er een organisatie is, die:

- nascholing en toetsing voor huisartsen coördineert;
  - nascholing en toetsing voor huisartsen organiseert;
  - de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing peilt;
  - en huisartsen tracht te motiveren tot deelname aan nascholing en toetsing.
- De resultaten van deze vragen in de enquête zullen behandeld worden in paragraaf 5.43.

#### **5.4.2. Beoordeling door medewerkers binnen de organisatie voor deskundigheidsbevordering**

##### **De rol van LHV en NHG**

Het NHG zegt zich te kunnen verenigen met de ropl die de SDH het genootschap toedeelt. Het NHG geeft echter aan in de toekomst een andere rol te willen spelen, waarbij de inhoud van de nascholing voor een deel op centraal niveau bepaald zal moeten worden. Het NHG is namelijk van mening dat er minder vrijblijvendheid moet komen bij het bepalen van de onderwerpen van de nascholing, wil het product huisartsgeneeskunde gegarandeerd worden. De LHV is zich ervan bewust voor de SDH op plaatselijk niveau geen grote rol te spelen. De LHV is echter van mening dat een integratie van de SDH in de LHV, in de toekomst noodzakelijk is, omdat de SDH op dit moment te weinig oog heeft voor de politiek-strategische aspecten van de nascholing,

die samenhangen met beleidsvoornemens op het gebied van toetsing en herregistratie.

Gebleken is dat voor WDH's de LHV in inhoudelijk opzicht geen rol van betekenis speelt, terwijl het NHG wel een inhoudelijk-wetenschappelijke invloed heeft. In interviews met LHV en NHG is hierop terug gekomen.

### **De communicatie tussen het plaatselijk en landelijk niveau.**

Twee regionale coördinatoren beoordelen deze communicatie als slecht, omdat plaatselijke coördinatoren en WDH-leden over het algemeen niet eens weten wie er in het SDH-bestuur zit en omdat er een 'stijlbreuk' in de organisatie bestaat (WDH-leden als enige vrijwilligers in een overigens professionele organisatie). Twee regionale coördinatoren vinden de communicatie noch goed noch slecht, in die zin dat de communicatie via de regionale coördinatoren naar hun mening redelijk goed verloopt, maar dat de rechtstreekse communicatie slecht is. Vier regionale coördinatoren vinden dat deze communicatie redelijk tot goed verloopt. Alle regionale coördinatoren zijn echter van mening dat zij een belangrijke schakel vormen in de communicatie, omdat er vrij weinig rechtstreekse contacten zijn. De SDH op landelijk niveau bevestigt dat er weinig rechtstreekse contacten zijn tussen periferie en centraal niveau, maar is van mening dat de communicatie via de regionale coördinatoren goed verloopt. De SDH voegt hier wel aan toe dat dit één van de redenen is waarom de functie van regionaal coördinator zwaar overbelast is.

De meerderheid van de WDH's (12 van de 17) oordeelt positief over de communicatie tussen het plaatselijk en het landelijk niveau van de organisatie, omdat met name de communicatie via de regionaal coördinator volgens deze WDH's goed verloopt. Niet al deze WDH's hebben rechtstreeks contact met de SDH op landelijk niveau, degene die dat wel hebben vinden dat de drempel om het SDH-bureau te benaderen laag is.

Vijf WDH's oordelen minder positief over de communicatie. Eén van deze WDH's betreurt het dat er helemaal geen contacten zijn met het bestuur en de WAG. Deze WDH vindt bovendien dat de SDH op landelijk niveau achterloopt en geen idee heeft van wat er in de periferie gebeurt. Dit in tegenstelling tot de mening van één regionaal coördinator, die juist vindt dat men op centraal niveau vaak verder is dan in de periferie. Twee van deze vijf WDH's vinden de ondersteuning van centraal aan de periferie onvoldoende. Eén van hen zegt behoefte te hebben aan een soort team van 'troubleshooters' bij de SDH, dat in zou kunnen grijpen bij problemen in de periferie. Daarentegen vindt een andere WDH weer dat de centrale SDH teveel zaken

probeert te regelen voor de periferie.

### **De decentrale opzet en het ontbreken van hiërarchische lijnen tussen het regionale en plaatselijke niveau van de organisatie.**

Binnen de SDH als organisatie ligt het zwaartepunt op de lokale organisatie, de combinatie van plaatselijke coördinatoren en WDH's. Er bestaat geen hiërarchische verhouding tussen het plaatselijke niveau van de organisatie enerzijds en regionale coördinatoren en het centrale niveau van de SDH anderzijds. Wel zijn regionale coördinatoren formeel hiërarchisch ondergeschikt aan het centrale niveau van de organisatie. In de interviews is plaatselijke coördinatoren en WDH-leden, alsmede regionale coördinatoren gevraagd naar een oordeel over de decentrale opzet en het ontbreken van hiërarchische lijnen tussen het landelijk en regionale niveau enerzijds en het plaatselijk niveau anderzijds. De decentrale opzet werd door regionale coördinatoren als goed beoordeeld, voor zover dit inhoudt dat het zwaartepunt van de organisatie in de periferie ligt. De meningen van regionale coördinatoren over het ontbreken van hiërarchische lijnen tussen het regionale en plaatselijke niveau zijn verdeeld. Eén regionaal coördinator is bijvoorbeeld van mening dat er meer hiërarchie moet komen om eisen te kunnen stellen aan plaatselijke coördinatoren en WDH's. Een andere regionaal coördinator is daarentegen van mening dat hiërarchie juist niet zou werken bij huisartsen.

Drie regionale coördinatoren vinden de huidige opzet goed. Twee coördinatoren hebben geen uitgesproken positieve of negatieve mening. Drie andere regionale coördinatoren vinden de huidige opzet niet goed, voor wat betreft het ontbreken van hiërarchische lijnen, niet goed omdat er geen mogelijkheden zijn om te kunnen ingrijpen indien een plaatselijk coördinator of een WDH niet naar behoren functioneert. Enkele regionale coördinatoren vinden bovendien dat er een duidelijkere centrale lijn moet komen en meer mogelijkheden voor het voeren van een gezamenlijk beleid.

Voor het functioneren van de zeventien geïnterviewde WDH's blijkt het ontbreken van hiërarchische lijnen nauwelijks problemen op te leveren, hoewel een vijftal WDH's zegt wel eens behoefte te hebben aan wat meer steun en richtlijnen van bovenaf. WDH's vinden echter in het algemeen dat kwaliteit van de deskundigheidsbevordering ten goede komt indien deze wordt georganiseerd in een decentraal opgezette organisatie; alleen dan is het mogelijk in te spelen op de plaatselijke situatie. Over het algemeen zijn WDH's dan ook blij met de vrijheid die het ontbreken van hiërarchische lijnen

biedt. Een probleem zou zich volgens een paar WDH's echter kunnen voordoen wanneer een WDH of een plaatselijk coördinator niet of slecht functioneert. Deze WDH's zijn van mening dat er mogelijkheden moeten komen voor een regionaal coördinator of het landelijk bureau om slecht functionerende plaatselijke coördinatoren op de vingers te tikken. In de huidige situatie is een plaatselijk coördinator volgens WDH's aan niemand verantwoording schuldig en dat vindt men op zijn minst vreemd.

### **De mogelijkheden tot het uitwisselen van ervaringen met deskundigheidsbevordering.**

Bij de opzet van de SDH werd het belangrijk gevonden dat er binnen de organisatie mogelijkheden zouden bestaan tot het onderling uitwisselen van ervaringen met deskundigheidsbevordering, vanuit de gedachte dat plaatselijke of regionale coördinatoren hun voordeel zouden kunnen doen met de positieve of negatieve ervaringen van hun collegae met bepaalde vormen van deskundigheidsbevordering. Mede met het oog hierop worden door het landelijke SDH-bureau vergaderingen georganiseerd voor regionale coördinatoren en door regionale coördinatoren voor de plaatselijke coördinatoren in hun regio. Tijdens de interviews is plaatselijke en regionale coördinatoren gevraagd de mogelijkheden tot het uitwisselen van ervaringen te beoordelen. Over het algemeen worden deze mogelijkheden door regionale en plaatselijke coördinatoren positief beoordeeld. In een aantal regio's en in de landelijke vergadering van regionale coördinatoren maakt men sinds kort gebruik van een nieuw 'kruisbestuivingschema'. Eén regionaal coördinator wilde liever geen oordeel hierover geven omdat dit nieuwe schema op regionaal niveau net ingevoerd is.

Drie regionale coördinatoren vinden de mogelijkheden tot het uitwisselen van ervaringen op centraal niveau slecht, omdat er men er op de vergadering vaak nauwelijks aan toe komt, maar op regionaal niveau goed.

Voor plaatselijke coördinatoren vindt uitwisseling van ervaringen plaats op de regionale vergadering van plaatselijke coördinatoren. Uitwisseling van ervaringen vindt ook wel plaats via de jaarverslagen van plaatselijke coördinatoren en via telefonisch contact tussen plaatselijke coördinatoren.

Eén WDH is van mening dat WDH's elkaar eigenlijk hun besluitenlijstje moeten toesturen, om ook tussen WDH's tot een uitwisseling te komen. Daarnaast vindt een andere WDH de mogelijkheden tot het uitwisselen van ervaringen niet goed omdat het teveel bij mooie plannen blijft, die in de praktijk niet blijken te werken.

## **De relatie tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning.**

De oordelen over de relatie tussen de SDH en de ondersteuningsorganisatie zijn wisselend van aard. Twee regionale coördinatoren vinden de huidige relatie slecht. De financieel-administratieve ondersteuning vinden zij slecht, die is slecht gestructureerd en teveel afhankelijk van toevallige factoren. De overige regionale coördinatoren spreken van een redelijke tot een uitstekende relatie. Twee regionale coördinatoren streven naar een meer omvattende samenwerking tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning, vooral het bijhouden van een regionale nascholingsagenda zou een taak voor de VOH kunnen zijn.

Van de zeventien geïnterviewde WDH's vinden er 10 dat de aangebrachte scheiding tussen beide organisaties goed is, omdat er volgens hen weinig inhoudelijke raakvlakken zijn tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning. Vier WDH's zijn van mening dat deskundigheidsbevordering en ondersteuning dichter naar elkaar toe moeten worden gebracht, of zelfs geïntegreerd moeten worden, zodat gebruik gemaakt kan worden van elkaars deskundigheden.

## **Eigen ideeën over de opzet van een organisatie voor deskundigheidsbevordering en gewenste veranderingen in de huidige organisatie.**

Twee regionale coördinatoren hadden de organisatie voor deskundigheidsbevordering van huisartsen op dezelfde manier opgezet, als in 1986 gebeurt is. De overigen zouden wel op een aantal punten een andere organisatie hebben opgezet. Genoemd werden de volgende zaken:

- (enige) verplichtstelling van nascholing (2 keer genoemd);
- een financiële vergoeding voor WDH-leden (2 keer genoemd);
- meer mogelijkheden voor hiërarchie voor het centraal niveau naar plaatselijke coördinatoren (2 keer genoemd);
- regionale coördinatoren fulltime in dienst, plaatselijke coördinatoren op basis van vrijwilligheid (1 keer genoemd);
- een betere vergoeding en waarneming voor regionale coördinatoren (1 keer genoemd);
- betere secretariële ondersteuning van regionale coördinatoren (1 keer genoemd);
- regionale coördinatoren puur uitvoerend laten werken, in plaats van ze te confronteren met beleidszaken (1 keer genoemd).

Daarnaast had een aantal regionale coördinatoren de deskundigheidsbevordering veel uitgebreider opgezet. Eén regionaal coördinator sprak van 2 huisart-



sen per waarneemgroep voor het organiseren van deskundigheidsbevordering en twee voor ondersteuning. Per PHV vormen deze huisartsen dan de WDH; per WDH één fulltime ondersteuner en op regionaal niveau een soort regionaal coördinator, ondersteund door een fulltime secretaresse en HBO-er.

Op de vraag aan plaatselijke coördinatoren en WDH-leden, welke veranderingen men zou aanbrengen indien men de huidige structuur zou mogen verbeteren, kwamen uiteenlopende antwoorden. De volgende veranderingen werden genoemd:

- het op de een of andere manier betalen van WDH-leden (door bijna alle WDH's genoemd), omdat de zwakte van de organisatie ligt in het feit dat je te veel een beroep moet doen op vrijwilligers;
- een duidelijkere link leggen naar de UHI's, omdat de scholing en de nascholing niet op elkaar aansluiten;
- duidelijkheid scheppen over wie zeggenschap over plaatselijke coördinatoren heeft en in het algemeen wat meer verplichtingen binnen de structuur, omdat er binnen de huidige organisatie teveel vrijblijvendheid heerst;
- deskundigheidsbevordering en ondersteuning dichter bij elkaar;
- er zou een meerjarenbeleid gevoerd moeten worden;
- meer mogelijkheden voor inter-WDH-contacten;
- meer mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering van WDH-leden.

#### **5.4.3. Beoordeling van de statutaire doelstellingen door huisartsen en externe organisaties**

Aan huisartsen en externe organisaties is in de betreffende enquêtes gevraagd om op een vijfpuntschaal aan te geven of zij het zinvol vinden dat er een organisatie is, die:

- nascholing en toetsing voor huisartsen coördineert;
- nascholing en toetsing voor huisartsen organiseert;
- de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing peilt;
- en huisartsen tracht te motiveren tot deelname aan nascholing en toetsing.

In tabel 5.12 zijn de oordelen van huisartsen over deze vier items weergegeven.

Tabel 5.12. De oordelen van bestuurlijk wel en niet actieve huisartsen over de statutaire doelstellingen van de SDH.

	Wel/niet bestuurlijk actief				Totaal	
	niet abs.	%	wel abs.	%	abs.	%
<b>Organisatie voor coördinatie</b>						
Zeer zinvol	248	(55)	182	(71)	430	(60)
Zinvol	160	(35)	65	(25)	225	(32)
Noch zinvol/noch zinloos	22	(5)	7	(3)	29	(4)
Niet zinvol	16	(4)	2	(1)	18	(3)
Totaal niet zinvol	2	(0)	1	(0)	3	(0)
Geen mening	6	(1)			6	(1)
Totaal	454	(100)	257	(100)	711	(100)
<b>Organisatie voor organiseren deskundigheidsbevordering</b>						
Zeer zinvol	229	(50)	176	(68)	405	(57)
Zinvol	169	(37)	68	(26)	237	(33)
Noch zinvol/noch zinloos	28	(6)	9	(4)	37	(5)
Niet zinvol	20	(4)	2	(1)	22	(3)
Totaal niet zinvol	4	(1)	1	(0)	5	(1)
Geen mening	4	(1)	1	(0)	5	(1)
Totaal	454	(100)	257	(100)	711	(100)
<b>Organisatie voor behoeftepeiling</b>						
Zeer zinvol	166	(37)	115	(45)	281	(40)
Zinvol	188	(42)	98	(38)	286	(40)
Noch zinvol/noch zinloos	33	(7)	20	(8)	53	(7)
Niet zinvol	40	(9)	17	(7)	57	(8)
Totaal niet zinvol	17	(4)	6	(2)	23	(3)
Geen mening	8	(2)	1	(0)	9	(1)
Totaal	452	(100)	257	(100)	709	(100)
<b>Organisatie voor motiveren huisartsen</b>						
Zeer zinvol	198	(44)	138	(54)	336	(47)
Zinvol	166	(37)	87	(34)	253	(36)
Noch zinvol/noch zinloos	46	(10)	14	(5)	60	(8)
Niet zinvol	30	(7)	13	(5)	43	(6)
Totaal niet zinvol	5	(1)	4	(2)	9	(1)
Geen mening	7	(2)			7	(1)
Totaal	452	(100)	256	(100)	708	(100)

Uit tabel 5.12 blijkt dat de oordelen van huisartsen over de statutaire doelstellingen van de SDH over het algemeen positief zijn. Worden de categorieën 'zinnig' en 'zeer zinnig' samen genomen, dan vindt 92% van de huisartsen het zinnig tot zeer zinnig dat er een organisatie is, die nascholing en toetsing voor huisartsen coördineert (90% van de bestuurlijk niet actieve huisartsen en 96% van de bestuurlijk actieve huisartsen). Het verschil tussen bestuurlijk wel en niet actieve huisartsen is significant ( $t$ -waarde = 5.05,  $p = .000$ ). Van de 711 huisartsen die een oordeel gaven, hebben er 211 hun oordeel toegelicht. De meest genoemde toelichting was dat coördinatie zinnig is, omdat huisartsen op die manier gemakkelijker een overzicht kunnen houden over het aanbod en beter een selectie kunnen maken uit het aanbod (door 60% van de respondenten genoemd). Van de 211 huisartsen die een toelichting gaven, vond 8% dat coördinatie niet zinnig is, omdat de huisarts zelf wel het overzicht kan houden en een selectie maken. De overige 32% gaf toelichtingen van zeer uiteenlopende aard, die in veel gevallen niet eens echt een toelichting op het oordeel vormden, zoals bijvoorbeeld de huisarts die op zijn oordeel 'redelijk zinnig' als toelichting gaf dat slechts 30-50% van de doelgroep bereikt wordt, of de huisarts die vindt dat huisartsen te veel solistisch bezig zijn en dat goede nascholing dit voor een deel kan voorkomen. Daarnaast werd in deze categorie toelichting ook vaak alleen maar gewezen op het belang van goede nascholing op zichzelf, zonder toe te lichten waarom juist coördinatie wel of niet zinnig is.

Het feit dat er een organisatie is die nascholing en toetsing voor huisartsen organiseert werd gemiddeld door 90% van de huisartsen als positief beoordeeld (87% van de bestuurlijk niet actieve huisartsen en 94% van de bestuurlijk actieve huisartsen). Het verschil tussen bestuurlijk wel en niet actieve huisartsen is weer significant ( $t$ -waarde = 5.09,  $p = .000$ ). Op dit oordeel gaven 151 huisartsen een toelichting, waarvan 39% zei dat het organiseren van nascholing door de SDH belangrijk is in verband met de kwaliteit van cursussen en de inbreng van huisartsen, 13% dat organiseren zinnig is in verband met de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde en 8% dat het belangrijk is omdat bepaalde nascholing anders niet van de grond komt. Ook hier weer gaf 32% van de huisartsen toelichtingen van uiteenlopende aard, waarvan een deel nauwelijks als toelichting op het gegeven oordeel kan worden aangemerkt. Voorbeelden van andere toelichtingen, die wel betrekking hebben op het gegeven oordeel, zijn:

het aanbod van de WDH in de eigen omgeving is goed; het is mogelijk om ook zonder een dergelijke structuur in kleine groepjes na te scholen; dit soort nascholing is alleen zinnig als het financieel haalbaar is; de organisatie van nascholing is niet erg zinnig, omdat de kwaliteit van die nascholing niet

goed is; de onafhankelijkheid van de industrie is belangrijk en dergelijke.

Indien de categorieën 'zinvol' en 'zeer zinvol' worden samen genomen, vindt 80% van de huisartsen het zinvol dat er een organisatie is, die de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing peilt (79% voor bestuurlijk niet actieve huisartsen en 83% voor bestuurlijk actieve huisartsen). Ook voor dit item is het verschil tussen bestuurlijk actieve en niet actieve huisartsen significant ( $t$ -waarde = 2.57,  $p = .01$ ). Van de 709 huisartsen die een oordeel gaven over deze statutaire doelstelling, hebben er slechts 151 hun oordeel toegelicht. Van deze 151 vond 41% behoeftepeiling zinvol omdat op die manier nascholing georganiseerd kan worden met huisartsgerichte onderwerpen, waardoor bovendien voorkomen kan worden dat er overbodige nascholing wordt georganiseerd. Van deze 151 huisartsen was 23% van mening dat huisartsen zonder meer nascholing MOETEN volgen, waarbij volgens iets minder dan de helft van deze groep huisartsen een behoeftepeiling wel kan helpen om de inhoud te bepalen, maar niet het enige criterium mag zijn voor het wel of niet organiseren en volgen van nascholing; de overige 60% van deze groep vindt een behoeftepeiling helemaal niet zinvol. Daarnaast was 11% van de 151 huisartsen van mening dat behoeftepeiling niet zinvol is, omdat de behoefte al bekend is en 25% van de 151 huisartsen gaf een andere toelichting, zoals de opmerking dat een organisatie die de behoefte van huisartsen peilt niet zinvol is, omdat er al zoveel organisaties zijn die zich bezig houden met nascholing voor huisartsen, of de opmerking dat behoeftepeiling niet erg zinvol is, omdat de behoefte van huisartsen zeer sterk wisselt; weer een andere huisarts merkte bijvoorbeeld op dat de behoefte van huisartsen meestal groot is, maar dat chronisch tijdgebrek hen verhinderd deel te nemen aan nascholing.

Van de 708 huisartsen die een oordeel gaven over het belang van een organisatie die huisartsen tracht te motiveren tot deelname aan nascholing en toetsing, vindt 83% het zinvol tot zeer zinvol dat een dergelijke organisatie bestaat (81% van de bestuurlijk niet actieve huisartsen en 88% van de bestuurlijk actieve huisartsen). Ook voor dit item is het verschil tussen bestuurlijk actieve en niet actieve huisartsen significant ( $t$ -waarde = 3.00,  $p = .003$ ).

Op dit oordeel gaven slechts 136 huisartsen een toelichting. Daarvan vond 40% het motiveren van huisartsen zinvol, omdat nascholing belangrijk is. Daarnaast was 23% van deze huisartsen van mening dat motiveren zinvol is, *hoewel* er altijd een groep zal blijven die geen nascholing volgt, ofwel dat motiveren niet zinvol is, *omdat* er altijd een groep huisartsen zal blijven die

geen nascholing volgt. Van de 136 huisartsen die een toelichting gaven, vindt 13% dat het niet zinvol is dat er een organisatie bestaat die tracht huisartsen te motiveren tot deelname aan nascholing en toetsing, omdat het wel of niet deelnemen aan deskundigheidsbevordering behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van de huisarts. Tot slot gaf 24% van 136 huisartsen een andere toelichting, bijvoorbeeld de opmerking dat pogingen tot motivatie niet erg zinvol zijn, omdat op een gegeven moment nascholingsmoeheid optreedt; of de opmerking dat motiveren zeer zinvol is, indien het gebeurt door het aanbieden van een goed programma; of de opmerking van een huisarts die vindt dat pogingen tot motivatie totaal niet zinvol zijn, omdat huisartsen gemotiveerd *horen* te zijn.

Aan externe organisaties van de SDH is op dezelfde manier als aan huisartsen een oordeel gevraagd over de statutaire doelstellingen van de SDH. In tabel 5.13 zijn deze oordelen weergegeven, uitgesplitst naar organisaties die wel en niet als contactpersoon zijn opgegeven door regionale coördinatoren. Omdat de aantallen respondenten, met name in de groep van opgegeven contactpersonen, zeer klein zijn, zullen alleen percentages worden vermeld voor het totaal van beide groepen.

Uit tabel 5.13 blijkt dat externe organisaties over het algemeen bijzonder positief oordelen over de statutaire doelstellingen van de SDH: respectievelijk 91, 92 en 93 procent van de externe organisaties vindt het zinvol tot zeer zinvol dat er een organisatie is die huisartsen tracht te motiveren tot deelname aan nascholing en toetsing, die nascholing en toetsing coördineert en die nascholing en toetsing voor huisartsen organiseert. De beoordeling van het feit dat er een organisatie is die de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing peilt, wijkt af van de zeer positieve beoordeling van de drie andere statutaire doelstellingen, hoewel nog 75% van de externe organisaties dit zinvol tot zeer zinvol vindt.

Er bestaan verschillen tussen organisaties die wel en niet zijn opgegeven door regionale coördinatoren, in die zin dat organisaties die als contactpersoon zijn opgegeven iets positiever lijken te oordelen dan organisatie die niet zijn opgegeven door regionale coördinatoren.

Tabel 5.13. De oordelen van externe organisaties, uitgesplitst naar wel of niet als contactpersoon opgegeven door regionale coördinatoren, over de statutaire doelstellingen van de SDH.

	Wel/niet opgegeven door regionale coördinatoren		Totaal	
	wel abs.	niet abs.	abs.	%
<b>Organisatie voor coördinatie</b>				
Zeer zinvol	15	30	45	(60)
Zinvol	4	20	24	(32)
Noch zinvol/noch zinloos	-	1	1	(1)
Niet zinvol	1	-	1	(1)
Totaal niet zinvol	-	1	1	(1)
Geen mening	-	3	3	(4)
<b>Totaal</b>	<b>20</b>	<b>55</b>	<b>75</b>	<b>(100)</b>
<b>Organisatie voor organiseren deskundigheidsbevordering</b>				
Zeer zinvol	15	29	44	(60)
Zinvol	4	20	24	(33)
Noch zinvol/noch zinloos	-	-	-	-
Niet zinvol	-	1	1	(1)
Totaal niet zinvol	-	2	2	(3)
Geen mening	-	2	2	(3)
<b>Totaal</b>	<b>19</b>	<b>53</b>	<b>73</b>	<b>(100)</b>
<b>Organisatie voor behoeftepeiling</b>				
Zeer zinvol	9	29	38	(53)
Zinvol	5	11	16	(22)
Noch zinvol/noch zinloos	2	8	10	(14)
Niet zinvol	-	2	2	(3)
Totaal niet zinvol	1	-	1	(1)
Geen mening	2	3	5	(7)
<b>Totaal</b>	<b>19</b>	<b>53</b>	<b>72</b>	<b>(100)</b>
<b>Organisatie voor motiveren huisartsen</b>				
Zeer zinvol	18	33	51	(70)
Zinvol	2	13	15	(21)
Noch zinvol/noch zinloos	-	2	2	(3)
Niet zinvol	-	2	2	(3)
Totaal niet zinvol	-	-	-	-
Geen mening	-	3	3	(4)
<b>Totaal</b>	<b>20</b>	<b>53</b>	<b>73</b>	<b>(100)</b>

Worden deze verschillen echter onderworpen aan een t-test dan blijken ze alleen significant te zijn voor het oordeel over het belang van een organisatie die tracht huisartsen te motiveren tot deelname aan nascholing en toetsing (t-waarde= -3.24, p= .00) en indien de grens van p= .05 niet zo strikt wordt aangehouden in verband met de zeer kleine aantallen, eventueel ook nog voor het oordeel over het belang van een organisatie die het aanbod aan nascholing en toetsing coördineert (t-waarde= -1.67, p= .10), zoals blijkt uit tabel 5.14.

Tabel 5.14. T-waarden en p-waarden voor t-test van de beide groepen organisaties voor wat betreft de oordelen over de statutaire doelstellingen.

Oordeel over het belang van een organisatie die:	t-waarde	p
Het aanbod aan nascholing en toetsing coördineert	-1.67	.10
Nascholing en toetsing organiseert	-1.03	.31
De behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing peilt	.80	.43
Huisartsen tracht te motiveren tot deelname aan nascholing en toetsing	-3.24	.00

De t-test heeft plaatsgehad voor de gemiddelde oordelen van de twee groepen over de vier doelstellingen. De gemiddelden zijn berekend op basis van de scores op een vijfpuntschaal, waarbij de waarde 1 staat voor 'zeer zinvol', 2 voor 'zinvol', 3 voor 'noch zinvol/noch zinloos', 4 voor niet erg zinvol, 5 voor 'totaal niet zinvol', terwijl de waarde 6 voor geen mening buiten beschouwing is gelaten, omdat deze het gemiddelde ten onrechte omlaag zou halen. Naarmate het gemiddelde dus hoger wordt, is het oordeel minder goed.

Een deel van de externe organisaties heeft het oordeel over de statutaire doelstellingen van de SDH toegelicht. Op hun oordeel over het belang van een organisatie die het aanbod aan nascholing en toetsing coördineert, hebben 40 organisaties een toelichting gegeven. Daarvan zijn er 26 van mening dat het belangrijk is dat het aanbod gecoördineerd wordt in verband met de inbreng van huisartsen en de structuur van het aanbod; 6 organisaties zijn van mening dat coördinatie belangrijk is, omdat hierdoor contacten en overleg tot stand komen tussen de verschillende organisaties die zich bezig houden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen; 8 organisaties gaven toelichtingen van uiteenlopende andere aard, zoals de kanttekening dat veel van de praktische uitvoering van de nascholing bepaalt wordt door de lokale verhouding huisartsen-specialisten, of de kanttekening dat het alleen zinvol is op basis van redelijke voorwaarden [welke dat zijn

werd door de respondent verder in het midden gelaten], of de kanttekening dat coördinatie zinvol is, mits openheid, flexibiliteit en overleg mogelijk is.

Op het oordeel over het belang van een organisatie die nascholing en toetsing voor huisartsen organiseert, hebben 37 organisaties een toelichting gegeven. Daarvan vinden er 13 dat het organiseren van nascholing voor huisartsen belangrijk is, omdat de know-how van de farmaceutische industrie en specialisten van groot belang is voor huisartsen; 12 organisaties zijn van mening dat het organiseren van nascholing en toetsing door de SDH belangrijk is in verband met de inbreng van huisartsen in de nascholing; 6 organisaties vinden dit belangrijk, omdat het mogelijkheden biedt voor organisatoren van cursussen en huisartsen om elkaar beter te leren kennen en meer begrip voor elkaar te krijgen en nog eens 6 organisaties gaven toelichtingen van uiteenlopende andere aard, bijvoorbeeld de opmerking dat daardoor de objectiviteit van de nascholing groter wordt, of de opmerking dat de kwaliteit van de gezondheidszorg erdoor zal verbeteren, of omdat het geleerde doorwerkt in de praktijk en daar vervolgens weer kan worden doorgegeven aan huisartsen in opleiding.

Van de 72 externe organisaties die een oordeel gaven over het belang van een organisatie die de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing peilt, hebben er 35 hun antwoord toegelicht, waarvan meer dan de helft (18) vond dat het in het algemeen belangrijk is om te weten wat de behoefte van huisartsen aan nascholing is. Daarnaast vonden 10 organisaties dat behoeftepeiling eigenlijk niet zinvol is, omdat, behoefte of niet, het duidelijk is dat nascholing en toetsing noodzakelijk zijn. Tenslotte gaven 7 organisaties toelichtingen van uiteenlopende andere aard, bijvoorbeeld de opmerking dat ook gepeild moet worden aan welk soort nascholing huisartsen dan precies behoefte hebben (vooral qua onderwerpen), of de opmerking dat in een behoeftepeiling ook nagegaan zou moeten worden om welke redenen huisartsen eventueel niet in staat zijn om deel te nemen aan nascholing en toetsing, omdat met name aan de vrijblijvende attitude van huisartsen iets gedaan moet worden, of de opmerking dat de behoefte van met name huisartsen, die zeer solistisch werken, bedroevend is, ook al omdat soms oververzadiging optreedt.

Op hun oordeel over het belang van een organisatie die tracht huisartsen te motiveren tot deelname aan nascholing en toetsing, tenslotte, hebben 34 organisaties een toelichting gegeven. Daarvan zijn er 14 van mening dat dit zinvol is, omdat nascholing en toetsing noodzakelijk zijn, 12 organisaties plaatsen als kanttekening bij hun oordeel, dat het moeilijk is om huisartsen te motiveren en 5 organisaties vinden dat nascholing verplicht gesteld zou moeten worden. Slechts drie organisaties gaven een toelichting van andere



aard, namelijk dat de motivatie vanuit de huisartsen zelf moet komen, dat een en ander goed gepland moet worden en dat het aanbod niet te groot mag zijn.

## 5.5. Conclusie

In hoofdstuk 2 is gezegd dat de SDH over weinig middelen beschikt om de participatie van huisartsen te verhogen. Wat de participatie van de respondenten van de huisartsenenquête betreft kan gezegd worden, dat 17% van de respondenten het afgelopen half jaar geen enkele nascholingsactiviteit heeft bijgewoond. Daarnaast volgde 52% van de respondenten geen nascholing die door of in samenwerking met de SDH was georganiseerd. Wel houdt 40% van deze groep rekening met de aanbevelingen van de SDH betreffende de nascholing. Voor alle respondenten geldt dat de aanbevelingen van de SDH het belangrijkste selectie-criterium zijn bij het maken van een keuze uit het nascholingsaanbod. Het beleid van de SDH om als een soort wegwijzer te functioneren voor huisartsen bij het maken van een keuze uit het grote nascholingsaanbod, lijkt dus redelijk te werken.

Hoe moeilijk de coördinatie van het aanbod voor de SDH is, blijkt eens te meer uit de huisartsenenquête. Zelfs de eigen achterban, de huisartsen, neemt niet altijd contact op met de SDH in het kader van de organisatie van nascholing. Van de 713 respondenten is 32% in de afgelopen twee jaar betrokken geweest bij de organisatie van nascholing voor huisartsen. Slechts de helft van deze huisartsen zegt in dit kader contact te hebben gehad met de WDH of plaatselijk coördinator.

Daarnaast is uit de enquête voor externe organisaties gebleken dat 23 organisaties van de groep van 57 NIET door regionale coördinatoren opgegeven contactpersonen, geen contacten onderhouden met de SDH bij het organiseren van nascholing voor huisartsen. Bij iets meer dan de helft van de door externe organisaties georganiseerde nascholing voor huisartsen, speelde de SDH geen rol bij de organisatie. Dit percentage ligt vooral hoog voor NIET door regionale coördinatoren opgegeven contactpersonen.

Desondanks constateren 13 van de 77 externe organisaties dat er sinds de komst van de SDH meer structuur en coördinatie in de nascholing is en 12 organisaties zijn van mening dat er meer, betere en huisartsgerichtere nascholing wordt georganiseerd.

Wat de opzet van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning betreft, is de algemene gedachte binnen de SDH (met uitzondering

van drie regionale coördinatoren), dat goede deskundigheidsbevordering alleen maar georganiseerd kan worden in een decentraal opgezette organisatie, omdat het alleen dan mogelijk is om in te spelen op de plaatselijke situatie. Hoewel dit argument theoretisch juist is, staat het praktisch gezien in contrast tot de constatering in het vorige hoofdstuk, dat het slechts zeer beperkt mogelijk is om wensen en voorkeuren van grote groepen huisartsen te verwerken in de nascholing.

Opvallend is verder dat alle geïnterviewde WDH's van mening zijn dat er een financiële vergoeding moet komen voor WDH-leden, omdat de organisatie teveel moet drijven op vrijwilligerswerk.

Over de scheiding van deskundigheidsbevordering en ondersteuning tenslotte zijn de meningen verdeeld. Twee regionale en vier plaatselijke coördinatoren vinden dat deskundigheidsbevordering en ondersteuning dichter naar elkaar toe moeten of zelfs geïntegreerd moeten worden. Tien WDH's zijn echter van mening dat er weinig inhoudelijke raakvlakken bestaan tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning.

<b>DEEL C - INHOUDSOPGAVE</b>	<b>pag</b>
<b>6. INPUT, BELEID EN ACTIVITEITEN VAN DE ONDER- STEUNINGSORGANISATIE</b>	<b>101</b>
6.1. Inleiding	101
6.2. De input	101
6.2.1. Inleiding	101
6.2.2. De behoefte van huisartsen aan ondersteuning	102
6.2.3. De invloed van de LHV	104
6.2.4. De invloed van andere (ondersteunings)organisaties op het ondersteuningsbeleid	105
6.3. Het beleid van de ondersteuningsorganisatie	106
6.3.1. Inleiding	106
6.3.2. Het adviseren en informeren van huisartsen over zaken die samenhangen met de beroepsuitoefening	107
6.3.3. Ondersteuning van samenwerking tussen huisartsen onderling	108
6.3.4. Samenwerking met andere disciplines en substitutie/thuiszorg	109
6.3.5. Ondersteuning van het overleg met overheden en financiers	110
6.3.6. Prioriteiten en taakafbakening	111
6.4. De activiteiten van de ondersteuningsorganisatie	111
6.4.1. Inleiding	111
6.4.2. Activiteiten van VOH-bureaus	112
6.4.3. Activiteiten in relatie tot beleid	113
6.5. Activiteiten van het SOH-bureau	118
6.6. Beoordeling van de tot nu toe behaalde resultaten	120
6.7. Conclusie	120
<b>7. GEBRUIK VAN DE ONDERSTEUNINGSORGANISATIE EN BEOORDELING VAN DE OPZET VAN DE ORGANISATIE</b>	<b>123</b>
7.1. Inleiding	123
7.2. Het gebruik van de ondersteuningsorganisatie door huisartsen	123
7.3. Het gebruik van de ondersteuningsorganisatie door externe organisaties	130
7.4. Beoordeling van de opzet van de ondersteuningsorganisatie	137
7.4.1. Inleiding	137
7.4.2. Beoordeling door medewerkers binnen de ondersteunings- organisatie	137
7.4.3. Beoordeling van de statutaire doelstellingen van de VOH door huisartsen en externe organisaties	142
7.5. Conclusie	151



## **6. INPUT, BELEID EN ACTIVITEITEN VAN DE ONDERSTEUNINGSORGANISATIE**

### **6.1. Inleiding**

Voor de ondersteuningsorganisatie wordt in dit hoofdstuk op basis van de systeembenadering nagegaan welke input zij ontvangt uit haar omgeving, welke beleid (mede) op basis van die input tot stand komt en vervolgens welke activiteiten op basis van het beleid worden ondernomen. Daarnaast zal worden nagegaan in welke mate de output van de ondersteuningsorganisatie gebruikt wordt door huisartsen en externe organisaties en aan het slot van dit hoofdstuk zal worden onderzocht medewerkers binnen de ondersteuningsorganisatie, huisartsen en externe organisaties de opzet van de SDH beoordelen.

Dit betekent dat in dit hoofdstuk de vragen 1 tot en met 3 van de probleemstelling zullen worden beantwoord voor wat betreft de ondersteuningsstructuur. Deze vragen waren:

- Welke factoren zijn van invloed op het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid en de daarmee samenhangende activiteiten?
- Wat is de inhoud van het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid?
- Welke concrete activiteiten worden ondernomen binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning en hoe verhouden deze zich tot het geformuleerde beleid?

De eerste vraag zal worden beantwoord in paragraaf 6.2, de tweede vraag in paragraaf 6.3 en de derde vraag in paragraaf 6.4. In paragraaf 6.5 is weer gegeven hoe medewerkers binnen de structuur oordelen over de tot nu toe behaalde resultaten.

### **6.2. De input**

#### **6.2.1. Inleiding**

In deze paragraaf wordt onderzocht op basis van welke 'inputs' beleid wordt ontwikkeld. Zoals in hoofdstuk 3 al aan de orde gekomen is, is in dit onderzoek ervan uitgegaan dat de input voor de ondersteuningsorganisatie bestaat uit drie 'stromen':

- de behoefte van huisartsen aan ondersteuning;
- het beleid en de activiteiten van de beide moederorganisaties LHV en NHG;
- het beleid en de activiteiten van andere organisaties die zich bezig houden met ondersteuning van de eerstelijns en andere organisatie binnen de gezondheidszorg.

In de volgende subparagrafen zullen de verschillende 'stromen' die kunnen dienen als input voor de ondersteuningsorganisatie aan de orde komen.

### **6.2.2. De behoefte van huisartsen aan ondersteuning**

VOH's hebben als één van hun statutaire doelstellingen 'het verschaffen van informatie en advies aan huisartsen over zaken die samenhangen met de beroepsuitoefening'. Huisartsen kunnen dus bij de VOH terecht met vragen over uiteenlopende onderwerpen. Daarnaast is het de taak van VOH's om samenwerking tussen huisartsen onderling en huisartsen en andere disciplines te bevorderen en om huisartsen te ondersteunen in hun overleg met overheden en financiers. Vanuit deze taakstelling houden VOH's zich bezig met het ondersteunen van huisartsenorganisaties (zoals waarneemgroepen, PHV's en districtsbesturen). Vanuit deze huisartsenorganisaties kunnen ook vragen om ondersteuning aan de VOH's gesteld worden.

Uit de interviews met VOH-besturen en -directeuren bleek dat VOH's inzicht krijgen in de behoefte van huisartsen aan ondersteuning via bestuurlijke lijnen, zoals het bijwonen van PHV-vergaderingen en via het VOH-bestuur (waarin PHV's vertegenwoordigd zijn). Daarnaast blijkt de behoefte uit de binnenkomende ondersteuningsvragen en houden vijf VOH's enquêtes onder huisartsen of bezoeken waarneemgroepen, of huisartsen. De behoefte van huisartsen aan ondersteuning speelt voor VOH's in het algemeen een belangrijke, zo niet doorslaggevende rol. Indien huisartsen(organisaties) geen behoefte hebben aan bepaalde activiteiten, worden deze ook niet ondernomen. Wel komt het voor dat de VOH probeert in te spelen op de toekomstige behoefte van huisartsen(organisaties), zodat er feitelijk sprake is van een wisselwerking tussen de huisartsen in een district en hun behoefte aan ondersteuning enerzijds en de VOH anderzijds, die probeert in te spelen op toekomstige ontwikkelingen.

De huisartsenorganisaties (PHV/district) hebben vooral behoefte aan structurele ondersteuning bij zaken die het individuele belang overstijgen: zoals ondersteuning bij het voorbereiden van en deelnemen aan overlegsituaties, hulp bij het structureren van de organisatie en de informatie-overdracht tussen bijvoorbeeld PHV's onderling, meewerken bij het ontwikkelen van

beleidsvisies (beleidsvoorbereiding), meewerken aan de implementatie van gemaakte afspraken en de praktische uitwerking van ideeën, ondersteuning in de samenwerking met andere partijen en aan secretariële ondersteuning.

Elf van de twintig VOH's hebben gedurende twee maanden geregistreerd welke vragen om ondersteuning aan de VOH werden gesteld en van wie die vragen afkomstig waren. Gemiddeld ontvingen de elf VOH's 31 vragen om ondersteuning tijdens de registratieperiode. Het aantal geregistreerde ondersteuningsvragen varieert echter sterk, namelijk van 9 tot 121 vragen in twee maanden tijd. Het laatste aantal kan met recht een uitschieter naar boven worden genoemd, want de VOH die op één na de meeste ondersteuningsvragen registreerde, kreeg 43 vragen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat ook de tijdsbesteding per ondersteuningsvraag kan verschillen, het toesturen van een adressenlijst neemt veel minder tijd voor een VOH-directeur in beslag dan bijvoorbeeld het meegaan naar een vergadering.

De meeste vragen om ondersteuning kwamen van de kant van individuele huisartsen (namelijk 35%), 23% van de vragen werd gesteld door PHV- of districtsbesturen, 16% door groepen huisartsen (waaronder ook waarnemersgroepen) en 1% door plaatselijke of regionale coördinatoren. Van de vragen werd 24% gesteld door derden (zie hiervoor paragraaf 6.2.4).

In de meeste gevallen betrof het bij een vraag om ondersteuning een verzoek om informatie of advies (65% van de ondersteuningsvragen). In 16% van de gevallen betrof de vraag een verzoek tot het uitvoeren van secretariaatswerkzaamheden en in 12% van de gevallen ging het om een verzoek aan de VOH-directeur om begeleiding naar of deelname aan overleg. De ondersteuningsvragen betroffen over het algemeen eenmalig te leveren diensten, in één derde van de gevallen ging het evenwel om een enkele malen te leveren dienst of een continu proces van ondersteuning.

VOH's gaven tijdens de interviews aan, dat met name de vragen van individuele huisartsen zeer divers van aard zijn. Vaak wordt informatie gevraagd over actuele landelijke ontwikkelingen, over bepaalde regelingen (zoals de vestigingsregeling) en over automatisering. Vaak vragen individuele huisartsen ook puur praktische zaken, zoals bijvoorbeeld adressen.

Ook uit de registratie is gebleken dat de onderwerpen van de gevraagde ondersteuning sterk variëren. Een kwart van de vragen betrof automatisering of praktijkmanagement, 16% had betrekking op de organisatie van waarnemersgroepen, PHV's of districtsbesturen, 14% had te maken met samenwerking tussen huisartsen en eerste- of tweedelijnsdisciplines, 10% van de vragen ging over financiële zaken en 9% over thuiszorg. Daarnaast had 30% van de vragen betrekking op de meest uiteenlopende andere onderwerpen, zoals het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, medische zorg

voor asielzoekers, ambulance-vervoer, euthanasie, herhalingsoefeningen van militaire dienst, het basistakenpakket en dergelijke.

De aard van de gevraagde ondersteuning varieert per onderwerp van de gevraagde ondersteuning. Bij zaken als automatisering, praktijkmanagement, vestigingsregeling, juridische vraagstukken, financiële aangelegenheden en zaken met betrekking tot de organisatie van de waarneemgroep, gaat het in hoofdzaak om vragen om informatie of advies. Een verzoek tot het uitvoeren van secretariaatswerkzaamheden wordt veel gevraagd in verband met de organisatie van PHV's of districtsbesturen en inzake de samenwerking met de tweedelij. Begeleiding naar of deelname aan overleg wordt gevraagd in verband met verschillende onderwerpen, zoals de honorering van huisartsen, financiële aangelegenheden, de organisatie van PHV en district, thuiszorg en de samenwerking met de tweedelij.

### **6.2.3. De invloed van de LHV**

Over het algemeen geven VOH's aan dat de invloed van de LHV op het ondersteuningsbeleid van de VOH groot is. Het is niet zo dat de LHV bepaalde zaken oplegt aan VOH's, want de beleidsvrijheid van de VOH's ten opzichte van de LHV is, in ieder geval formeel, groot en wordt over het algemeen ook als zodanig ervaren. De invloed van de LHV op het ondersteuningsbeleid van VOH's is meer een gevolg van rekening houden van de kant van de VOH's met het beleid en de activiteiten van de LHV. De invloed van de LHV loopt via de leden van de VOH's (PHV's) en de huisartsen in het district, die zich conformeren aan het LHV-beleid en die ook het ondersteuningsbeleid van de VOH's bepalen.

Een viertal VOH's houdt echter bewust vast aan de beleidsvrijheid van het VOH-bestuur, omdat juist de regionale inkleuring van zaken die hierdoor mogelijk is, volgens hen de kracht van de organisatie is. Over het geheel genomen kan echter gesteld worden dat VOH's niet ingaan tegen zwaarwegende punten uit het LHV-beleid. Anders ligt het voor zaken waarover bij de LHV geen beleid bestaat of waarover de LHV (naar de mening van de VOH) geen duidelijk beleid heeft. In dat geval vervult de VOH een beleidsvoorbereidende rol ten aanzien van de regionale en plaatselijke huisartsenorganisaties, die een eigen koers bepalen. Door veel VOH's werd overigens wat dit betreft aangegeven dat men op districtsniveau niet zelden een vernieuwende rol speelt, waarbij de VOH als het ware voor ligt op het LHV-beleid.

In de meeste VOH's (17) vindt afstemming plaats met het beleid en de ac-



tiviteiten van de LHV. Deze afstemming komt niet altijd bewust tot stand, soms is er zelfs sprake van een toevallig overeenstemmen. Afstemming met het beleid en de activiteiten van de LHV komt concreet tot stand bijvoorbeeld via het districtsbestuur; door het lezen van bestuursstukken van de LHV; door het bestaan van dubbelfuncties onder bestuursleden en bestuurlijke integratie (bijvoorbeeld van districtsbestuur en VOH-bestuur); via telefonische afstemming met het bureau LHV (het vragen van informatie en/of advies aan het bureau LHV); via het landelijk directeurenoverleg georganiseerd door de SOH, en het NIVO, het directeuren-overleg van de noordelijke VOH's (en enkele andere VOH's) waarbij ook de directeur van de LHV wordt uitgenodigd.

Gevraagd naar een beoordeling van de rol van de LHV ten aanzien van de ondersteuningsstructuur, verschillen de meningen van VOH's. Een viertal VOH's is van mening dat het beleid en de activiteiten van de LHV van grote invloed zijn op het werk van de VOH. Enkele VOH's zien de LHV als belangenbehartiger voor de ondersteuningsstructuur. Twee VOH's vinden dat, inhoudelijk gezien, de LHV alleen de kaders van het beleid moet aangeven op landelijk niveau. De werkelijk invulling en de uitwerking hiervan zou op regionaal niveau moeten plaatsvinden. Vier VOH's zeggen de ondersteuning die de LHV levert aan de VOH zeer positief te beoordelen. Eén van deze VOH's omschrijft de rol van de LHV als adviserend, zonder te sturen. Twee VOH's vinden de rol van de LHV soms wat onduidelijk; daarnaast is één VOH van mening dat de ondersteuningsstructuur nauwer gekoppeld moet worden aan de LHV, omdat vooral voor de achterban (=huisartsen) de relatie VOH-LHV onduidelijk is.

#### **6.2.4. De invloed van andere (ondersteunings)organisaties op het ondersteuningsbeleid.**

Andere organisaties die zich bezighouden met ondersteuning van huisartsen zijn de eerstelijns-ondersteuningsorganisaties, zoals bijvoorbeeld de ROP's, die samenwerkingsprocessen tussen disciplines in de eerstelijns ondersteunen (waaronder dus ook de huisartsen vallen).

In ongeveer de helft van de districten functioneert een dergelijke organisatie daadwerkelijk. In acht districten vindt afstemming van beleid plaats met het ROP, maar deze afstemming is niet overal structureel van aard. VOH's hebben vaak contact met deze organisaties doordat de huisartsen via de VOH-directeur of een VOH-bestuurder participeren in het ROP. De afstemming of de samenwerking met een ROP komt op de meeste plaatsen tot

uitdrukking in het bestaan van een taakverdeling, waarbij multidisciplinaire projecten (mede) tot het werkkterrein van het ROP behoren. Op één plaats in het land zal samen met het ROP een eerstelijnskrant uitgegeven gaan worden.

Daarnaast onderhouden VOH's als gevolg van hun statutaire doelstellingen contacten met andere externe organisaties, met name andere disciplines, overheden en financiers en vormen zij voor deze organisatie een aanspreekpunt voor de beroepsgroep huisartsen. Behalve dat met externe organisaties contacten worden onderhouden kunnen vanuit deze organisaties ook vragen om informatie en dergelijke worden gesteld aan het adres van de VOH's. Op die manier vormen de vragen van externe organisatie input voor de VOH's. In paragraaf 6.2.2 werd al kort aangegeven dat 24% van de binnenkomende ondersteuningsvragen gesteld werd door 'derden'. Voorbeelden van 'derden' zijn ziekenfondsen, apothekers, de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, ziekenhuizen, bejaardentehuizen, verpleeghuizen, G.G. en G.D., het kruiswerk en dergelijke.

Van de vragen die van externe organisaties binnenkomen bij de VOH's betrof 52% een verzoek om informatie of advies, in 24% van de gevallen werd gevraagd om het uitvoeren van secretariaatswerkzaamheden, 6% betrof verzoeken om deelname aan overlegsituaties en 19% van de verzoeken waren van andere aard. De onderwerpen van de vragen variëren ook voor externe organisaties sterk: in 18% van de gevallen ging het over automatisering, in 21% van de gevallen betrof het de samenwerking tussen huisartsen en de eerste- of tweedelijns, 14% van de vragen had thuiszorg als onderwerp, 7% het praktijkmanagement van huisartsen en 4% de organisatie van PHV of district. De grootste categorie onderwerpen is de categorie 'anders', waaronder 40% van de vragen valt. Voorbeelden van andere onderwerpen zijn: het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, het overleg ziekenfonds-huisartsen, informatie over het basistakenpakket en een aantal keren was er geen sprake van een specifiek onderwerp, maar werd bijvoorbeeld gevraagd om een adressenlijst.

### **6.3. Het beleid van de ondersteuningsorganisatie**

#### **6.3.1. Inleiding**

De onderwerpen van het ondersteuningsbeleid kunnen gegroepeerd worden aan de hand van de statutaire doelstellingen van de VOH's. We onderscheiden de volgende mogelijke onderwerpen:

- Het adviseren en informeren van huisartsen over zaken die samenhangen met de beroepsuitoefening.
- Het ondersteunen van huisartsen in hun onderlinge samenwerking.
- Het ondersteunen van huisartsen in hun samenwerking met andere disciplines in de eerstelijns.
- Het ondersteunen van huisartsen in hun samenwerking met andere disciplines in de tweedelijns.
- Het ondersteunen van huisartsen in hun overleg met overheden.
- Het ondersteunen van huisartsen in hun overleg met financiers.

Achtereenvolgens zullen aan de orde komen: het adviseren en informeren van huisartsen over zaken die samenhangen met de beroepsuitoefening, de samenwerking tussen huisartsen onderling, de samenwerking met andere disciplines en substitutie/thuiszorg, overleg met overheden en financiers en de taakafbakening en prioriteitsstelling van VOH's.

### **6.3.2. Het adviseren en informeren van huisartsen over zaken die samenhangen met de beroepsuitoefening**

Adviseren en informeren van huisartsen over zaken die samenhangen met de beroepsuitoefening kan in principe twee vormen aannemen: in de eerste plaats is er de individuele ondersteuning (het adviseren en informeren van individuele of kleine groepen huisartsen), in de tweede plaats is er bestuurlijke ondersteuning (het adviseren en informeren van PHV- en districtsbesturen). De bestuurlijke ondersteuning heeft meer te maken met het versterken van de interne organisatie van huisartsen en met het ondersteunen van huisartsen in hun onderlinge samenwerking, terwijl de individuele ondersteuning meer te maken heeft met de statutaire doelstelling die in deze subparagraaf wordt behandeld. VOH's kunnen een keuze maken voor wat betreft de nadruk die zij op beide vormen van ondersteuning leggen. Een achttal VOH's maakt in principe geen keuze tussen beide vormen van ondersteuning; iedereen die om ondersteuning vraagt, wordt geholpen, onafhankelijk van het feit of het een individuele huisarts betreft dan wel een waarneemgroep, PHV of districtsbestuur. Beide vormen van ondersteuning zijn in principe even belangrijk, hoewel in de praktijk de bestuurlijke ondersteuning meer tijd in beslag kan nemen. Voor de overige twaalf VOH's geldt dat beleidsondersteuning van het bestuurlijk kader belangrijker wordt gevonden dan het ondersteunen van individuele huisartsen.

VOH's kunnen de hun statutair toebedeelde informatie- en adviesfunctie op grofweg drie manieren invullen:

1. Het geven van informatie en advies op aanvraag.

2. Mailing aan huisartsen over specifieke onderwerpen.

3. Het uitgeven van een informatie-bulletin.

De eerste twee vormen van informatie-voorziening komen bij alle VOH's in meer of mindere mate voor (mede afhankelijk van de verhouding individuele versus bestuurlijke ondersteuning). Daarnaast geven vijftien VOH's een informatie-bulletin of agenda-overzicht uit.

Een belangrijk onderwerp van beleid dat voortvloeit uit de hier behandelde statutaire doelstelling, is automatisering van de huisartspraktijk. Uit de registratie van binnenkomende ondersteuningsvragen is gebleken dat de bijna een kwart van de gestelde vragen automatisering en praktijkmanagement als onderwerp hadden. De meeste VOH's (16) besteden hieraan wel in een of andere vorm aandacht, hoewel de mate waarin sterk verschilt per VOH. Ongeveer een derde van de VOH's besteedt in vergelijking met de andere VOH's veel aandacht aan automatisering. Het onderwerp automatisering heeft over het algemeen alleen betrekking op het automatiseren van de praktijkadministratie. Op enkele plaatsen wordt echter tevens gezocht naar mogelijkheden voor het automatiseren van de communicatie tussen huisartsen en ziekenfondsen of huisartsen en ziekenhuizen.

### **6.3.3. Ondersteuning van samenwerking tussen huisartsen onderling**

In de interviews met VOH-directeuren en -bestuursleden werd vaak gezegd dat met name de plannen van de commissie Dekker een soort stok achter de deur vormen, die huisartsen nopen tot meer collectief denken en meer collectieve actie. VOH's proberen huisartsen dan ook zo veel mogelijk te doordringen van de noodzaak tot het denken in termen van het collectief. In het vooronderzoek is wat de ondersteuning van de samenwerking tussen huisartsen onderling betreft, onderscheid gemaakt tussen de verschillende organisatieniveaus van de beroepsgroep huisartsen, namelijk het districtsbestuur van de LHV, de PHV's en de waarneemgroepen. Nog steeds bestaan er verschillen tussen VOH's voor wat betreft de aandacht voor deze verschillende organisatieniveaus.

Van de twintig VOH's besteden er zes aandacht aan alledrie de organisatieniveaus, vier alleen aan PHV-besturen en districtsbestuur, zes alleen aan PHV-besturen en waarneemgroepen en vier alleen aan waarneemgroepen. Indien aan meer dan één organisatieniveau aandacht wordt besteed, richt het ondersteuningsbeleid van de VOH's zich bijvoorbeeld op de samenwerking tussen deze verschillende niveaus. Voor wat betreft PHV's en districtsbestuur wordt door een aantal VOH's aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering van het bestuurlijk kader. Bij de aandacht voor de

samenwerking tussen huisartsen onderling speelt de toekomstige interne reorganisatie van de LHV een rol. Waarneemgroepen worden versterkt door zestien van de twintig VOH's, veelal onder invloed van de discussienota van de LHV "De positie van de huisarts in de toekomst". Daarnaast wordt op enkele plaatsen gewerkt aan het invoeren van waarneemcontracten. Het ondersteunen van waarneemgroepen gebeurt in het kader van bovengenoemde discussienota, maar ook met het oog op deskundigheidsbevordering binnen de waarneemgroep en uiteraard met de bedoeling de bereikbaarheid van huisartsen te bevorderen.

Daarnaast zijn in acht districten Stichtingen Huisartsgeneeskunde (SHG's) opgericht en is men in twee andere districten nog bezig met de oprichting daarvan. Deze stichtingen moeten, volgens de VOH's, de beroepsgroep meer armslag bieden in het sluiten van contracten en het samenwerken met andere disciplines en ziekenfondsen. Om juridisch-technische redenen worden hiervoor aparte stichtingen in het leven geroepen. De VOH's zijn gesubsidieerde instellingen en zeggen zelf op financieel-administratief terrein te weinig mogelijkheden te hebben om als rechtspersoon voor het afsluiten van contracten en dergelijke te functioneren. Districtsbesturen zijn geen rechtspersoon en kunnen om die reden geen contracten afsluiten, dit geldt ook voor een aantal PHV's. Overigens ligt het in de bedoeling van de LHV om in het kader van de reorganisatie van de beroepsgroep, districtsbesturen de status van rechtspersoon te geven.

#### **6.3.4. Samenwerking met andere disciplines en substitutie/thuiszorg**

Alle VOH's ondersteunen huisartsen in hun overleg met andere disciplines in de eerstelijns. Tijdens het vooronderzoek bleek dat de animo voor het ondersteunen en entameren van bestuurlijk overleg tussen eerstelijnsdisciplines in het algemeen nogal gezakt is. Huisartsen worden wel ondersteund in hun functioneel overleg met andere disciplines (vaak de wijkverpleging). In dit kader wordt ook op enkele plaatsen aandacht besteed aan afspraken op het gebied van medisch-technisch handelen tussen huisartsen en de wijkverpleging. VOH's trachten de samenwerking tussen huisartsen en specialisten en ziekenhuizen te versterken met name door het structuren van overleg, vanuit de gedachte dat specialisten in medische zin de belangrijkste partners van huisartsen zijn.

Analoog aan wat uit het vooronderzoek gebleken is, blijkt ondersteuning van samenwerking met andere disciplines zich inderdaad vaak toe te spitsen op

allerlei concrete projecten. Veelal betreft het hier projecten die onder de noemer thuiszorg en substitutie gerangschikt kunnen worden. SHG's zijn onder andere opgericht met het oog op dit soort projecten. Op een enkele plaats is de coördinatie van een thuiszorgproject al in handen van de SHG.

Ondersteuning van huisartsen in overleg kan verschillende vormen aannemen, variërend van het voeren van alleen vooroverleg tussen directeur en de huisarts die deelneemt aan overleg, zonder dat de VOH-directeur meegaat naar het overleg, via het samen (VOH-directeur en huisarts) deelnemen aan overleg, tot het vertegenwoordigen van de huisartsen in overleg door de VOH-directeur alleen.

In enkele VOH's (vier) komt vertegenwoordiging van de huisartsen door de VOH-directeur alléén, uit principe niet voor. Bij de overige VOH's komen alle boven genoemde vormen van ondersteuning voor, zij het dat op veel plaatsen vertegenwoordiging van huisartsen door de directeur alleen niet de voorkeur geniet, zeker niet wanneer er afspraken gemaakt moeten worden. Vertegenwoordiging komt dan alleen maar voor in combinatie met een duidelijke standpuntbepaling vooraf. De keuze voor een bepaalde vorm is over het algemeen afhankelijk van het soort overleg. Zeker indien praktische huisartsgeneeskundige ervaring nodig is, zal er een huisarts meegaan naar het overleg. Ambtelijk overleg op stafniveau (vaak tijdens kantooruren) zal vaker door de directeur alleen worden bezocht.

Twee VOH's gaven aan dat deelname aan overleg door directeur vooral tot doel heeft de relevantie van bepaalde overlegsituaties te bepalen en indien overleg relevant is het zodanig te structureren dat deelname eraan op termijn overgedragen kan worden aan huisartsen. Hier wordt het aantal overlegsituaties waaraan de directeur deelneemt dan ook langzaam afgebouwd.

### **6.3.5. Ondersteuning van het overleg met overheden en financiers**

Alle VOH's onderhouden contacten met ziekenfondsen. Soms gebeurt dit via een Commissie van Overleg. Op enkele plaatsen wordt nog steeds gewerkt aan het (opnieuw) oprichten van een dergelijke commissie. Overleg met ziekenfondsen heeft vaak betrekking op de regionale uitwerking van de plannen van de commissie Dekker en op thuiszorg(projecten).

Het contact met gemeenten spitst zich toe op twee belangrijke taken die gemeenten hebben op het gebied van de gezondheidszorg: het uitvoeren van het vestigingsbeleid voor huisartsen en preventie.

Wat dit laatste betreft zijn er met name contacten (geweest) tussen VOH's en basisgezondheids-diensten over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

### **6.3.6. Prioriteiten en taakafbakening**

Tijdens de interviews werd VOH's gevraagd naar hun prioriteitsstelling en naar zaken die zij bewust wel en bewust niet als een taak van de VOH beschouwen. Voor twee VOH's geldt dat er geen zaken zijn die zij bewust niet als een taak van de VOH beschouwen, althans in die zin dat alles wat zich aandient en met huisartsgeneeskunde te maken heeft in principe een taak voor de VOH is. De overige VOH's noemden wel een aantal zaken die zij bewust niet tot het werkterrein van de VOH rekenen. Meestal gaat het daarbij om een taakafbakening ten opzichte van de LHV. Beleidsbeslissingen in LHV-verband en belangenbehartiging worden door deze VOH's niet tot de taak van de VOH gerekend. Wel werd op enkele plaatsen aangegeven dat het soms moeilijk is om een onderscheid te maken tussen puur LHV-zaken en VOH-zaken, met name omdat LHV-beleidsbeslissingen vaak een afgeleid karakter hebben voor wat betreft de uitvoering op plaatselijk en regionaal niveau. Bewust wél tot de taak van de VOH worden zaken gerekend die leiden tot kwalitatief goede huisartsgeneeskunde en tot het optimaliseren van randvoorwaarden voor het goed uitoefenen van huisartsgeneeskunde.

Als prioriteit van VOH's werd de interne organisatie van de beroepsgroep het meest genoemd, gevolgd door automatisering, samenwerking met andere disciplines en het uitbouwen van de SHG. Eén VOH houdt er geen prioriteitsstelling op na, er worden geen principiële keuzen gemaakt. Twee VOH's gaven tijdens de interviews aan dat zij weliswaar in het beleidsplan een prioriteitsstelling hebben opgegeven, maar dat het vrijwel onmogelijk is om hieraan vat te houden omdat allerlei (maatschappelijke) ontwikkelingen de prioriteitsstelling voortdurende in de war sturen.

## **6.4. De activiteiten van de ondersteuningsorganisatie**

### **6.4.1. Inleiding**

Nadat in paragraaf 6.3 is beschreven wat het beleid van de ondersteuningsorganisatie is, zal in deze paragraaf worden nagegaan welke activiteiten worden ondernomen binnen de ondersteuningsorganisatie. Allereerst zal in paragraaf 6.4.2 worden beschreven welke activiteiten de VOH-bureaus ontplooiën en vervolgens zal in paragraaf 6.4.3 worden onderzocht hoe de activiteiten zich verhouden tot het beleid. Tenslotte zal in paragraaf 6.5 worden beschreven wat de oordelen van medewerkers binnen de ondersteu-

ningsorganisatie zijn over de tot nu toe behaalde resultaten, alvorens in hoofdstuk 7 zal worden ingegaan op het gebruik van de ondersteuning door huisartsen en externe organisaties.

#### **6.4.2. Activiteiten van de VOH-bureaus**

De resultaten die in deze paragraaf worden gepresenteerd zijn afkomstig uit de registratie van activiteiten door 19 VOH-directeuren en secretaresses van deze VOH's en uit de interviews die gehouden zijn met alle VOH-directeuren en één of meer van hun bestuursleden.

VOH-directeuren werkten gedurende de registratieperiode gemiddeld iets meer dan 10 uur per dag, met een minimum voor één VOH-directeur van 8 uur per dag en een maximum voor één VOH-directeur van 13 uur per dag. In de interviews met VOH-directeuren is aan de directeuren gevraagd een beschrijving te geven van de aard van het werk van VOH-directeuren. De aard van het werk van VOH-directeuren blijkt zo gevarieerd te zijn, dat het moeilijk is om een doorsnee werkdag van een VOH-directeur te beschrijven. Proberen een dergelijke beschrijving te geven voor alle 20 VOH-directeuren samen is volslagen onmogelijk. Wel kunnen een aantal kenmerken van het werk van VOH-directeuren worden beschreven. Een van de meest opvallende kenmerken is al genoemd, namelijk dat het zeer gevarieerd is. Verder geven VOH-directeuren aan dat je creatief moet zijn in het bedenken van oplossingen voor en benaderingen van steeds wisselende problemen en ontwikkelingen. Daarbij zeggen VOH-directeuren voortdurend alert te moeten zijn op actuele ontwikkelingen om in een zo vroeg mogelijk stadium actie te kunnen ondernemen indien de betrokkenheid van huisartsen gewenst is bij bepaalde ontwikkelingen.

Weinig overeenstemming bestaat er over de aard van het werk indien het de terugkoppeling naar huisartsen(organisaties) en VOH-bestuur betreft. Sommige VOH-directeuren noemen als kenmerk van hun werk dat er voortdurend teruggekoppeld wordt naar huisartsen en bestuur, anderen noemen als kenmerk juist dat zij met allerlei dingen bezig zijn zonder dat er feedback plaatsvindt.

De feitelijke activiteiten waaraan VOH-directeuren hun tijd besteden kunnen onderverdeeld worden in interne, randvoorwaardelijke activiteiten (zoals bureauwerk en financieel management, beleidsvoorbereiding, het bijwonen van vergaderingen van het VOH-bestuur, deelnemen aan directeurenoverleg en het bijhouden van actuele ontwikkelingen) en activiteiten gericht op



ondersteuning, die uiteenvallen in activiteiten gericht op het informeren van de beroepsgroep en het voorbereiden en deelnemen aan overleg. Daarnaast kunnen VOH-directeuren tijd besteden aan reizen, aan representatieve activiteiten (bijvoorbeeld naar recepties en dergelijke gaan) en aan andere activiteiten. In tabel 6.1 is weergegeven hoeveel tijd VOH-directeuren gemiddeld besteden aan deze groepen van activiteiten.

Uit tabel 6.1 blijkt dat VOH-directeuren gemiddeld de meeste tijd besteden aan interne, randvoorwaardelijke activiteiten. Hiervan wordt 19% van de totaal gewerkte tijd besteed aan bureauwerk en financieel management, 7% van de totaal gewerkte tijd aan beleidsvoorbereiding, 4% aan vergaderingen van het VOH-bestuur, 5% aan het deelnemen aan directeurenoverleg en 7% aan het bijhouden van actuele ontwikkelingen.

Tabel 6.1. Tijdsbesteding van VOH-directeuren aan de verschillende groepen van activiteiten (n=19).

Soort activiteit	Percentage van de totaal gewerkte tijd in vier weken		
	gemiddelde	minimum	maximum
Interne, randvoorwaardelijke act.	42	21	56
Activiteiten gericht op informeren	10	1	32
Vorbereiden vergaderingen	10	0	17
Deelnemen vergaderingen	24	7	41
Reizen	10	3	20
Representatieve activiteiten	1	0	9
Andere activiteiten	3	0	12

Activiteiten in het kader van het informeren en adviseren van de beroepsgroep nemen 10% van de totale tijd in beslag, de helft daarvan wordt besteed aan het geven informatie en advies aan individuele of kleine groepen huisartsen, de andere helft aan het uitgeven van een informatiebulletin en het organiseren van voorlichtings(mid)dagen of -avonden. Aan het voorbereiden van en deelnemen aan vergaderingen en overleg wordt gemiddeld 34% van de totale werktijd besteed, aan reizen 10%, aan representatieve en andere activiteiten samen 4%.

#### 6.4.3. Activiteiten in relatie tot beleid

Hoe verhouden de activiteiten van VOH-bureaus zich nu tot het geformuleerde beleid? Om deze vraag te beantwoorden zal per beleidspunt, zoals dat in paragraaf 6.3 aan de orde is gekomen, worden nagegaan welke

activiteiten in dit kader ondernomen kunnen worden, waarbij indien mogelijk resultaten uit de activiteitenregistratie van VOH-directeuren en -secretarissen zullen worden behandeld.

#### **Activiteiten in het kader van het informeren en adviseren van huisartsen.**

Activiteiten in het kader van het adviseren en informeren van huisartsen zijn bijvoorbeeld het geven van informatie en advies per telefoon, in een gesprek of schriftelijk; het organiseren van voorlichtingsdagen en het samenstellen van een informatiebulletin. Het verzorgen van mailing aan huisartsen zal vooral een taak zijn voor de secretarissen van VOH's, die bijvoorbeeld aan een activiteit als post verzenden 8% van hun tijd besteden en aan kopiëren (ook vaak noodzakelijk voor mailing) eveneens 8%. Voor VOH-directeuren is daarnaast het bijhouden van actuele ontwikkelingen van belang om goed informatie en advies te kunnen verschaffen.

VOH-directeuren besteden gemiddeld 5% van hun tijd aan het telefonisch, schriftelijk of mondeling verschaffen van informatie en advies aan huisartsen. Het organiseren van voorlichtingsdagen nam gedurende de registratieperiode van vier weken gemiddeld 3% van de totale werktijd van VOH-directeuren in beslag, met uiteraard een grote variatie rond het gemiddelde, want het organiseren van voorlichtingsdagen is in het algemeen geen maandelijks terugkerende activiteit. Hetzelfde geldt voor het samenstellen van een informatiebulletin, waaraan VOH-directeuren gemiddeld 2% van hun tijd besteedden gedurende de registratieperiode.

#### **Activiteiten in het kader van samenwerking tussen huisartsen onderling.**

Activiteiten die door VOH-directeuren ondernomen worden om de samenwerking tussen huisartsen onderling en de interne organisatie van de beroepsgroep te versterken kunnen enerzijds onderscheiden worden naar het niveau van de organisatie waarop ze zijn gericht (waarneemgroep, PHV, district). Dit is wat in het vooronderzoek gebeurt is. De activiteiten van VOH-directeuren kunnen echter ook onderscheiden worden naar de aard van de activiteiten zelf. Uit de interviews met VOH-directeuren en -bestuursleden bleek dat er vier soorten activiteiten te onderkennen zijn die moeten leiden tot meer samenwerking tussen huisartsen onderling en een betere organisatie van de beroepsgroep:

1. het deskundiger maken van het bestuurlijk kader van huisartsenorganisaties (PHV, districtsbestuur), bijvoorbeeld door het organiseren van cursussen in vergader- en onderhandelingstechnieken;
2. het stimuleren binnen de beroepsgroep van de discussie over de reor-

ganisatie van de beroepsgroep en over de consequenties van het plan Dekker, het trachten huisartsen ervan bewust te maken dat een collectieve opstelling noodzakelijk is; bijvoorbeeld via een rondgang langs waarneemgroepen;

3. het ondersteunen van PHV's en districtsbestuur bij beleidsvoorbereiding en -implementatie;
4. het scheppen van allerlei randvoorwaarden voor een betere interne samenwerking zoals bijvoorbeeld het opzetten van een waarneemcentrale (ook wel waarneembank genoemd), het oprichten van een Stichting Huisartsgeneeskunde of het verlenen van secretariële ondersteuning aan PHV of district.

Bij het de ondersteunen van PHV- of districtsbestuur bij beleidsimplementatie kan het voorkomen dat de VOH secretariële ondersteuning levert aan een PHV- of districtsbestuur. Uit de registratie van activiteiten bleek dat de secretaresses van de VOH-bureaus gemiddeld 19% van hun tijd besteden aan activiteiten ten behoeve van een PHV- of districtsbestuur, waarvan 6% aan tekstverwerken, 3% aan het selecteren, inschrijven, lezen en beantwoorden van post, 3% aan notuleren en ieder 2% aan post verzenden, administratief werk en kopiëren.

Uit de activiteitenregistratie is verder gebleken dat VOH-directeuren gemiddeld 17% van hun totale tijd besteden aan het voeren van overleg met huisartsen (bestaande uit 5% van de tijd voor het voorbereiden van overleg en 12% van de tijd voor het daadwerkelijk voeren van overleg). Hierbij is sprake van een vrij grote variatie rond het gemiddelde: de laagst scorende VOH-directeur besteedde 4% van zijn tijd aan overleg met huisartsen, de hoogst scorende VOH-directeur 33%. Het percentage tijd dat besteed wordt aan overleg met huisartsen varieert niet naar het organisatieniveau (waarneemgroep, PHV of district) waarop een VOH vooral haar aandacht richt.

### **Activiteiten in het kader van samenwerking met andere disciplines en thuiszorg/substitutie.**

Ook bij dit beleidspunt kunnen de activiteiten van VOH-directeuren weer onderscheiden worden naar hun aard. Uit de interviews is gebleken dat de volgende soorten activiteiten worden ondernomen om het structureel overleg en de samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines te bevorderen:

1. het zelf overnemen van activiteiten die voor de komst van de VOH door huisarts-bestuurders gedaan werden of hadden moeten worden, zoals het voeren van het secretariaat van overlegsituaties, het voeren van overleg op

directieniveau met andere disciplines, het zitting nemen in begeleidingscommissie/stuurgroepen van (thuiszorg)projecten, het zitting nemen in het bestuur van een ROP en dergelijke;

2. het scheppen van randvoorwaarden voor en het ondersteunen van huisartsen die zelf of samen met de directeur de contacten met andere disciplines onderhouden, door middel van vooroverleg of door het instellen van een periodiek overleg voor huisartsen die contacten onderhouden met andere disciplines, het aanreiken van methoden voor meer gestructureerd of anderszins beter overleg met andere disciplines, het creëren van nieuwe overlegstructuren, het informeren van huisartsen over allerlei relevante ontwikkelingen, het oprichten van een Stichting Huisartsgeneeskunde en dergelijke;
3. betrokkenheid bij projecten op het gebied van samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines en thuiszorg, zoals bijvoorbeeld de oprichting van een medisch diagnostisch centrum, of het bezien van mogelijkheden voor een geautomatiseerde communicatie tussen huisartsen en ziekenhuizen;
4. het vormen van een aanspreekpunt voor andere disciplines die zich willen wenden tot de beroepsgroep huisartsen.

VOH-directeuren onderhouden contacten met andere organisatie in de gezondheidszorg om te komen tot een betere samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines. Uit de registratie van activiteiten bleek dat VOH-directeuren aan vergaderingen en overleg met eerstelijnsdisciplines VOH-directeuren gemiddeld 5% van hun tijd besteden en aan vergaderingen en overleg met de tweedelijngemiddeld 4%. Van de vergaderingen met eerstelijnsdisciplines gaat 47% over de samenwerking binnen de eerstelijngemiddeld 38% over thuiszorg. Andere onderwerpen van vergaderingen met de eerstelijngemiddeld 10% over automatisering, de vestigingsregeling voor huisartsen, waarneemregelingen en de samenwerking met de tweedelijngemiddeld 33% over automatisering; andere onderwerpen van deze vergaderingen zijn bijvoorbeeld samenwerking met de eerstelijngemiddeld 10%), de vestigingsregeling voor huisartsen en de honorering van huisartsen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>N.B. Bij het beantwoorden van de vraag naar het onderwerp van een vergadering waren meerdere antwoorden mogelijk: de percentages tellen derhalve op tot meer dan 100%.

## **Activiteiten in het kader van overleg tussen huisartsen en overheden en financiers.**

Omdat het bij dit beleidspunt ook gaat om overlegsituaties tussen huisartsen en derden, kan in feite dezelfde verdeling in soorten activiteiten gehanteerd worden als in de vorige paragraaf. Soorten activiteiten van VOH-directeuren op dit gebied, die in de interviews genoemd werden, zijn:

1. het zelf overnemen van activiteiten die voor de komst van de VOH door huisarts-bestuurders gedaan werden of hadden moeten worden, zoals het zitting nemen in vestigingsadvies-commissies (VAC), het voeren van ambtelijk overleg met gemeenten, het voeren van overleg met ziekenfondsen, het bezoeken van gemeenten (afdelingen Welzijn en wethouders met Welzijn in hun portefeuille) en dergelijke;
2. het scheppen van randvoorwaarden voor en het ondersteunen van huisartsen die zelf of samen met de directeur contacten onderhouden met ziekenfondsen en overheden, zoals bijvoorbeeld het (opnieuw) oprichten van een Commissie van Overleg, het ondersteunen van huisartsen in VAC's, bijvoorbeeld door vooroverleg of door het instellen van periodiek overleg voor huisartsen in VAC's, het ondersteunen van PHV's in hun overleg met overheden en financiers;
3. betrokkenheid bij projecten, zoals bijvoorbeeld het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, of thuiszorgprojecten;
4. het vormen van een aanspreekpunt voor overheden en financiers die zich willen wenden tot de beroepsgroep huisartsen.

Aan het voeren van overleg met ziekenfondsen en particuliere verzekeraars besteden VOH-directeuren, blijkens de activiteitenregistratie, gemiddeld 5% van hun tijd. Aan overleg met gemeenten wordt 1% van de tijd besteed. Met gemeenten wordt vooral overleg gevoerd over het vestigingsbeleid voor huisartsen (44% van de vergaderingen met gemeenten gaat hierover), 31% van de vergaderingen met gemeenten gaat over thuiszorg. Van de vergaderingen met ziekenfondsen of particuliere verzekeraars heeft 35% thuiszorg als onderwerp, daarnaast werd overleg gevoerd over uiteenlopende andere onderwerpen (samenwerking met eerste- of tweedelij, automatisering, honorering van huisartsen). Van de onderwerpen van vergaderingen met verzekeraars hoort 53% thuis in de categorie 'anders' die op het registratieformulier vermeld is. Helaas bestaat verder geen inzicht in welke andere onderwerpen dit dan waren, omdat op het registratieformulier geen ruimte was voor het omschrijven van andere onderwerpen (zie hiervoor bijlage 1:

registratie activiteiten VOH-directeuren).

## 6.5. Activiteiten van het SOH-bureau

De activiteiten van het bureau SOH bevinden zich geheel in de randvoorwaardelijke sfeer. De SOH heeft een dienstverlenende en coördinerende functie ten opzichte van de VOH's. In deze paragraaf zullen de activiteiten van het SOH-bureau onder de loep worden genomen.

Door de beide medewerkers van het bureau SOH (directeur en administrateur) is eveneens gedurende vier weken geregistreerd hoeveel tijd aan de verschillende activiteiten is besteed. Om de anonimiteit van de gepresenteerde gegevens nog enigszins te waarborgen zal hier niet worden vermeld hoeveel uren de medewerkers van het bureau SOH gemiddeld per dag werken. De gepresenteerde percentages zijn gemiddelden voor de beide medewerkers.

Tabel 6.2. laat de verdeling van de in totaal gewerkte tijd van directeur en administrateur van de SOH zien over de verschillende groepen van activiteiten.

Tabel 6.2. Gemiddelde tijdsbesteding van medewerkers van het bureau SOH aan de verschillende groepen van activiteiten.

Activiteit	Gemiddeld percentage van totale tijd
Management- en interne activiteiten	48
Dienstverlenende activiteiten	19
Coördinerende activiteiten	7
Vertegenwoordigende activiteiten	3
Reizen	1
Andere activiteiten	22
Totaal	100

Uit tabel 6.2. blijkt dat bijna de helft van de tijd door de medewerkers van het bureau SOH besteed wordt aan management en interne activiteiten. Verder wordt 19% van de tijd besteed aan dienstverlenende activiteiten, 7% aan coördinerende activiteiten, 3% aan vertegenwoordigende activiteiten, 1% aan reizen en 22% aan andere activiteiten. Voorbeelden van andere activiteiten zijn:

- bespreking met accountant
- overleg met penningmeester

- voorbereiden deskundigheidsbevordering voor directeuren
- overleg met bestuursleden
- activiteiten m.b.t. de werkgroep herstructurering
- PR
- overleg met VOH
- voorbereiden SOH-vergadering
- bijwonen ledenvergadering LHV

De groep management- en interne activiteiten neemt duidelijk de meeste tijd in beslag. Waaruit bestaan deze management- en interne activiteiten nu? Het overgrote deel van de tijd binnen deze categorie van activiteiten wordt besteed aan financieel en personeel management, samen 29% van de totale tijd. Dit komt doordat de SOH de gehele personeelsadministratie voert van zowel de ondersteuningsstructuur als de structuur voor deskundigheidsbevordering. Alle werknemers binnen de gehele structuur, ongeveer 165 personen, zijn formeel in dienst bij de SOH. Bovendien voert de SOH de administratie en het secretariaat van de SDO, de stichting die de subsidie voor de gehele structuur ontvangt van het ministerie van WVC. De overige 19% van de tijd die aan deze groep activiteiten wordt besteed, valt uiteen in het houden van werkbesprekingen met de secretaresse, het schrijven van een jaarverslag, overleg met boekhouder/administrateur en het opstellen van een werkplan of begroting.

De tweede groep activiteiten vallen onder de noemer dienstverlenende activiteiten, maar deze vlag dekt de lading niet volledig. Het gaat bij deze groep van activiteiten om een aantal functies die de SOH statutair heeft met betrekking tot het verzamelen van gegevens over de activiteiten van VOH's en in meer in het algemeen het verzamelen van gegevens die te maken hebben met ondersteuning van huisartsen. De informatie die hierdoor beschikbaar komt bij het bureau SOH, kan worden gebruikt voor het verlenen van diensten aan VOH's, maar ook voor het geven van bekendheid aan de activiteiten van de ondersteuningsstructuur, bijvoorbeeld via het tijdschrift SDO. Binnen deze categorie activiteiten wordt verreweg de meeste tijd besteed aan het lezen van relevante literatuur. Deze activiteit vormt voorwaarde voor het verzamelen van gegevens en het van daaruit kunnen verlenen van diensten aan VOH's.

De derde groep activiteiten heeft te maken met de coördinerende taak van de SOH ten opzichte van de VOH's. In totaal wordt hieraan 7% van de totaal gewerkte tijd besteed, waarvan 6% aan het voorbereiden van het landelijk directeurenoverleg en 1% aan het deelnemen aan het landelijk directeurenoverleg. De totale tijd die hieraan wordt besteed lijkt misschien vrij

laag. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat de gepresenteerde percentages een gemiddelde zijn van de tijd die door de directeur en de administrateur aan activiteiten wordt besteed. Het organiseren van het directeurenoverleg is in de praktijk echter in hoofdzaak van de directeur SOH, die hieraan dus ook relatief meer tijd dan 7% besteed. De tijdsbesteding binnen de groep vertegenwoordigende activiteiten valt uiteen in het voeren van overleg met de LHV en het bureau SDH.

### **6.6. Beoordeling van de tot nu toe behaalde resultaten**

Zeventien VOH's oordelen positief over de behaalde resultaten, sommige zijn zeer positief, andere gematigd tevreden, in die zin dat zij het gevoel hebben dat er met meer middelen meer bereikt had kunnen worden. Eén VOH vond dat alleen de huisartsen de aangewezen personen waren om te oordelen over de resultaten en wachtte daarom liever de huisarts-enquête af, dan zelf te oordelen. Twee andere VOH's vonden deze vraag moeilijk te beantwoorden, omdat de resultaten vooral in de randvoorwaardelijke sfeer liggen en derhalve moeilijk te herkennen zijn.

De meeste VOH's noemden ook een aantal concrete resultaten op, die bereikt zijn. Concrete resultaten die genoemd werden zijn:

- een betere interne organisatie van huisartsen, huisartsen vormen een eenheid, ook naar externe organisaties toe (10 keer genoemd);
- er wordt professioneler omgegaan met overlegpartners (9 keer genoemd);
- de VOH vormt een aanspreekpunt, zowel voor huisartsen als voor externe organisaties (8 keer genoemd);
- de VOH wordt erkend door huisartsen (5 keer genoemd);
- een betere relatie met andere organisaties (4 keer genoemd);
- een betere informatievoorziening aan huisartsen (2 keer genoemd).

### **6.7. Conclusie**

In de eerste plaats kan worden geconstateerd dat VOH-directeuren, evenals regionale en plaatselijke coördinatoren, gemiddeld meer uren werken dan waarvoor zij zijn aangesteld.

Wat de behoefte van huisartsen aan ondersteuning betreft, kan worden geconcludeerd dat deze een grote rol speelt voor het beleid en de activiteiten van VOH's. Indien huisartsen geen behoefte aan bepaalde activiteiten hebben, worden deze niet ondernomen. In paragraaf 2.4.2 werd aangegeven, dat de ondersteuningsvragen van individuele en kleine groepen



huisartsen wel eens een doorkruisende factor zouden kunnen zijn bij het implementeren van ondersteuningsbeleid. Indien de tijd van een VOH-directeur geheel opgaat aan het beantwoorden van vragen van individuele huisartsen, kunnen geen effecten worden verwacht op het gebied van multidisciplinaire samenwerking. Twaalf VOH's hebben getracht deze doorkruisende factor enigszins in te dammen. Hun beleid is dat bestuurlijke ondersteuning belangrijker is dan vragen van individuele en kleine groepen huisartsen. Beantwoording van dergelijke vragen heeft dan ook geen prioriteit.

De invloed van de LHV op het ondersteuningsbeleid van VOH's is een gevolg van vrijwillig rekening houden van de kant van de VOH's met belangrijke punten in het beleid en de activiteiten van de LHV. Hoewel enkele VOH's vasthouden aan de mogelijkheden tot regionale inkleuring van het beleid, wordt niet ingegaan tegen zwaarwegende punten uit het LHV-beleid. De invloed van andere organisaties op het ondersteuningsbeleid van VOH's is over het algemeen niet erg groot. Wel wordt 24% van de ondersteuningsvragen gesteld door derden, zodat op die manier de activiteiten van VOH's beïnvloedt worden.

Naast de behoefte van vooral huisartsenorganisaties aan ondersteuning en het beleid en de activiteiten van de LHV blijkt dat het ondersteuningsbeleid van VOH's ook in sterke mate wordt bepaald door argelijke.

Indien de categorieën 'zinnig' en 'zeer zinnig' worden samen genomen, vindt 80% van de huisartsen het zinnig dat er een organisatie is, die de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing peilt (79% voor bestuurlijk niet actieve huisartsen en 83% voor bestuurlijk actieve huisartsen). Ook voor dit item is het verschil tussen bestuurlijk actieve en niet actieve huisartsen significant ( $t$ -waarde = 2.57,  $p = .01$ ). Van de 709 huisartsen die een oordeel gaven over deze statutaire doelstelling, hebben er slechts 151 hun oordeel toegelicht. Van deze 151 vond 41% behoeftepeiling zinnig omdat op die manier nascholing georganiseerd kan worden met huisartsgerichte onderwerpen, waardoor bovendien voorkomen kan worden dat er overbodige nascholing wordt georganiseerd. Van deze 151 huisartsen was 23% van mening dat huisartsen zonder meer nascholing MOETEN volgen, waarbij volgens iets minder dan de helft van deze groep huisartsen een behoeftepeiling wel kan helpen om de inhoud te bepalen, maar niet het enige andere disciplines zich vaak toespitst op concrete projecten, vaak thuiszorg- en substitutieprojecten. Ook overleg met ziekenfondsen spitst zich hierop toe, naast de regionale uitwerking van de plannen van de Commissie Dekker.



## **7. GEBRUIK VAN DE ONDERSTEUNINGSORGANISATIE EN BEOORDELING VAN DE OPZET VAN DE ORGANISATIE**

### **7.1. Inleiding**

In het vorige hoofdstuk is nagegaan op basis van welke inputs beleid wordt gemaakt binnen de ondersteuningsstructuur, wat de inhoud van het beleid is en welke activiteiten (mede) in relatie tot dit beleid zijn ondernomen. Het hoofdstuk eindigde met een beoordeling van de output (behaalde resultaten) door de VOH-directeuren en -besturen. Nu moet worden onderzocht wie de "consumenten" van deze output zijn. In dit hoofdstuk wordt daarom nagegaan in hoeverre huisartsen en externe organisaties gebruik maken van de diensten van de ondersteuningsstructuur en tevens hoe de opzet van de ondersteuningsstructuur beoordeeld wordt, door zowel medewerkers binnen de structuur als door huisartsen en externe organisaties. Getracht wordt dus om de vragen 4 en 5 uit de probleemstelling voor wat betreft de ondersteuningsstructuur te beantwoorden. Deze vragen luiden:

- In welke mate wordt van de diensten van de structuur gebruik gemaakt door de doelgroep (huisartsen) en relevante externe organisaties?
- Wat is het oordeel van betrokkenen binnen en buiten de structuur over zowel het feitelijk als het gepland functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning?

De vraag in welke mate gebruik gemaakt wordt van de diensten van de ondersteuningsstructuur wordt behandeld in de paragrafen 7.2 en 7.3. Hierbij wordt ook altijd het oordeel van huisartsen en externe organisaties weergegeven over het feitelijk functioneren van de structuur. De vraag naar het oordeel van betrokkenen over het gepland functioneren van de structuur zal aan de orde komen in paragraaf 7.4.

### **7.2. Het gebruik van de ondersteuningsorganisatie door huisartsen**

De resultaten die in deze paragraaf worden gepresenteerd, zijn gebaseerd op een enquête onder Nederlandse huisartsen. De huisartsenenquête is ingevuld door 713 huisartsen, waarvan er 456 niet bestuurlijk actief zijn en 257 wel. De 257 bestuurlijk actieve huisartsen bestaan voor 66% uit PHV-bestuurders, 21% uit districtsbestuurders en de overige 13% vervullen andere bestuurlijke

functies in huisartsenorganisaties (bijvoorbeeld door zitting te hebben in commissies van de LHV).

Van de 713 geënquêteerde huisartsen zegt 96% wel eens gehoord te hebben van de VOH's. De meeste huisartsen hebben via het tijdschrift SDO of een informatiefolder kennis genomen van het bestaan van de VOH's (74%), 40% van de huisartsen nam kennis van het bestaan van VOH's via het nu of in het verleden uitoefenen van een bestuurlijke functie in huisartsenorganisaties en 27% hoorde van het bestaan van VOH's via collegae. Van de geënquêteerde huisartsen houdt 80% zich op de hoogte van de activiteiten van de VOH in hun district. Het tijdschrift SDO speelt ook hierbij weer de belangrijkste rol: 81% van de huisartsen zegt zich via het tijdschrift SDO op de hoogte te houden van de activiteiten van VOH's. Verder zegt 76% van de geënquêteerde huisartsen zich op de hoogte te houden door middel van een nieuwsbrief of het informatieblaadje van de VOH in hun district (merkwaardig is dat 15% van deze huisartsen woont in een district waar de VOH geen informatieblaadje uitgeeft). Tot slot zegt 66% van de geënquêteerde huisartsen zich op de hoogte te houden van de activiteiten van de VOH via vergaderingen van de waarneemgroep of PHV waartoe zij behoren.<sup>1</sup>

Huisartsen kunnen van een aantal diensten van de VOH's gebruik maken, analoog aan de statutaire doelstellingen van VOH's. In de eerste plaats kunnen zij informatie of advies vragen bij de VOH, ten tweede kan de waarneemgroep, de PHV of het districtsbestuur waartoe een huisarts behoort, ondersteund worden door de VOH en tenslotte kan een huisarts die als representant van de huisartsen deelneemt aan overleg met andere disciplines of met overheden of financiers hierin ondersteund worden door de VOH.

Van de geënquêteerde huisartsen zegt 47% ooit een verzoek tot informatie of advies aan de VOH te hebben gericht. Wat dit betreft bestaan er grote verschillen tussen bestuurlijk niet actieve huisartsen en bestuurlijk actieve huisartsen. Uit tabel 7.1 blijkt dat bestuurlijk actieve huisartsen relatief veel vaker om informatie of advies hebben gevraagd dan bestuurlijk niet actieve huisartsen.

---

<sup>1</sup> De hier genoemde percentages tellen op tot meer dan 100% omdat bij het beantwoorden van de bewuste vraag in de enquête meerdere antwoorden mogelijk waren.

Tabel 7.1. Bestuurlijk niet en wel actieve huisartsen naar het niet of wel hebben gericht van een verzoek om informatie of advies aan de VOH.

Verzoek tot informatie of advies gericht aan de VOH	Aantal huisartsen niet bestuurlijk actief		wel bestuurlijk actief		Totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
nee	292	(64)	87	(34)	379	(53)
ja	164	(36)	170	(66)	334	(47)
Totaal	456	(100)	257	(100)	713	(100)

De huisartsen die ooit een verzoek tot informatie of advies aan de VOH hebben gericht, waren over het algemeen tevreden over de afhandeling van dat verzoek, zoals blijkt uit tabel 7.2.

Tabel 7.2. Oordeel van huisartsen over de afhandeling van een door hun aan de VOH gericht verzoek tot informatie of advies.

Oordeel over afhandeling	Aantal huisartsen	
	abs.	%
zeer goed	100	(34)
goed	139	(48)
noch goed/noch slecht	31	(11)
slecht	13	(4)
zeer slecht	5	(2)
geen mening	3	(1)
Totaal	291	(100)

Van de 291 huisartsen die de vraag naar hun oordeel over de afhandeling van het verzoek beantwoordden, vond 82% de afhandeling goed tot zeer goed.

Zoals in het voorgaande werd gezegd, kunnen huisartsen ook gebruik maken van de diensten van de VOH's. doordat de waarneemgroep, PHV of het districtsbestuur waartoe zij behoren, wordt ondersteund door de VOH.

Van de geënquêteerde huisartsen zegt 27% dat de waarneemgroep waartoe hij/zij behoort, wordt ondersteund door de VOH in het district. In tabel 7.3 is weergegeven op welke terreinen de waarneemgroepen volgens de geënquêteerde huisartsen worden ondersteund door de VOH.

Tabel 7.3. Gebieden waarop waarneemgroepen waartoe de geënquêteerde huisartsen behoren, worden ondersteund door de VOH.

Gebieden waarop de waarneemgroep wordt ondersteund	Aantal huisartsen	
	abs.	%
Vertegenwoordiging naar externe organisatie en afvaardiging naar de PHV	81	(51)
De onderwerpen en frequentie van vergaderingen	69	(43)
Invoering van waarneemcontract	56	(35)
Anders	14	(9)
Totaal *	157	(100)

\*De absolute aantallen en percentages leveren opgeteld méér op dan 157 huisartsen en 100%, omdat bij de beantwoording van de vraag in de enquête meerdere antwoorden mogelijk waren.

Uit tabel 7.3 blijkt dat in de meeste gevallen ondersteuning door de VOH wordt gegeven op het gebied van de vertegenwoordiging van de waarneemgroep naar externe organisaties toe en op het gebied van de afvaardiging naar de PHV (door 51% van de 157 huisartsen genoemd). Uit de interviews met VOH-besturen en -directeuren en uit het vooronderzoek is gebleken, dat met dit doel vaak gestreefd wordt naar het instellen van één contactpersoon per waarneemgroep, die vervolgens de waarneemgroep vertegenwoordigt naar buiten toe en namens de waarneemgroep contacten onderhoudt met de PHV. Van de 157 huisartsen, die de vraag beantwoordden, zei 43% dat de waarneemgroep ondersteund wordt op het gebied van de onderwerpen van vergaderingen en de frequentie van vergaderingen en 35% dat de waarneemgroep ondersteund wordt bij de invoering van waarneemcontracten.

De vraag of de PHV waartoe huisartsen behoren, wordt ondersteund door de VOH, is alleen gesteld aan die huisartsen, die deel uitmaken van het bestuur van een PHV of hiervan in de afgelopen twee jaar deel uit hebben gemaakt. In totaal gaat het daarbij om 226 huisartsen, waarvan 90% zegt dat de PHV waarvan zij bestuurslid zijn, wordt ondersteund door de VOH.

Ook aan de PHV-bestuurders is gevraagd op welke terreinen de PHV wordt ondersteund door de VOH. In tabel 7.4 is weergegeven welke terreinen dit volgens de geënquêteerde huisartsen zijn.

Uit tabel 7.4 blijkt dat de meeste PHV-bestuurders (53%) aangeven, dat de PHV waarvan zij bestuurder zijn, wordt ondersteund op het gebied van beleidsvoorbereiding en interne organisatie. Secretarieel-administratieve ondersteuning werd door 49% van de PHV-bestuurders genoemd als een

terrein waarop de PHV wordt ondersteund, informatievoorziening en advisering door 43% en ondersteuning in contacten met externe organisaties door 36%.

Tabel 7.4 PHV-bestuurders naar de terreinen waarop de PHV, waarvan zij bestuurslid zijn, wordt ondersteund door de VOH.

Terreinen waarop de PHV wordt ondersteund door de VOH	PHV-bestuurders	
	abs.	%
Beleidsvoorbereiding en ondersteuning bij de interne organisatie	82	(53)
Secretarieel-administratieve ondersteuning	77	(49)
Informatievoorziening en advisering (ook over beleidsvraagstukken)	67	(43)
Ondersteuning in contacten met externe organisaties	57	(36)
Anders	10	(6)
Totaal *	156	(100)

\*De absolute aantallen tellen niet op tot 156 en de percentages niet tot 100%, omdat bij de beantwoording van de vraag in de enquête meerdere antwoorden mogelijk waren.

PHV-bestuurders oordelen zeer positief over de bijdrage van de VOH aan het functioneren van de PHV, zoals blijkt uit tabel 7.5. Van de 173 PHV-bestuurders die de vraag beantwoordden, vindt in totaal 93% de bijdrage die de VOH levert aan het functioneren van de PHV zinvol tot zeer zinvol.

Tabel 7.5 PHV-bestuurders naar hun oordeel over de bijdrage van de VOH aan het functioneren van de PHV.

Oordeel over bijdrage VOH	PHV-bestuurders	
	abs.	%
zeer zinvol	93	(54)
zinvol	67	(39)
noch zinvol/noch zinloos	6	(3)
niet zinvol	-	-
totaal niet zinvol	1	(1)
geen mening	6	(3)
Totaal	173	(100)

Van de 256 bestuurlijk actieve huisartsen, die de enquête hebben ingevuld, zijn er 53 districtsbestuurder van de LHV. Van deze 53 zegt 90% dat het districtsbestuur wordt ondersteund door de VOH. De vraag op welke ter-

reinen het districtsbestuur wordt ondersteund, is nauwelijks door huisartsen ingevuld. Districtsbestuurders gaven wel hun oordeel over de bijdrage die de VOH levert aan het functioneren van het districtsbestuur. Van de 53 districtsbestuurders vonden er 50 dat de bijdrage die de VOH levert aan het functioneren van het districtsbestuur zinvol tot zeer zinvol is.

Naast het feit dat VOH's waarneemgroepen, PHV's en districtsbesturen kunnen ondersteunen, kunnen VOH's ook huisartsen ondersteunen in hun overleg met andere disciplines, overheden en financiers. Dit is de laatste manier waarop huisartsen gebruik kunnen maken van de diensten van de VOH, die in deze paragraaf zal worden behandeld. Van de 713 huisartsen die de enquête ingevuld hebben, nemen er 126 deel aan één of meer vormen van overleg met andere disciplines, overheden of financiers. Van deze 126 nemen er 37 deel aan slechts één overleg, 41 aan twee overlegsituaties en 48 aan drie overlegsituaties: in totaal betekent dit dus dat de 125 huisartsen samen deelnemen aan 263 overlegsituaties. In de nu volgende tabellen zal steeds worden uitgegaan van het aantal overlegsituaties en niet van de aantallen huisartsen.

In tabel 7.6 is weergegeven met welke overlegpartners de 126 huisartsen overleg voeren. Omdat niet alle huisartsen overlegpartners hebben ingevuld, betreft het hier de resultaten voor 259 overlegsituaties (in plaats van 263).

Tabel 7.6 Overlegsituaties naar overlegpartners van huisartsen.

Overlegpartners	Overlegsituaties abs.	%
Eerstelijnsdisciplines	51	(20)
Tweedelijnsdisciplines	57	(22)
Ziekenfonds(en)	75	(29)
Overheid (-heden)	57	(22)
Anders	19	(7)
Totaal	259	(100)

Uit tabel 7.6 blijkt dat het meeste overleg wordt gevoerd met ziekenfondsen (29% van de overlegsituaties), gevolgd door tweedelijnsdisciplines en de overheid (ieder 22% van de overlegsituaties). Met eerstelijnsdisciplines wordt in 20% van de overlegsituaties overleg gevoerd en met andere overlegpartners in 7% van de gevallen.

Tabel 7.7 laat zien of en zo ja, welk soort ondersteuning er door de VOH geleverd wordt aan de 126 huisartsen die deelnemen aan één of meer



vormen van overleg met andere disciplines, overheden of financiers.

Tabel 7.7 Overlegsituaties naar soort ondersteuning die de VOH levert.

Ondersteuning VOH	Overlegsituaties abs.	%
Geen ondersteuning	51	(19)
Alleen vooroverleg met de directeur	51	(19)
Alleen meegaan naar overleg door directeur	70	(27)
Zowel vooroverleg als meegaan naar overleg	84	(32)
Anders	7	(3)
Totaal	263	(100)

Uit deze tabel blijkt dat in bijna een derde van de overlegsituaties er sprake is van zowel vooroverleg met de VOH-directeur als vergezeld worden naar het overleg door de VOH-directeur. In 27% van de gevallen is er geen vooroverleg, maar gaat de directeur wel mee naar het overleg. In 19% van de gevallen is er alleen vooroverleg met de directeur en in nog eens 19% van de overlegsituaties is er helemaal geen sprake van ondersteuning van de kant van de VOH. In 3% van de overlegsituaties geven huisartsen aan dat de ondersteuning van de VOH van andere aard is; over het algemeen werd niet ingevuld wat die andere ondersteuning dan inhoudt.

Tot slot werd in de enquête gevraagd naar het oordeel van de huisartsen over de ondersteuning die de VOH levert bij overleg met andere disciplines, overheden of financiers. Het is van belang om bij het weergeven van het oordeel van huisartsen onderscheid te maken in de verschillende soorten ondersteuning die worden geleverd. Tabel 7.8 geeft daarom weer wat het oordeel van de huisartsen is over de ondersteuning die de VOH levert, uitgesplitst naar de in tabel 7.7 behandelde vormen van ondersteuning. Omdat de vraag uiteraard alleen ingevuld kon worden indien de VOH daadwerkelijk ondersteuning levert, ontbreken in deze tabel de 51 overlegsituaties waarin de VOH geen ondersteuning levert.

Tabel 7.8 Soort ondersteuning geleverd door de VOH naar het oordeel van huisartsen over de geleverde ondersteuning (n=194 overleg-situaties).

Soort ondersteuning	Oordeel over de geleverde ondersteuning						Totaal	
	zinvol		noch zinvol/ noch zinloos		zinloos		abs.	%
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vooroverleg	35	(78)	10	(22)	-	-	45	(100)
Mee naar overleg	63	(94)	3	(4)	1	(1)	67	(100)
Vooroverleg + mee naar overleg	71	(95)	4	(5)	-	-	75	(100)
Anders	6	(86)	1	(14)	-	-	7	(100)
Totaal	175	(90)	18	(9)	1	(1)	194	(100)

Uit tabel 7.8 blijkt dat de ondersteuning van de VOH in overleg met andere disciplines, overheden of financiers zeer positief beoordeeld wordt door huisartsen: de ondersteuning van de VOH wordt voor 90% van de overleg-situaties als zinvol beoordeeld. In de tabel is ook te zien dat de beoordeling van de ondersteuning verschilt per vorm van ondersteuning die wordt geleverd: het meegaan naar overleg, al dan niet in combinatie met vooroverleg, wordt positiever beoordeeld dan alleen vooroverleg (respectievelijk 94% en 95% 'zinvol' tegenover 78% 'zinvol').

### 7.3 Het gebruik van de ondersteuningsorganisatie door externe organisaties

De resultaten die in deze paragraaf worden gepresenteerd zijn gebaseerd op de enquête onder externe organisaties van VOH's. De enquête voor externe organisaties is ingevuld door 189 contactpersonen, waarvan 21% afkomstig uit ziekenhuizen, 13% van gemeenten, 16% van de maatschappelijke dienstverlening, 16% van het kruiswerk, 12% van ziekenfondsen en de overige 22% uit diverse andere organisaties (bijvoorbeeld artsenlaboratoria, RIGG's, ROP's, Regionale Inspecties voor de Volksgezondheid, Provinciale Raden van de Volksgezondheid, Integrale Kankercentra, de Landelijk Vereniging voor Gezondheidscentra, patiëntenorganisaties, de KLOZ, een organisatie voor paramedici en dergelijke).

Externe organisaties van de ondersteuningsorganisatie, zoals ziekenhuizen, andere disciplines in de eerstelijns, overheden en financiers kunnen ook gebruik maken van de VOH's, zij het meestal niet op de meer directe manier

waarop huisartsen dit kunnen. Het gebruik dat externe organisatie kunnen maken van de VOH lijkt op het gebruik door huisartsen, voorzover het vragen om informatie betreft. Maar externe organisaties worden natuurlijk niet ondersteund door de VOH, voor wat betreft hun interne organisatie of in hun contacten met andere organisaties. Toch kunnen externe organisatie op een meer indirecte manier nut hebben van het bestaan van VOH's, namelijk in die zin, dat de VOH een belangrijke rol kan spelen voor andere organisaties die contacten onderhouden met huisartsen, die bijvoorbeeld projecten willen opzetten met huisartsen, of willen of moeten samenwerken met huisartsen op andere manieren. Voor externe organisaties kan de VOH bijvoorbeeld een aanspreekpunt vormen van de beroepsgroep huisartsen en door haar ondersteuning aan huisartsen in overleg met andere organisaties kan een VOH ertoe bijdragen dat dit overleg gestructureerder en beter verloopt, hetgeen ook van belang is voor de betrokken andere partijen. Om na te gaan welke rol VOH's in dit opzicht spelen voor externe organisaties, zal achtereenvolgens bekeken worden welke contacten er bestaan tussen externe organisaties en de beroepsgroep huisartsen, welke rol de VOH speelt in die contacten en hoe een en ander beoordeeld wordt door externe organisaties.

De 189 geënquêteerde externe organisaties kennen de VOH allemaal, omdat zij als contactpersoon zijn opgegeven door VOH-directeuren. Driekwart van deze externe organisaties houdt zich op de hoogte van de activiteiten van de VOH's, bijvoorbeeld via het lezen van folders, het tijdschrift SDO en via overlegcircuits. Net als huisartsen kunnen externe organisaties om informatie vragen bij de VOH. In paragraaf 7.2 werd al duidelijk dat 24% van de bij VOH's binnenkomende ondersteuningsvragen afkomstig zijn van derden (niet-huisartsen). In tabel 7.9 is weergegeven hoe vaak de geënquêteerde externe organisaties, naar eigen zeggen, om informatie hebben gevraagd bij de VOH in hun omgeving, uitgesplitst naar de verschillende soorten organisaties. Bij wijze van uitzondering staan in deze tabel (onder 'Totaal') de absolute aantallen tussen haakjes vermeld.

Tabel 7.9 Soorten externe organisaties naar het aantal keren dat zij de VOH om informatie hebben gevraagd.

Aantal keren om informatie gevraagd	Soorten externe organisaties				Totaal	
	ziekenhuis	gemeente en ziekenfonds	kruiswerk en MaDi	anders	abs.	%
	%	%	%	%		
Nog nooit	56	17	26	18	(53)	28
Een enkele keer	26	26	23	25	(46)	24
Een paar keer	13	34	27	30	(50)	27
Regelmatig	5	21	23	25	(36)	19
Heel vaak		2	2	3	(3)	2
Totaal	100	100	100	100	(188)	100

Uit tabel 7.9 blijkt dat de meeste externe organisaties één of meerdere keren om informatie hebben gevraagd, slechts 28% van de geënquêteerde organisaties heeft dit nog nooit gedaan. Van de geënquêteerde ziekenhuizen evenwel, heeft 56% de VOH nog nooit om informatie gevraagd, voor gemeenten en ziekenfondsen is dit percentage het laagst, namelijk 17%. Ziekenfondsen en gemeenten vragen het meest om informatie, gevolgd door 'andere' organisaties en het kruiswerk en de maatschappelijke dienstverlening.

Van de externe organisaties die om informatie hebben gevraagd, vindt 80% de afhandeling van dat verzoek goed tot zeer goed. Naarmate vaker om informatie wordt gevraagd, stijgt dit percentage: organisaties die regelmatig of heel vaak om informatie vragen beoordelen in 95% van de gevallen de afhandeling als goed tot zeer goed, voor organisaties die een enkele keer of een paar keren om informatie hebben gevraagd, ligt dit percentage op 73%.

Zoals aan het begin van deze paragraaf werd gezegd, kunnen externe organisaties op een indirecte manier gebruik maken van het werk van VOH's, namelijk in contacten en overleg met de beroepsgroep huisartsen. In dit verband kan een onderscheid worden aangebracht in overlegsituaties waaraan naast de beroepsgroep huisartsen ook nog andere partijen deelnemen en bilateraal overleg tussen de geënquêteerde externe organisaties en de beroepsgroep huisartsen.

De 189 externe organisaties nemen samen deel aan 226 overlegsituaties, waaraan naast de beroepsgroep huisartsen en andere disciplines uit eerste- en/of tweedelij, ook ziekenfondsen, overheden, patiëntenorganisaties, de GGZ en andere organisaties deelnemen.

Voor 218 van deze overlegsituaties hebben externe organisaties aangeven

door wie de beroepsgroep huisartsen vertegenwoordigd wordt in dat overleg. De resultaten zijn te zien in tabel 7.10.

Tabel 7.10 Overlegsituaties naar de vertegenwoordiging van de beroepsgroep huisartsen in het overleg.

Vertegenwoordiging van de beroepsgroep	Aantal overlegsituaties	
	abs.	%
Alléén door huisarts(en)	61	(28)
Door huisarts(en) en VOH-directeur samen	98	(45)
Alléén door de VOH-directeur	36	(17)
Vertegenwoordiging varieert	11	(5)
Anders	12	(5)
<b>Totaal</b>	<b>218</b>	<b>(100)</b>

Uit de tabel blijkt dat in de meeste gevallen de beroepsgroep huisartsen wordt vertegenwoordigd door één of meerdere huisartsen, samen met de VOH-directeur, namelijk in 45% van de overlegsituaties. In 28% van de overlegsituaties wordt de beroepsgroep vertegenwoordigd door alleen één of meerdere huisartsen (dus zonder VOH-directeur) en in 17% van de gevallen wordt de beroepsgroep alleen door de VOH-directeur vertegenwoordigd.

Externe organisaties is vervolgens gevraagd een oordeel te geven over de aanwezigheid van de beroepsgroep in het overleg, de mate waarin de beroepsgroep 'meepraakt' in het overleg en de manier waarop de beroepsgroep voorbereid is op het overleg. In tabel 7.11 zijn de oordelen van externe organisaties weergegeven per overlegsituatie en uitgesplitst naar de manier waarop de beroepsgroep vertegenwoordigd is in het overleg.

Uit tabel 7.11 blijkt in de eerste plaats dat over het algemeen de aanwezigheid, het meepraten en de voorbereiding van huisartsen met betrekking tot overleg redelijk tot positief beoordeeld wordt: de aanwezigheid van huisartsen wordt voor 76% van de overlegsituaties als goed tot zeer goed beoordeeld, het 'meepraten' voor 73% van de overlegsituaties en de voorbereiding voor 66% van de overlegsituaties. Verder is in de tabel te zien dat aanwezigheid, 'meepraten' en voorbereiding van de beroepsgroep beter beoordeeld worden indien de VOH-directeur deelneemt aan het overleg (al dan niet vergezeld van een huisarts), dan wanneer dit niet het geval is (waarbij in verband met de zeer kleine aantallen de categorieën 'varieert' en 'anders' buiten beschouwing worden gelaten). Indien de categorieën 'goed' en 'zeer goed' opgeteld worden, is het oordeel over de aanwezigheid van de beroepsgroep huisartsen in overleg en het meepraten in overleg het gunstigst

voor de variant waarin een huisarts en de VOH-directeur samen deelnemen aan overleg (respectievelijk 83% tegenover 68% voor 'alleen huisartsen' en 75% voor 'alleen directeur', en 77% tegenover 72% voor 'alleen huisartsen' en 74% voor 'alleen directeur'). Het oordeel over de voorbereiding van het overleg is het gunstigst voor die overlegsituaties waarin de directeur alleen deelneemt aan overleg (namelijk 77% 'goed' en 'zeer goed' tegenover 75% voor de variant 'huisarts en directeur samen' en 50% voor 'alleen huisartsen').

Tabel 7.11 Oordeel van externe organisaties over de aanwezigheid en het 'meepraten' in overleg en de voorbereiding van overleg door de beroepsgroep huisartsen, per overlegsituatie en uitgesplitst naar de manier waarop de beroepsgroep vertegenwoordigd is in het overleg.

	Vertegenwoordiging beroepsgroep						Totaal					
	alleen huisarts		huisarts + directecteur		alleen directeur		varieert		anders			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%		
<b>Oordeel aanwezigheid</b>												
Zeer goed	32	(52)	62	(63)	23	(64)	8	(80)	4	(44)	129	(60)
Goed	10	(16)	20	(20)	4	(11)	-	-	1	(11)	35	(16)
Noch goed/ noch slecht	11	(18)	10	(10)	5	(14)	2	(20)	1	(11)	29	(14)
Slecht	3	(5)	2	(2)	1	(3)	-	-	-	-	6	(3)
Zeer slecht	5	(8)	4	(4)	3	(8)	-	-	3	(34)	15	(7)
Totaal	61	100	98	100	36	100	10	100	9	100	214	100
<b>Oordeel meepraten</b>												
Zeer goed	22	(41)	48	(52)	19	(56)	6	(60)	3	(25)	98	(49)
Goed	17	(31)	23	(25)	6	(18)	1	(10)	2	(17)	48	(24)
Noch goed/ noch slecht	6	(11)	15	(16)	5	(15)	1	(10)	2	(17)	29	(14)
Slecht	7	(13)	5	(5)	2	(6)	1	(10)	1	(8)	16	(8)
Zeer slecht	2	(4)	1	(1)	2	(6)	1	(10)	5	(42)	11	(5)
Totaal	54	100	92	100	34	100	10	100	12	100	202	100
<b>Oordeel voorbereiding</b>												
Zeer goed	18	(33)	48	(51)	21	(58)	7	(64)	3	(27)	97	(47)
Goed	9	(17)	23	(24)	7	(19)	-	-	-	-	39	(19)
Noch goed/ noch slecht	12	(22)	14	(15)	5	(14)	1	(9)	4	(36)	36	(17)
Slecht	6	(11)	6	(6)	1	(3)	2	(18)	2	(18)	17	(8)
Zeer slecht	9	(17)	4	(4)	2	(6)	1	(9)	2	(18)	18	(9)
Totaal	54	100	95	100	36	100	11	100	11	100	207	100

Van de 189 externe organisaties zegt 51% veranderingen te hebben opgemerkt in overleg en samenwerking met de beroepsgroep huisartsen, sinds de komst van de VOH. Van deze 51% zei 27% dat er sprake is van een betere afstemming en coördinatie en van meer samenwerking met huisartsen, 19% zei dat de aanspreekbaarheid van de beroepsgroep verbeterd is, 17% sprak over meer contact en meer bekendheid met elkaars werk en 16% noemde een combinatie van bovenstaande veranderingen. Daarnaast vond 12% van deze groep respondenten dat de relatie met de huisartsen verslechterd was en 9% noemde een andere verandering.

In de enquête werd daarnaast nog eens expliciet gevraagd naar eventuele veranderingen in de aanspreekbaarheid van de beroepsgroep sinds de komst van de VOH. Van de 189 respondenten antwoordde 49% dat er veranderingen in de aanspreekbaarheid waren opgetreden sinds de komst van de VOH. Van deze groep vindt 70% dat de aanspreekbaarheid verbeterd is en nog eens 7% zegt dat er door de komst van de VOH weliswaar een aanspreekpunt is gecreëerd, maar dat de VOH niet in alle opzichten een representant van de huisartsen is; 6% vond dat de situatie verslechterd is sinds de komst van de VOH.

Naast overlegsituaties waaraan behalve de geënquêteerde organisaties en de huisartsen ook nog andere partijen deelnemen, bestaat er bilateraal overleg tussen de geënquêteerde organisaties en de beroepsgroep huisartsen. Dit is het geval voor 48% van de respondenten. Bilateraal overleg tussen deze respondenten en de beroepsgroep huisartsen vindt in 65% van de gevallen twee tot vier keer per jaar plaats, in 17% van de gevallen één keer in de twee maanden en in ieder 9% van de gevallen minder dan twee keer per jaar en één keer per maand. De onderwerpen van bilateraal overleg zijn bijvoorbeeld: de structuur van de samenwerking tussen huisartsen en de respondenten (door 56% van de respondenten genoemd), de rol van de huisartsen in de samenwerking (door 37% van de respondenten genoemd), de relatie eerstelijns-tweede lijn (door 34% van de respondenten genoemd), de relaties binnen de eerstelijns (door 30% van de respondenten genoemd) en thuiszorg en substitutie (door 9% van de respondenten genoemd)<sup>1</sup>.

In 70% van de gevallen waarin er sprake is van bilateraal overleg tussen respondenten en de beroepsgroep huisartsen, speelt de VOH-directeur een rol in dat overleg. Tabel 7.12 geeft het oordeel van de externe organisaties over het bilateraal overleg weer naar het wel of niet een rol spelen van de VOH-directeur in bilateraal overleg.

---

<sup>1</sup> De percentages tellen op tot méér dan 100% omdat meerdere antwoorden mogelijk waren.

Tabel 7.12 Oordeel over bilateraal overleg naar het wel of niet een rol spelen in dit overleg van de VOH-directeur.

Oordeel over overleg	VOH-directeur rol in overleg				Totaal	
	wel abs.	%	niet abs.	%	abs.	%
Zeer goed	10	(16)	3	(11)	13	(14)
Goed	46	(72)	13	(46)	59	(64)
Noch goed/noch slecht	3	(5)	8	(29)	11	(12)
Slecht	2	(3)	3	(11)	5	(5)
Zeer slecht	1	(2)			1	(1)
Geen mening	2	(3)	1	(4)	3	(3)
Totaal	64	(100)	28	(100)	92	(100)

Uit tabel 7.12 blijkt dat het oordeel van de externe organisaties over het bilateraal overleg met de beroepsgroep huisartsen over het algemeen positief is, namelijk 78% van de respondenten vindt het overleg goed tot zeer goed. Tevens blijkt uit de tabel dat het oordeel over het bilateraal overleg veel positiever is voor die gevallen waarin de VOH-directeur een rol speelt in het overleg, namelijk 88% van de respondenten vindt het overleg goed tot zeer goed voor die gevallen waarin de VOH-directeur een rol speelt, tegenover 57% van de respondenten voor die overlegsituaties waarin de VOH-directeur geen rol speelt.

Externe organisaties is gevraagd of zij veranderingen hebben geconstateerd in hun bilateraal overleg met de beroepsgroep huisartsen sinds de komst van de VOH. Van de 73 externe organisaties die deze vraag beantwoordden, antwoordde 34% ontkennend. De overige respondenten hebben wel veranderingen opgemerkt: 21% zei dat er meer structuur in het overleg gekomen was, eveneens 21% zei dat het bilateraal overleg tot stand gekomen was sinds de komst van de VOH, 14% sprak van een verbetering in het algemeen en 7% van een verslechtering in het algemeen. De overige 4% van de respondenten gaf feitelijk geen verandering aan, maar merkte op dat het bilateraal overleg nog vatbaar was voor verbeteringen.

Tot slot werd externe organisaties gevraagd of er sprake is van beleidsafstemming tussen henzelf en de beroepsgroep huisartsen: 63% antwoordde hierop bevestigend. Ook hier weer speelt de directeur in 70% van de gevallen dat er sprake is van beleidsafstemming, een rol. De inhoud van de beleidsafstemming varieert. In de meeste gevallen betreft het onderwerpen die specifiek met huisartsen te maken hebben, zoals de rol van huisartsen in samenwerking, thuiszorg en dergelijke, maar ook vestigingsbeleid, parkeer-



problematiek in de binnenstad en dergelijke. Daarnaast vindt beleidsafstemming plaats over de relaties binnen de eerstelijns, de relatie eerstelijns-tweede lijn, thuiszorg (waaronder afspraken over het medisch-technisch handelen van wijkverpleegkundigen), het verstrekkingenpakket van het ziekenfonds, specifieke categorieën patiënten (waaronder bijvoorbeeld het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, maar ook ouderenbeleid), en afstemming op het gebied van overlegprocedures, de vorm van overleg en taakverdeling tussen de respondenten en de beroepsgroep huisartsen.

Ook in dit geval werd de respondenten gevraagd, of zij veranderingen hadden opgemerkt in de mogelijkheden tot beleidsafstemming met de beroepsgroep huisartsen: 30% antwoordde ontkennend, 27% sprak van een meer gestructureerd overleg, 19% zei dat er met de VOH een aanspreekpunt was gecreëerd, 10% constateerde een verslechtering van de situatie in het algemeen, 4% een verbetering in het algemeen, 3% vond dat de VOH niet representatief is voor de beroepsgroep huisartsen en 7% constateerde een verandering van andere aard.

## **7.4 Beoordeling van het de opzet van de ondersteuningsorganisatie**

### **7.4.1 Inleiding**

De resultaten die in deze paragraaf worden gepresenteerd zijn afkomstig uit interviews met alle VOH-directeuren en één of meer van hun bestuursleden en op de enquêtes onder huisartsen en externe organisaties. De enquête voor huisartsen is ingevuld door 713 huisartsen, de enquête voor externe organisaties door 189 contactpersonen.

### **7.4.2 Beoordeling door medewerkers binnen de ondersteuningsorganisatie**

Tijdens de interviews met VOH-besturen en -directeuren en met de directeur van de SOH en een bestuurslid, is gevraagd naar een oordeel over het functioneren van de structuur voor ondersteuning van huisartsen, toegespitst op een aantal punten, te weten:

1. de relatie tussen ondersteuning en deskundigheidsbevordering;
2. de decentrale opzet en de zwakke hiërarchische lijnen;
3. de positie van niet-LHV-leden;
4. de capaciteit van VOH-bureaus in relatie tot verwachte toekomstige

ontwikkelingen;

5. de tot nu toe behaalde resultaten.

Verder werd de geïnterviewden gevraagd of zij gegeven de huidige doelstellingen de structuur anders hadden opgezet, indien zij dit zelf hadden kunnen doen en er is gevraagd naar een oordeel over de profielschets die gehanteerd wordt voor VOH-directeuren. De oordelen over deze verschillende punten zullen in deze paragraaf achtereenvolgens aan de orde komen. Daarnaast is in een interview met de LHV ingegaan op de relatie met de ondersteuningsstructuur.

### **De relatie met de LHV**

De LHV blijkt voor VOH's een belangrijke invloed op het beleid en de activiteiten te hebben. In een interview met de LHV is teruggekomen op de relatie LHV-ondersteuningsorganisatie.

Van de kant van de LHV werd geconstateerd dat de VOH-directeuren steeds vaker worden betrokken bij de implementatie van LHV-beleid. Doordat VOH's zich steeds meer zijn gaan richten op de LHV, is de LHV van mening dat er geen reden meer is voor het bestaan van twee aparte organisaties. Door integratie van de ondersteuningsstructuur in de LHV zouden tevens meer mogelijkheden ontstaan voor coördinatie van het nu nog vrij diverse ondersteuningsbeleid.

### **De relatie tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning.**

Het leveren van secretariael-administratieve ondersteuning aan de SDH in de regio is een statutaire doelstelling van de VOH's. De oordelen van de verschillende VOH's over de relatie tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning verschillen nogal. Ongeveer acht VOH's spreken van een goede relatie met de deskundigheidsbevordering, een aantal VOH's (vier) vindt de relatie minder goed, omdat hij weinig inhoudelijk is, of bijvoorbeeld omdat de beide structuren qua beleid te ver uit elkaar liggen. De meeste VOH's ondersteunen de SDH in de regio secretariael-administratief. Er bestaan grote verschillen tussen de VOH's voor de mate waarin dit gebeurt. In enkele regio's beperkt de secretariael-administratieve ondersteuning zich tot alleen de regionaal coördinator of één WDH. Een paar VOH's ondersteunen de SDH in de regio helemaal niet omdat daaraan geen behoefte is bij de SDH in de regio. Op andere plaatsen echter is er sprake van een intensievere ondersteuning van plaatselijke en regionale coördinatoren, waarbij de VOH-directeur bij voorbeeld ook deelneemt aan de regionale

vergadering van plaatselijke coördinatoren. De helft van de VOH's vindt dat ondersteuning en deskundigheidsbevordering organisatorisch dichter naar elkaar toe gebracht moeten worden, of zelfs geïntegreerd moeten worden. Op enkele plaatsen in het land bevinden deze plannen zich al in de uitvoeringsfase. De redenering die aan dit streven naar meer integratie ten grondslag ligt, is dat de VOH uit de aard van de ondersteuning al contacten onderhoudt met allerlei partijen die ook voor deskundigheidsbevordering van belang zijn, zoals bijvoorbeeld ziekenfondsen. Bovendien zou voor plaatselijke coördinatoren teveel tijd gaan zitten in het organiseren en coördineren van allerlei zaken, waardoor er te weinig tijd overblijft voor de inhoudelijke kant van deskundigheidsbevordering. Dit "verlies" van tijd wordt dan nog versterkt door het feit dat de verschillende plaatselijke coördinatoren allemaal contacten moeten onderhouden met bijvoorbeeld de farmaceutische industrie. Indien deze contacten door de VOH onderhouden zouden worden zou dit veel tijdswinst opleveren.

#### **De decentrale opzet en de zwakke hiërarchische lijnen.**

Zeventien VOH's beoordelen de decentrale opzet en de zwakke (volgens sommige VOH's zelfs geheel ontbrekende) hiërarchische lijnen tussen SOH en VOH's positief, omdat op die manier recht gedaan kan worden aan specifieke regionale omstandigheden en de VOH vrij is in het opstellen van eigen beleid. Maar bij een vijftal VOH's is er sprake van enige ambivalentie in dit oordeel. Zij zijn bijvoorbeeld van mening dat weliswaar de decentrale opzet en de zwakke hiërarchische lijnen prima zijn, in die zin dat de SOH geen activiteiten dwingend op kan leggen, maar dat er wel behoefte bestaat aan meer coördinatie en een collectief beleid waarin de grote lijnen aangegeven worden. Dit landelijke beleid zou vervolgens op regionaal niveau ingekleurd moeten worden. Twee van deze vijf VOH's vinden de decentrale opzet en de zwakke hiërarchische lijnen prima, zolang VOH's niet ingaan tegen algemeen LHV-beleid.

Drie VOH's vinden de decentrale opzet en de zwakke hiërarchische lijnen niet goed, omdat zij van mening zijn dat er, zeker in de toekomst, behoefte zal zijn aan een sterk coördinatie-punt, zodat er geen fundamentele verschillen gaan ontstaan tussen regio's en zodat niet iedere VOH zelf het wiel moet uitvinden. Zowel de LHV als het bureau LHV zijn van mening dat er inderdaad meer coördinatie moet komen van het ondersteuningsbeleid. Statutair gezien is deze coördinatie een taak van de SOH. Omdat de SOH echter het personeelsbeheer voor de gehele structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning voert en tevens het financieel beheer voor de VOH's, blijft

er in de praktijk te weinig tijd over voor werkelijk inhoudelijke coördinatie. De SOH gaf als probleemvelden aan dat het directeurenoverleg onvoldoende werkt vanwege de grootschaligheid, het gebrek aan mankracht bij de SOH en het gebrek aan vertrouwen van de VOH-directeuren in de SOH. Ten behoeve van de coördinatie is bij de SOH ooit een aanvang gemaakt met het opbouwen van een informatie-bestand. Onder andere in verband met het gebrek aan mankracht is de coördinerende taak op inhoudelijk gebied echter grotendeels overgedragen aan de LHV. De SOH schept door het organiseren van het directeurenoverleg voorwaarden voor inhoudelijke afstemming met de LHV.

### **De positie van niet-LHV-leden.**

VOH's zijn er, volgens hun statuten, voor alle huisartsen, ongeacht of deze wel of niet lid zijn van de LHV. In de interviews is dan ook gevraagd naar de positie van niet-LHV-leden, voor wat betreft de ondersteuning door de VOH. Voor enkele VOH's was deze vraag niet echt relevant omdat in die districten vrijwel alle huisartsen lid zijn van de LHV. In één district vervullen niet-leden ook belangrijke functies binnen de PHV. Voor de overige VOH's geldt dat voor VOH-activiteiten geen onderscheid gemaakt wordt tussen leden en niet-leden. Sommige VOH's sturen geen ledenbrieven van de LHV naar niet-leden, indien deze om informatie vragen. De informatie wordt dan op een andere manier geleverd. Andere VOH's zenden wel PHV-informatie naar niet-leden. De problemen die sommige VOH's met niet-leden hebben is dat deze vaak moeilijk te bereiken zijn, dat de VOH er weinig greep op heeft en dat niet-leden ook vaak bewust niet willen deelnemen aan activiteiten. Eén VOH heeft niet-leden gevraagd of zij zitting wilden nemen in het VOH-bestuur, maar ook daar bestond geen belangstelling voor. Eén VOH heeft de indruk dat niet-leden vaker om informatie vragen dan LHV-leden, omdat zij de informatie die de LHV aan haar leden stuurt niet krijgen en natuurlijk ook niet naar het bureau LHV kunnen bellen voor informatie. Een andere VOH geeft te kennen dat niet-leden juist minder vragen stellen.

### **De capaciteit van VOH-bureaus in relatie tot verwachte toekomstige ontwikkelingen.**

Slechts twee VOH's zijn van mening dat de huidige capaciteit ook in de toekomst toereikend zal zijn. De overige VOH's vinden de huidige capaciteit te krap, zelfs volstrekt onvoldoende, niet alleen in relatie tot verwachte toekomstige ontwikkelingen. De meeste VOH's geven aan dat zelfs op dit

moment de capaciteit beneden peil is. Met name ook in verband met de continuïteit van het werk vindt een vijftal VOH's uitbreiding noodzakelijk, want als eenmansbureau is de VOH erg kwetsbaar.

De mate van en soort uitbreiding die gewenst is, verschilt per VOH. Sommige VOH's zeggen behoefte te hebben aan personele uitbreiding op secretariael-administratief gebied. Ongeveer zes VOH's zouden (daarnaast) een beleidsmedewerker/-medewerkers nodig hebben. Een tweetal VOH's geeft aan dat er uitbreiding nodig is met een medewerker die zich bezighoudt met deskundigheidsbevordering, indien managementactiviteiten van de deskundigheidsbevordering worden ondergebracht bij de VOH.

De mate van uitbreiding die gewenst wordt loopt van het toevoegen van één beleidsmedewerker tot verzesvoudiging van de huidige capaciteit. Eén VOH zou niet zozeer de huidige bureaus willen uitbreiden, maar streven meer naar een verlaging van het niveau waarop VOH's werkzaam zijn, bijvoorbeeld van districtsniveau naar PHV-niveau. Eén VOH pleit voor een betere verdeling van de capaciteit, gerelateerd aan het aantal huisartsen in een district. De aantallen huisartsen per VOH verschillen inderdaad enorm, met een gemiddelde van 300 huisartsen per VOH, een minimum van 140 huisartsen in één VOH en een maximum van 470 huisartsen in één VOH. In dit verband is het opvallend dat VOH's meer behoefte zeggen te hebben aan uitbreiding (voor wat betreft de mate van uitbreiding), naarmate er meer huisartsen in hun district werkzaam zijn. In de districten van de zeven VOH's die pleiten voor een verdrievoudiging tot verzesvoudiging van de capaciteit werken gemiddeld 395 huisartsen, in de overige districten, waar op twee na alle VOH's pleiten voor ongeveer een verdubbeling van de huidige capaciteit, werken gemiddeld 270 huisartsen.

Enkele VOH's zeggen wel te streven naar uitbreiding, maar waarschuwen voor te grote uitbreiding van VOH-bureaus, in verband met de herkenbaarheid van de bureaus en de flexibiliteit.

### **Hoe had men de structuur zelf opgezet?**

De vraag die in de interviews gesteld werd, was "Indien u, gegeven de huidige doelstellingen, zelf een ondersteuningsstructuur voor huisartsen op had kunnen zetten, had u het dan anders gedaan?".

Een aantal VOH's antwoordde daarop dat zij het destijds, gezien de toenmalige situatie niet anders hadden gedaan.

De meeste VOH's waren echter van mening dat zij zelf de structuur op een andere manier hadden opgezet. Vaak noemde men daarbij dat men deskundigheidsbevordering en ondersteuning meer geïntegreerd had. Enkele VOH's

hadden afgezien van de SOH en deze rol door de LHV laten vervullen. Sommigen hadden bovendien meer geld uitgetrokken voor ondersteuning. Enkele keren werd ook gezegd dat ondersteuning meer op PHV-niveau gericht had moeten zijn.

Slechts één keer genoemd werden de volgende punten:

- meer hiërarchische lijnen, met daarbij een zekere autonomie op mesoni-  
veau;
- betere, duidelijkere regeling omtrent werkgeverschap;
- ondersteuning niet in het hele land maar alleen in de steden of in stede-  
lijke gebieden, waardoor daar meer geld beschikbaar is voor de onder-  
steuning;
- een soort verplichtstelling voor huisartsen om te participeren in bepaalde  
regionale doelstellingen, minder vrijblijvendheid;
- ondersteuning meer opgebouwd van onderop en minder opgelegd van  
bovenaf.

#### **7.4.3 Beoordeling van de statutaire doelstellingen van de VOH door huisartsen en externe organisaties**

In de enquêtes voor huisartsen en externe organisaties is gevraagd of men het zinvol vindt dat er een organisatie is:

- waartoe men zich kan wenden om informatie en advies;
- de huisartsen tracht huisartsenorganisaties (zoals waarneemgroepen en  
PHV's) te versterken;
- die huisartsen ondersteund in bestuurlijk overleg met andere disciplines;
- die huisartsen in hun overleg met overheden en financiers.

In tabel 7.13 zijn de oordelen van huisartsen over deze vier punten weer-  
gegeven, uitgesplitst naar wel en niet bestuurlijk actieve huisartsen.

Uit tabel 7.13 blijkt dat huisartsen over het algemeen positief oordelen over vier statutaire doelstellingen van VOH's. Indien de categorieën 'zinvol' en 'zeer zinvol' samen genomen worden, vindt 87% van de respondenten het zinvol tot zeer zinvol dat er een organisatie is waartoe men zich als huisarts kan wenden om informatie of advies (82% voor bestuurlijk niet actieve huisartsen en 94% voor bestuurlijk actieve huisartsen). Indien de categorieën 'zinvol' en 'zeer zinvol' worden samengenomen, vindt 86% van de responden-  
ten het zinvol tot zeer zinvol dat er een organisatie is, die tracht huisartsen-  
organisaties, zoals waarneemgroepen en PHV's te versterken én die huis-  
artsen ondersteunt in bestuurlijk overleg met andere disciplines (82% voor  
bestuurlijk niet actieve huisartsen en 94% voor bestuurlijk actieve huisartsen).  
Het ondersteunen van huisartsen in hun overleg met overheden en financiers

tenslotte, vindt 90% van de respondenten zinvol tot zeer zinvol (87% voor bestuurlijk niet actieve huisartsen en 95% voor bestuurlijk actieve huisartsen). Van de 673 huisartsen die een oordeel hebben gegeven over het bestaan van een organisatie, waartoe men zich als huisarts kan wenden om informatie of advies, hebben slechts 148 huisartsen hun oordeel toegelicht. Van deze 148 vindt 43% het bestaan van een dergelijke organisatie zinvol omdat in een beroepsgroep van solisten een centraal informatiepunt belangrijk is, zeker met het oog op de toekomstige veranderingen in de gezondheidszorg (met name Dekker). Van de 148 huisartsen vindt 12% een dergelijke organisatie zinvol in verband met de positie van de beroepsgroep ten opzichte van externe organisaties; 9% zegt geen behoefte te hebben aan een dergelijke organisatie. Daarnaast gaf 36% van de 148 huisartsen toelichtingen van uiteenlopende andere aard, zoals het hebben van goede ervaringen met het krijgen van informatie of advies van de VOH, of de opmerking dat de VOH goed te bereiken is en op de hoogte is van de lokale situatie, de opmerking dat in de vroegere situaties informatie gevraagd moest worden bij de LHV en dat 'Utrecht' toen wel erg ver weg was, of de opmerking dat een dergelijke organisatie zinvol is, maar dat de VOH zich duidelijker dient te profileren.

Tabel 7.13 De oordelen van huisartsen, uitgesplitst naar wel en niet bestuurlijk actieve huisartsen, over vier statutaire doelstellingen van VOH's.

	Wel/niet bestuurlijk actief				Totaal	
	niet abs.	%	wel abs.	%	abs.	%
<b>Organisatie voor informatie/advies</b>						
Zeer zinvol	168	(40)	174	(69)	342	(51)
Zinvol	175	(42)	64	(25)	239	(36)
Noch zinvol/noch zinloos	34	(8)	8	(3)	42	(6)
Niet zinvol	22	(5)	3	(1)	25	(4)
Totaal niet zinvol	6	(1)	3	(1)	9	(1)
Geen mening	14	(3)	2	(1)	16	(2)
<b>Totaal</b>	<b>419</b>	<b>(100)</b>	<b>254</b>	<b>(100)</b>	<b>673</b>	<b>(100)</b>
<b>Organisatie voor versterken interne organisatie</b>						
Zeer zinvol	183	(44)	191	(75)	374	(55)
Zinvol	161	(38)	48	(19)	209	(31)
Noch zinvol/noch zinloos	37	(9)	8	(3)	45	(7)
Niet zinvol	20	(5)	3	(1)	23	(3)
Totaal niet zinvol	3	(1)	4	(2)	7	(1)
Geen mening	15	(4)	1	(0)	16	(2)
<b>Totaal</b>	<b>419</b>	<b>(100)</b>	<b>255</b>	<b>(100)</b>	<b>674</b>	<b>(100)</b>
<b>Organisatie voor ondersteuning samenwerking 1e-2e lijn</b>						
Zeer zinvol	205	(49)	198	(78)	403	(60)
Zinvol	136	(33)	40	(16)	176	(26)
Noch zinvol/noch zinloos	42	(10)	7	(3)	49	(7)
Niet zinvol	18	(4)	3	(1)	21	(3)
Totaal niet zinvol	2	(0)	2	(1)	4	(1)
Geen mening	14	(3)	4	(2)	18	(3)
<b>Totaal</b>	<b>417</b>	<b>(100)</b>	<b>254</b>	<b>(100)</b>	<b>671</b>	<b>(100)</b>
<b>Organisatie voor ondersteunen overleg overh./fin.</b>						
Zeer zinvol	232	(56)	203	(81)	435	(65)
Zinvol	128	(31)	36	(14)	164	(25)
Noch zinvol/noch zinloos	24	(6)	6	(2)	30	(5)
Niet zinvol	12	(3)	1	(0)	13	(2)
Totaal niet zinvol	4	(1)	2	(1)	6	(1)
Geen mening	14	(3)	3	(1)	17	(3)
<b>Totaal</b>	<b>414</b>	<b>(100)</b>	<b>251</b>	<b>(100)</b>	<b>665</b>	<b>(100)</b>

Van de 674 huisartsen die een oordeel gaven over het bestaan van een organisatie die tracht huisartsenorganisaties te versterken, hebben er slechts 125 hun oordeel toegelicht. Daarvan vindt 29% het bestaan van een der-



gelijke organisatie zinvol in verband met de positie van de beroepsgroep ten opzichte van externe organisaties, 23% vindt het zinvol omdat op die manier gebruik gemaakt kan worden van externe deskundigheid (namelijk van de directeur), 9% vindt een dergelijke organisatie zinvol, omdat waarneemgroepen een belangrijke schakel in de huisartsenorganisatie zijn (of zullen worden) en nog eens 9% zegt geen behoefte te hebben aan een dergelijke organisatie. Van de 125 respondenten gaf 30% een toelichting van uiteenlopende andere aard, bijvoorbeeld: de PHV [waartoe de respondent behoort] is weinig coherent; het belang van een dergelijke organisatie is wisselend, het zal niet altijd zinvol zijn; het gevaar bestaat dat de VOH taken gaat overnemen van de PHV; de VOH kan bemiddelen bij conflicten; en [de respondent heeft] tot nu toe weinig gemerkt van een verbetering in het functioneren van waarneemgroepen en PHV's.

In totaal 129 van de 674 huisartsen die een oordeel gaven over het ondersteunen van huisartsen in bestuurlijk overleg met andere disciplines, hebben hun oordeel toegelicht. Van deze 129 vindt meer dan de helft (52%) het bestaan van een organisatie die huisartsen ondersteunt in overleg met andere disciplines zinvol, omdat op die manier gebruik gemaakt kan worden van de externe deskundigheid van de VOH-directeur, te meer omdat huisartsen zelf vaak toch niet geïnteresseerd zijn in dergelijk overleg, of daar geen tijd voor hebben. Daarnaast vindt 27% het bestaan van een dergelijke organisatie zinvol in verband met de positie van de beroepsgroep ten opzichte van andere organisaties, zegt 5% geen behoefte te hebben aan een dergelijke organisatie en geeft 16% toelichtingen van uiteenlopende andere aard, zoals het weinig resultaat bemerken van een dergelijk ondersteuning, of juist het hebben van zeer goede ervaringen met de ondersteuning van de VOH in overleg met andere disciplines, de noodzaak voor de PHV om administratieve ondersteuning te krijgen en dergelijke.

Tot slot hebben 134 van de 665 huisartsen die een oordeel gaven over de ondersteuning van huisartsen in overleg met overheden en financiers, hun oordeel toegelicht. Precies de helft van deze huisartsen vindt dergelijke ondersteuning zinvol, omdat gebruik gemaakt kan worden van de deskundigheid van de directeur en omdat huisartsen zelf geen tijd of interesse hebben voor overleg met overheden en financiers. Precies een kwart van deze huisartsen vindt dit soort ondersteuning zinvol in verband met de positie van de beroepsgroep ten opzichte van externe organisaties en 4% zegt geen behoefte te hebben aan een dergelijke organisatie. Tenslotte gaf 21% van deze 129 huisartsen een toelichting van uiteenlopende andere aard, bijvoorbeeld: het lijkt wel zinvol, maar zittende huisartsen hebben meestal hun weg al gevonden op dit gebied; of,

het is meer zinvol om bestuurlijk actieve huisartsen te trainen voor dit soort overleg; of, dit soort ondersteuning is nog niet helemaal uitgekristalliseerd.

De verschillen in beoordeling tussen bestuurlijk wel en niet actieve huisartsen, zijn voor alle vier de items significant, zoals blijkt uit tabel 7.14.

Tabel 7.14 Verschillen tussen bestuurlijk wel en niet actieve huisartsen voor wat betreft hun beoordeling van vier statutaire doelstellingen van VOH's.

statutaire doelstellingen	t-waarde	p
Geven van informatie en advies	6.82	.000
Versterken van huisartsenorganisaties	7.19	.000
Ondersteuning overleg andere disciplines	6.17	.000
Ondersteunen overleg overheden/financiers	5.70	.000

Aan externe organisaties van de ondersteuningsstructuur is op dezelfde manier gevraagd een oordeel te geven over de statutaire doelstellingen, met dit verschil dat aan externe organisaties gevraagd is of zij het zinvol vinden dat er een organisatie is waartoe zij zich kunnen wenden om informatie of advies betreffende de beroepsgroep huisartsen. Dit is geen statutaire doelstelling van de VOH. Omdat VOH's echter mede opgericht zijn in de hoop dat deze bureaus een aanspreekpunt zouden gaan vormen van en voor de beroepsgroep huisartsen, hoort een beoordeling van deze functie van VOH's toch in dit hoofdstuk thuis. In tabel 7.15 zijn de oordelen van externe organisaties weergegeven, uitgesplitst naar soorten externe organisaties.

Tabel 7.15 Oordelen van de verschillende soorten externe organisaties over de functie van aanspreekpunt van VOH's en drie statutaire doelstellingen van VOH's.

Belang van een:	Soort organisatie				Totaal	
	ziekenhuis abs.	gemeente/ ziekenfonds abs.	kruiswerk/ abs.	anders MaDi abs.	abs.	%
<b>Organisatie voor informatie/advies</b>						
Zeer zinvol	15	21	36	25	97	(56)
Zinvol	12	16	14	7	49	(28)
Noch zinvol/noch zinloos	5	4	3	3	15	(9)
Niet zinvol	2	1	3	-	6	(3)
Totaal niet zinvol	-	-	-	-	-	-
Geen mening	3	-	1	2	6	(3)
<b>Totaal</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>57</b>	<b>37</b>	<b>173</b>	<b>(100)</b>
<b>Organisatie voor versterken interne organisatie</b>						
Zeer zinvol	17	18	34	24	93	(54)
Zinvol	16	19	12	10	57	(33)
Noch zinvol/noch zinloos	1	-	5	1	7	(4)
Niet zinvol	1	1	1	-	3	(2)
Totaal niet zinvol	-	-	-	-	-	-
Geen mening	2	4	5	1	12	(7)
<b>Totaal</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>57</b>	<b>36</b>	<b>172</b>	<b>(100)</b>
<b>Organisatie voor ondersteuning samenwerking 1e-2e lijn</b>						
Zeer zinvol	18	20	37	26	101	(59)
Zinvol	11	21	16	8	56	(33)
Noch zinvol/noch zinloos	2	1	1	-	4	(2)
Niet zinvol	2	-	2	-	4	(2)
Totaal niet zinvol	-	-	1	-	1	(1)
Geen mening	3	-	-	3	6	(3)
<b>Totaal</b>	<b>36</b>	<b>42</b>	<b>57</b>	<b>37</b>	<b>172</b>	<b>(100)</b>
<b>Organisatie voor ondersteunen overleg overh./fin.</b>						
Zeer zinvol	11	19	20	18	68	(40)
Zinvol	12	14	3	6	35	(20)
Noch zinvol/noch zinloos	2	3	6	4	15	(9)
Niet zinvol	-	1	-	-	1	(1)
Totaal niet zinvol	-	-	1	-	1	(1)
Geen mening	12	5	27	7	51	(30)
<b>Totaal</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>57</b>	<b>53</b>	<b>171</b>	<b>(100)</b>

Uit tabel 7.15 blijkt dat externe organisaties, evenals huisartsen, over het algemeen positief oordelen over de statutaire doelstellingen van de VOH en over de functie als aanspreekpunt. Indien de categorieën 'zinvol' en 'zeer zinvol' ook hier weer samen genomen worden, dan vindt 84% van de respondenten het zinvol tot zeer zinvol dat er een organisatie is waartoe men zich kan wenden voor informatie of advies betreffende de beroepsgroep huisartsen; 87% van de respondenten vindt het zinvol tot zeer zinvol dat er een organisatie is die tracht huisartsenorganisaties te versterken, 92% vindt het zinvol tot zeer zinvol dat er een organisatie is die huisartsen ondersteunt in bestuurlijk overleg met andere disciplines en 60% dat er een organisatie is die huisartsen ondersteunt in overleg met overheden en financiers. Het feit dat deze laatste statutaire doelstelling minder positief beoordeeld wordt dan de overige, is het gevolg van het feit dat de categorie 'geen mening' zo groot is (30% van het totaal). Vooral contactpersonen in het kruiswerk en de maatschappelijk dienstverlening hebben vaak geen mening over deze doelstelling (27 van de 57 respondenten uit kruiswerk en maatschappelijke dienstverlening).

Van de 173 organisaties die een oordeel gaven over het bestaan van een organisatie waartoe men zich kan wenden om informatie of advies betreffende de beroepsgroep huisartsen, hebben er 118 hun oordeel toegelicht. Van deze 118 organisaties zei 46% het bestaan van een dergelijke organisatie zinvol te vinden, omdat daarmee een aanspreekpunt gecreëerd is, zodat de beroepsgroep huisartsen vertegenwoordigd wordt en beter bereikbaar is. Daarnaast vindt 33% dat afstemming en samenwerking met huisartsen erdoor wordt bevordert. Van de 118 organisaties antwoordde 14% dat de PHV een dergelijke functie al vervulde, vóór de komst van de VOH en 10% vindt dat de VOH niet representatief is voor de beroepsgroep huisartsen. Tenslotte antwoordde 3% tot nu toe niet veel te hebben gemerkt van het feit dat men zich tot VOH's kan wenden met informatie en advies betreffende de beroepsgroep huisartsen.<sup>1</sup>

Van de 172 organisaties die een oordeel gaven over het bestaan van een organisatie die tracht huisartsenorganisaties organisatorisch te versterken, hebben er 93 hun oordeel toegelicht. Daarvan vindt 40% het bestaan van een dergelijke organisatie zinvol, omdat huisartsen op dit terrein niet deskundig zijn en bovendien weinig tijd hebben; 24% vindt het bestaan van een dergelijk organisatie zinvol, omdat op die manier een aanspreekpunt ge-

---

<sup>1</sup> Omdat bij het beantwoorden van deze vraag in de enquête meerdere antwoorden mogelijk waren (het betrof namelijk een open vraag), tellen de percentages op tot meer dan 100%.

creëerd is, het geen samenwerking met huisartsen bevordert en 16% oordeelde positief, omdat de samenwerking binnen de beroepsgroep erdoor bevordert wordt. Daarnaast antwoordde 5% van de respondenten, een dergelijke organisatie niet nodig te vinden, omdat de beroepsgroep intern al sterk genoeg is en 11% zei van een versterking van huisartsenorganisaties tot nu toe weinig effect te hebben ondervonden; 4% tenslotte gaf een toelichting van andere aard.

Slechts 84 van de 172 organisaties die een oordeel gaven over het bestaan van een organisatie die huisartsen ondersteunt in hun overleg met andere disciplines, heeft een toelichting op dit oordeel gegeven. Van deze 84 organisaties is 60% van mening dat een ander zinvol is, omdat de VOH's een aanspreekpunt vormen voor andere disciplines, waardoor samenwerking wordt bevordert, daarnaast vindt precies een kwart van de respondenten ondersteuning van huisartsen in overleg met andere disciplines zinvol, omdat huisartsen zelf maar zeer matige onderhandelaars en overlegpartners zijn.

Verder zei 18% van de respondenten van een dergelijk ondersteuning tot nu toe weinig effect te hebben bemerkt en gaf 5% een andere toelichting.

Van de 171 organisaties tenslotte, die een oordeel gaven over het bestaan van een organisatie die huisartsen ondersteunt in hun overleg met overheden en financiers, hebben er slechts 66 hun antwoord toegelicht. Daarvan is 33% van mening dat een dergelijke ondersteuning nuttig is voor huisartsen, omdat VOH-directeuren een betere deskundigheid hebben op dit terrein; 15% vindt deze ondersteuning zinvol, omdat daardoor een aanspreekpunt gecreëerd wordt en 14% vindt het zinvol, omdat deze ondersteuning mogelijkheden biedt voor een gezamenlijke belangenbehartiging met huisartsen. Daarnaast antwoordde 21% van de organisaties van dit soort ondersteuning tot nu toe weinig effect te hebben bemerkt en gaf 17% een toelichting van uiteenlopende andere aard.

Omdat in tabel 7.15 voor de verschillende organisaties alleen absolute aantallen weergegeven zijn, is uit deze tabel moeilijk af te leiden of er verschillen bestaan tussen de organisaties. In tabel 7.16 zijn de gemiddelde oordelen te zien van de verschillende groepen organisaties over de verschillende statutaire doelstellingen. De gemiddelden zijn berekend op basis van de scores op een vijfpuntschaal, waarbij de waarde 1 staat voor 'zeer zinvol', 2 voor 'zinvol', 3 voor 'noch zinvol/noch zinloos', 4 voor niet erg zinvol, 5 voor 'totaal niet zinvol', terwijl de waarde 6 voor 'geen mening' buiten beschouwing is gelaten, omdat deze het gemiddelde ten onrechte omlaag zou halen. Naarmate het gemiddelde dus hoger wordt, is het oordeel minder goed.

Tabel 7.16 Gemiddelde oordelen van soorten externe organisaties over statutaire doelstellingen en de functie als aanspreekpunt van VOH's.

Belang van een organisatie:	Soort organisatie			andere	Totaal
	ziekenhuis	gemeente/ ziekenf.	kruiswerk/ MaDi		
Waartoe men zich kan wenden voor info/advies	1.8	1.6	1.5	1.4	1.6
Die huisartsenorganisaties tracht te versterken	1.6	1.6	1.5	1.3	1.5
Die huisartsen ondersteunt in overleg met andere discipl.	1.6	1.5	1.5	1.2	1.5
Die huisartsen ondersteunt in overleg met overh./finan.	1.6	1.6	1.6	1.5	1.6

In tabel 7.16 is te zien dat organisaties in de categorie anders het meest positief oordelen, gevolgd door het kruiswerk en de maatschappelijk dienstverlening, en vervolgens door gemeenten en ziekenfondsen. Ziekenhuizen oordelen het minst positief. In tabel 7.17 is weergegeven in hoeverre de geconstateerde verschillen significant zijn, waarbij de grens van significantie in verband met de kleine aantallen binnen de groepen gelegd wordt bij  $p = .100$ . In de tabel 7.17 zijn de t-waarden en p-waarden weergegeven voor paarsgewijze t-testen tussen de verschillende groepen organisaties, met betrekking tot de drie statutaire doelstellingen van VOH's en de functie als aanspreekpunt.

Uit tabel 7.17 blijkt dat lang niet alle verschillen in oordelen significant zijn. Alleen organisaties uit de categorie 'andere' oordelen significant positiever dan andere organisaties en dan niet eens voor alle statutaire doelstellingen.

Tabel 7.17 Verschillen tussen soorten externe organisaties in beoordeling van het bestaan van een organisatie waartoe men zich kan wenden om informatie of advies betreffende de beroepsgroep huisartsen.

Soort organisatie	Soort organisatie ziekenhuis		gemeente/ ziekenfonds		kruiswerk/ MaDi	
	t-waarde	p	t-waarde	p	t-waarde	p
<b>gemeente/ziekenfonds</b>						
Informatie/advies	.95	.347				
Versterken h.a.org.	.13	.893				
Onderst. overl. disci.	.52	.608				
Ondersteunen overleg overh./fin.		.10	.921			
<b>kruiswerk/MaDi</b>						
Informatie/advies	1.64	.105	.76	.447		
Versterken h.a.org.	.75	.458	.65	.518		
Onderst. overl. disci.	.78	.438	.40	.690		
Ondersteunen overleg overh./fin.		.03	.978	-.05	.958	
<b>anders</b>						
Informatie/advies	2.39 **	.020	1.67 *	.099	.89	.377
Versterken h.a.org.	1.73 *	.088	1.69 *	.095	.99	.323
Onderst. overl. disci.	2.40 **	.020	2.71 **	.008	1.90 *	.060
Ondersteunen overleg overh./fin.		.73	.469	.64	.521	.56
	.578					

\*= significant voor  $p = .100$

\*\*= significant voor  $p = .050$

## 7.5 Conclusie

Wat de beoordeling van de opzet van de organisatie betreft kan worden geconcludeerd dat ook in VOH-kringen de meningen verdeeld zijn over de scheiding van deskundigheidsbevordering en ondersteuning. De helft van de VOH's is echter van mening dat deskundigheidsbevordering en ondersteuning dichter naar elkaar toe moeten of zelfs geïntegreerd moeten worden. De capaciteit van VOH-bureaus wordt door achttien van de twintig VOH's als te krap beoordeeld, zeker in relatie tot verwachte toekomstige ontwikkelingen, zoals de invoering van de plannen van de Commissie Dekker. Gewezen wordt op het feit dat de VOH een eenmansbureau is, waardoor de continuïteit van het werk niet verzekerd is. VOH's variëren voor wat betreft de mate van uitbreiding die gewenst wordt. De gewenste mate van uitbreiding lijkt enigszins samen te hangen met het aantal huisartsen in de districten van

VOH's. Dit aantal varieert inderdaad sterk, met een gemiddelde van 300 huisartsen per district, een minimum van 140 en een maximum van 470.

Dat versterking van de interne organisatie van de beroepsgroep huisartsen een belangrijk item is voor VOH's blijkt ook uit de huisartsenquête. Gevraagd naar de terreinen waarop de PHV wordt ondersteund door de VOH, antwoorden PHV-bestuurders het meest met 'beleidsvoorbereiding en interne organisatie', gevolgd door 'secretarieel-administratieve ondersteuning', gevolgd door 'informatievoorziening en advisering' en op de laatste plaats pas 'contacten met externe organisaties'. Opvallend is ook dat huisartsen in hun toelichting op hun oordeel over het belang van het bestaan van een ondersteuningsorganisatie vooral wijzen op de toekomstige veranderingen in de gezondheidszorg, de positie van de beroepsgroep ten opzichte van externe organisaties en de mogelijkheid gebruik te maken van de externe deskundigheid van de VOH-directeur. Geen enkele huisarts wees in zijn toelichting op het belang van multidisciplinaire samenwerking.

Dat VOH's op het terrein van multidisciplinaire samenwerking desondanks resultaten boeken, is gebleken uit de enquête voor externe organisaties. Van deze externe organisaties zei 40% positieve veranderingen te hebben opgemerkt in de multidisciplinaire samenwerking sinds de komst van de VOH. Deze veranderingen liggen op het gebied van de aanspreekbaarheid van de beroepsgroep huisartsen en de structurering en coördinatie van overleg. Dat externe organisaties de VOH zien als een aanspreekpunt blijkt ook uit het feit dat de meeste externe organisaties één of meerdere keren om informatie of advies gevraagd hebben bij de VOH's. Opvallend is dat zowel de rol van huisartsen in multidisciplinair overleg als in bilateraal overleg positiever beoordeeld wordt indien de VOH-directeur een rol speelt in overleg, dan wanneer dit niet het geval is.



	pag
<b>DEEL D</b>	
<b>8. SAMENVATTING EN CONCLUSIE</b>	155
8.1. Inleiding	155
8.2. Samenvatting	155
8.3. Conclusie	165
8.3.1. Inleiding	165
8.3.2. Deskundigheidsbevordering	167
8.3.3. Ondersteuning	171
BIJLAGE 1	177
BIJLAGE 2	187
BIJLAGE 3	195
BIJLAGE 4	235
BIJLAGE 5	241
<b>LITERATUUR</b>	243



## **8. SAMENVATTING EN CONCLUSIE**

### **8.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk zal allereerst in paragraaf 8.2 een samenvatting van het voorgaande worden gegeven. Vervolgens zullen we in paragraaf 8.3 terugkeren naar het schema van Stake dat in hoofdstuk 1 is behandeld, om na te zien in hoeverre de geplande middelen zich verhouden tot de werkelijk ingezette middelen en in hoeverre de geplande condities zich verhouden tot de werkelijk opgetreden condities. En tenslotte zal een paragraaf 8.4 een conclusie geformuleerd worden.

### **8.2 Samenvatting**

In 1986 is door de LHV en het NHG met subsidie van het ministerie van WVC een structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen opgezet. Deze structuur bestaat uit twee organisaties, één voor deskundigheidsbevordering van huisartsen (SDH) en één voor ondersteuning van huisartsen (SOH). De organisatie voor deskundigheidsbevordering kent drie organisatieniveaus:

op landelijk niveau functioneert het bestuur en het bureau SDH, hiërarchisch ondergeschikt aan het landelijk niveau functioneren 8 regionale coördinatoren en autonoom ten opzichte van het landelijke en regionale niveau werken ± 105 plaatselijke coördinatoren in opdracht van ± 80 Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH's).

De organisatie voor ondersteuning van huisartsen kent slechts twee organisatieniveaus:

op landelijk niveau functioneert het bestuur en het bureau SOH en autonoom ten opzichte van de SOH werken op het niveau van LHV-districten 20 Verenigingen Ondersteuning Huisartsen (VOH's), die als leden de plaatselijke huisartsenverenigingen in het district hebben. VOH's bestaan eveneens uit een bestuur en een bureau, onder leiding van een directeur.

Een voorwaarde van het ministerie van WVC bij de subsidieverlening was dat er een evaluatie-onderzoek zou plaatsvinden naar het functioneren van beide organisaties. Dit evaluatie-onderzoek is onderwerp van dit rapport.

Voor het opzetten van het evaluatie-onderzoek naar de wijze van functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van

huisartsen is gebruik gemaakt van het model van Stake<sup>3</sup>. Dit model is gebaseerd op programma-evaluatie en gaat ervan uit dat in een evaluatie-onderzoek het geplande programma vergeleken moet worden met het werkelijk gerealiseerde programma, waarna de uitkomst van de vergelijking beoordeeld moet worden. In deze opvatting bestaat een gepland programma uit ten eerste een gepland resultaat, ten tweede geplande middelen om het geplande resultaat te bereiken en ten derde geplande condities, die van invloed kunnen zijn op de geplande middelen en het gepland resultaat. Analoot hieraan bestaat een werkelijk gerealiseerd programma uit een bereikt resultaat, werkelijk ingezette middelen en werkelijk opgetreden condities. Om een vergelijking te kunnen maken tussen gepland programma en werkelijk gerealiseerd programma moet ten eerste bekend zijn wat de inhoud is van het geplande programma en ten tweede wat het werkelijk gerealiseerd programma is.

Het geplande programma behelst de oprichting van een structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen. Het gepland resultaat is:

- verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door huisartsen;
- een betere organisatie van de eerstelijns;
- een betere samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnsdisciplines en
- tussen huisartsen en tweedelijnsdisciplines.

De geplande middelen om dit resultaat te bereiken bestaan uit het functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning, zoals dat ten tijde van de oprichting gepland was. Deze geplande middelen komen neer op ten eerste het functioneren van een organisatie voor deskundigheidsbevordering van huisartsen, die moet zorgen voor verbetering van het aanbod aan nascholing en toetsing voor huisartsen en voor een verhoging van de participatie van huisartsen aan nascholing en toetsing en ten tweede op het functioneren van een ondersteuningsorganisatie die huisartsen informatie en advies moet geven over zaken die samenhangen met de beroepsuitoefening, die huisartsen moet ondersteunen in hun onderlinge samenwerking en in hun samenwerking met andere disciplines en die huisartsen moet ondersteunen in overleg met overheden en financiers.

Geplande condities zijn in het programma niet expliciet uitgesproken, maar een nadere beschouwing van het geplande programma laat zien dat een aantal factoren van invloed kunnen zijn op de geplande middelen en het geplande resultaat. Deze factoren zijn in grote lijnen de houding van de doelgroep (huisartsen), de houding van relevante externe organisaties en het beleid en de activiteiten van LHV en NHG.

Voordat beschreven kan worden wat het werkelijk gerealiseerde programma is, zal onderzoek gedaan moeten worden naar het feitelijk functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning. Dit onderzoek van het feitelijk functioneren zal plaatsvinden aan de hand van de systeembenadering. De systeembenadering benadrukt het gegeven dat een organisatie in voortdurende wisselwerking staat met zijn omgeving, waardoor vanuit de omgeving input in de organisatie komt, die in een proces van omzetting wordt verwerkt tot beleid en activiteiten, waardoor uiteindelijk een bepaalde output de organisatie weer verlaat naar de omgeving.

In het onderzoek naar het feitelijk functioneren van de structuur is daarom nagegaan welke input de structuur ontvangt uit de omgeving, wat de inhoud is van het beleid dat binnen de structuur tot stand komt en welke activiteiten worden ondernomen (mede) op basis van het beleid. Om verschillende redenen is ervan afgezien om te onderzoeken wat het effect van de activiteiten van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen is. In plaats daarvan is wel nagegaan in hoeverre huisartsen en relevante externe organisaties gebruik maken van de diensten van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning. Een en ander resulteerde in de volgende probleemstelling voor het onderzoek naar het feitelijk functioneren van de structuur:

1. Welke factoren zijn van invloed op het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid en de daarmee samenhangende activiteiten?
2. Wat is de inhoud van het binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning ontwikkelde beleid?
3. Welke concrete activiteiten worden ondernomen binnen de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning en hoe verhouden deze zich tot het geformuleerde beleid?
4. In welke mate wordt van de diensten van de structuur gebruik gemaakt door de doelgroep (de huisartsen) en relevante externe organisaties?
5. Wat is het oordeel van de betrokkenen binnen en buiten de structuur over zowel het gepland als het feitelijk functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning?

Om deze vragen te beantwoorden hebben drie verschillende onderzoeksactiviteiten plaatsgehad, namelijk interviews, registraties en (schriftelijke) enquêtes.

De interviews zijn gehouden met 20 VOH-directeuren en -besturen, 8 regionale coördinatoren, 17 plaatselijke coördinatoren en één of meer van hun WDH-leden. In de interviews is gevraagd welke factoren van invloed zijn op het

beleid en in het bijzonder wat de invloed op het beleid is van de huisartsen in de regio's, relevante externe organisaties en de LHV (en het NHG, voor de deskundigheidsbevordering). Vervolgens is gevraagd wat de inhoud van het beleid is, welke activiteiten worden ondernomen op basis van het beleid en tot slot wat het oordeel van de geïnterviewde was over het functioneren en de organisatorische opzet van de structuur.

De registraties betroffen ten eerste een registratie van binnenkomende vragen om ondersteuning, waaraan 11 VOH's hebben deelgenomen en ten tweede een tijdsregistratie van activiteiten gedurende vier weken, waaraan 19 VOH-directeuren en hun secretaresses, 52 plaatselijke coördinatoren, 7 regionale coördinatoren, de medewerkers van het bureau SDH en de medewerkers van het bureau SOH hebben meegewerkt.

Enquêtes zijn tenslotte gehouden onder een steekproef van huisartsen en daarnaast onder bestuurlijk actieve huisartsen, onder externe organisaties van de ondersteuningsstructuur en onder externe organisaties van de deskundigheidsbevordering. Voor de enquête onder externe organisaties is VOH-directeuren en regionale coördinatoren gevraagd op een lijst met mogelijke externe contacten aan te geven met welke organisaties contact onderhouden is en wie bij die organisatie de betreffende contactpersoon is. Aan deze contactpersonen zijn enquêtes verstuurd. Regionale coördinatoren hebben echter slechts 64 contactpersonen opgegeven. Omdat dit een vrij laag aantal is, zijn daarnaast enquêtes verstuurd naar een aantal bedrijven in de farmaceutische industrie, waarvan bekend is dat zij zich bezighouden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen en aan alle ziekenhuizen. De respons op de huisartsenenquête bedroeg 52%, de respons op de enquête voor externe organisaties van de ondersteuning 64%. De respons op de enquête voor externe organisaties van de deskundigheidsbevordering kan niet in percentages worden weergegeven, omdat niet bekend is hoe groot de populatie is (niet alle ziekenhuizen die een enquête hebben ontvangen, zullen zich immers bezighouden met nascholing voor huisartsen). Deze enquête werd ingevuld door 77 contactpersonen. In de enquêtes is gevraagd naar het gebruik dat men maakt van de diensten van de structuur en naar een beoordeling van het feitelijk en gepland functioneren van de organisaties.

De resultaten van het onderzoek naar het feitelijk functioneren van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning zijn in dit rapport apart weergegeven voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning. In deze samenvatting zullen eerst de resultaten voor de deskundigheidsbevordering worden gepresenteerd en vervolgens de resultaten voor de ondersteuning.

## Deskundigheidsbevordering

Op het beleid en de daarmee samenhangende activiteiten van de SDH kunnen grofweg drie factoren van invloed zijn, namelijk de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing, het beleid en de activiteiten van andere organisaties die zich bezighouden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen en het beleid en de activiteiten van de LHV en het NHG.

In 14 van de 17 geïnterviewde WDH's is één of meerdere keren getracht, bijvoorbeeld via een enquête, de behoefte van huisartsen aan specifieke deskundigheidsbevordering te peilen. De uitkomsten van deze behoeftepeilingen waren echter vaak zeer gevarieerd, hetgeen het moeilijk maakte om de resultaten ervan te verwerken in het beleid. Bij deze behoeftepeilingen ging het om het achterhalen van wensen en voorkeuren van huisartsen met betrekking tot de nascholing. WDH's gaven aan dat het veel zinvoller zou zijn om de lacunes in kennis en vaardigheden van huisartsen te achterhalen, maar dat hiervoor nauwelijks meetinstrumenten ontwikkeld zijn.

Er zijn drie soorten belangrijke andere organisaties die zich bezighouden met deskundigheidsbevordering voor huisartsen, namelijk het PAOG, de farmaceutische industrie en ziekenhuizen en specialisten. Afstemming met het beleid en de activiteiten van het PAOG en in het bijzonder de doelgroepcommissie huisartsen daarbinnen, vindt vooral plaats op regionaal niveau, doordat alle regionale coördinatoren lid zijn van die doelgroepcommissie. De afstemming van de SDH met de farmaceutische industrie varieert per regio en binnen regio's verschilt deze afstemming ook van plaats tot plaats. Daarnaast variëren de mogelijkheden tot afstemming met de farmaceutische industrie per bedrijf.

De afstemming met ziekenhuizen en specialisten speelt zich vooral op plaatselijk niveau af. Van de 17 geïnterviewde WDH's zeiden er 13 contacten te onderhouden met één of meerdere ziekenhuizen in hun werkgebied, om te trachten afstemming tot stand te brengen voor de nascholing van huisartsen.

De LHV speelt over het algemeen geen belangrijke rol voor het beleid en de activiteiten van WDH's. Slechts 5 van de 17 geïnterviewde WDH's zeggen dat het beleid van de LHV een rol speelt voor hun eigen beleid. De invloed van het NHG op het beleid van WDH's ligt vooral op het inhoudelijk wetenschappelijke vlak. Van de 17 geïnterviewde WDH's maken er 12 nu al gebruik van de standaarden in de nascholing of denken dit in de nabije toekomst te zullen gaan doen.

De inhoud van het beleid van WDH's heeft vooral betrekking op drie belangrijke punten:

- de kwaliteit van het aanbod aan nascholing voor wat betreft vorm en inhoud;
- de coördinatie van het aanbod;
- de participatie van huisartsen aan nascholingsactiviteiten.

De inhoud van de nascholing moet volgens WDH's vooral huisartsgericht zijn. De inbreng van huisartsen bij het organiseren van nascholing wordt dan ook belangrijk gevonden. Op het gebied van de vorm van de nascholing gaan WDH's uit van een aantal richtlijnen, zoals het zorgen voor een huisartsgerichte consulent en veel nadruk leggen op zelfwerkzaamheid binnen de nascholing. Dit laatste leidt over het algemeen tot nascholing in relatief kleine groepen. De meeste WDH's willen dan ook af van zogenaamd 'frontaal' onderwijs, waarbij huisartsen nascholing volgen in de vorm van een bijvoorbeeld een hoorcollege.

Alle WDH's streven er daarnaast naar dat het aanbod aan nascholing voor huisartsen in principe gecoördineerd wordt door de WDH of plaatselijk coördinator. Men wil op zijn minst dat er afstemming van data plaatsvindt door externe organisaties die nascholing voor huisartsen organiseren. In dit verband hebben WDH's vooral in het begin getracht zich duidelijk te profileren ten opzichte van externe organisaties. De meeste WDH's geven aan dat de coördinatie van het aanbod steeds beter gaat lopen, hoewel de mate van afstemming verschilt per soort externe organisatie.

De participatie van huisartsen aan nascholing verschilt sterk van plaats tot plaats. De in het noorden van het land geïnterviewde WDH's zeggen niet te klagen te hebben over de participatie van huisartsen, omdat deze vaak rond de 90% ligt. Ook elders in het land zijn er plaatsen waar de participatie redelijk goed is, in die zin dat niet alle activiteiten door alle huisartsen worden bezocht, maar dat over een heel seizoen gezien de meeste huisartsen in het werkgebied wel bereikt worden. Bij de meeste geïnterviewde WDH's is er sprake van een vaste groep huisartsen die steeds deelneemt aan activiteiten (percentages van 30-40% van de huisartsen werden hierbij genoemd). Alle WDH's streven uiteraard naar een participatie van 100% aan hun activiteiten. Waar nodig ondernemen WDH's dan ook pogingen de participatie te verhogen.

Regionale coördinatoren zijn hiërarchisch ondergeschikt aan de SDH en kunnen daarom formeel geen eigen beleid voeren. Aan hen is daarom in de interviews gevraagd wat naar hun mening de belangrijkste elementen zijn uit het beleid van de SDH. Regionale coördinatoren zijn niet bijzonder eensge-



zind in het aangeven van wat naar hun mening de belangrijkste elementen zijn uit het beleid van de SDH. Enkele regionale coördinatoren streven eigen doelstellingen na, naast of in plaats van het beleid van de SDH. Elementen die regionale coördinatoren noemden als belangrijk in het beleid van de SDH hebben betrekking op:

- het aanbod aan deskundigheidsbevordering (5 keer genoemd);
- de participatie van huisartsen (4 keer genoemd);
- het gebruik van centraal ontwikkelde producten (3 keer genoemd);
- het functioneren van de perifere organisatie (2 keer genoemd).

Wat de activiteiten van plaatselijke coördinatoren betreft kan in de eerste plaats geconstateerd worden dat plaatselijke coördinatoren meer uren werken dan waarvoor zij zijn aangesteld. Plaatselijke coördinatoren met een aanstelling voor 4 uur per week werken gemiddeld 8 uur per week en plaatselijke coördinatoren met een aanstelling voor 8 uur per week werken gemiddeld 11,5 uur per week. Van de totaal gewerkte tijd wordt gemiddeld 28% besteed aan zogenaamde interne activiteiten (die zich afspelen binnen de eigen organisatie), 27% aan activiteiten in het kader van het organiseren van nascholing en toetsing en 24% aan activiteiten in het kader van de coördinatie van het aanbod. De overige tijd wordt besteed aan reizen, neven- en andere activiteiten.

Regionale coördinatoren maken nog meer overuren dan plaatselijke coördinatoren. Zij waren ten tijde van de tijdsregistratie aangesteld voor 8 uur per week (inmiddels is dit verhoogd tot 12 uur per week), terwijl zij gemiddeld meer dan 22 uur per week werkten. Van deze totale tijd werd 39% besteed aan interne activiteiten, 15% aan reizen, 14% aan coördineren, 13% aan meehelpen bij de organisatie van activiteiten en 19% aan andere activiteiten.

Het gebruik van de diensten van de SDH door huisartsen kan drie vormen aannemen, namelijk deelname aan SDH-cursussen, deelname aan onderlinge toetsing waarbij contact wordt onderhouden met de SDH en meehelpen bij de organisatie van SDH-cursussen. Van de geënquêteerde huisartsen heeft 16% in het afgelopen half jaar geen enkele cursus gevolgd, 52% volgde één, twee of drie cursussen en 32% volgde meer dan drie cursussen. In gebieden waar voor de oprichting van de SDH een werkgroep van de Stichting Nascholing Huisartsen functioneerde worden gemiddeld iets meer cursussen gevolgd door huisartsen. Van de respondenten heeft 48% het afgelopen half jaar één of meer SDH-cursussen gevolgd. In totaal werd 37% van de gevolgde cursussen georganiseerd door de SDH. Van de huisartsen die in het afgelopen half jaar géén SDH-cursus hebben gevolgd, zegt 40% wel

rekening te houden met de aanbevelingen van de SDH bij het maken van een selectie uit het aanbod aan nascholing.

Van de respondenten zegt 47% deel te nemen aan een of andere vorm van onderlinge toetsing. Hiervan onderhoudt 36% contacten met de WDH of plaatselijk coördinator in het kader van toetsing. Verder is 32% van de respondenten in de afgelopen twee jaar betrokken geweest bij de organisatie van nascholing. Slechts de helft van deze huisartsen zegt hierbij contact te hebben gehad met de WDH of plaatselijk coördinator.

Externe organisaties is gevraagd in hoeverre zij bij de organisatie van nascholing voor huisartsen samenwerken met de SDH. Voor 49% van de in het afgelopen half jaar door externe organisaties georganiseerde cursussen is er sprake geweest van samenwerking met de SDH. Deze samenwerking werd door de meeste externe organisaties als zinvol ervaren.

De beoordeling van het feitelijk en gepland functioneren is onderwerp geweest van de interviews met plaatselijke coördinatoren en WDH-leden en met regionale coördinatoren. Er is gevraagd naar een oordeel over een aantal specifieke punten, namelijk de communicatie tussen het plaatselijk en het landelijk niveau van de organisatie, de decentrale opzet en het ontbreken van hiërarchische lijnen tussen het regionale en landelijke niveau van organisatie enerzijds en het plaatselijke niveau anderzijds, de mogelijkheden tot het uitwisselen van ervaringen met deskundigheidsbevordering tussen plaatselijke en regionale coördinatoren onderling en de relatie tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning. De meeste WDH's en plaatselijke en regionale coördinatoren beoordelen de communicatie tussen het plaatselijke en landelijke niveau van de organisatie positief, evenals de mogelijkheden tot het uitwisselen van ervaringen en de decentrale opzet (hoewel hiervoor door enkele regionale en plaatselijke coördinatoren werd gezegd, dat er behoefte bestaat aan meer richtlijnen en coördinatie van bovenaf). De oordelen over de relatie deskundigheidsbevordering-ondersteuning zijn wisselend van aard. Twee regionale coördinatoren en vier plaatselijke coördinatoren streven naar meer samenwerking tussen beide organisaties. Tien WDH's vinden echter dat de bestaande scheiding tussen beide organisaties gehandhaafd moet blijven, omdat er naar hun mening weinig inhoudelijke raakvlakken zijn.

Huisartsen en externe organisaties is gevraagd een oordeel te geven over het bestaan van een organisatie die deskundigheidsbevordering voor huisartsen coördineert en organiseert, die de behoefte van huisartsen aan deskundigheidsbevordering peilt en die huisartsen tracht te motiveren tot deelname aan deskundigheidsbevordering. Het bestaan van een dergelijke organisatie werd door een grote meerderheid van de huisartsen en externe organisaties

als positief tot zeer positief beoordeeld.

## Ondersteuning

Op het beleid en de activiteiten van VOH's kunnen grofweg drie factoren van invloed zijn, namelijk de behoefte van huisartsen aan ondersteuning, met name blijkend uit bij de VOH's binnenkomende ondersteuningsvragen, het beleid en de activiteiten van relevante externe organisaties en het beleid en de activiteiten van de LHV.

De behoefte van huisartsen aan ondersteuning speelt voor VOH's een zeer belangrijke, vanuit de aard van de organisatie zo niet doorslaggevende rol. VOH's krijgen gemiddeld 31 vragen om ondersteuning binnen in een periode van twee maanden, waarvan de meeste gesteld worden door huisartsen (76%) en een deel (24%) door derden. In de meeste gevallen betreft het daarbij vragen om informatie of advies, de meer kortdurende ondersteuning dus. Daarnaast zeiden VOH's in de interviews inzicht te krijgen in de behoefte van huisartsen aan ondersteuning via bestuurlijke lijnen (bijvoorbeeld door het bijwonen van PHV-vergaderingen).

Ook de invloed van de LHV op het ondersteuningsbeleid is groot, hoewel VOH's formeel autonoom zijn ten opzichte van de LHV. VOH's houden bij het maken van beleid echter rekening met de grote lijnen van het LHV-beleid. De invloed van andere organisaties op het ondersteuningsbeleid is veel minder groot. Voor de meeste externe organisaties speelt de VOH de rol van aanspreekpunt, maar echte beleidsafstemming met andere organisaties komt relatief weinig voor.

De onderwerpen van het ondersteuningsbeleid van VOH's hebben betrekking op:

- *Het adviseren en informeren van huisartsen over zaken die samenhangen met de beroepsuitoefening.*

Twaalf van de twintig VOH's leggen in hun beleid meer dan nadruk op het ondersteunen van besturen van huisartsenorganisaties en van grotere groepen huisartsen, in plaats van op de meer individueel gerichte ondersteuning in het kader van het adviseren en informeren van huisartsen. De overige VOH's maken geen keuze tussen beide vormen van ondersteuning.

- *Ondersteuning van samenwerking tussen huisartsen onderling.*

Er bestaan nog steeds verschillen tussen VOH's voor wat betreft het organisatieniveau (waarneemgroep, PHV of districtsbestuur) waarop VOH's in dit kader hun aandacht richten, zoals die ook al in het vooronderzoek

werden geconstateerd. Interessant in dit kader is ook de oprichting van zogenaamde Stichtingen Huisarts Geneeskunde, die op een achttal plaatsen in het land al functioneren en die huisartsen meer armslag moeten bieden in het sluiten van contracten en het samenwerken met andere disciplines en ziekenfondsen.

- *Ondersteuning van samenwerking met andere disciplines.*

Samenwerking met andere disciplines in de eerste- en tweedelij wordt vooral ondersteund voor zover het samenwerking op de 'werkvloer' betreft of concrete projecten, zoals thuiszorgprojecten.

- *Ondersteuning van huisartsen in overleg met overheden en financiers.*

Alle VOH's houden zich hiermee bezig, vaak in het kader van de plannen van de commissie Dekker, thuiszorg en (voor gemeenten) vestigingsbeleid.

VOH-directeuren werken gemiddeld iets meer dan 10 uur per dag. De meeste tijd wordt gemiddeld besteed aan interne activiteiten (42%) en verder aan het voorbereiden van en deelnemen aan vergaderingen (34%). Verder wordt 10% van de tijd besteed aan het informeren en adviseren van huisartsen, 10% aan reizen en 4% aan andere activiteiten.

Het gebruik van de diensten van de ondersteuningsorganisatie door huisartsen kan op een aantal manieren gebeuren. Van de respondenten uit de huisartsenenquête heeft 53% wel eens een verzoek tot informatie of advies aan de VOH gericht. Daarnaast zegt 27% dat de waarneemgroep waartoe hij/zij behoort, wordt ondersteund door de VOH. Van de geënquêteerde PHV-bestuurders zegt 90% dat de PHV, waarvan zij bestuurslid zijn, wordt ondersteund door de VOH; 90% van de geënquêteerde districtsbestuurders zegt hetzelfde over de ondersteuning van het districtsbestuur. In overlegsituaties, bijvoorbeeld met andere disciplines, waaraan huisartsen deelnemen, vindt voor 81% van de overlegsituaties ondersteuning plaats door de VOH-directeur, waarbij in 59% van de gevallen de directeur meegaat naar het overleg. Externe organisaties kunnen op drie manieren gebruik maken van de diensten van de ondersteuningsorganisatie, hoewel de VOH's niet bedoeld zijn als dienstverlenende organisatie voor andere partijen dan de huisartsen. Ten eerste kunnen ook externe organisaties om informatie vragen bij de VOH's (zie boven: 24% van de binnenkomende ondersteuningsvragen werd gesteld door derden). Iets minder dan driekwart van de geënquêteerde externe organisaties heeft wel eens om informatie bij de VOH's gevraagd. Verder kunnen externe organisatie de VOH-directeuren ontmoeten in overlegsituaties. Bij de beoordeling van de inbreng van huisartsen in overleg, is het oordeel van externe organisaties gemiddeld positiever voor die overlegsituaties

waaraan de VOH-directeur alleen of samen met een huisarts deelneemt, dan voor overlegsituaties waaraan alleen een huisarts deelneemt.

Tot slot kunnen externe organisaties bilateraal overleg met de beroepsgroep huisartsen hebben, dit is het geval voor 48% van de respondenten. Ook hier geldt dat het bilateraal overleg positiever beoordeeld wordt door externe organisaties, indien de VOH-directeur een rol speelt in dit overleg.

De beoordeling van de opzet van de organisatie door VOH-directeuren en -besturen spitste zich toe op de relatie deskundigheidsbevordering-ondersteuning, de decentrale opzet en de zwakke hiërarchische lijnen, de positie van niet-LHV-leden en de capaciteit van VOH-bureaus in relatie tot verwachte toekomstige ontwikkelingen. De helft van de VOH's is van mening dat deskundigheidsbevordering en ondersteuning organisatorisch dichter naar elkaar toe gebracht moeten worden, omdat VOH's bepaalde managementtaken kunnen overnemen van regionale en plaatselijke coördinatoren. De meeste VOH's beoordelen de decentrale opzet en de zwakke hiërarchische lijnen als positief, hoewel bij een aantal VOH's behoefte bestaat aan meer coördinatie van bovenaf. Over de positie van niet-LHV-leden zeggen VOH's dat er voor wat betreft de ondersteuning geen onderscheid wordt gemaakt tussen leden en niet-leden. De capaciteit van VOH-bureaus in relatie tot verwachte toekomstige ontwikkelingen vinden bijna alle VOH's te krap.

Aan huisartsen en externe organisaties is gevraagd een oordeel te geven over het bestaan van een organisatie waartoe men zich kan wenden voor informatie of advies, die tracht huisartsenorganisaties organisatorisch te versterken en die huisartsen ondersteunt in samenwerking en overleg met andere disciplines, overheden en financiers. Het bestaan van een dergelijke organisatie werd door een grote meerderheid van huisartsen en externe organisaties als positief tot zeer positief beoordeeld.

## **8.3 Conclusie**

### **8.3.1 Inleiding**

De in de analyse van het geplande programma gepresenteerde conclusies kunnen dienen als referentie-kader, waartegen de conclusies van het onderzoek kunnen worden afgezet. In de eerste plaats werd geconstateerd dat de geplande middelen voor het bereiken van het ambitieuze geplande resultaat uiterst bescheiden zijn. De SDH bestaat voor een groot deel uit medewerkers met een aanstelling voor één of een halve dag in de week en daarnaast uit

een grote groep vrijwilligers, de twintig VOH's bestaan uit slechts één directeur per VOH en daarnaast één of twee secretaressen. Verder werd opgemerkt, dat met name de doelstellingen waaraan met name de ondersteuningsstructuur een bijdrage zou moeten leveren, duidelijk WVC-doelstellingen zijn.

Voor de SDH werd verder gezegd dat deze organisatie vrij weinig middelen ter beschikking heeft om te komen tot participatie-verhoging en dat zij dus in die zin afhankelijk is van de huisartsen voor het bereiken van participatie-verhoging. Voor het verbeteren van de kwaliteit van het aanbod is de SDH daarnaast deels afhankelijk van andere organisaties die deskundigheidsbevordering voor huisartsen organiseren. Tot slot werd aangegeven dat aandacht besteed moet worden aan de invloed van LHV en NHG op het beleid en de activiteiten van de SDH. LHV en NHG hebben namelijk in de eerste plaats zitting in het SDH-bestuur en bovendien stellen zij normen op waaraan kwalitatief goede beroepsuitoefening (= gepland resultaat) moet voldoen. De WDH's als autonome werkgroepen zijn echter geenszins verplicht de door LHV en NHG opgestelde normen te aanvaarden.

Voor de ondersteuningsstructuur werd geconstateerd dat VOH's voor hun beleid en activiteiten afhankelijk zijn van de behoefte van huisartsen aan ondersteuning, omdat VOH's geen eigen beleid kunnen formuleren, maar huisartsen alleen kunnen ondersteunen bij de uitvoering van hun beleid. Verder zijn VOH's afhankelijk van de houding van andere organisaties in de gezondheidszorg, om te komen tot een betere multidisciplinaire samenwerking. Tot slot werd gezegd dat ook aandacht moet worden besteed aan de rol die de LHV speelt voor het ondersteuningsbeleid, omdat VOH's formeel onafhankelijk zijn van de LHV, terwijl de LHV in de praktijk via de VOH-besturen van grote invloed zou kunnen zijn op de implementatie van het geplande programma.

Over de relatie tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning kan worden geconcludeerd dat de oordelen van de geïnterviewden binnen de structuur hierover sterk variëren. De meningen lopen uiteen van de opmerking dat er geen inhoudelijke raakvlakken bestaan tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning en dat de scheiding tussen beide organisaties derhalve gehandhaafd dient te worden, tot de mening dat deskundigheidsbevordering en ondersteuning geïntegreerd moeten worden tot één organisatie, zodat de ondersteuning managementtaken van de deskundigheidsbevordering kan overnemen, waardoor de medewerkers van de deskundigheidsbevordering meer tijd overhouden voor de inhoudelijke kant van de nascholing.

In de nu volgende paragrafen zullen de conclusie voor deskundigheidsbevor-

dering en ondersteuning apart worden geformuleerd.

### **8.3.2 Deskundigheidsbevordering**

Gesteld werd dat voor de bereiking van het geplande resultaat de geplande middelen zeer bescheiden zijn. In de geplande middelen werd voorzien in een aanstelling van 8 uur per week voor regionale coördinatoren. In de praktijk is gebleken dat regionale coördinatoren bijna drie keer zoveel tijd besteden aan hun functie. Evenals regionale coördinatoren werken ook plaatselijke coördinatoren meer uren per week dan waarvoor ze zijn aangesteld (gemiddeld twee keer zoveel).

Kennelijk worden vooral de regionale coördinatoren, maar ook de plaatselijke coördinatoren, in de praktijk veel zwaarder belast dan in het gepland programma was voorzien. Bij de oprichting van de SDH werd gekozen voor een organisatie met een betaald, professioneel kader, dit in tegenstelling tot de opzet van de vroegere SNH en STH. In de praktijk blijkt echter dat de organisatie nog steeds voor een belangrijk deel moet drijven op het vrijwilligerswerk van een aantal enthousiaste huisartsen, namelijk de regionale en plaatselijke coördinatoren en niet in de laatste plaats de WDH-leden, die voor hun werk geen enkele vergoeding ontvangen.

De behoefte van huisartsen aan deskundigheidsbevordering valt uiteen in de zogenaamde objectieve behoefte (lacunes in kennis en vaardigheden) en de subjectieve behoefte (wensen en voorkeuren). Uit het onderzoek naar het functioneren van de SDH is gebleken dat door de meeste geïnterviewde WDH's één of meerdere keren is getracht de wensen en voorkeuren van huisartsen te peilen met betrekking tot de nascholing. In paragraaf 2.3.1 werd gesteld dat dit niet noodzakelijk leidt tot een verbetering van de kwaliteit van de nascholing, maar dat het wel zou kunnen leiden tot participatie-verhoging, omdat die cursussen kunnen worden georganiseerd, die huisartsen graag willen volgen. Uit het onderzoek is echter gebleken dat, in het geval van de geïnterviewde WDH's, de uitkomsten van de behoeftepeilingen vaak zeer gevarieerd waren, zodat de resultaten slechts beperkt verwerkt konden worden in de nascholing. In verband met deze, kennelijk zo diverse wensen en voorkeuren van huisartsen, is het dus nauwelijks mogelijk om nascholing te organiseren die gebaseerd is op de wensen en voorkeuren van grote groepen huisartsen. Dit bemoeilijkt tevens de mogelijkheden van de SDH om via een goed afgestemd programma tot een eventuele participatie-verhoging te komen.

Het organiseren van nascholing op basis van geconstateerde lacunes in kennis en vaardigheden van huisartsen zou leiden tot verhoging van de deskundigheid van huisartsen en daarmee tot verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Ook WDH's zien dit uiteraard in, maar zij gaven tijdens de interviews aan dat er, naar hun mening, nauwelijks meetinstrumenten zijn waarmee lacunes in kennis en vaardigheden op een praktisch uitvoerbare manier kunnen worden opgespoord. Geen van de geïnterviewde WDH's organiseert dan ook nascholing op basis van geconstateerde hiaten in kennis en vaardigheden van huisartsen. De vraag is overigens, of eventuele kennishiaten van huisartsen in een gebied niet even divers zullen zijn als wensen en voorkeuren van huisartsen met betrekking tot de nascholing. Indien dit het geval zou zijn, is het ook niet goed mogelijk om nascholing te organiseren waaraan grote groepen huisartsen in objectieve zin behoefte hebben. Eén van de geïnterviewde WDH's neemt wat dit betreft het zekere voor het onzekere en organiseert nascholing op basis van een vijfjaren-curriculum, zodat alle huisartsgeneeskundige onderwerpen over een periode van vijf jaar in elk geval een keer aan bod komen.

In paragraaf 2.3.1 werd tevens aangegeven dat, voor verbetering van de kwaliteit van het aanbod aan deskundigheidsbevordering, de SDH ofwel moet trachten greep te krijgen op het aanbod dat door andere organisaties wordt georganiseerd, ofwel moet trachten huisartsen alléén te laten deelnemen aan door de SDH zelf georganiseerde, kwalitatief goede nascholing. Uit het onderzoek is gebleken dat de SDH feitelijk streeft naar een soort combinatie van beide mogelijkheden. De SDH probeert namelijk greep te krijgen op het aanbod van andere organisaties. De mogelijkheden tot afstemming met andere organisatoren van huisartsen-nascholing variëren echter nogal, zowel van plaats tot plaats, als van organisatie tot organisatie. Alleen de afstemming met het PAOG verloopt volgens de geïnterviewde regionale coördinatoren over het algemeen overal goed. Afstemming met ziekenhuizen/specialisten en met name afstemming met de farmaceutische industrie varieert sterk. Daar komt bij dat afstemming zich niet zelden beperkt tot alleen het plannen van data.

Het is voor de SDH dus bijzonder moeilijk om greep te krijgen op het **totale** aanbod aan deskundigheidsbevordering voor huisartsen. In dit verband is het belangrijk dat de SDH wél probeert een selectie aan te brengen in het aanbod, door kwalitatief goede nascholing aan te bevelen aan huisartsen. Daarnaast streeft de SDH uiteraard naar een zo hoog mogelijke deelname aan de eigen nascholingsactiviteiten.

Uit de huisartsenquête is gebleken dat van alle cursussen die de responden-



ten het afgelopen half jaar hebben gevolgd, 37% werd georganiseerd door de SDH. De SDH heeft hiermee het grootste marktaandeel. Daarnaast werd nog eens 10% georganiseerd door het PAOG of een UHI; organisaties dus waarmee de SDH structureel afstemt. Van de respondenten heeft 48% in het afgelopen half jaar één of meerdere SDH-cursussen gevolgd en 20% heeft één of meerdere PAOG- of UHI-cursussen gevolgd. Belangrijk is dat van de respondenten, die het afgelopen half jaar geen SDH-cursus hebben gevolgd, 40% zegt wél rekening te houden met de aanbevelingen van de SDH bij het maken van een selectie uit het aanbod aan cursussen. De SDH lijkt er dus redelijk in te slagen om als een soort 'wegwijzer' te functioneren voor huisartsen bij het maken van een keuze uit het nascholingsaanbod.

De deelname aan nascholingsactiviteiten in het algemeen blijkt in de eerste plaats sterk te variëren van plaats tot plaats en, zoals in paragraaf 2.3.1 werd gezegd, de SDH blijken weinig middelen ter beschikking te staan om de participatie te verhogen. Het is in dit verband interessant dat in gebieden waar vóór de oprichting van de WDH een werkgroep SNH functioneerde (gebieden dus, waarvan mag worden aangenomen dat de huisartsen er redelijk 'nascholings-minded' zijn), huisartsen gemiddeld iets meer cursussen volgen dan in gebieden waar geen werkgroep SNH functioneerde. Deze laatste gebieden, die begonnen zijn met een zekere achterstand op nascholingsgebied, hebben deze achterstand voor wat betreft de participatie dus nog steeds niet geheel weggewerkt.

Tot slot werd in paragraaf 2.4.3 gezegd dat voor de SDH moet worden nagegaan welke rol LHV en NHG spelen, mede in het licht van de decentrale opzet van de organisatie en de autonomie van WDH's. Zowel regionale coördinatoren als WDH-leden en plaatselijke coördinatoren beoordeelden de decentrale opzet van de organisatie positief, omdat zij van mening zijn dat goede deskundigheidsbevordering alleen georganiseerd kan worden in een decentraal opgezette organisatie, waarbij kan worden ingespeeld op de plaatselijke situatie. Het ontbreken van hiërarchische lijnen naar het plaatselijk niveau wordt door een aantal regionale en plaatselijke coördinatoren minder positief beoordeeld, omdat men behoefte zegt te hebben aan wat meer richtlijnen en sturing van bovenaf.

Het belangrijkste argument van medewerkers binnen de SDH voor een decentraal opgezette organisatie, is dat in een dergelijke opzet kan worden ingespeeld op de plaatselijke situatie, hetgeen de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering ten goede zou komen. In theorie is het een decentraal opgezette organisatie natuurlijk goed mogelijk om in te spelen op de plaat-

selijke situatie. Uit het onderzoek is echter gebleken dat dit in de praktijk minder gemakkelijk is, omdat de wensen en voorkeuren van plaatselijke huisartsen ten aanzien van de nascholing dermate divers is, dat het moeilijk is hierop in te spelen.

Het wel of niet aanwezig zijn van hiërarchische lijnen lijkt in de praktijk nauwelijks iets uit te maken voor de manier waarop de organisatie functioneert. Het is opvallend dat regionale coördinatoren, die hiërarchisch ondergeschikt zijn aan de SDH, allemaal andere doelstelling halen uit het beleid van de SDH en zelf ook nog eigen doelstellingen nastreven. WDH's daarentegen zijn autonoom. In paragraaf 2.3.1 werd als mogelijk gevolg hiervan aangegeven, dat WDH's derhalve hun eigen invulling kunnen geven aan het begrip kwalitatief goede beroepsuitoefening. Uit het onderzoek is echter gebleken dat dit niet het geval is. Tweederde van de geïnterviewde WDH's gebruiken nu al de standaarden van het NHG in de nascholing of zeggen dit in de nabije toekomst te zullen gaan doen. Op het inhoudelijk-wetenschappelijke vlak wordt door alle WDH's de invloed van het NHG erkend. De LHV speelt echter een veel minder belangrijke rol. Slechts vijf van de geïnterviewde WDH's zeggen dat het beleid van de LHV een rol speelt voor hun eigen beleid.

Concluderend kan gesteld worden dat de geplande middelen kennelijk in de praktijk ook te bescheiden zijn voor het behalen van het geplande resultaat. Regionale en plaatselijke coördinatoren werken namelijk veel meer uren ten behoeve van de deskundigheidsbevordering dan waarvoor ze zijn aangesteld. Verder is gebleken dat de behoefte van huisartsen aan deskundigheidsbevordering voor de SDH in theorie een belangrijke rol speelt, maar dat het in de praktijk moeilijk is om de behoefte te leren kennen en voor zover de behoefte bekend is, blijkt die over het algemeen zo divers te zijn, dat het slechts beperkt mogelijk is om de nascholing hieraan aan te passen. De afstemming met andere organisaties verloopt niet overal en voor alle organisaties even goed, de huisartsen echter blijken, voor zover zij al geen nascholing georganiseerd door de SDH volgen, toch rekening te houden met de aanbevelingen van de SDH over wat kwalitatief wel en niet goeden nascholing is. De participatie van huisartsen aan nascholing blijkt voor de SDH moeilijk te beïnvloeden, niet in de laatste plaats omdat hiervoor de middelen ontbreken. Gebieden die bij de oprichting van de SDH een achterstand hadden op het gebied van de nascholing, blijken deze voor wat betreft de participatie nog steeds niet geheel te hebben ingehaald. Hoewel tenslotte, de autonome WDH's hun eigen invulling zouden kunnen geven aan het begrip kwalitatief goede beroepsuitoefening, blijkt dat zij toch over het algemeen de door het NHG opgestelde standaarden gebruiken of gaan

gebruiken in de nascholing en dat de invloed van het NHG op inhoudelijk-wetenschappelijk gebied wordt erkend. Dat hiërarchische lijnen niet altijd het geschikte middel vormen, om centraal opgestelde inzichten in de periferie gebruikt te laten worden, blijkt uit de houding van de regionale coördinatoren die, hoewel hiërarchisch onder geschikt aan de SDH, toch ieder hun eigen doelstellingen nastreven.

### **8.3.3 Ondersteuning**

Gesteld werd dat ook voor wat betreft de ondersteuning de geplande middelen nogal bescheiden zijn in verhouding tot het geplande resultaat. VOH-directeuren en -besturen zijn over het algemeen dan ook van mening dat de capaciteit van VOH-bureaus te klein is, zeker in relatie tot verwachte toekomstige ontwikkelingen, bijvoorbeeld in het kader van de invoering van 'Dekker'. Daarnaast werd erop gewezen dat de continuïteit van het werk van VOH-bureaus zeer kwetsbaar is, omdat het eenmans-bureaus betreft.

Uit het onderzoek is verder gebleken dat voor alle VOH's de behoefte van huisartsen aan ondersteuning een belangrijke rol speelt voor het ondersteuningsbeleid. Dit is ook logisch, want VOH's kunnen geen eigen inhoudelijk beleid maken, maar kunnen alleen huisartsen ondersteunen bij de uitvoering van hun eigen beleid. Het ondersteuningsbeleid van VOH's wordt bepaald door de leden. In de praktijk zijn de leden van VOH's de in het district werkzame PHV's. In feite bepalen dus de PHV's en/of het districtsbestuur in een district voor een groot deel het ondersteuningsbeleid van VOH's. In paragraaf 2.4.2 is geconstateerd dat VOH's afhankelijk zijn van het beleid van huisartsen (in de praktijk het beleid van PHV's en/of districtsbestuur) voor het bepalen van hun ondersteuningsbeleid. Hierbij werd aangegeven dat dit gevolgen kan hebben voor de manier waarop de VOH's hun statutaire doelstellingen invullen: indien de huisartsen (PHV's en/of districtsbestuur) geen behoefte hebben aan samenwerking binnen de eerstelijns, kan een VOH huisartsen ook niet ondersteunen in hun samenwerking met eerstelijnsdisciplines. In het vooronderzoek zowel als in het huidige onderzoek, hebben VOH's aangegeven dat huisartsen minder behoefte hebben aan samenwerking om de samenwerking, maar alleen aan samenwerking op de 'werkvloer' in het kader van concrete projecten. VOH's ondersteunen dan ook voornamelijk samenwerking van die concrete aard. Tevens werd, vooral in het vooronderzoek, gezegd dat huisartsen er behoefte aan hebben om meer aandacht te richten op de samenwerking huisarts-specialist, omdat specialis-

ten in medische zin de belangrijkste partners van huisartsen zijn, terwijl juist de as huisarts-specialist aandacht te kort gekomen is in de afgelopen jaren van versterking van de eerstelijns.

In paragraaf 2.4.2 werd tevens gesteld dat de behoefte van individuele huisartsen aan ondersteuning een doorkruisende factor kan vormen bij het implementeren van het geplande programma voor de ondersteuning. Indien de tijd van VOH-directeur geheel opgaat aan het beantwoorden van vragen van individuele huisartsen over uiteenlopende onderwerpen, kan niet worden verwacht dat ook nog resultaten worden geboekt op het terrein van de samenwerking met andere disciplines. In de praktijk blijkt dit wel mee te vallen. Gemiddeld besteden VOH-directeuren slechts 5% van hun tijd aan het geven van informatie of advies aan individuele of kleine groepen huisartsen. In twaalf VOH's is bewust getracht om de doorkruisende invloed van de ondersteuningsvragen van individuele huisartsen in te dammen. In deze VOH's heeft het ondersteunen van de besturen van huisartsenorganisaties prioriteit boven de meer individuele ondersteuning.

Naast het feit dat een VOH voor haar beleid afhankelijk is van de huisartsen in haar district, maar dat zij voor het komen tot betere interdisciplinaire samenwerking tevens afhankelijk is van de houding van de betrokken andere partijen. Uit de case-finding voor de enquête onder externe organisaties van VOH's is gebleken dat VOH's lang niet met alle mogelijke andere partijen in hun district contacten onderhouden. Dit kan ook nauwelijks verwacht worden, omdat het bij VOH's om eenmansbureaus gaat. Het aantal opgegeven contacten varieerde echter sterk, namelijk van 6 tot 29 externe organisaties. De organisaties waarmee VOH-directeuren contacten onderhouden oordelen over het algemeen positief over het bestaan van een organisatie als de VOH en over het functioneren van de VOH in hun omgeving. Als voordelen van het bestaan van een VOH werd herhaaldelijk genoemd dat de VOH een aanspreekpunt vormt. Voor de organisaties waarmee de VOH's geen contacten hebben en voor de non-response op de enquête is uiteraard niet bekend wat hun oordeel is over de VOH's.

Tot slot werd in paragraaf 2.4.3 gesteld dat aandacht besteed moet worden aan de invloed van de LHV op het ondersteuningsbeleid van VOH's, mede gezien de decentrale en autonome opzet van de organisatie. Uit de interviews met VOH-bestuursleden en -directeuren is gebleken dat VOH's zich in principe autonoom voelen ten opzichte van de LHV, maar dat zij zich in de praktijk vrijwillig conformeren aan de grote lijnen van het LHV-beleid. Eigen initiatief wordt vooral genomen op die gebieden waarop (nog) geen LHV-beleid bestaat. De invloed van de LHV loopt zowel via het VOH-bestuur (bestaande uit PHV-leden en districtsbestuurders), als rechtstreeks, via

tweemaandelijks overleg met het bureau LHV en doordat VOH-directeuren zich voor informatie over verschillende zaken wendden tot het bureau LHV. Hieruit kan geconcludeerd worden, dat ondanks de formele autonomie van VOH's, het beleid en de activiteiten van de LHV van grote invloed zijn op het ondersteuningsbeleid van VOH's.

In paragraaf 2.4.2 werd verondersteld dat het beleid en de activiteiten van VOH's voor een groot deel bepaald zouden worden door de behoefte van huisartsen aan ondersteuning, de houding van andere organisaties en de het beleid en de activiteiten van de LHV. Dit blijkt zeker voor wat betreft de behoefte van huisartsen en de LHV het geval te zijn. Tevens werd echter gesteld dat het gepland resultaat voor de ondersteuning feitelijk bestaat uit doelstellingen van het beleid van het ministerie van WVC. In paragraaf 2.2 werd omschreven dat het geplande resultaat voortvloeide uit de principes van de Nota Eerstelijnszorg waarin gesteld werd dat de capaciteit en kwaliteit van de zorg dicht bij huis -de eerstelijnszorg- zoveel mogelijk moet worden versterkt en verbeterd en dat er daarnaast meer afstemming en samenwerking moet komen tussen de eerstelijnsvoorzieningen en tussen eerstelijnsvoorzieningen en tweedelijnsvoorzieningen. Ongeveer een jaar na de oprichting van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen echter, bracht de Commissie Dekker haar rapport uit, waarin ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg werden geschetst. Met de plannen van deze commissie werd het principe van echelonnering in de gezondheidszorg verlaten, om plaats te maken voor het denken in termen van functies, concurrentie en zorg op maat, dit alles uiteraard met behoud van kwaliteit. Dit heeft ertoe geleid dat ook het gepland resultaat van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning in een iets ander licht is komen te staan. Samenwerking tussen disciplines in het algemene vlak, zal meer en meer plaatsmaken voor concrete samenwerking in het kader van het uitvoeren van bepaalde functies in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld thuiszorg). Het principe van substitutie van duurdere zorg naar goedkopere zorg blijft gehandhaafd, maar dit principe staat niet langer gelijk met substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg.

Uit het beleid, maar vooral de activiteiten van VOH's blijkt dat VOH-bureaus voor hun ondersteuningsactiviteiten ook voor een groot deel afhankelijk zijn van dit soort maatschappelijke ontwikkelingen, waarmee de beroepsgroep huisartsen wordt geconfronteerd en via de beroepsgroep de VOH's. Was het oorspronkelijk bijvoorbeeld de bedoeling dat VOH's een aanspreekpunt zouden gaan vormen voor andere organisaties die wilden samenwerken met de beroepsgroep huisartsen, in de praktijk zijn VOH's veel verder gegaan in dit opzicht, door te proberen huisartsen ervan te doordringen, dat zij zich

meer als collectief moeten opstellen om in de huidige veranderingen in de gezondheidszorg hun spilfunctie niet te verliezen en daarmee als het ware de boot te missen. Dit heeft geleid tot een uitgebreide aandacht van VOH's voor de interne organisatie van de beroepsgroep huisartsen, in de zin van versterking van de functies van waarneemgroepen, organisatorische versterking van PHV's en van districtsbesturen. De aandacht voor de interne organisatie van de beroepsgroep leidde in zijn meest vergaande vorm tot de oprichting van Stichtingen Huisartsgeneeskunde. Een dergelijke stichting is 'uitgevonden' in één VOH, maar inmiddels functioneert in acht districten al een SHG. VOH's zeggen deze stichtingen in het leven te roepen om de beroepsgroep meer armslag te bieden bij het sluiten van contracten en het samenwerken met andere disciplines en ziekenfondsen. De VOH's, als gesubsidieerde instellingen, zouden op financieel-administratief terrein te weinig mogelijkheden hebben om als rechtspersoon voor het sluiten van dergelijke contracten te fungeren.

De gedachtengang achter de oprichting van de stichtingen is duidelijk: een verzameling van als los zand aan elkaar hangende individuele huisartsen staat bijzonder zwak als onderhandelingspartner tegenover ziekenfondsen en andere disciplines. Een stichting echter waarbij alle huisartsen zijn aangesloten, onder het motto 'samen sterk', vormt een sterke partij in onderhandelingen met andere disciplines en met ziekenfondsen, ook na afschaffing van de contracteerplicht.

Het is in dit kader dan ook opvallend, dat de respondenten van de huisartsenquête hun positieve oordeel over het bestaan van een VOH voornamelijk toelichtten met de opmerking dat huisartsen op die manier gebruik kunnen maken van de externe deskundigheid van de VOH-directeur en dat huisartsen door de VOH sterker staan tegenover externe organisaties. Geen enkele huisarts gaf als toelichting dat het bestaan van de VOH zinvol is, omdat hierdoor samenwerking binnen de eerstelijns en met de tweedelijns verbeterd.

Concluderend kan gesteld worden, dat het beleid en de activiteiten van VOH's weliswaar voor een groot deel bepaald worden door de behoefte van de beroepsgroep huisartsen aan ondersteuning, door het beleid en de activiteiten van de LHV en wellicht ook voor een deel door de houding van externe organisaties, maar dat zowel de behoefte van huisartsen aan ondersteuning, als het beleid van de LHV en waarschijnlijk ook de houding van externe organisaties ten opzichte van de beroepsgroep huisartsen, op hun beurt in sterke mate bepaald worden door de op handen zijnde veranderingen in de gezondheidszorg. Onder invloed van deze veranderingen zijn de VOH's niet uitgroeid tot een ondersteuningsorganisatie voor huisartsen in

de zin van de WVG, zoals bijvoorbeeld voor de gehele eerstelijns de ROP's functioneren, maar tot een ondersteuningsorganisatie die huisartsen tracht te behoeden voor onderlinge concurrentie om op die manier de concurrentie met andere disciplines en de onderhandelingen met ziekenfondsen beter en professioneler aan te kunnen.





**BIJLAGE 1**



REGISTRATIEFORMULIER ACTIVITEITEN SECRETARIAAT

Naam: \_\_\_\_\_ Werkzaam bij: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Werkweek van: \_\_\_\_\_ uren

Gewerkt wordt doorgaans op: ma / di / wo / do / vr (doorhalen wat niet van toepassing is)

Ten behoeve van:	eigen werk- gever	PHV/ district	pc/ rc	anders (aankruisen wat van toepassing is)	Aantal uren in eenheden van een kwartier									
					1	2	3	4	5	6	7	8		
- Post selecteren/inschrijven/lezen/beantwoorden	0	0	0	0	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Post verzenden	0	0	0	0	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Tekstverwerking	0	0	0	0	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Archivering	0	0	0	0	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Administratief werk <sup>1</sup>	0	0	0	0	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Copieerwerk	0	0	0	0	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Vergaderstukken lezen	0	0	0	0	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Notuleren	0	0	0	0	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Notulen uitwerken	0	0	0	0	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Huishoudelijk werk					'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Houden van werkbespreking					'	'	'	'	'	'	'	'	'	'

Aantal keren per dag (naar schatting):

- Bijhouden agenda directeur minder dan 5 / 5-10 / 10-15 / meer dan 15 keer \*
- Afhandelen telefoontjes minder dan 10 / 10-20 / 20-30 / meer dan 30 keer \*

\* doorhalen wat niet van toepassing is.

NOG NIET GENOEMDE ACTIVITEITEN

1. \_\_\_\_\_ '-----'-----'-----'-----'-----'
2. \_\_\_\_\_ '-----'-----'-----'-----'-----'
3. \_\_\_\_\_ '-----'-----'-----'-----'-----'

<sup>1</sup> Onder administratief werk verstaan wij bijvoorbeeld het betalen van rekeningen, het bijhouden van een adressenbestand, het bestellen van goederen (behalve wanneer het huishoudelijke zaken betreft), e.d.

REGISTRATIEFORMULIER ACTIVITEITEN BUREAU SOH

Datum: \_\_\_\_\_

	Aantal uren in eenheden van een kwartier								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
- Verzamelen gegevens over activiteiten van VOH's	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Verwerken gegevens over activiteiten van VOH's	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Lezen van relevante boeken/tijdschriften/nota's/e.d.	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Bezoeken lezingen/symposia e.d.	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Geven van informatie en advies aan VOH's	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Schrijven stukken tijdschrift SDO	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Personeel management	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Controle begrotingen VOH's	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Financieel management algemeen	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Overleg met boekhouder/administrateur	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Werkbespreking met secretaresse	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Opatellen werkplan/begroting	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Schrijven jaarverslag	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Bespreking/overleg met bureau LHV	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Bespreking/overleg met O&O	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Bespreking/overleg met bureau SDH	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Bespreking/overleg met WVC	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Voorbereiden directeurenoverleg	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Deelnemen aan directeurenoverleg	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Reizen	'	'	'	'	'	'	'	'	'
NOG NIET GEMENDE ACTIVITEITEN									
1. _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'
2. _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'
3. _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'



REGISTRATIEFORMULIER ONDERSTEUNINGSVRAAG

Naam VOH: \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

AANKRUISEN WAT VAN TOEPASSING IS.

DE ONDERSTEUNINGSVRAAG:

- werd expliciet als vraag om ondersteuning geformuleerd
- bleek impliciet tijdens een vergadering of gesprek
- anders: \_\_\_\_\_

AARD VAN HET CONTACT:

- telefonisch
- schriftelijk
- mondeling

ONDERSTEUNING WERD GEVRAAGD DOOR:

- individueel gevestigde huisarts
- individueel niet-gevestigde huisarts
- groep huisartsen (geen waarneemgroep)
- waarneemgroep(en)
- PHV, namelijk \_\_\_\_\_ (naam)
- groep PHV's, namelijk \_\_\_\_\_ (namen)
- districtsbestuur
- plaatselijk coördinator(en)
- regionaal coördinator
- derde(n), namelijk \_\_\_\_\_ (persoon/instantie)
- anders: \_\_\_\_\_

AARD VAN DE GEVRAAGDE ONDERSTEUNING:

- verzoek om informatie
- verzoek om advies
- verzoek om een gesprek
- verzoek om uitvoering secretariaatswerkzaamheden
- verzoek om begeleiding door de directeur naar overleg tussen \_\_\_\_\_
- verzoek om deelname van de directeur aan overleg tussen \_\_\_\_\_
- verzoek om zittingname van directeur in commissie/overleg \_\_\_\_\_ (naam/soort commissie)
- verzoek om bemiddeling door directeur tussen \_\_\_\_\_ (en huisarts(en))
- anders: \_\_\_\_\_

DE GEVRAAGDE ONDERSTEUNING BETREFT:

- een eenmalig te leveren dienst
- een enkele malen te leveren dienst
- een continu proces

ZOZ !!

KORTE OMSCHRIJVING EVENTUELE BIJZONDERHEDEN:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ONDERWERP:

- automatisering
  - overig praktijkmanagement
  - vestigingsregeling
  - overige juridische vraagstukken samenhangend met de beroepsuitoefening
  - honorering huisartsen
  - zaken betreffende begroting
  - overige financiële aangelegenheden
  - waarneemregeling
  - overige zaken m.b.t. waarneemgroep \_\_\_\_\_
  - bestuurlijke organisatie PHV \_\_\_\_\_
  - overige zaken m.b.t. PHV \_\_\_\_\_
  - bestuurlijke organisatie district \_\_\_\_\_
  - overige zaken m.b.t. district \_\_\_\_\_
  - thuiszorg
  - overige samenwerking binnen de eerstelijns, namelijk tussen \_\_\_\_\_
- De aard van de samenwerking is:
- algemeen
  - specifiek, namelijk in het kader van \_\_\_\_\_
- samenwerking tussen huisartsen en specialisten;
- De aard van de samenwerking is:
- algemeen
  - specifiek, namelijk in het kader van \_\_\_\_\_
- samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuis(-zen);
- De aard van de samenwerking is:
- algemeen
  - specifiek, namelijk in het kader van \_\_\_\_\_
- anders: \_\_\_\_\_

AFHANDELING:

- het verzoek is geheel gehonoreerd
  - het verzoek is gedeeltelijk gehonoreerd, namelijk \_\_\_\_\_
  - de aanvrager is doorverwezen naar \_\_\_\_\_
  - het verzoek is afgewezen; reden: \_\_\_\_\_
  - het verzoek is voorgelegd aan het VDH-bestuur;
- besloten is:
- het verzoek geheel te honoreren
  - het verzoek gedeeltelijk te honoreren, namelijk \_\_\_\_\_
  - de aanvrager door te verwijzen naar \_\_\_\_\_
  - het verzoek af te wijzen; reden: \_\_\_\_\_

REGISTRATIEFORMULIER ACTIVITEITEN BUREAU SOH

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

	Aantal uren in eenheden van een kwartier								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
- Documentatie/registratie	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Geven van informatie en advies m.b.t. organisatie van deskundigheidsbevordering	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Meehelpen aan de organisatie van deskundigheidsbevordering, georganiseerd door _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Verzorgen van leermiddelen voor de organisatie van activiteiten in de periferie	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Voorbereiden kadertrainingen	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Organiseren kadertrainingen	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Voorbereiden vergaderingen van regionale coördinatoren	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Deelnemen vergaderingen van regionale coördinatoren	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Beleidsvoorbereiding	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Opstellen werkplan	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Schrijven jaarverslag	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Financieel management	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Houden werkbespreking	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Onderhouden van contacten met:									
* O&O	'	'	'	'	'	'	'	'	'
* NHG	'	'	'	'	'	'	'	'	'
* LHV	'	'	'	'	'	'	'	'	'
* IOH	'	'	'	'	'	'	'	'	'
* CBO	'	'	'	'	'	'	'	'	'
* SOH	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Reizen	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Uitgeven van nieuwsbrief	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Schrijven voor tijdschrift SOO	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Lezen relevante literatuur/vergaderstukken e.d.	'	'	'	'	'	'	'	'	'
NOG NIET GENOEMDE ACTIVITEITEN									
1. _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'
2. _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'
3. _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'



REGISTRATIEFORMULIER REGIONALE COÖRDINATOREN

Naam: \_\_\_\_\_

Weeknummer: 1 - 2 - 3 - 4 (doorhalen wat niet van toepassing is)

	Aantal uren in eenheden van een kwartier								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	dag '---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Meehelpen organiseren cursus/lezing o.i.d.									
1. ten behoeve van WDH	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
2. ten behoeve van _____	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Verstrekken van informatie en advies voor organisatie van cursus/lezing/evaluatie/behoeftebepaling									
1. ten behoeve van WDH	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
2. ten behoeve van _____	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Aandragen van leermiddelen ten behoeve van cursus/lezing o.i.d.									
1. ten behoeve van WDH	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
2. ten behoeve van _____	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Zelf organiseren cursus/lezing o.i.d.	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Overleg met UHI	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Overleg met commissie PAOH	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Overleg met specialisten	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Overleg met ziekenhuis (-zen)	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Overleg met farmaceutische industrie	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Overleg met VDH	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Overleg met anderen, nl. _____	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Schrijven voor tijdschrift SDO	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Opstellen regionale nascholingsagenda	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Voorbereiden regionale vergadering p.c.-en	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Deelnemen aan regionale vergadering p.c.-en	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Tussentijds overleg met p.c.-en	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Overleg met WDH (-leden)	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Voorbereiden kadertraining p.c.-en	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Voorbereiden kadertraining WDH-leden	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Deelnemen eigen kadertraining	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Voorbereiden landelijke vergadering c.d.-en	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Tussentijds overleg met SDH	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Overleg met LHV / NMG / -bestuur	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Opstellen jaarverslag	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Lezen tijdschriften en andere literatuur	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
- Reizen	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
NOG NIET GEMENDE ACTIVITEITEN									
1. _____	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
2. _____	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								
3. _____	'---'---'---'---'---'---'---'---'---								

REGISTRATIEFORMULIER PLAATSELIJKE COÖRDINATOREN

Naam: \_\_\_\_\_

Deelt u uw functie met een andere plaatselijk coördinator?

- 0 ja
- 0 nee

Zo ja, met wie? \_\_\_\_\_ (naam)

Weeknummer: 1 - 2 - 3 - 4 (doorhalen wat niet van toepassing is)

	Aantal uren in eenheden van een kwartier									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dag	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Opzetten en uitvoeren van behoeftepeiling onder huisartsen	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Samenstellen, opstellen of begeleiden van een cursus, lezing of iets dergelijks	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Opzetten toetsingsgroepen en begeleiden toetsingsgroepen	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Opzetten en uitvoeren evaluatie	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Overleg met waarneemgroepen	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Overleg met PHV	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Overleg met VOH	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Overleg met specialist(en)	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Overleg met farmaceutische industrie	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Overleg met commissie PADH	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Overleg met UHI	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Overleg met _____ (anders)	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Opstellen plaatselijke nascholingsagenda	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Opstellen jaarverslag(en)	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Voorbereiden vergadering MDH	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Bijwonen vergadering MDH	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Voorbereiden regionale vergaderingen van plaatselijke coördinatoren	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Bijwonen regionale vergadering van plaatselijke coördinator	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Tussentijds overleg met regionale coördinator	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Voorbereiden op kadertraining	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Deelnemen aan kadertraining	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Nevenactiviteiten direct samenhangend met de functie, namelijk _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
- Reizen	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
NOG NIET GEMENDE ACTIVITEITEN										
1. _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
2. _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'
3. _____	'	'	'	'	'	'	'	'	'	'

## BIJLAGE 2



## CHECKLIST INTERVIEWS REGIONALE COÖRDINATOREN.

### I. Activiteiten.

N.B. Vooraf worden de belangrijkste bevindingen uit de registratie samengevat.

1. In hoeverre bent u op de hoogte van het beleid van de SDH?  
Wat zijn naar uw mening de belangrijkste elementen uit het beleid van de SDH?
2. Hoe komt het boven omschreven beleid tot uitdrukking in uw activiteiten?
3. Kunt u kort de aard van de werkzaamheden nader beschrijven?
4. Hoe vindt afstemming plaats met andere organisaties en hoe komt die afstemming tot uitdrukking in uw activiteiten?  
Voor wat betreft:
  - PAOG/PAOH
  - UHI
  - farmaceutische industrie
  - ondersteuningsstructuur
  - LHV
  - NHG

### II. Beoordeling.

5. Wat is uw oordeel over het huidige functioneren van de structuur voor voor deskundigheidsbevordering van huisartsen en kunt u uw oordeel toelichten?  
Toegespitst op:
  - a. De communicatie tussen het plaatselijk en landelijk niveau van de organisatie, zowel rechtstreeks als via de regionaal coördinator.
  - b. De mogelijkheden tot uitwisseling van ervaringen met deskundigheidsbevordering, in het algemeen en voor wat betreft de regionale vergadering van plaatselijke coördinatoren en de landelijke vergadering van regionale coördinatoren.
  - c. De behoefte van huisartsen aan deskundigheidsbevordering georganiseerd door de SDH.
  - d. De mogelijkheden tot afstemming met andere organisaties werkzaam op het gebied van deskundigheidsbevordering.
  - e. De mogelijkheden tot afstemming op de plaatselijke behoefte van huisartsen.
  - f. De relatie tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning.
  - g. De decentrale opzet en het ontbreken van hiërarchische lijnen tussen landelijke en regionale niveau enerzijds en het plaatselijke niveau anderzijds.
  - h. De rol van de LHV.
  - i. De rol van het NHG.
  - j. De mogelijkheden tot afstemming met PAOG/PAOH.
  - k. De tot nu toe behaalde resultaten.
6. Indien u gegeven de huidige doelstellingen zelf een structuur voor deskundigheidsbevordering voor huisartsen had kunnen opzetten, had u het dan anders gedaan? Kunt u uw antwoord toelichten?
7. Vindt u achteraf gezien dat de profielschets die gehanteerd wordt voor regionale coördinatoren juist is?

### III. Activiteiten.

N.B. Vooraf worden de belangrijkste bevindingen uit de registratie samengevat.

9. Hoe komt het boven omschreven beleid tot uitdrukking in uw activiteiten?
10. Kunt u kort de aard van de werkzaamheden nader beschrijven?

### IV. Beoordeling.

11. Wat is uw oordeel over het huidige functioneren van de structuur voor voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen en kunt u uw oordeel toelichten?  
Toegespitst op:
  - a. De communicatie tussen het plaatselijk en landelijk niveau van de organisatie, zowel rechtstreeks als via de regionaal coördinator.
  - b. De mogelijkheden tot uitwisseling van ervaringen met deskundigheidsbevordering, in het algemeen en voor wat betreft de regionale vergadering van plaatselijke coördinatoren.
  - c. De behoefte van huisartsen aan deskundigheidsbevordering georganiseerd door, namens of in samenwerking met de SDH.
  - d. De mogelijkheden tot afstemming met andere organisaties werkzaam op het gebied van deskundigheidsbevordering.
  - e. De mogelijkheden tot afstemming op de plaatselijke behoefte van huisartsen.
  - f. De scheiding tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning.
  - g. De decentrale opzet en het ontbreken van hiërarchische lijnen tussen landelijke en regionale niveau enerzijds en het plaatselijke niveau anderzijds.
  - h. De rol van de LHV.
  - i. De rol van het NHG.
  - j. De tot nu toe behaalde resultaten.
12. Indien u verbeteringen zou kunnen aanbrengen in de huidige structuur, welke veranderingen zou u dan aanbrengen, mede gelet op uw oordeel over het huidige functioneren van de structuur?

CHECKLIST INTERVIEWS WDH'S EN PLAATSELIJKE COÖRDINATOREN.

I. Beleidsinhoud.

1. Bestaat er een op schrift gesteld beleidsplan?
2. Wat is de inhoud van het beleid?
  - a. Wat is het beleid ten aanzien van de op- en uitbouw van de eigen organisatie?
  - b. Welke zaken rekent u bewust niet en bewust wel tot het werkterrein van de WDH?
  - c. Wat zijn de onderwerpen van het beleid?
    - participatie van huisartsen
    - kwaliteit van het aanbod:
      - \* vorm
      - \* inhoud
    - coördinatie van het aanbod
  - d. Wat is het beleid ten aanzien van de ondersteuningsstructuur?
  - e. Wat is het beleid ten aanzien van de presentatie van de WDH naar buiten?
3. Wat is de de doelgroep waarop de WDH-activiteiten zich vooral richten?
4. Is er sprake van prioriteitstelling? Zo ja, wat zijn de prioriteiten?

II. Invloeden op het beleid?

5. Wat is de invloed van de lokale behoefte van huisartsen op het beleid?
  - a. Heeft er onderzoek naar de behoefte plaatsgevonden?
  - b. Wat waren de belangrijkste uitkomsten daarvan?
  - c. Hoe zijn deze uitkomsten verwerkt in het beleid?
6. Wat is de invloed van andere organisaties die zich bezig houden met deskundigheidsbevordering?
  - a. Met welke organisaties vindt afstemming van beleid plaats?
  - b. Hoe wordt deze afstemming concreet tot stand gebracht?
  - c. Hoe komt deze afstemming tot uitdrukking in het beleid?
7. Wat is de invloed van de LHV op het beleid?
  - a. Wat is de mate van beleidsvrijheid van de WDH ten opzichte van de LHV?
  - b. Vindt er afstemming plaats met het beleid en de activiteiten van de LHV?
  - c. Hoe wordt deze afstemming concreet tot stand gebracht?
  - d. Hoe komt deze afstemming tot uitdrukking in het beleid?
8. Wat is de invloed van het NHG op het beleid?
  - a. Wat is de mate van beleidsvrijheid van de WDH ten opzichte van het NHG?
  - b. Vindt er afstemming plaats met het beleid en de activiteiten van het NHG?
  - c. Hoe wordt deze afstemming concreet tot stand gebracht?
  - d. Hoe komt deze afstemming tot uitdrukking in het beleid?

## CHECKLIST INTERVIEWS VOH-BESTUREN EN DIRECTEURRN.

### I. Beleidsinhoud.

1. Bestaat er een op schrift gesteld beleidsplan?
2. Wat is de inhoud van uw ondersteuningsbeleid?
  - a. Wat is uw beleid ten aanzien van de oo- en uitbouw van de eigen organisatie?
  - b. Welke zaken rekent u bewust niet en bewust wel tot het werkterrein van de VOH?
  - c. Wat zijn de onderwerpen van uw ondersteuningsbeleid?
    - interne organisatie beroepsgroep
    - samenwerking eerstelij
    - samenwerking tweedelij
    - substitutie/thuiszorg
    - overleg met overheden
    - overleg met financiers
    - anders, namelijk?
  - d. Wat is uw beleid ten aanzien van de soort ondersteuning die geboden wordt?
    - bestuurlijke versus individuele ondersteuning
    - alleen ondersteunen van beroepsgroep in overleg versus zelf deelnemen aan overleg
    - invulling van de informatie- en adviesfunctie.
  - e. Wat is uw ondersteuningsbeleid ten aanzien van de SDH?
  - f. Wat is uw beleid ten aanzien van de presentatie van de VOH naar buiten?
3. Wat is de de doelgroep waarop de VOH-activiteiten zich vooral richten?
4. Is er sprake van prioriteitstelling? Zo ja, wat zijn de prioriteiten en op grond van welke overwegingen is de prioriteitstelling tot stand gekomen?

### II. Invloeden op het beleid?

5. Wat is de invloed van de lokale behoefte van huisartsen op uw ondersteuningsbeleid?
  - a. Op welke manier neemt de VOH kennis van de behoefte aan ondersteuning bij de beroepsgroep?
  - b. Hoe ziet de behoefte aan ondersteuning van de beroepsgroep er globaal uit?
  - c. Hoe komt de lokale behoefte tot uitdrukking in uw ondersteuningsbeleid?
6. Wat is de invloed van andere organisaties die zich bezig houden met ondersteuning?
  - a. Met welke organisaties vindt afstemming van beleid plaats?
  - b. Hoe wordt deze afstemming concreet tot stand gebracht?
  - c. Hoe komt deze afstemming tot uitdrukking in het beleid?
7. Wat is de invloed van de LHV op uw ondersteuningsbeleid?
  - a. Wat is de mate van beleidsvrijheid van de VOH ten opzichte van de LHV?
  - b. Vindt er afstemming plaats met het beleid en de activiteiten van de LHV?
  - c. Hoe wordt deze afstemming concreet tot stand gebracht?
  - d. Hoe komt deze afstemming tot uitdrukking in uw ondersteuningsbeleid?



### III. Activiteiten.

N.B. Vooraf worden de belangrijkste bevindingen uit de registratie samengevat.

9. Hoe komt het boven omschreven beleid tot uitdrukking in uw activiteiten?
10. Kunt u kort de aard van de werkzaamheden nader beschrijven?

### IV. Beoordeling.

11. Wat is uw oordeel over het huidige functioneren van de structuur voor ondersteuning van huisartsen en kunt u uw oordeel toelichten?  
Toegespitst op:
  - a. De relatie tussen deskundigheidsbevordering en ondersteuning.
  - b. De decentrale opzet en de zwakke hiërarchische lijnen tussen landelijke en regionale niveau.
  - c. De positie van niet-LHV leden.
  - d. De capaciteit van VOH-bureau's in relatie tot de verwachte toekomstige vraag naar ondersteuning.
  - f. De rol van de LHV.
  - g. De tot nu toe behaalde resultaten.
12. Indien u gegeven de huidige doelstellingen zelf een structuur voor ondersteuning van huisartsen had kunnen opzetten, had u het dan anders gedaan? Kunt u uw antwoord toelichten?
13. Vindt u achteraf gezien dat de profielschets die gehanteerd wordt voor VOH-directeuren juist is?



## BIJLAGE 3





nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

nr.	
binnenkomst	
ingevoerd op	paraaf

## evaluatie structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen

### enquête externe organisaties

Inlichtingen: mevrouw Delnoy of de heer De Bakker, telefoon: 030 - 319946

ENQUETE EXTERNE ORGANISATIES - Deskundigheidsbevordering

---

1. Uw bedrijf/organisatie houdt zich bezig met nascholing en/of toetsing voor huisartsen of heeft u hiermee zijdelings te maken. Zou u kort kunnen omschrijven in welk zin u zich bezig houdt met nascholing of toetsing voor huisartsen (bijvoorbeeld zelf organiseren, cursussen opstellen, financiële steun verlenen, of anderszins)?

.....

.....

.....

---

2. Onderhoudt u contacten met plaatselijke of regionale coördinatoren van de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen of met leden van Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen?

ja

nee

---

3. Zo ja, kunt u kort de aard van die contacten omschrijven (hoe vaak heeft u contact, is er sprake van regelmatig overleg, zijn contacten incidenteel van aard of bestaan er gestructureerde vormen van overleg en dergelijke) ?

.....

.....

.....

---

4. Op welke manier bent u in contact gekomen met leden van Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen en/of plaatselijke en/of regionale coördinatoren?

.....

.....

.....

---

5. Houdt u zich op de hoogte van de activiteiten van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen en/of regionale en/of plaatselijke coördinatoren?

ja

nee

---

6. Zo ja, op welke manier houdt u zich op de hoogte van de activiteiten van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen en/of regionale en/of plaatselijke coördinatoren?

- door het lezen van Tijdschrift SDO
- via de nascholingsagenda van de SDH in de regio
- door het lezen van informatieblaadje/nieuwsbrief, uitgegeven door .....
- via vergaderingen van de waarneemgroep of PHV
- anders, namelijk .....

---

7. Vindt u het zinvol dat er een organisatie is:

a. om nascholing en toetsing voor huisartsen te coördineren?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....

b. om nascholing en toetsing voor huisartsen (mee) te organiseren?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....

c. om de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing te peilen?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....

d. om te trachten huisartsen te motiveren tot deelname aan nascholing en/of toetsing?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....

---

8. Indien uw bedrijf/organisatie zich bezig houdt met de organisatie en/of financiering van nascholingsactiviteiten voor huisartsen, zoudt u dan in het schema op de volgende pagina kunnen aangeven wat voor soort nascholingsactiviteiten uw bedrijf/organisatie organiseert voor huisartsen door voor de nascholingsactiviteiten waarmee u zich het afgelopen half jaar in organisatorische zin heeft beziggehouden kort kunnen omschrijven:

- a. wat de onderwerpen van de nascholingsactiviteiten waren,
- b. hoe aan de activiteiten vormgegeven is,
- c. welke rol de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (op regionaal of plaatselijk niveau) bij de organisatie heeft gespeeld en
- d. ingeval de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (op regionaal of plaatselijk niveau) een rol speelde, hoe de taken verdeeld waren tussen uw bedrijf/organisatie en de Stichting Deskundigheidsbevordering,
- e. ingeval de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (op regionaal of plaatselijk niveau) een rol speelde, wat uw oordeel is over de samenwerking van uw bedrijf/organisatie met de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen,
- f. om welke redenen u tot uw oordeel gekomen bent (toelichting op oordeel)?

(N.B. Indien u in het afgelopen half jaar meer dan 4 activiteiten (mee) heeft georganiseerd, hoeft u alleen gegevens over de laatste 4 activiteiten in te vullen.)



Onderwerp(en) activiteiten	Vormgeving van activiteiten (zie toelichting p.6)	Rol van SDH bij organisatie en eventuele taakverdeling tussen SDH en eigen bedrijf/organisatie
activiteit 1		
activiteit 2		
activiteit 3		
cursus 4		

	Goordeel over saamenwerking met SDH (indien van toepassing)	Toelichting op oordeel
activi.1	<input type="checkbox"/> zinvol <input type="checkbox"/> noch zinvol/noch zinloos <input type="checkbox"/> niet zinvol	
activi.2	<input type="checkbox"/> zinvol <input type="checkbox"/> noch zinvol/noch zinloos <input type="checkbox"/> niet zinvol	
activi.3	<input type="checkbox"/> zinvol <input type="checkbox"/> noch zinvol/noch zinloos <input type="checkbox"/> niet zinvol	
activi.4	<input type="checkbox"/> zinvol <input type="checkbox"/> noch zinvol/noch zinloos <input type="checkbox"/> niet zinvol	

Toelichting:

Onder vormgeving verstaan wij onder andere de volgende zaken:

- \* Wat voor soort activiteit betreft het (symposium, congres, cursus e.d.)?
- \* Is er sprake geweest van een behoeftepeiling vooraf en evaluatie achteraf?
- \* Zijn er duidelijke leerdoelen geformuleerd?
- \* Welke mate van activiteit werd van de deelnemers verwacht (alleen luisteren of meedenken/discussiëren)?

---

9. Zijn naar uw mening veranderingen opgetreden op het gebied van nascholing en bijscholing voor huisartsen sinds de komst van de organisatie voor deskundigheidsbevordering van huisartsen? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

.....

---

10. Indien u veranderingen heeft opgemerkt op het gebied van nascholing voor huisartsen, zou u dan, bijvoorbeeld door middel van enkele praktijkvoorbeelden, kunnen aangeven wat die veranderingen concreet betekenen voor uw bedrijf/organisatie?

.....

.....

.....



## Enquête externe organisaties ondersteuning

---

1. U onderhoudt contacten met de directeur van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen in uw omgeving. Op welke manier heeft u kennis genomen van het bestaan van Verenigingen Ondersteuning Huisartsen?

- via tijdschrift(en)
- via een informatiefolder van de VOH
- via overlegcircuits
- anders, namelijk .....

---

2. Houdt u zich op de hoogte van de activiteiten van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen in uw omgeving?

- ja
- nee

---

3. Zo ja, hoe houdt u zich op de hoogte van de activiteiten van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen in uw omgeving?

- door het lezen van Tijdschrift SDO
- door het lezen van het VOH-informatieblaadje/nieuwsbrief.
- via overlegcircuits
- anders, namelijk .....

---

4. Vindt u het zinvol dat er nu een organisatie bestaat

a. die kan fungeren als aanspreekpunt tussen uw organisatie en de beroepsgroep huisartsen?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

b. die huisartsenorganisaties organisatorisch tracht te versterken?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

c. die huisartsen(organisaties) ondersteunt in overleg en samenwerking met andere disciplines?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

d. die huisartsen(organisaties) ondersteunt in overleg met overheden en financiers?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

5. Heeft u wel eens een verzoek tot informatie aan de VOR in uw omgeving gericht?

- nog nooit ---> door naar vraag 8
- een enkele keer
- een paar keer
- regelmatig
- heel vaak

---

6. Wat is uw oordeel over de manier waarop dat verzoek afgehandeld werd?

- zeer goed
- goed
- geen mening
- slecht
- zeer slecht
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

7. Neemt u regelmatig deel aan gestructureerd overleg op bestuurlijk niveau met disciplines uit de eerste- of tweedelij, overheden of ziekenfondsen waaraan ook de beroepsgroep huisartsen deelneemt? Zo ja, kunt u kort omschrijven:

- a. welke overlegpartners deelnemen aan dat overleg,
- b. of de Vereniging Ondersteuning Huisartsen in uw omgeving samen met of in naam van de beroepsgroep huisartsen deelneemt aan het overleg,
- c. wat uw oordeel is over de inbreng van de beroepsgroep huisartsen in het overleg, gebaseerd op het al dan niet regelmatig aanwezig zijn van de beroepsgroep huisartsen, het (naar uw mening) al of niet goed voorbereid zijn van de beroepsgroep huisartsen op de vergadering/het overleg, het al of niet daadwerkelijk "meepraten" op de vergadering/het overleg en dergelijke (indien u hierover geen mening heeft vult u geen oordeel in).
- d. om welke redenen u tot uw oordeel gekomen bent (toelichting op oordeel)?

Overlegpartners	Vertegenwoordiging beroepsgroep huisartsen	Oordeel over inbreng beroepsgroep huisartsen voor wat betreft:	Toelichting op oordeel
	<input type="checkbox"/> beroepsgroep wordt alleen door huisarts(en) vertegenwoordigd <input type="checkbox"/> beroepsgroep wordt vertegenwoordigd door huisarts(en) en de VOH-directeur samen <input type="checkbox"/> beroepsgroep wordt alleen door de VOH-directeur vertegenwoordigd <input type="checkbox"/> anders, namelijk .....	slecht    neut-    goed raal aanwezigheid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> voorbereiding <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> "meespraken" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> beroepsgroep wordt alleen door huisarts(en) vertegenwoordigd <input type="checkbox"/> beroepsgroep wordt vertegenwoordigd door huisarts(en) en de VOH-directeur samen <input type="checkbox"/> beroepsgroep wordt alleen door de VOH-directeur vertegenwoordigd <input type="checkbox"/> anders, namelijk .....	slecht    neut-    goed raal aanwezigheid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> voorbereiding <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> "meespraken" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> beroepsgroep wordt alleen door huisarts(en) vertegenwoordigd <input type="checkbox"/> beroepsgroep wordt vertegenwoordigd door huisarts(en) en de VOH-directeur samen <input type="checkbox"/> beroepsgroep wordt alleen door de VOH-directeur vertegenwoordigd <input type="checkbox"/> anders, namelijk .....	slecht    neut-    goed raal aanwezigheid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> voorbereiding <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> "meespraken" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



8. Zijn er sinds de komst van Vereniging Ondersteuning Huisartsen veranderingen opgetreden in:

a. het functioneren van de beroepsgroep huisartsen in overleg en/of samenwerking met uw organisatie?

ja

nee

Zo ja, in welk opzicht?

.....  
.....

b. de aanspreekbaarheid van de beroepsgroep huisartsen voor uw organisatie?

ja

nee

Zo ja, in welk opzicht?

.....  
.....

---

9. Is er sprake van regelmatig bilateraal overleg tussen uw organisatie en de plaatselijke huisartsenorganisaties (bijvoorbeeld een Plaatselijke Huisartsen Vereniging of een districtsbestuur van de LHV).

ja

nee ---> door naar vraag 15

---

10. Zo ja, hoe vaak vindt dit overleg normaal gesproken plaats?

minder dan 2 keer per jaar

2 tot 4 keer per jaar

1 keer in de twee maanden

1 keer per maand

vaker dan 1 keer per maand

---

11. Kunt u kort omschrijven over welke onderwerpen er bilateraal overleg plaatsvindt tussen uw organisatie en de plaatselijke huisartsenorganisatie(s)?

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

12. Neemt de directeur van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen ook deel aan bilateraal overleg tussen uw eigen organisatie en de beroepsgroep huisartsen?

ja

nee

---

13. Wat is uw oordeel over het functioneren van het bilateraal overleg tussen uw organisatie en de beroepsgroep huisartsen?

Overleg functioneert:

zeer goed

redelijk goed

noch goed/noch slecht

tamelijk slecht

zeer slecht

geen mening

Kunt u uw oordeel toelichten?

.....  
.....

---

14. Zijn er sinds de komst van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen veranderingen opgetreden in de manier waarop bilateraal overleg tussen uw organisatie en de huisartsenorganisatie(s) functioneert. Zo ja, welke?

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

---

15. Is er sprake van het afstemmen van beleid tussen uw organisatie en plaatselijke huisartsenorganisaties?

ja

nee

---

16. Zo ja, zou u kort kunnen omschrijven wat die afstemming concreet inhoudt en hoe de afstemming tot stand komt?

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

---

17. Speelt de directeur van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen een rol bij de beleidsafstemming tussen uw organisatie en de plaatselijke huisartsenorganisatie(s)?

- ja
- nee

---

18. Zijn er veranderingen opgetreden in de mogelijkheden tot het afstemmen van beleid tussen uw organisatie en de plaatselijke huisartsenorganisatie(s) sinds de komst van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen? Zo ja, welke?

.....

.....

.....





nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon 030 319946

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

## **huisartsen-enquête**

Naam:

Bent u lid van een Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen?

nee

ja: wilt u de enquête niet ingevuld aan ons terugsturen?

.....

Bent u bestuurslid van een VOH?

nee

ja: wilt u de enquête niet ingevuld aan ons terugsturen?

.....

1. Deskundigheidsbevordering

---

1. Heeft u, behalve via deze enquête, wel eens gehoord van het bestaan van Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH)?

- ja
  - nee
- 

2. Heeft u, behalve deze enquête, wel eens gehoord van een plaatselijk coördinator van de Stichting Deskundigheidsbevordering?

- ja
  - nee
- 

Indien u zowel op vraag 1 als op vraag 2 "nee" geantwoord heeft kunt u verder gaan met vraag 6.

---

3. Op welke manier heeft u kennis genomen van het bestaan van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen en/of plaatselijke coördinatoren?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)

- via het uitoefenen van een bestuurlijke functie binnen LHV/NHG
  - via Tijdschrift SDO
  - via een informatiefolder
  - via collega(e)
  - anders, namelijk .....
  - .....
- 

4. Houdt u zich op de hoogte van de activiteiten van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen in uw regio?

- ja
  - nee ---> Waarom niet? .....
-

5. Zo ja, op welke manier houdt u zich op de hoogte van de activiteiten van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen. (Meerdere antwoorden mogelijk)

- door het lezen van Tijdschrift SDO (rubriek "Berichten uit de SDH" en "Agenda SDH")
- via de nascholingsagenda van de SDH in de regio
- door het lezen van informatieblaadje/nieuwsbrief, uitgegeven door .....
- via vergaderingen van de waarneemgroep of PHV
- anders, namelijk .....

---

6. Vindt u het zinvol dat er een organisatie is:

a. om nascholing en toetsing voor huisartsen te coördineren?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

b. om nascholing en toetsing voor huisartsen (mee) te organiseren?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....



c. om de behoefte van huisartsen aan nascholing en toetsing te peilen?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

d. om te trachten huisartsen te motiveren tot deelname aan nascholing en/of toetsing

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

7. Aan welke cursussen, symposia en nascholingsbijeenkomsten heeft u het afgelopen halve jaar deelgenomen? Door wie werden deze georganiseerd? Indien de cursussen, symposia en nascholingsbijeenkomsten niet georganiseerd werden door de SDH waren ze dan wel of niet aanbevolen door de SDH?

N.B. Indien u aan meer dan 7 cursussen, symposia of nascholingsbijeenkomsten heeft deelgenomen, hoeft u alleen informatie te geven over de laatste 7.

Cursusnaam en onderwerp	Georganiseerd door:	Aanbevolen door de SDH (doorhalen wat niet van toepassing is)
1.		wel / niet
2.		wel / niet
3.		wel / niet
4.		wel / niet
5.		wel / niet
6.		wel / niet
7.		wel / niet

8. Indien u een cursus wilt gaan volgen of een symposium wilt gaan bijwonen of deel wilt gaan nemen aan andere nascholingsactiviteiten, op basis van welke criteria maakt u dan een selectie uit het grote aanbod aan dergelijke activiteiten?

Ik maak een selectie op basis van de volgende criteria:

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- het onderwerp van de nascholingsactiviteit
- de tijd en plaats waar de activiteit plaatsvindt
- de aanbevelingen van de SDH over de nascholingsactiviteiten
- de manier waarop aan nascholingsactiviteiten vorm gegeven is,

namelijk omdat:

- de activiteit voorafgegaan is door een behoeftepeiling
- er duidelijke leerdoelen zijn vastgesteld
- van de deelnemers zelfwerkzaamheid verwacht wordt
- anders, namelijk .....

(meerdere antwoorden mogelijk)

- de mogelijkheden voor het onderhouden van (sociale) contacten
- anders, namelijk .....

---

9. Indien u bewust kiest voor nascholingsactiviteiten die georganiseerd zijn door de SDH of die door de SDH worden aanbevolen, wat is dan uw reden daarvoor?

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

---

10. Bent u in de afgelopen twee jaar wel eens betrokken geweest bij de organisatie van een cursus, lezing, symposium of iets dergelijks?

- ja
- nee ---> door naar vraag 12

Zo ja, welk soort activiteit betrof het daarbij en bent u bij de organisatie van deze activiteit in contact gekomen met WDH-leden of een plaatselijk coördinator?

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

11. Indien u bij de organisatie van een cursus of iets dergelijks in contact gekomen bent met WDH-leden of een plaatselijk coördinator, wat is dan uw oordeel over de bijdrage die door de WDH of plaatselijk coördinator speelde bij de organisatie van de bewuste activiteit?

- zeer goed
- goed
- noch goed/noch slecht
- slecht
- zeer slecht
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

12. Is het wel eens voorgekomen dat door of in naam van een Werkgroep Deskundigheidsbevordering of plaatselijk coördinator uw behoefte aan nascholing gepeild is?

- ja
- nee ---> door naar vraag 14

---

13. Zo ja, waar werd in dat geval naar gevraagd?

- naar wensen en voorkeuren met betrekking tot nascholing
- naar hiaten in kennis die bijvoorbeeld via onderlinge toetsing gebleken zijn
- zowel naar wensen en voorkeuren als naar hiaten in kennis
- anders, namelijk .....

---

14. Vindt u dat uw individuele behoefte tot uitdrukking komt in het nascholingsaanbod van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen in uw regio?

- zeer goed
- goed
- noch goed/noch slecht
- slecht
- zeer slecht
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

15. Vindt u het belangrijk dat de SDH aandacht besteed aan het gehele basistakenpakket, naast de behoeften van de individuele huisartsen?

- zeer belangrijk
- belangrijk
- noch belangrijk/noch onbelangrijk
- onbelangrijk
- zeer onbelangrijk

geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

16. Neemt u deel aan onderlinge toetsing samen met andere huisartsen?

nee ---> door naar vraag 19

- ja, namelijk  binnen mijn eigen waarneemgroep  
 met een andere groep huisartsen dan mijn eigen waarneemgroep

---

17. Zo ja, bestaan er in het kader van deze toetsing contacten met de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen of een plaatselijk coördinator in de omgeving?

- ja
- nee

---

18. Zo ja, ervaart u die contacten als zinvol?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

19. Zijn naar uw mening sinds de komst van de organisatie voor deskundigheidsbevordering huisartsen veranderingen opgetreden op het gebied van nascholing en toetsing? Zo ja, welke?

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

---

11. Ondersteuning

---

20. Heeft u, behalve via deze enquête, wel eens gehoord van het bestaan van de Verenigingen Ondersteuning Huisartsen.

ja

nee ---> door naar vraag 26

---

21. Op welke manier heeft u kennis genomen van het bestaan van Verenigingen Ondersteuning Huisartsen? (Meerdere antwoorden mogelijk)

via het uitoefenen van een bestuurlijke functie binnen LHV/NHG

via Tijdschrift SDO

via een informatiefolder

via collega(e)

anders, namelijk .....  
.....

---

22. Houdt u zich op de hoogte van de activiteiten van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen in uw district?

ja

nee ---> Waarom niet? .....

---

23. Zo ja, hoe houdt u zich op de hoogte van de activiteiten van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen in uw district? (Meerdere antwoorden mogelijk)

door het lezen van Tijdschrift SDO

door het lezen van het VOH-informatieblaadje/nieuwsbrief.

via vergaderingen van de waarneemgroep of PHV

anders, namelijk .....

---

24. Vindt u het zinvol dat er een perifere ondersteuningsorganisatie bestaat:

a. waartoe u zich als huisarts kan wenden met vragen om informatie of advies?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

b. die huisartsenorganisaties zoals waarneemgroepen en PHV's tracht te versterken?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

c. die huisartsen ondersteunt in bestuurlijk overleg en samenwerking met andere disciplines?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....



d. die huisartsen ondersteunt in bestuurlijk overleg met overheden en financiers?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

25. Welke andere activiteiten behalve de in vraag 24 genoemde, zou een perifere ondersteuningsorganisatie naar uw mening moeten ontplooiën?

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

---

26. Heeft u wel eens een verzoek tot informatie of advies aan de VOH in uw omgeving gericht?

- ja
- nee ---> door naar vraag 28

---

27. Wat is uw oordeel over de manier waarop dat verzoek afgehandeld werd?

- zeer goed
- goed
- noch goed/noch slecht
- slecht
- zeer slecht
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

28. Wordt de waarneemgroep waarvan u deel uitmaakt ondersteund door de Vereniging Ondersteuning Huisartsen en kunt u aangeven waaruit die ondersteuning van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen bestaat?

- nee ----> door naar vraag 30
- ja, namelijk op het gebied van:
  - onderwerpen die tijdens vergaderingen van de waarneemgroep aan de orde komen
  - vertegenwoordiging van de waarneemgroep naar buiten toe
  - afvaardiging vanuit de waarneemgroep naar vergaderingen van de PHV
  - het aantal keren per jaar dat de waarneemgroep vergadert
  - een op schrift staand waarneemcontract
  - anders, namelijk .....

---

29. Indien de waarneemgroep waartoe u behoort ondersteund wordt door de Vereniging Ondersteuning Huisartsen, wat is uw oordeel over de bijdrage die de Vereniging Ondersteuning Huisartsen levert aan de interne organisatie van waarneemgroepen?

- zeer zinvol
- zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- zinloos
- totaal niet zinvol
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

30. Zijn naar uw mening sinds de komst van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen in uw district veranderingen opgetreden in het functioneren van de huisartsen als groep, zowel intern als ten opzichte van andere organisaties (andere disciplines, overheden, financiers)? Zo ja, welke?

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

31. Zou u veranderingen willen zien in de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen? Zo ja, welke?

nee

ja, namelijk .....

.....

-----

III. Bestuurlijke activiteit.

---

32. Bent u lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap?

ja

nee

---

33. Zo ja, vervult u binnen het Nederlands Huisartsen Genootschap een actieve functie, bijvoorbeeld als bestuurslid of als lid van een NHG-commissie, of heeft u in de afgelopen twee jaar een dergelijke functie vervult?

nee

ja, namelijk .....

---

34. Bent u lid van de Landelijke Huisartsen Vereniging?

ja

nee

---

35. Indien u lid bent van de Landelijke Huisartsen Vereniging, vervult u bestuurlijke functies binnen deze vereniging of heeft u de afgelopen twee jaar bestuurlijke functies vervult?

nee

ja, namelijk als

bestuurslid van een PHV

districtsbestuurder

anders, namelijk .....

---

Indien u zowel op vraag 33 als op vraag 35 "nee" geantwoord heeft, hoeft u de rest van de vragen niet meer in te vullen. Wij danken u voor uw medewerking!

---

---

ALLEEN VOOR HUISARTSEN DIE BESTUURLIJK OF ANDERSZINS ACTIEF ZIJN BINNEN HET NHG (DAN WEL DIT IN DE AFGELOPEN TWEE JAAR ZIJN GEWEEST).

---

---

36. Indien u (bestuurlijk) actief bent binnen het Nederlands Huisartsen Genootschap, onderhoudt u vanuit deze functie(s) contacten met medewerkers of bestuursleden van de SDH (op landelijk, regionaal of plaatselijk niveau) over deskundigheidsbevordering voor huisartsen? Zo ja, kunt u dan kort omschrijven over welke zaken u contact onderhoudt met de SDH?

- ja, namelijk met het bestuur van de SDH over .....
- ja, namelijk met het bureau SDH over .....
- ja, namelijk met een regionaal coördinator over .....
- ja, namelijk met een plaatselijk coördinator over .....
- ja, namelijk met WDH-leden(-lid) over .....
- nee

---

37. Zo ja, heeft u bij de uitoefening van uw functie binnen het Nederlands Huisartsen Genootschap concrete veranderingen opgemerkt die een gevolg zijn van de komst van de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

---

---

---

ALLEEN VOOR PHV-BESTUURDERS OF HUISARTSEN DIE DE AFGELOPEN TWEE JAAR EEN PHV-BESTUURSFUNCTIE HEBBEN VERVULD

---

---

38. Wordt uw Plaatselijke Huisartsen Vereniging bestuurlijk en/of secretariael-administratief ondersteund door een Vereniging Ondersteuning Huisartsen?

- ja
- nee

---

39. Kunt u kort omschrijven wat de ondersteuning van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen aan uw Plaatselijke Huisartsen Vereniging inhoudt?

.....

.....

.....

---

40. Wat is uw oordeel over de bijdrage die de Vereniging Ondersteuning Huisartsen levert aan het functioneren van uw Plaatselijke Huisartsen Vereniging?

- zeer zinvol
- zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- zinloos
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....

.....

41. Uw Plaatselijk Huisartsen Vereniging heeft zelfstandig of in samenwerking met een andere Plaatselijke Huisartsen Vereniging één of meerdere Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen ingesteld. Wat is uw oordeel over het functioneren van deze Werkgroep(en) Deskundigheidsbevordering in relatie tot de Plaatselijke Huisartsen Vereniging?

zeer goed

goed

noch goed/noch slecht

slecht

zeer slecht

geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

---

---

ALLEEN VOOR PHV- OF DISTRICTSBESTUURDERS OF HUISARTSEN DIE DE AFGELOPEN TWEE JAAR  
BESTUURSFUNCTIE HEBBEN VERVULD

---

---

42. Wordt uw organisatie (PHV of district) ondersteund door de VOH in bestuurlijk over  
met andere disciplines, overheden of ziekenfondsen (of particuliere verzekeraars)?

- nee
- ja

---

43. Zo ja, wat is uw oordeel over de bijdrage die de VOH kan leveren aan het structure  
van het overleg tussen huisartsen en andere disciplines, huisartsen en overheden e  
huisartsen en ziekenfondsen (of particuliere verzekeraars)?

- zeer zinvol
- redelijk zinvol
- noch zinvol/noch zinloos
- niet erg zinvol
- totaal niet zinvol
  
- geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

44. Neemt u regelmatig deel aan gestructureerd overleg op bestuurlijk niveau met ander  
disciplines, overheden of ziekenfondsen? Zo ja, kunt u in het schema op de volgend  
pagina omschrijven welke overlegpartners deelnemen aan dat overleg, of u door de  
VOH ondersteund wordt in dat overleg en op welke manier, en kunt u een oordeel gev  
over de geleverde ondersteuning?



Overlegpartners	Ondersteuning door VOH (Aankruisen wat van toepassing is; meerdere antw. mog.)	Oordeel over ondersteuning (Aankruisen wat van toepassing is.)	Toelichting op oordeel
a.	<input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> er vindt vooroverleg plaats met de VOH-directeur <input type="checkbox"/> VOH-directeur gaat mee naar overleg <input type="checkbox"/> anders, namelijk .....	<input type="checkbox"/> zinvol <input type="checkbox"/> noch zinvol/noch zinloos <input type="checkbox"/> niet zinvol <input type="checkbox"/> geen mening	
b.	<input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> er vindt vooroverleg plaats met de VOH-directeur <input type="checkbox"/> VOH-directeur gaat mee naar overleg <input type="checkbox"/> anders, namelijk .....	<input type="checkbox"/> zinvol <input type="checkbox"/> noch zinvol/noch zinloos <input type="checkbox"/> niet zinvol <input type="checkbox"/> geen mening	
c.	<input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> er vindt vooroverleg plaats met de VOH-directeur <input type="checkbox"/> VOH-directeur gaat mee naar overleg <input type="checkbox"/> anders, namelijk .....	<input type="checkbox"/> zinvol <input type="checkbox"/> noch zinvol/noch zinloos <input type="checkbox"/> niet zinvol <input type="checkbox"/> geen mening	

---

---

ALLEEN VOOR (EX)DISTRICTSBESTUURDERS OF HUISARTSEN DIE DE AFGELOPEN TWEE JAAR  
BESTUURSFUNCTIE BIJ HET DISTRICT HEBBEN VERVULT

---

---

45. Wordt het districtsbestuur waarvan u deel uitmaakt(e) bestuurlijk en/of secretarie  
administratief ondersteund door de Vereniging Ondersteuning Huisartsen in uw distr
- ja  
 nee

- 
46. Kunt u kort omschrijven wat de ondersteuning van de Vereniging Ondersteuning  
Huisartsen aan het districtsbestuur waarvan u deel uitmaakt(e) inhoudt?

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

- 
47. Wat is uw oordeel over de bijdrage die de Vereniging Ondersteuning Huisartsen leve  
aan het functioneren van het districtsbestuur waarvan u deel uitmaakt(e)?

- zeer zinvol  
 zinvol  
 noch zinvol/noch zinloos  
 zinloos  
 totaal niet zinvol  
 geen mening

Kunt u uw antwoord toelichten?

.....  
.....

---

## BIJLAGE 4

### Analyse van de non-respons

Gesteld kan worden dat de respons op de enquêtes over het algemeen teleurstellend genoemd kan worden. Alleen bij de enquête onder externe organisaties van de ondersteuning ligt de respons boven de 60 procent. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de achtergrond van de non-respons. Gesteld kan worden dat de gevolgen van de non-respons de resultaten van het onderzoek minder zullen vertekenen naarmate de niet-responderende minder verschillen van de wel responderende huisartsen. Voor de kenmerken waarvoor dat mogelijk is zal daarom in deze paragraaf worden nagegaan in hoeverre de responderende groep van de niet-responderende groep verschilt. Vervolgens kan de vraag worden gesteld wat de reden is waarom veel respondenten de enquête niet hebben ingevuld. Te verwachten is dat naarmate de reden meer met het onderwerp te maken heeft en minder met meer algemene factoren als enquêtemoetheid de resultaten van het onderzoek beïnvloeden.

Voor zowel de bestuurlijk actieve als de bestuurlijk niet-actieve huisartsen kon de spreiding van de respons en de non-respons over Nederland worden nagegaan. Een zeer ongelijke spreiding zou betekenen dat de huisartsen in bepaalde VOH-districten/SDH-regio's veel vaker geweigerd hebben dan andere huisartsen. Dit is ongewenst want het zou suggereren dat de non-respons samenhangt met het functioneren van een VOH ofwel het functioneren van de SDH in een bepaalde regio. Als regio-indeling is hierbij gekozen voor een clustering van VOH-districten. Presentatie per VOH-district is niet mogelijk vanwege de kleine aantallen.

Tabel 1 Vergelijking van de spreiding van de respons met de non-respons over Nederland voor bestuurlijk actieve huisartsen

	respons		non-respons		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Noord-Nederland	29	66	15	34	44	100
Oost-Nederland	61	57	46	43	107	100
Zuidoost-Nederland	30	54	26	46	56	100
Zuidwest-Nederland	33	56	26	44	59	100
Midden-Nederland	20	53	18	47	38	100
West-Nederland	59	54	51	46	110	100
onbekend	25	74	9	26	34	100
totaal	191	43	257	57	448	100

Tabel 1 en 2 laten zien dat er slechts geringe variatie in percentage respons is tussen de onderscheiden regio's. Dit geldt zeker voor de bestuurlijk actieve huisartsen waar het responspercentages variëren van 53 tot 66 procent. Bij de bestuurlijk niet-actieve huisartsen springt alleen Midden-Nederland er in negatieve zin uit. Hier ligt het percentage non-respons op 67 procent. Dat is 13 procent hoger dan de regio met het op één na laagste percentage non-respons.

Tabel 2 Vergelijking van de spreiding over Nederland van de respons met de non-respons voor niet-bestuurlijk actieve huisartsen

	respons		non-respons		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Noord-Nederland	59	59	41	41	100	100
Oost-Nederland	88	57	66	43	154	100
Zuidoost-Nederland	67	50	68	50	135	100
Zuidwest-Nederland	64	50	63	50	127	100
Midden-Nederland	28	33	56	67	84	100
West-Nederland	143	46	171	54	314	100
totaal	449 *	49	465	51	914	100

\*Dit aantal verschilt van het in de voorgaande paragraaf vermelde aantal respondenten doordat 3 huisartsen het nummer van hun enquête hadden afgescheurd en 3 huisartsen op het moment dat de non-responsanalyse werd uitgevoerd (twee maanden) na de enquête inmiddels als huisarts waren gestopt.

De bestuurlijk niet-actieve huisartsen zijn vervolgens vergeleken op basis van het kenmerk praktijkvorm (tabel 3). We zien hier dat de respons van huisartsen uit gezondheidscentra iets hoger ligt dan andere praktijkvormen. Het is een tamelijk algemeen verschijnsel dat huisartsen uit gezondheidscentra enquêtes beter invullen. Het is niet waarschijnlijk dat deze vertekening iets te maken zou hebben met de SDO-structuur. Verwacht zou kunnen worden dat bijvoorbeeld solo-huisartsen meer behoefte hebben aan ondersteuning en daarom de enquête beter invullen. Dat blijkt dus niet zo te zijn.

Tabel 3 Vergelijking van de respons met de non-respons per praktijkvorm

	respons		non-respons		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
solopraktijk	236	47	270	53	506	100
duopraktijk	143	52	134	48	277	100
groepspraktijk	33	49	35	51	68	100
gezondheidscentrum	37	59	26	41	63	100
totaal	449	49	465	51	914	100

De gemiddelde leeftijd van de niet-respondenten blijkt iets hoger te liggen dan bij de respondenten (43 tegen 46 jaar gemiddeld,  $t=-4,45$ ,  $p=.000$ ). Het responspercentage ligt bij vrouwen iets hoger dan bij mannen (53 tegen 49 procent). Dit verschil is statistisch niet significant. Dat respondenten op enquêtes jonger zijn dan niet-respondenten is eveneens een algemeen verschijnsel waarvan kan worden aangenomen dat dit niet samenhangt met de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning.

Om nog wat beter zicht te krijgen op de non-respons zijn een aantal niet-respondenten (37) telefonisch benaderd met als vraag wat de reden was van het feit dat zij de enquête niet hadden ingevuld. Tabel 4 geeft een overzicht van de opgegeven redenen. De meest opgegeven redenen zijn geen tijd en principiële enquêteweigeraars. Dit heeft niets met het onderwerp op zich te maken. Geen enkele keer werd een reden genoemd, die samenhangt met het onderwerp waarin het in de enquête om draaide (de SDO-structuur). Twaalf van de 37 huisartsen waren bereid telefonisch een aantal vragen over de SDO-structuur te beantwoorden. Deze vragen betroffen de bekendheid met de SDO-structuur, het gebruikmaken van de structuur (het volgen van SDH-cursussen, het vragen om ondersteuning) en het oordeel over de structuur. Deze twaalf op deze vragen geen afwijkende antwoorden te geven in vergelijking met de huisartsen die wel de schriftelijke enquête hebben ingevuld.

Tabel 4 Reden waarom de enquête niet is ingevuld (n=37, meerdere antwoorden mogelijk)

reden	aantal keer genoemd
ik vul in principe nooit enquêtes in	10
ik had geen tijd	22
ik vul nooit NIVEL-enquêtes in	4
ik ben niet bekend met de SDO-structuur	0
het onderwerp interesseerde me niet	0
de enquête was te lang	1
enquêtemoe	3
anders	3

De non-responsanalyse voor de enquête onder externe organisaties kon worden gericht op twee vragen:

- in hoeverre zijn er responsverschillen tussen VOH-districten?
- in hoeverre zijn er responsverschillen tussen type benaderde organisaties?

De eerste vraag kan worden beantwoord aan de hand van tabel 5. Vooraf moet worden gesteld dat twee VOH's geen contactpersonen hebben opgegeven. Naar deze districten zijn daarom geen enquêtes gestuurd. De overige 18 gaven gemiddeld 17 organisaties op, waarvan er 11 de enquête hebben ingestuurd. Bezien we vervolgens de variatie rond het gemiddelde dan blijkt dat het aantal opgegeven (en dus benaderde) organisaties varieerde van 6 tot 29 en de respons van 3 tot 22. De responspercentages variëren van 38 tot 83 % met een gemiddelde van 61 procent. De uitersten van 38 en 83 procent kwamen voor in gevallen waar respectievelijk 8 en 6 organisaties waren opgegeven. Het toeval kan hier dus een belangrijke rol spelen. De responspercentages variëren voor 13 van de 18 VOH's tussen de 50 en de 75 %. Gesteld kan dus worden dat de respons redelijk over de VOH's verspreid is.

Tabel 5 Non-responsanalyse enquête onder externe organisaties bij de ondersteuning per VOH (n=18)

	aantal benaderde organisatie	respons abs.	%
gemiddelde	17	11	61
minimum	6	3	38
maximum	29	22	83

De respons blijkt ook redelijk goed verdeeld te zijn naar de typen benaderde

organisaties (tabel 6). Voor de kernorganisaties (ziekenfondsen, kerndisciplines eerste lijn en tweede lijn, overheid) waarmee de VOH's te maken hebben ligt het percentage op 60 procent of hoger. Alleen bij de overige organisaties ligt het percentage lager.

Tabel 6 Non-responsanalyse enquête onder externe organisaties bij de ondersteuning naar type externe organisatie

	aantal benaderde organisaties	respons abs.	%
ziekenhuizen	65	39	60
gemeenten	41	25	61
ziekenfondsen	32	22	69
maatschappelijke dienstverlening	36	31	86
kruiswerk	49	31	63
overig	80	40	50

Voor de enquête onder externe organisaties van de deskundigheidsbevordering is geen non-responsanalyse uitgevoerd. De lage respons is hier vooral te wijten aan het feit dat de 'case-finding' binnen de enquête zelf is uitgevoerd. Niet te zeggen is welke niet-respondenten tot de te onderzoeken populatie moeten worden gerekend.

organizaties (tabel 6). Het is duidelijk dat de meeste organisaties (tabel 6) die in 1996 een bestuursplan hadden, dat plan in 1997 ook hadden. Het is ook duidelijk dat de meeste organisaties die in 1996 geen bestuursplan hadden, dat plan in 1997 ook niet hadden.

Tabel 6. Non-response analyses van de bestuursplanonderzoek. De tabel geeft de verdeling van de bestuursplanonderzoek over de jaren 1996 en 1997.

Bestuursplan	1996	1997
Ja	12	10
Nee	18	15
Totaal	30	25

Voor de analyse van de bestuursplanonderzoek is het belangrijk om te weten dat de meeste organisaties die in 1996 een bestuursplan hadden, dat plan in 1997 ook hadden. Het is ook duidelijk dat de meeste organisaties die in 1996 geen bestuursplan hadden, dat plan in 1997 ook niet hadden.



## BIJLAGE 5

### Verklarende woordenlijst

- Behoeftebepaling = Onderzoek naar de behoefte van **individuele** huisartsen aan deskundigheidsbevordering.
- CBO = Centraal Bureau voor Onderlinge toetsing
- Cursus = Wordt gebruikt om alle nascholingsactiviteiten aan te duiden, dus ook activiteiten als bijvoorbeeld klinische middagen, die in principe niet onder de benaming "cursus" valt.
- Deskundigheidsbevordering = nascholing en toetsing
- LHV = Landelijke Huisartsen Vereniging, met "LHV" wordt in dit rapport steeds de gehele beroepsorganisatie bedoeld, bestaande uit de LHV op landelijk niveau, de districtsbesturen én de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen, tenzij anders aangegeven, bijvoorbeeld wanneer er staat "de LHV op landelijk niveau".
- Nascholing = Wordt gebruikt als synoniem voor deskundigheidsbevordering, tenzij gesproken wordt van nascholing én toetsing, of in de tekst een onderscheid wordt gemaakt tussen nascholing enerzijds en toetsing anderzijds.
- NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap
- O&O = Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg
- PAOG = Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde
- PAOH = Post-Academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde
- PHV = Plaatselijke Huisartsen Vereniging

SDH	= Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen, met "SDH" wordt in dit rapport steeds de gehele organisatie voor deskundigheidsbevordering van huisartsen bedoeld (dus SDH op landelijk niveau én regionale en plaatselijke coördinatoren én WDH's), tenzij anders aangegeven, bijvoorbeeld wanneer er staat "de SDH op landelijk niveau".
SDO	= Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisartsen
SHG	= Stichting Huisarts Geneeskunde
SNH	= Stichting Nascholing Huisartsen
SOH	= Stichting Ondersteuning Huisartsen
STH	= Stichting Toetsing Huisartsen
VOH	= Vereniging Ondersteuning Huisartsen
WAG	= Wetenschappelijke Advies Groep
WDH	= Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen

## LITERATUUR

1. Bakker, D.H. de, M.J.P. Wulms - Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns-(gezondheids)zorg, NIVEL, Utrecht, 1986, pag. 72-73
2. Landelijke Huisartsen Vereniging - De positie van de huisarts in de toekomst, Utrecht, 1988
3. Stake, R.E. - The Countenance of Educational Evaluation, Teachers College Record, 7, 1967, pag. 523-540
4. Ministerie van WVC, 12 december 1985, nr.26844 DGVGZ/AGZ/Elgz.
5. Landelijke Huisartsen Vereniging, Basistakenpakket van de huisarts, juni 1987, pagina 5
6. Delnoy, D. - Evaluatie structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen, NIVEL, Utrecht, 1988

