

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Postboek 4 - tel (030) 319946

IV



drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

beleidsnota
van de stichting
nederlands huisartsen instituut

september 1979

DE TOTALE BELEIDSNOTA VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN
INSTITUUT BESTAAT UIT 9 DELEN

DEEL I: ALGEMENE BELEIDSNOTA EN SAMENVATTINGEN VAN
DE MEERJARENPLANNEN VAN DE BASISEENHEDEN

DEEL II: MEERJARENPLAN BASISEENHEID STRUCTUUR
BEROEPSGROEP

DEEL III: MEERJARENPLAN BASISEENHEID RELATIE EERSTE-
TWEEDE LIJN

DEEL IV: MEERJARENPLAN BASISEENHEID PSYCHOSOCIALE
HULPVERLENING

DEEL V: MEERJARENPLAN BASISEENHEID REGISTRATIE IN
DE EERSTE LIJN

DEEL VI: MEERJARENPLAN BASISEENHEID NASCHOLING EN
TRAINING

DEEL VII: MEERJARENPLAN BASISEENHEID DOKUMENTATIE EN
INFORMATIE

DEEL VIII: MEERJARENPLAN BASISEENHEID BEGELEIDING EN
ADVISERING

DEEL IX: BEGROTINGEN

BIJLAGEN: .GITP-RAPPORT: POSITIE, DOEL, TAKEN EN FINAN-
CIERING VAN HET NHI

.GITP-RAPPORT: INTERNE STRUCTUUR VAN HET NHI

INHOUD

I	INLEIDING	2
II	HUISARTSGENEESKUNDE IN ONTWIKKELING	4
III	HET N.H.I. IN BEWEGING	9
	- de plaats van het N.H.I. in de gezondheidszorg	
	- <i>RELATIE MET ANDERE INSTELLINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG</i>	9
	- <i>relatie met de beroepsorganisaties</i>	10
	- <i>relatie met de universitaire huisartseninstituten</i>	11
	- <i>relatie met andere instellingen</i>	11
	- <i>relatie met de Overheid</i>	12
	- <i>POSITIE EN TAKEN VAN HET N.H.I.</i>	13
	- <i>het N.H.I. is een landelijk instituut</i>	13
	- <i>het N.H.I. is een ontwikkelingsinstituut</i>	14
	- <i>het N.H.I. is een autonoom instituut</i>	14
	- <i>het N.H.I. is een beleidsvoorbereidend geen</i>	15
	<i>beleidsmakend instituut</i>	
IV	HET N.H.I.-BELEID VOOR DE KOMENDE JAREN	
	- (optiek x plaatsbepaling) + pragmatische keuzen = beleid	16
V	HET BELEID NADER GECONCRETISEERD	
	- een samenvatting van de meerjarenplannen	20
	<i>de basiseenheid structuur beroepsgroep</i>	20
	<i>de basiseenheid relatie eerste - tweede lijn</i>	22
	<i>de basiseenheid psychosociale hulpverlening</i>	23
	<i>de basiseenheid registratie in de eerste lijn</i>	24
	<i>de basiseenheid nascholing en training</i>	25
	<i>de basiseenheid documentatie en informatie</i>	27
	<i>de basiseenheid begeleiding en advisering</i>	28

Bijlage: lijst van gebruikte afkortingen

I INLEIDING

Na een langdurig proces van heroriëntatie en reorganisatie -een proces waarin veel tijd en energie gevraagd werd van velen die bij het Nederlands Huisartsen Instituut betrokken zijn of waren- presenteert het N.H.I. zich nu opnieuw aan de buitenwacht.

Er is heel wat gebeurd, voordat deze presentatie mogelijk was. Het begon met een slepend conflict tussen het Bestuur van de Stichting Nederlands Huisartsen Instituut en het personeel dat op dat moment in dienst was: een conflict dat uiteindelijk resulteerde in het vertrek van de toenmalige directeur en de komst van een organisatie- en adviesbureau, het Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie (G.I.T.P.) te Nijmegen.

Daarna vond een langdurige, soms intensieve, maar soms ook erg traag verlopende herbezinning onder leiding van het G.I.T.P. plaats. Uitgaand van het principe, 'zelfwerkzaamheid van alle betrokkenen', werd gewerkt aan twee thema's die door het G.I.T.P. als de belangrijkste oorzaken van het voorbije conflict waren geformuleerd:

- de onduidelijkheid over de taken en de positie van het N.H.I. en,
- de interne organisatie

Bij de uitwerking van het eerste thema zijn betrokken geweest: staf, personeel, directie en Bestuur van de Stichting Nederlands Huisartsen Instituut, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Overheid en de Consumentenbond. Het tweede probleem is dáár opgelost waar het zich ook had afgespeeld: binnen het N.H.I. zelf.

Over beide thema's is door het G.I.T.P. een rapport geschreven dat met alle betrokkenen besproken is. In principe zijn deze rapporten openbaar.

Het G.I.T.P. rapport "Positie, doel, taken en financiering van het Nederlands Huisartsen Instituut" is niet alleen na veel discussies tot stand gekomen, maar heeft ook weer vele discussies veroorzaakt, zowel binnen het N.H.I. als tussen het N.H.I. en zijn buitenwacht.

Uiteindelijk hebben deze discussies de basis gevormd voor de beleidsnota die nu door Staf en Bestuur van het N.H.I. wordt gepresenteerd als het beleidsplan voor de komende jaren.

In deze nota staan uiteraard alleen de grote lijnen van dat beleid. De uitwerking ervan is te vinden in de diverse meerjarenplannen die door de verschillende basiseenheden van het N.H.I. geschreven zijn.

Samen met de nota's over de interne structuur en de financiële meerjarenplanning vormen zij de totale beleidsnota. Elk deel is afzonderlijk verkrijgbaar.

Er wordt steeds gesproken over "heroriëntatie" en "herbezinning", alsof deze nota een totaal nieuw beleidsplan bevat. Niets is echter minder waar. Voor het overgrote deel wordt er in deze nota voortgebouwd op ideeën die er de laatste jaren binnen het N.H.I. ontwikkeld zijn en die ook al in eerdere activiteiten zichtbaar waren. Wel zal -voor het eerst- een kader beschreven worden waarbinnen de huidige activiteiten

van het N.H.I. onder te brengen zijn.

Ook wordt een richting aangegeven waarin deze activiteiten zich waarschijnlijk verder zullen ontwikkelen.

Dit laatste is nodig, wil de nota geen al te statisch karakter krijgen. Het N.H.I. bevindt zich te midden van allerlei ontwikkelingen -in de huisartsgeneeskunde, in de politiek en maatschappij -en zal zich daaraan ook voortdurend moeten blijven aanpassen. Om deze flexibiliteit te bevorderen zal de beleidsnota met de daarbij behorende meerjarenplannen jaarlijks worden geëvalueerd en zonodig worden bijgesteld.

Aan het slot van deze inleiding een kort overzicht van de verdere inhoud van de nota.

Eerst zal worden ingegaan op ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde die van belang zijn voor het N.H.I. De huisarts wordt daarbij in het totale systeem van de gezondheidszorg inclusief de haar omringende structuren geplaatst. Beschreven worden enkele belangrijke veranderingen die zich nu in dat systeem voordoen en die de taakuitoefening en het functioneren van de huisarts beïnvloeden. Het is deze huisarts in het krachtenveld van de gezondheidszorg waar het N.H.I. zich op richt. (hoofdstuk II).

De activiteiten van het N.H.I. worden echter niet alleen bepaald door ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde. De typische aard van het N.H.I. als landelijk instituut, voornamelijk gefinancierd door de Overheid, maar als autonome Stichting werkzaam, bepaalt voor een belangrijk deel zowel de inhoud van het werk als ook de condities waaronder dit werk wordt uitgevoerd. De consequenties van de plaats van het N.H.I. in de gezondheidszorg worden in hoofdstuk III beschreven.

Visie op huisartsgeneeskunde en plaatsbepaling van het instituut bepalen tezamen het profiel van het N.H.I. De invulling van dit profiel geschiedt door -vaak pragmatische- keuzen te doen uit het totaal van activiteiten dat binnen dit profiel mogelijk is. Hoofdstuk IV beschrijft de activiteitenkeuze van het N.H.I. voor de eerstkomende jaren. In hoofdstuk V wordt dan tenslotte een samenvatting gegeven van de meerjarenplannen van de verschillende basiseenheden, die een concretisering vormen van het globale beleidsplan zoals dat in deze nota is neergelegd.

II HUISARTSGENEESKUNDE IN ONTWIKKELING

Zonder nu de huisarts in een "maalstroom van emoties" te willen situeren, is het niet overdreven vast te stellen, dat maatschappelijke ontwikkelingen het functioneren van de huisarts sterk beïnvloeden en dat zelfs zijn functioneren nauwelijks te begrijpen is, als men ontwikkelingen in de gezondheidszorg los ziet van algemene maatschappelijke ontwikkelingen.

Van de maatschappelijke ontwikkelingen beschouwen wij de *economische*, *demografische* en de daarmee gepaard gaande *sociaal/culturele* veranderingen in de maatschappij van grote invloed op:

- de omvang en samenstelling van de gezondheids- en welzijnszorg
- de aard en de incidentie van de klachten en problemen die zich als 'vraag naar gezondheids- of welzijnszorg' aan de hulpverleners voordoen

We veronderstellen een grote wisselwerking tussen omvang en aard van het zorgverleningssysteem en het aanbod van klachten en problemen.

In schema 1 zullen we proberen deze relaties te verduidelijken.

Het zijn vooral hypothesen, causaliteit is zeker (nog) niet bij allen even onomstotelijk bewezen.

De wisselwerking tussen demografie en economie behoeft nauwelijks uitleg; in alle prognoses over de toename van het aantal niet-actieven wordt gesteld dat de pijlers onder het sociale verzekeringssysteem van onze welvaartsstaat wankelen. Bovendien is de relatie tussen welvaart en kindertal een vast gegeven. Uit een combinatie van demografische en economische factoren laten zich de ontwikkelingen in het gezondheidszorgsysteem op de lange termijn goed verklaren. De economie geeft aan wat een staatshuishouding kan spenderen aan gezondheidszorg -een collectief goed- en waar het geld terecht komt, in ziekenhuizen, bij de farmaceutische industrie of bij blote voeten dokters. De verhouding particuliere en collectieve sector bepaalt ook de ruimte die er voor de gezondheidszorg is.

Demografische ontwikkelingen hebben nog extra effecten; veroudering van de bevolking zorgt voor meer problemen in de gezondheidszorg.

Afname van het kindertal, maakt verloskundige zorg tot een specialisme en brengt bijvoorbeeld huisarts, verloskundige en gynaecoloog in een strijd om een kleiner wordende markt.

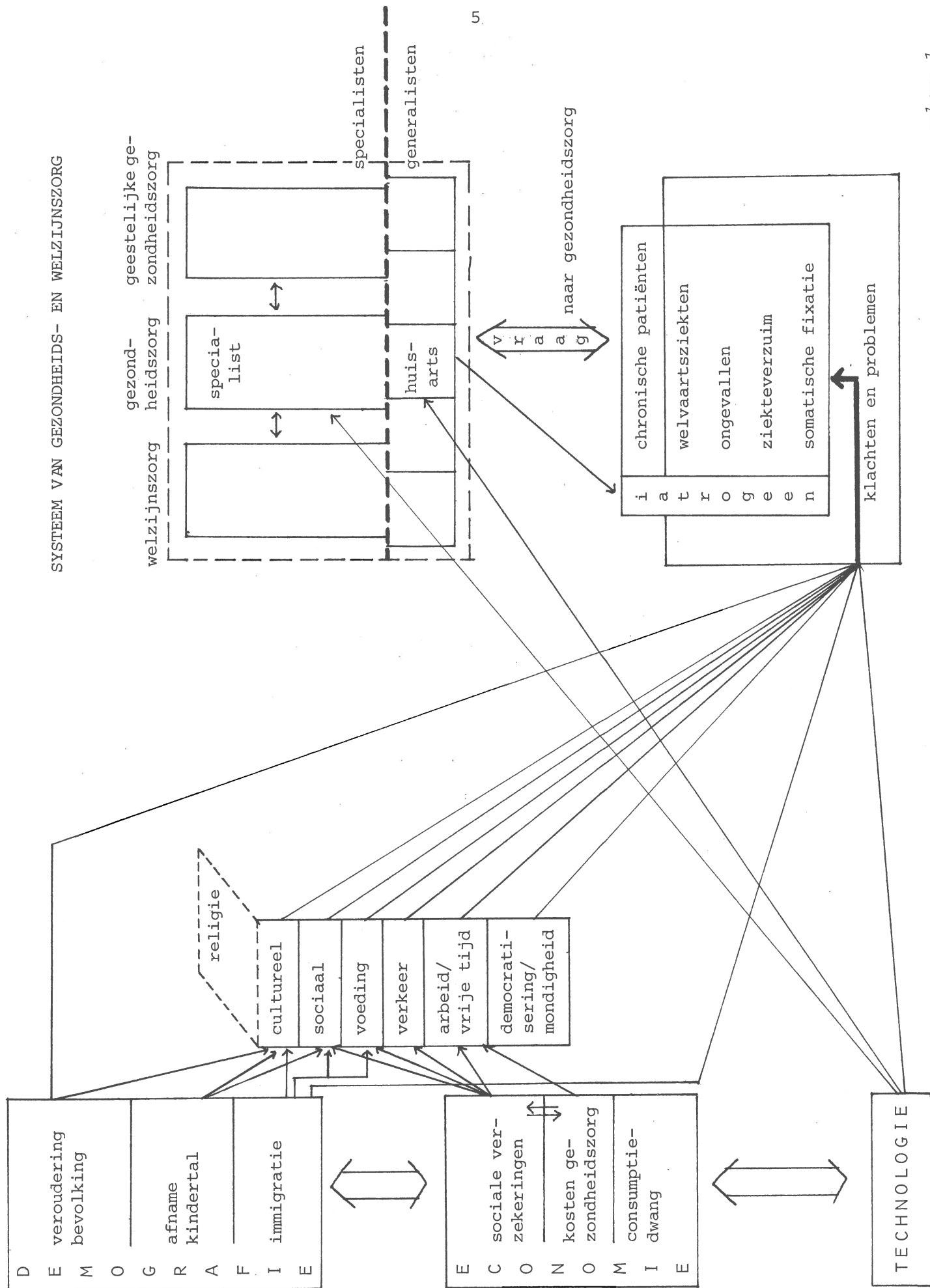
Meer welvaart betekent rijker voedsel, meer voedsel, meer genotmiddelen. De gezondheidszorg zit met de gevolgen: hart- en vaatziekten, carcinomen en leverkwalen.

Meer welvaart betekent een aanzwellende verkeersstroom: meer ongevallen, en dus een noodzaak voor meer E.H.B.O.-poliklinieken. Minder kinderen betekent een geringere ervaring van ouders, en dus een verhoogde vraag naar geruststelling van hulpverleners. Toenemende mondigheid van patiënten, groeiende belangstelling voor zelfzorg, beïnvloeden de relatie hulpvrager-hulpverlener.

Al deze zaken hebben hun invloed op het soort problemen en ziekten waar mee mensen worden geconfronteerd en op hun behoefte (daarvoor) hulp bij de gezondheidszorg te zoeken. Ook beïnvloeden ze de omvang, aard en distributie van de hulp en de getals- en statusverhouding tussen de verschillende soorten hulpverleners.

De hulpverlening houdt zichzelf ook aardig bezig; bijwerkingen van medicijnen, operatie- en narcoseletsel en ziekenhuisinfecties, absorberen

SYSTEEM VAN GEZONDHEIDS- EN WELZIJNSZORG



een deel van de energie van het gezondheidszorgsysteem.

In deze nota kunnen we al deze relaties slechts heel summier aangeven. Er valt veel meer over te zeggen. Zo zijn er bijvoorbeeld lokaal sterke verschillen. Veroudering van de bevolking zal een arts in de Flevo-polders weinig zeggen. Immigratie van mensen uit de tropen en subtropen met alle gezondheidszorgproblemen vandien, is ook lokaal geconcentreerd en geluidshinder en werkloosheid zijn geen problemen op de Veluwezoom.

Dit alles geldt voor de gezondheidszorg in het algemeen. Maar nu de huisarts, héél ver weg in het schema 1 staat hij getekend. We zullen hem eens dichterbijhalen. (schema 2)

De huisarts maakt deel uit van de gezondheidszorg; hij hoort bij de 'generalisten'. Een kenmerk, dat hij met sommige andere hulpverleners gemeen heeft, die, net als hij, voor iedereen rechtstreeks toegankelijk zijn. Hij wordt snel geconfronteerd met veranderingen in de maatschappij, soms in het veranderende aanbod van klachten en problemen, soms, rechtstreeks, in de beloning die hij voor zijn diensten ontvangt. Maatschappelijke veranderingen veroorzaken spanningen rond de afbakening van de taken tussen huisarts en specialist (spanningsveld I) *. Zij dwingen de huisarts tot samenwerking met andere hulpverleners (II) ** en maken hem er attent op dat hij als eerstelijns-hulpverlener een belangrijk deel van zijn tijd zou moeten besteden aan het beantwoorden van de vraag of het betreffende probleem wel in het medisch kanaal thuishoort -waarom komt deze patiënt op dit moment met deze klacht bij mij- (III).

Rond deze drie spanningsvelden zijn de belangrijke aandachtsvelden van het instituut geconcentreerd

I relatie eerste - tweede lijn

II samenwerking in de eerste lijn

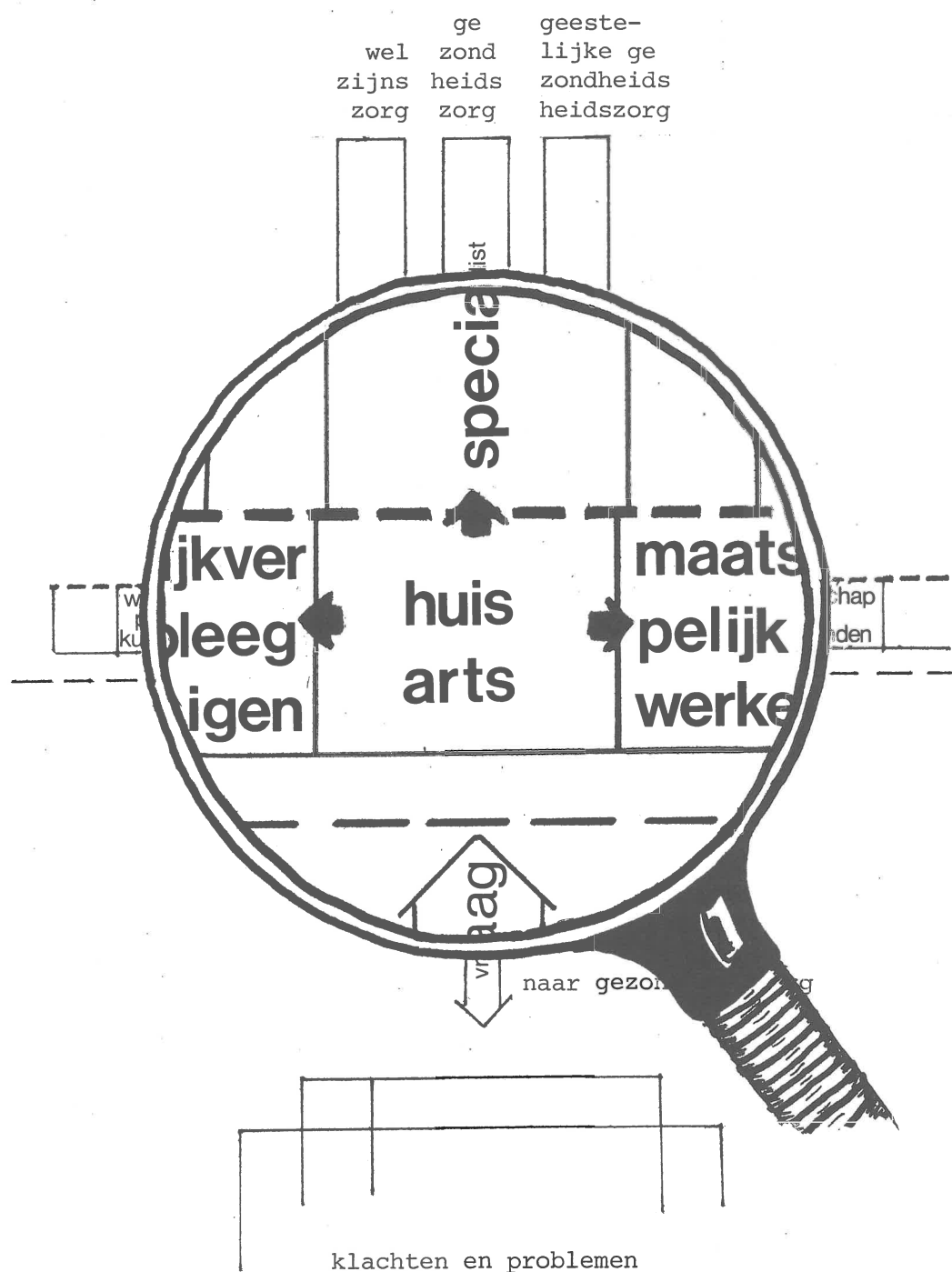
III relatie hulpvraag/hulpaanbod en hulpvrager/hulpverlener .

Het vierde aandachtsveld vindt zijn oorsprong in de onvolkomendheid van het plaatje. We spreken telkens over *de* huisarts, maar we vergeten daarbij dat een huisarts niet alleen te maken heeft met anders opgeleide hulpverleners en specialistische collegae, maar ook met zijn eigen beroepsgenoten. De huisarts behoort tot een professie, een vrij beroep. Een belangrijk kenmerk van een vrij beroep is, dat de beroepsgroep tot op grote hoogte het handelen van haar leden bepaalt. Men kan het handelen van huisartsen dan ook alleen bestuderen binnen de context van een professionele organisatie.

Kort samengevat zien we de huisarts bezig op het terrein van zijn medische discipline en het eerstelijnszorgsysteem -samenwerkend en terreinafbakenend-, vanuit een hecht georganiseerde beroepsgroep en binnen allerlei wettelijke kaders en honoreringsstructuren; bezig met een hulpvraag, die hij voor een deel zelf creëert, maar die ook onderhevig is

*) In 1960 waren er 4200 huisartsen en 3700 specialisten; in 1978 5100 huisartsen en 7900 specialisten.

**) Binnen twee jaar zal waarschijnlijk het honderdste gezondheidscentrum geopend worden.



schema 2

aan belangrijke maatschappelijke, economische en demografische veranderingen.

Deze veranderingen veroorzaken spanningen op de kruispunten; deze spanningen vormen de belangrijkste punten waarop het instituut met onderzoeks-, ontwikkelings-, nascholings- en adviseringsactiviteiten zijn aandacht richt.

III HET N.H.I. IN BEWEGING

- de plaats van het N.H.I. in de gezondheidszorg

Het Nederlands Huisartsen Instituut is een Stichting, voor een belangrijk deel gefinancierd door de Overheid -het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne- maar met een zelfstandig Bestuur.

Tot nu toe bestaat dit Bestuur naast enkele personen die à titre personnel of namens de Overheid zijn benoemd, uit vertegenwoordigers van de beide beroepsverenigingen der huisartsen: de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze nauwe verbondenheid met de huisartsenwereld en het huisartsenvak komt ook tot uiting in de tot nu toe geldende statutaire doelstelling.

Nu beperkt het N.H.I. zich al enkele jaren niet meer uitsluitend tot activiteiten op het gebied van de huisartsgeneeskunde in de enge zin des woords. Al lang staat de medisch specialist, als belangrijkste verwijsmogelijkheid van de huisarts, in de belangstelling van het N.H.I. Voor een ander deel van zijn activiteiten oriënteert het N.H.I. zich sinds enige jaren op het wat bredere terrein van de hele eerstelijns gezondheidszorg. Het S-1 projekt, waarin door het N.H.I. tezamen met de Nationale Kruisverenigingen en de Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening JOINT advisering en begeleiding wordt gegeven aan samenwerkingsverbanden, is daarvan een voorbeeld. De optiek, zoals die in het vorige hoofdstuk werd beschreven, maakt verdergaande bemoeienis van het N.H.I. met de andere sectoren van de gezondheidszorg en dan met name de eerstelijns gezondheidszorg in de naaste toekomst waarschijnlijk. Hoewel ook dan vooral de huisarts als vertrekpunt gekozen zal worden.

Deze verandering zal ook zijn weerslag vinden in de nieuwe samenstelling van het Bestuur van het N.H.I., waarin naast vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen nu ook vertegenwoordigers van "de patiënt" opgenomen zullen worden, alsmede -op adviseursbasis- vertegenwoordigers van andere instellingen/instanties in de gezondheidszorg. Ook de nieuwe statutaire doelstelling van het N.H.I. geeft blijk van de veranderingen die zich wat betreft de plaats van het N.H.I. in de gezondheidszorg voordoen. *"De stichting heeft tot doel de ontwikkeling en ondersteuning van de eerstelijns gezondheidszorg vanuit het gezichtspunt van de huisartsgeneeskunde, waarbij zij zich zowel op de hulpverlener als op de hulpvrager oriënteert"* (artikel 2 van de statuten).

Kort samengevat komt de verander(en)de positie van het N.H.I. er op neer dat het N.H.I. niet alleen gericht is op de huisarts/hulpverlener, maar via hem óók op de hulpvrager, en niet meer gericht is op de huisartsenzorg alleen, maar ook op het gehele gezondheidszorgsysteem, en op de eerstelijn in het bijzonder.

RELATIE MET ANDERE INSTELLINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Nu geldt veel van het bovengenoemde ook voor andere: voor de beroepsverenigingen -L.H.V. en N.H.G.-, voor de Universitaire Huisartsen Instituten, en, zij het in mindere mate, ook voor andere instellingen in de gezondheidszorg en het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het is daarom noodzakelijk de plaats van het N.H.I. ten opzichte

van deze instanties nader te bepalen en waar nodig af te grenzen.

relatie met de beroepsorganisaties van huisartsen

Zo op het oog bestaat er een grote overeenkomst met de beroepsverenigingen der huisartsen: de L.H.V. en het N.H.G. De doelstelling van een vereniging van artsen kan in principe dezelfde zijn als die van het Nederlands Huisartsen Instituut.

Er zijn echter enkele verschillen die het bestaan van beide, beroepsverenigingen én een N.H.I., rechtvaardigen en zelfs noodzakelijk maken. De *Landelijke Huisartsen Vereniging* is in eerste instantie een belangenvereniging; het is een formele, representatieve organisatie van huisartsen die de belangen van haar leden vooropstelt en ook voorop moet stellen: zij is immers verantwoording verschuldigd aan haar achterban. De belangen van de beroepsgroep lopen niet noodzakelijkerwijs parallel aan de belangen.

De L.H.V. houdt zich volgens haar nieuwe statuten naast belangenbehartiging ook met de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde bezig. Haar bemoeienis met kwaliteit van de verleende zorg hoeft echter niet direct te zijn. Zij kan deze taak delegeren aan derden.

Tot voor kort hield vooral het *Nederlands Huisartsen Genootschap* zich met de kwaliteit van de huisartsenzorg bezig. Het N.H.G. is indertijd als professionele organisatie opgericht als stimulans voor een ontplooiing en herwaardering van de huisartsgeneeskunde. Deze werd toen door een sterk toenemende specialisatie in de geneeskunde en onvoldoende aandacht van alle betrokkenen voor de inhoud van de huisartsgeneeskunde sterk bedreigd. Ook nu de L.H.V. zich meer met de inhoud van de huisartsgeneeskunde bezig wil houden, blijft er voor het N.H.G. een geheel eigen plaats in de gezondheidszorg. Het N.H.G. is, analoog aan de L.H.V., verantwoording schuldig aan zijn achterban, maar pas achteraf. Mede door dit verschil en de totaal andere verenigingsstructuur is het in staat zich vooral in te zetten voor nieuwe ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde -methodisch werken- en in de structuur en de organisatie van de gezondheidszorg, samenwerking in de eerstelijns en onderlinge toetsing. Als relativering moet hierbij worden opgemerkt dat het N.H.G. ook niet al te hard voorop mag lopen wil het zijn leden niet verliezen.

Zo'n 15 jaar geleden heeft het N.H.G. het N.H.I. opgericht. Uiteraard geeft dat een vrij nauwe band en verwantschap. Dat het instituut werd opgericht verklaart ook nu nog voor een deel het bestaansrecht van het N.H.I. Men realiseerde zich immers dat de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde niet meer kon plaatsvinden in de vrije tijd van enkele huisartsen. De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde moest vakmatig worden aangepakt en er moesten meer disciplines bij worden betrokken.

Zo ontstond het N.H.I., maar in de daaropvolgende jaren ook enkele andere instituten die aan dezelfde kenmerken voldeden: de Universitaire Huisartsen Instituten.

relatie met de universitaire huisartsen instituten

Sinds enige jaren heeft iedere medische faculteit in Nederland een -universitair- huisartsen instituut. De invoering van de huisartsge-neeskunde in het medisch curriculum, de beroepsopleiding tot huisarts en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, zijn de drie belang-rijkste taken van de U.H.I.'s. Tot nu toe hebben zij zich vooral op de beroepsopleiding gericht. Geleidelijk richten zij zich ook op hun andere taken en sinds kort ook op nascholing. Opleiding behoort niet tot de taken van het N.H.I.; wetenschappelijk onderzoek en nascholing wel.

Het universitair karakter van het wetenschappelijk onderzoek geeft vooral mogelijkheden voor fundamenteel onderzoek. Het N.H.I. wil zich vooral toeleggen op toegepast wetenschappelijk onderzoek, al zijn beide niet goed te scheiden op een terrein, waar nog zo weinig theorievorming voorhanden is.

Een deel van het wetenschappelijk onderzoek van de U.H.I.'s zal zich richten op onderwijsverbetering, een deel op verbetering van het hulp-verleningsproces van de huisarts. Het onderzoek van het N.H.I. heeft vaker een beleidsvoorbereidend en beleidsonderbouwend karakter en zal zich daarom veelal richten op de structuur en organisatie van de gezondheidszorg -op micro-, meso-, macroniveau- en de invloed daarvan op het functioneren van de huisarts.

Voor de nascholing en ondersteuning van de huisarts door het N.H.I. geldt ongeveer hetzelfde als wat hiervoor ten aanzien van het weten-schappelijk onderzoek is gesteld. Hierbij is echter inhoudelijke kennis van het werk van de huisarts nog meer onmisbaar dan bij weten-schappelijk onderzoek.

Het onderscheid in taken zal vaak niet erg scherp zijn en regelmatig zullen de U.H.I.'s en het N.H.I. zich op elkaars terrein begeven. Een eerste taakafbakening is met deze karakterschets echter wel gegeven. Een nauwe samenwerking, waar mogelijk in gezamenlijk opgezette projecten, zal overlap moeten voorkomen en verdere profilering mogelijk maken.

relatie met andere instellingen

De in de gezondheidszorg werkzame instellingen waarmee het N.H.I. op een of andere manier te maken heeft zijn te verdelen in twee groepen. Enerzijds zijn daar de instellingen die in rechtsvorm en activiteiten-pakket vergelijkbaar zijn met het N.H.I., maar een andere doelgroep hebben. Anderzijds zijn er een aantal instanties die qua rechtsvorm niet op het N.H.I. lijken, maar die zich ook op het terrein van de eerste-lijns gezondheidszorg bewegen.

Tot de vergelijkbare instellingen met de andere doelgroep moeten het Nationaal Ziekenhuis Instituut, het Nationaal Centrum voor de Geeste-lijke Volksgezondheid en het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde gerekend worden. Zoals hun namen ook al aangeven richt het N.Z.I. zich voornamelijk op de intramurale -somatische- gezondheidszorg en het N.C.G.V. op de ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg. Het N.I.P.G. neemt vraagstukken van meer algemene aard voor

zijn rekening, waaronder vragen over de organisatie van de gezondheidszorg en bijvoorbeeld de relatie tussen arbeid en gezondheid. De keuze voor een nauwe samenwerking met die instellingen, die zich met andere sectoren van de gezondheidszorg bezighouden, is een logisch voortvloeisel uit de keuze van het N.H.I. om de huisarts op te vatten als een onderdeel van de gezondheidszorg en hem te bestuderen op de raakvlakken tussen hem en de hem omringende structuren. Dus, waar de relatie tussen huisarts en specialist onderwerp van studie en/of advisering en begeleiding is, wordt gezocht naar samenwerking met het N.Z.I., enzovoorts. Voor een deel is deze samenwerking al gerealiseerd. Voor een deel moet deze nog verder worden uitgebouwd.

Het N.H.I. houdt zich niet alleen bezig met de huisarts maar via hem ook met de gehele eerstelijns gezondheidszorg. Dat is momenteel al zo, maar naar alle waarschijnlijkheid zal de tendens om het werkgebied uit te breiden tot de gehele eerstelijns gezondheidszorg zich de komende jaren voortzetten. Gezien de achterstand, die de eerstelijns gezondheidszorg nog steeds heeft ten opzichte van de intramurale zorg, en het politieke en maatschappelijke belang van die eerstelijns is deze uitbreiding zeker te rechtvaardigen.

Nu is het N.H.I. niet de enige instantie die zich met de eerstelijns bezighoudt. Te noemen zijn de Nationale Kruisvereniging, de JOINT, het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Pharmacie en vele anderen. Al verschilt het N.H.I. qua rechtsvorm van deze instanties, zij houden zich evenals het N.H.I. bezig met de eerstelijns. Samenwerking is dus geboden. Er is reeds een geformaliseerde samenwerking met de N.K. en de JOINT in het reeds genoemde S-1 project. Momenteel worden ook andere mogelijkheden voor samenwerking onderzocht. Uitgangspunt bij deze samenwerking is -zoals ook overigens bij de eerstgenoemde instellingen waarmee samenwerking wordt nagestreefd- dat bij het N.H.I. de huisarts-geneeskunde, respectievelijk de huisarts als vertrekpunt geldt voor alle activiteiten.

relatie met de Overheid

Als grootste subsidiegever tot nu toe is de relatie met de Overheid een zeer belangrijke. Ook de Overheid -en met de Overheid bedoelen we dan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Geneeskundige Hoofdinspectie- heeft een eigen taak op het gebied van de Nederlandse gezondheidszorg. Regelmatig zal de Overheid bij de uitoefening van deze taak haar beleid willen laten ondersteunen door het geven van (onderzoeks)opdrachten aan door haar gesubsidieerde instellingen.

Gezien de historie van het particulier initiatief in Nederland stelt de Overheid echter ook een zo groot mogelijke autonomie van de infrastructuur op prijs. De subsidie-voorwaarden geven aan gesubsidieerde instellingen ook alle ruimte voor deze autonomie. Een verzoek van de Overheid kan bijvoorbeeld afgewezen worden.

Het zal echter duidelijk zijn dat het N.H.I. zoveel mogelijk aan verzoeken van de Overheid zal trachten te voldoen, maar dan moeten deze wel passen in de doelstellingen en het beleid van het N.H.I.

Deze constructie is een potentiële spanningsbron. Goede afspraken over procedures en betere informatie over plannen op langere termijn tussen de Overheid en de onderzoeks- en ontwikkelingsinstanties in de gezondheidszorg zijn daarom nodig.

POSITIE EN TAKEN VAN HET N.H.I.

In de beschrijving van de relaties tussen het N.H.I. en andere instellingen en instanties in de gezondheidszorg zijn gaandeweg al heel wat karaktertrekken van het N.H.I. naar voren gekomen. Maar het is goed om deze kenmerken nog eens op een rij te zetten en van daaruit het activiteitenpakket van het N.H.I. toe te lichten.

Dat activiteitenpakket bestaat historisch gezien uit:

- wetenschappelijk onderzoek
- nascholing en training
- begeleiding en advisering
- documentatie en informatie

Tezamen met de hierboven bedoelde kenmerken vormen zij het profiel van het Nederlands Huisartsen Instituut. En dat profiel ziet er dan als volgt uit:

het N.H.I. is een landelijk instituut

Het feit dat het N.H.I. een landelijk instituut is bepaalt veel van zijn werkzaamheden. Het N.H.I. kiest altijd voor die werkzaamheden die landelijk van belang zijn.

Onderzoek zal bijvoorbeeld eerder beleidsonderbouwend zijn dan gericht op de individuele huisarts. Ook al doet het N.H.I. onderzoekingen op lokaal niveau, dan zal de keuze voor een dergelijk project altijd gekoppeld zijn aan de generaliseerbaarheid of beleidsrelevantie op een hoger niveau.

Deze filosofie wordt ook in de afdeling Nascholing gehanteerd. Eerder dan zelf actief op grote schaal nascholingsprogramma's te maken zal het N.H.I. zich bezighouden met de evaluatie van nascholingsmateriaal. Het zal de bestaande nascholingsprogramma's inventariseren en vastleggen.

Ook bij de service-activiteiten gelden de bij onderzoek genoemde criteria. Bij voorkeur richt het N.H.I. zich op het meso-niveau.

Daar waar toch service op micro-niveau -de individuele huisarts- verleend wordt, zal deze ook op meso- en macro-niveau van belang moeten zijn.

Het ontstaan van service-bureaus ten behoeve van de eerstelijns op regionaal niveau -zoals grootstedelijke, regionale en provinciale serviceplatforms- wil het N.H.I. dan ook krachtig ondersteunen. Met andere woorden: ondersteuning van de eerstelijnswerker dient zoveel mogelijk in de periferie zelf te gebeuren. Alleen als het zeer specifieke karakter van de ondersteuning dit absoluut onmogelijk maakt behoort het tot de taak van het N.H.I. deze service te verlenen. Een dergelijke opstelling van het N.H.I. houdt het gevaar van vervreemding van het veld in zich.

Daarom zijn voor het N.H.I. de zeer goed bij een landelijk instituut passende activiteiten als documentatie en registratie van in den lande plaatsvindende activiteiten van zeer groot belang. Op deze wijze

kan het instituut én op de hoogte blijven van ontwikkelingen in het veld én door van zijn kant op basis van de beschikbare gegevens diensten te verlenen aan het veld -waaronder de individuele huisarts- en het beleid een nauwere relatie met beide onderbouwen. De kans wordt daardoor kleiner dat het Instituut geïsoleerd komt te staan. Velddeskundigheid en bekendheid van het veld met de activiteiten van een instituut zijn onmisbare voorwaarden voor het functioneren van een landelijk instituut als het N.H.I.

het N.H.I. is een ontwikkelingsinstituut

Het N.H.I. heeft geen verantwoordelijkheid ten opzichte van gevestigde belangen en kan zich daarom richten op ontwikkelingen en vernieuwing. Dit kenmerk deelt het N.H.I. met de meeste onderzoeksinstituten. Voor de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek betekent dit, dat onderzoeksprojecten deels gericht zullen zijn op de evaluatie van in de gezondheidszorg ingezette experimenten en deels op het vergaren van kennis over de gezondheidszorg dan wel het functioneren van de huisarts. Dat alles met de bedoeling een betere planning, bijsturing en bijschaving mogelijk te maken. De consequenties voor de sector Nascholing is, dat de aandacht hier gericht is op het ontwikkelen -en evalueren- van nieuwe soorten nascholingsprogramma's zonder dat het daarbij in de bedoeling ligt deze programma's ook op grote schaal zelf te gaan uitvoeren. De begeleiding en advisering van het N.H.I. draagt ook een ontwikkelingskarakter; deze service-activiteiten zullen vooral gericht zijn op ontwikkelingen in de gezondheidszorg zoals samenwerking in de eerstelijns en -van meer recenter datum- het tot stand komen van een vestigingsbeleid. Maar ook maakt het ontwikkelingskarakter het in principe onmogelijk routineklussen eindeloos aan te houden.

De sector documentatie en informatie draagt met zijn bibliotheek, zijn tijdschriftenbestand en zijn registratie van lopend wetenschappelijk onderzoek wellicht nog het meest behoudende karakter, al wordt er ook hier naar gestreeft om de activiteiten zoveel mogelijk te richten op de aandachtsvelden van het N.H.I.

het N.H.I. is een autonoom instituut

De Stichtingsvorm geeft het N.H.I. een zekere autonomie. De plaats van het N.H.I. in de gezondheidszorg -in het krachtenveld tussen patiënten, individuele huisartsen, beroepsverenigingen en de Overheid, en met een tendens tot relatievorming met andere instellingen in de gezondheidszorg- benadrukt niet alleen deze autonomie maar maakt autonomie noodzakelijk. Deze kwetsbare plaats in de gezondheidszorg geeft ook aan dat het beter is van een multi-afhankelijkheid te spreken dan van een onafhankelijkheid. Autonomie wil ook zeggen, dat het instituut altijd openbaar rekenschap dient af te leggen van zijn handelingen, zowel met betrekking tot de resultaten van en werkwijze bij wetenschappelijk onderzoek als met betrekking tot de werkwijze van de service afdelingen. Voor de activiteiten van het N.H.I. heeft deze karaktertrek weer enige consequenties.

Voor de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek betekent het -zoals al gezegd- dat het N.H.I. een verzoek voor een bepaald onderzoek kan weigeren. Potentiële opdrachtgevers zullen deze vrijheid van het N.H.I. moeten respecteren. Het betekent ook dat het N.H.I. altijd zelf voorstellen zal doen voor het onderzoek die binnen het uitgestippelde beleid passen en daarmee wervend zal optreden.

Een andere belangrijke consequentie betreft de openbaarheid van publicaties. Het N.H.I. aanvaardt uit principe geen onderzoeksopdrachten met een vertrouwelijk karakter. De onderzoeksresultaten zijn *altijd* openbaar en voor iedereen toegankelijk. Resultaten zijn zodoende altijd falsificeerbaar, en daardoor betrouwbaarder.

Voor de gezamenlijke service-afdelingen van het N.H.I. -nascholing en training, begeleiding en advisering en, in mindere mate, ook documentatie en informatie- heeft het autonome karakter van het N.H.I. weer andere consequenties.

Deze liggen voornamelijk op het vlak van de eigen visie van het N.H.I., die waar mogelijk wordt geëxpliciteerd en in de service activiteiten naar voren gebracht.

Zo wordt begeleiding gegeven aan gezondheidscentra vanuit de 'visie' dat samenwerken goed is. Daar waar het N.H.I. geen echt eigen visie heeft of er zeer veel verschillende visies mogelijk zijn en het toch service verleend, zal het N.H.I. altijd zo veel mogelijk betrekken, elk met hun -eigen- visie, aan bod laten komen. Zo zullen bij advisering en begeleiding over een vestigingsbeleid of de afstemming van werkgebieden van eerstelijns hulpverleners niet alleen de hulpverleners maar ook de betrokken lokale overheden en -potentiële- hulpvragers worden betrokken.

het N.H.I. is een beleidsvoorbereidend, geen beleidsmakend instituut

Over de term "beleid" bestaat nog wel eens onduidelijkheid. Ieder instituut heeft een eigen beleid, te weten een aantal meer of minder coherente gedachten over welke activiteiten het zou moeten uitvoeren, uitgaande van de -statutaire- doelstelling, de plaats, die het in het maatschappelijk bestel inneemt, en de visie van zijn medewerkers.

Zo ook heeft het N.H.I. een beleid, neergelegd in deze beleidsnota. Het veelvuldig voorkomend woord beleid in deze nota betekent overigens nog geenszins dat het N.H.I. ook een beleidsuitvoerende taak heeft.

Het N.H.I. neemt uit principe zelf niet plaats aan de onderhandelings-tafel. Daartoe is het N.H.I. niet gerechtigd, maar het ligt ook niet in zijn bedoeling. Het N.H.I. laat de beleidsvoering gaarne over aan L.H.V., Overheid en Ziekenfondsen, om er maar enkele te noemen.

Wel is het N.H.I. voortdurend geïnteresseerd in de ontwikkelingen en standpunten bij de beleidsuitvoerende instanties. Zij kan altijd met voorstellen voor onderzoek of service op deze ontwikkelingen reageren.

Het N.H.I. heeft dus geen beleidsuitvoerende taak maar wel een beleidsvoorbereidende taak. Zo zal onderzoek vaak een beleidsonderbouwend karakter hebben. Kenmerkend voor het N.H.I. is echter dat ook beleids- onderbouwend onderzoek nooit een vertrouwelijk karakter kan hebben zodat het N.H.I. ook nooit als een verlengstuk van de onderhandelings-tafel gezien kan worden.

IV HET N.H.I.-BELEID VOOR DE KOMENDE JAREN

- (optiek x plaatsbepaling) + pragmatische keuzen = beleid

Er is nu achtereenvolgens gesproken over de N.H.I.-optiek met betrekking tot de huisartsgeneeskunde, die de keuze van de aandachtsvelden bepaalt, en over de positie van het N.H.I. in de gezondheidszorg, die het Instituut profileert. (hoofdstuk II en III).

De concrete werkzaamheden die binnen het N.H.I. zijn en worden uitgevoerd zijn het product van deze twee.

Echter ook met de uit deze hoofdstukken voortkomende beperkingen blijft het terrein waarop het N.H.I. zich bevindt nog onnoemelijk groot. Verder beperkingen zijn dus noodzakelijk.

Deze uiteindelijke keuzen zijn voornamelijk pragmatisch van aard; sommigen zijn te verklaren vanuit het verleden en aan anderen liggen vooral economische oorzaken ten grondslag.

Het N.H.I. bestaat nu ongeveer 15 jaar en dat geeft het een historie. Deze toont zich in de sectoren waarin het N.H.I. is verdeeld -het N.H.I. houdt zich al vanaf zijn oprichting bezig met wetenschappelijk onderzoek, nascholing, etc.- en in de projecten waar het N.H.I. zich mee bezighoudt, o.a. het S-1 projekt, de huisartsenregistratie. Individuele voorkeuren van medewerkers, vaak vastgelegd in eerdere beleidsnota's, maar ook allerlei maatschappelijke en politieke ontwikkelingen hebben in de loop der tijd hun invloed gehad op de activiteitenkeuze van het N.H.I.

Zo kon het gebeuren -voornamelijk door het subsidiebeleid van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, die het N.H.I. een aantal opdrachten gaf voor beleidsonderbouwend onderzoek- dat één van de vier sectoren waaruit het N.H.I. oorspronkelijk bestond, de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek, in de afgelopen jaren een forse groei doormaakte. Daardoor kreeg het N.H.I. meer en meer het karakter van een wetenschappelijk onderzoeksinstituut.

Dat ging niet letterlijk maar wel in feite ten koste van de drie service-afdelingen bij wie een dergelijke expansie door gebrek aan extra subsidies achterwege bleef -de economische groei-. De ongelijkheid, die hierdoor ontstond, is een potentiële bron van spanning, niet alleen binnen het N.H.I. maar ook tussen het N.H.I. en zijn direct betrokkenen: de beroepsverenigingen die een service-aanbod van het N.H.I. verwachten en de Overheid, die de beroepsverenigingen mede verantwoordelijk stelt voor de financiering van de service activiteiten. In de naaste toekomst zal dit probleem opgelost moeten worden, wil het N.H.I. een enigszins stabiele toekomst tegemoet kunnen gaan.

In concreto betekent dit dat het N.H.I. streeft naar een verdere uitbouw van de service afdelingen, analoog aan die van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek. Mocht dit op een gegeven moment niet haalbaar blijken te zijn, dan zal het N.H.I. zich genoodzaakt zien om tenminste een deel van zijn service activiteiten af te stoten.

Maar goed, zover is het (gelukkig) nog niet. En voor dit moment gaan we bij de concretisering van de werkzaamheden van het N.H.I. uit van de keuzen, die in het verleden zijn gedaan, en die passen binnen de ge-

schetste visie en plaatsbepaling van het N.H.I.

Deze werkzaamheden zullen -en dat is dan een ander resultaat van het G.I.T.P.-onderzoek * - worden ingebed in een zevental organisatorische eenheden, de zogenaamde basiseenheden van het N.H.I.

De afdeling Wetenschappelijk Onderzoek kent vier van deze basiseenheden:

1. structuur van de (huisartsen) beroepsgroep
2. relatie eerste lijn
3. psychosociale hulpverlening
4. registratie (van hulpvraag en hulpaanbod) in de eerste lijn

De overige drie basiseenheden dragen hun vroegere afdelingsnaam:

5. nascholing en training
6. documentatie en informatie
7. begeleiding en advisering

Binnen elke van deze basiseenheden worden activiteiten verricht binnen één of meer van vier in hoofdstuk II geformuleerde aandachtsvelden.

- A. De huisarts in relatie tot de hulpvraag en hulpvrager
- B. De huisarts in relatie tot de eerste lijn van de gezondheidszorg
- C. De huisarts in relatie tot de hogere echelons
- D. De huisarts in relatie tot zijn collega's en tot de structuren en organisatie waarbinnen hij zijn beroep uitoefent.

Bijgaand schema 3 geeft een overzicht van de concrete werkzaamheden en projecten die, aldus georganiseerd, door het N.H.I. worden uitgevoerd. De zeven meerjarenplannen van de verschillende basiseenheden geven de uitwerking ervan. In het laatste hoofdstuk zijn de samenvattingen van deze nota's opgenomen.

* zie voor een nadere uitwerking de nota "Interne Organisatie"

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	aandachtsvelden basisseenheden		de huisarts in relatie tot de hulpvraag/ hulpvrager	de huisarts in relatie tot de eerste lijn van de gezondheidszorg	de huisarts in relatie tot de hogere echelons	de huisarts in relatie tot zijn collega's en de structuur van de beroepsuitoefening
	structuur van de (huisartsen) beroepsgroep			registratie van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (gezondheidscentra) onderzoek op basis van deze registratie *		registratie van: - huisartsen - aspirant huisartsen - groepspraktijken onderzoek naar: - opbouw van de beroepsgroep - toetreding * - vertrek - spreiding, dichtheid
		relatie 1e - 2e lijn		- project Hoogeveen * - project huisartslaboratoria *	- project huisartslaboratoria * - project Diagnostisch Centrum Oudenrijn - project Hoogeveen * - project Lelystad *	- project Hoogeveen *
	psychosociale hulpverlening		- PEDM project * - videoproject *	- project Breda	- project Eindhoven	
	registratie van hulpvraag en hulp-aanbod in de 1e lijn		- PEDM project * - classificatieproject *		- project verwijzen op microniveau *	- project automatisering *

* in voorbereiding

aandachtsvelden basisseenheden	<i>de huisarts in relatie tot de hulpvraag/ hulpvrager</i>	<i>de huisarts in relatie tot de eerste lijn van de gezondheidszorg</i>	<i>de huisarts in relatie tot de hogere echelons</i>	<i>de huisarts in relatie tot zijn collega's en de structuur van de beroeps- uitoefening</i>
<i>nascholing en training</i>	- job counselling * - chronische patiënten - HUAN project * - trainingen metho- disch werken - werkgroep groeps- wijze behande- ling - sexologie in de eerste lijn *	- training in samen- werking - job counselling *		- inventarisatie- en evaluatieproject *
<i>documentatie en in- formatie</i>	- bibliotheek - R.W.O. - patiëntenvoorlich- ting (onderzoek) *	- bibliotheek - R.W.O.	- bibliotheek - R.W.O.	- bibliotheek - R.W.O. - oriëntatiecursus - voorlichting
<i>begeleiding en ad- visering</i>	- training in hulp- verlening (multi- disciplinair)	- training in samen- werking - S-1 project		- bouw/verbouw/ prak- tijkvoering - ondersteuningsproject plaatselijke/regionale structuur

* in voorbereiding

V HET BELEID NADER GECONCRETISEERD

- een samenvatting van de meerjarenplannen

In dit laatste hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de meerjarenplannen zoals die door elk van de zeven basiseenheden van het N.H.I. zijn vervaardigd. Eerst komen de vier basiseenheden die tezamen de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek vormen aan bod, daarna de drie service-gerichte basiseenheden Nascholing en Training, Documentatie en Informatie en Begeleiding en Advisering

Zoals al in deze nota is gesteld, is het instituut onevenwichtig uitgegroeid. Dit is duidelijk te merken in de meerjarenplannen. Het instituut kent vier activiteiten: onderzoek, nascholing en training, begeleiding en advisering en documentatie en informatie. Al deze vier activiteiten zouden plaats moeten vinden rond de eveneens reeds geschetste vier aandachtsvelden. Bij de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek is dat min of meer het geval. De organisatie is meer rond de aparte aandachtsvelden of onderdelen daarvan gericht. Medewerkers houden zich met een bepaald veld bezig. Bij de service afdelingen ligt dat anders. Alle drie verkeren zij in een pril (her) beginstadium. Medewerkers verdelen hun aandacht nog over alle aandachtsvelden. Er is nog weinig materiaal waarop ze verder kunnen bouwen.

Tot zover deze inleiding: hierna volgen de zeven samenvattingen. Voor nadere informatie wordt naar de apart verkrijgbare meerjarenplannen verwezen.

de basiseenheid structuur beroepsgroep

De beroepsgroep van huisartsen vertoont alle kenmerken van een professie en dat is van belang omdat professies gekenmerkt worden door de eigenschap dat zij voor een belangrijk deel autonoom zijn in het bepalen van de wijze waarop de leden daarvan hun beroepsmatig en niet-beroepsmatig handelen inrichten. De wijze waarop een professie nieuwe leden recruteert, oudere leden laat vertrekken, de wijze waarop een professie is georganiseerd, de hechtheid van de organisatie, zijn alle onderwerpen die binnen het kader van de basiseenheid structuur beroepsgroep worden bestudeerd.

Het onderzoek binnen bovengenoemd thema vindt plaats op basis van twee registratiesystemen, waarvan het eerste systeem de gehele populatie van gevestigde huisartsen omvat en in het tweede systeem, dat nog ontwikkeld wordt, de artsen beschrijft, die met de huisartsenopleiding zijn begonnen en die men dus in zekere zin als adspirant huisartsen kan beschouwen. Uit deze registratiesystemen zullen regelmatig overzichten verschijnen over de stand van zaken betreffende de beroepsgroep op een bepaalde peildatum - het begin van het jaar -. Bovendien dienen de systemen als basis voor steekproeftrekkingen wanneer men onderzoek wil doen, dat nader op bepaalde aspecten van de beroepsgroep in gaat.

Binnen het algemene kader worden de volgende thema's uitgewerkt:

Toetreding tot de beroepsgroep

Nadat in 1979 en begin 1980 informatie is verzameld over de redenen waarom een deel van de tot dat moment van de opleiding gekomen artsen zich

niet als huisarts gevestigd heeft zal in de daaropvolgende jaren een jaargroep (cohort) artsen gevolgd worden in de tijd tussen opleiding en vestiging. Centrale vraagstelling is: "Wie verkrijgt welk soort praktijk, wat is de relatie tussen wensen en uiteindelijk resultaat".

Terugtrekking

Over het thema - vroegtijdig - vertrek uit de huisartspraktijk is in 1978 een verkennend onderzoek afgerond, waaruit bleek dat een alternatief voor vroegtijdig vertrek gelegen was in het aangaan van een samenwerkingsrelatie dan wel het reorganiseren van de praktijk. Artsen die reeds lang bepaalde nevenfuncties verrichtten bleken aanmerkelijk vaker de keuze voor vroegtijdig vertrek te maken dan zij die deze functies niet vervulden. Nader onderzoek rond dit thema zal de bevindingen van het verkennend onderzoek verder uitwerken.

Opbouw van de beroepsgroep

Voor studies op het gebied van "manpower planning" is kennis van de opbouw van de beroepsgroep - de leeftijdsopbouw in dit geval - van belang; maar ook voor het beantwoorden van de vraag hoe snel het aantal apothekhoudende huisartsen afneemt, of hoe snel het aantal vrouwelijke huisartsen toeneemt is kennis van de opbouw noodzakelijk. Regelmatige overzichten zullen worden gepubliceerd en bij sommige bijzondere groepen - artsen die na hun 65e nog praktiseren, vrouwelijke huisartsen, part time werkende artsen - zal nader onderzoek worden verricht naar de omstandigheden waaronder men de praktijk uitoefent.

Spreiding van huisartsen

Onder dit thema wordt geprobeerd de volgende eenvoudige vraag te beantwoorden: "Hoe komt het dat op de ene plaats naar verhouding meer huisartsen te vinden zijn dan op andere?"

De verdeling van huisartsen over Nederland wordt in verband gebracht met de inkomensverdeling van de Nederlandse bevolking, de loop en de opbouw van de bevolking en de bevolkingsdichtheid. Bovendien wordt gepoogd de invloed van de lokale organisatie van huisartsen op de spreiding vast te stellen. Doel van het onderzoek is het vaststellen van de effecten van de ongelijke spreiding van huisartsen op het verloop van patiëntenstromen in de gezondheidszorg.

Registratie samenwerkingsverbanden

Organisatorisch vormt het registratiesysteem van huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra een buitenbeentje op het N.H.I. Het is nu ondergebracht bij "Structuur beroepsgroep". De bedoeling is om uit te groeien tot een eigen basiseenheid.

Het registratiesysteem kan uitgebreid worden enerzijds naar gemeenschappelijk gehuisveste groepen hulpverleners die buiten de definitie "gezondheidscentrum" vallen en anderzijds naar groepen niet onder één dak samenwerkend hulpverleners. De haalbaarheid van dit laatste plan zal eerst grondig bekeken moeten worden.

Op basis van het registratiesysteem kan in een aantal deelonderzoeken de vraag "wat is de meerwaarde voor de hulpverlener van de gemeenschappelijke huisvesting en fysieke nabijheid", beantwoord worden.

de basiseenheid relatie eerste - tweede lijn

Het onderwerp relatie tussen de eerste en de tweede lijn van de gezondheidszorg is zó veelomvattend, dat beperking noodzakelijk is. Een eerste beperking wordt gevonden door de aandacht vooral te richten op wat wordt aangeduid als "patiëntenstromen": verwijzingen van huisartsen naar specialisten, polikliniekbezoeken, opnamen, etc. Een tweede beperking betreft het niveau van analyse: de komende jaren zal het onderzoek voornamelijk een mesokarakter hebben. Dit betekent dat vooral onderzoek gedaan wordt met als onderzoeksgebied een tweedelijns voorziening (ziekenhuis) met de "bijbehorende" huisartsen. Afhankelijk van de situatie betreft het geografische gebied dan een wijk, een plaats, of een (sub-)regio.

Aandacht voor patiëntenstromen op mesoniveau heeft zowel een beschrijvende als een verklarende component. De beschrijving richt zich in de eerste plaats op een nauwkeurig in kaart brengen van de patiëntenstromen als zodanig: hoeveel mensen melden zich bij hun huisarts, hoe vaak worden zij gemiddeld terugbesteld, hoeveel worden er verwezen en naar wie, hoe vaak worden zij op de polikliniek terugbesteld, hoeveel worden er opgenomen, hoe lang liggen zij in het ziekenhuis?

Verdere beschrijving heeft ten doel de belangrijkste van de met aard en omvang van de patiëntenstromen samenhangende factoren te inventariseren, uiteraard met als uiteindelijk doel één en ander in causaal model samen te vatten.

Het thema "aard en omvang van patiëntenstromen op mesoniveau" is om twee redenen relevant. In de eerste plaats geeft het inzicht in de mogelijkheden om te komen tot verschuiving van de zorg naar de extramurale respectievelijk de eerstelijns gezondheidszorg - de relevantie van dit beleid zullen wij als bekend veronderstellen - de specifieke aandacht voor het lokale niveau doet vervolgens recht aan het inzicht dat het, zeker waar het patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn betreft, vooral de hulpverleners zelf zijn die het patiëntenverkeer in hoge mate bepalen.

Kennis over de wijze waarop de plaatselijke hulpverleners erin slagen afspraken over de patiëntenstromen te maken, de wijze waarop het nakomen van deze afspraken wordt verzekerd en de knelpunten die dit met zich meebrengt - of de factoren die er voor zorgen dat er überhaupt geen afspraken tot stand komen - levert een bijdrage aan het signaleren en oplossen van problemen die realisering van het beleid met zich meebrengen.

In concreto zullen wij in de eerste jaren de volgende onderzoeken doen:

Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn

Start: medio 1979. Duur: drie jaar

Doelstelling: nagaan van de effecten van het openstellen van een diagnostisch centrum op de patiëntenstromen in het algemeen, en op aantal en kwaliteit van de verwijzingen in het bijzonder.

Integratie gezondheidszorg te Hoogeveen

Start: januari 1980. Duur: vier jaar

Doelstelling: analyseren van de knelpunten bij en als gevolg van de intensieve samenwerking tussen de hulpverleners in en rond Hoogeveen. Analyse van mogelijke zorgverschuiving naar de eerste lijn.

Effecten ziekenhuis Lelystad (in voorbereiding)

Start: medio 1980. Duur: vijf jaar

Doel: analyse van de gevolgen van het openen van een ziekenhuis in een aanvankelijk ziekenhuisloos gebied.

Huisartsenlaboratoria

Start: begin 1980. Duur: een half jaar

Doel: vergelijken van de serviceverlening van een huisartsenlaboratorium met die van een diagnostisch centrum.

Bij de verdere ontwikkeling van de basiseenheid zal de aandacht gericht worden op de, wat bredere, regionalisatieproblematiek. Nog steeds uitgaande van aard en omvang van de patiëntenstromen als belangrijkste variabele zal gepoogd worden deze te behandelen in een kader waarin niet alleen de relatie tussen de eerste en de tweede lijn van de - somatische - gezondheidszorg als verklaring wordt aangevoerd, maar waarin het geheel aan voorzieningen en de samenhang daartussen wordt beschouwd. Het project Hoogeveen is daarvan overigens al een voorbeeld.

de basiseenheid psychosociale hulpverlening door de huisarts (P.S.H.)

De psychosociale hulpverlening door de huisarts is de afgelopen jaren door de basiseenheid PSH vooral bestudeerd in het kader van twee groot opgezette evaluatieonderzoeken. Deze hadden als doel na te gaan hoe het functioneren van de huisarts beïnvloed wordt door de samenwerking tussen huisarts en psycholoog of door consultatie door een psychosociaal team (project Eindhoven). Aspecten van dat functioneren waaraan aandacht besteed werd, waren onder meer de mate waarin klachten door artsen als niet-somatisch werden beoordeeld, het gespreksgedrag van artsen, het voorschrijven van medicijnen en het verwijzen van patiënten. Deze onderzoeksactiviteiten hebben geleid tot zowel een verbetering van het meetinstrumentarium en de onderzoeksmethoden als tot ideeën over de invloed, die artsen uitoefenen op ziekte-definiëring en patiëntencarrières.

Onze gedachte over de werkwijze van huisartsen kan op de volgende wijze beschreven worden: "een arts behandelt geen klachten volgens een van tevoren vaststaande therapie op grond van een eenduidig vast te stellen diagnose. Integendeel, iedere arts definieert op eigen wijze het probleem, door uit de veelheid van gegevens - zowel uit het heden als uit het verleden - een selectie te maken en deze op een bepaalde manier te interpreteren."

De basiseenheid PSH richt zich de komende jaren op twee thema's: enerzijds op een nadere specificatie van de manier waarop de arts het ziekteverloop van patiënten beïnvloedt; anderzijds op de structuren, die beïnvloeding door de huisarts - oftewel de "artsenfactor" - op hun beurt beïnvloeden.

In dit kader zijn de volgende onderzoeken gepland:

Onderzoek naar factoren die meebepalen hoe een arts uit een probleempresentatie tot een behandeling komt (PEDM project)

Uitgegaan wordt van een model dat de volgende aspecten aan een arts - patiënt contact onderscheidt: Probleempresentatie - Evaluatie door de

arts-Doelstelling-Maatregelen. Op grond van de wijze waarop deze aspecten van het arts - patiënt contact tussen artsen kunnen verschillen, willen we inzicht in de "artsenfactor" bij het behandelen van patiënten en bij hun patiëntencarrières krijgen.

Onderzoek naar spreekkamergedrag van de arts: omgaan met psychische problematiek en ruimte geven aan de patiënt (videoproject)

De afgelopen jaren zijn verschillende video opnames van huisartsconsulten gemaakt en bestudeerd. Als resultaat hiervan is een observatieschema ontwikkeld, waarmee het omgaan met psychische klachten en het ruimte geven aan de patiënt gemeten kan worden. De bedoeling van verder video onderzoek is nu om binnen reeds verzameld materiaal te onderzoeken in hoeverre het omgaan met psychische klachten en het ruimte geven aan de patiënt beïnvloed kan worden door respectievelijk gespreksttraining, consultatie en samenwerking met een psycholoog.

Onderzoek naar "de artsenfactor" in het gespreksgedrag van de arts (PEDM project)

Met behulp van de in de eerste twee onderzoeken verworven kennis gaan we in een later stadium na in hoeverre de aspecten Problempresentatie, Evaluatie, Doelstelling, Maatregelen in het spreekkamergedrag, zoals geregistreerd op video, zichtbaar te maken zijn.

Longitudinaal onderzoek naar de invloed van de arts op patiëntencarrières (project Breda)

Door van een cohort patiënten bij een aantal artsen gedurende langere tijd gegevens vast te leggen over problempresentatie, evaluatie daarvan door de arts, doelstellingen die hij zich stelt, en de maatregelen die hij neemt, hopen we het begrip patiëntencarrière meer inhoud te kunnen geven: in welke mate heeft de arts stereotype ideeën over patiënten, hoe spelen die mee in de manier waarop de patiënten behandeld worden, e.d.

Aangezien deze longitudinale patiëntenregistratie plaats vindt bij een groep artsen die een experimenteel samenwerkingsverband onderhouden met een psychotherapeutisch team, biedt deze registratie ook de gelegenheid om wel en wee van de verwezen patiënten nauwkeurig te beschrijven.

de basiseenheid registratie in de eerste lijn

Sinds de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1969 een groot landelijk morbiditeitsproject uitvoerde (Oliemans 1969) heeft er in Nederland nooit meer een onderzoek plaatsgevonden waaruit min of meer generaliseerbare cijfers over de hulpvraag in de huisartspraktijk naar voren kwamen. Dat kwam niet omdat er geen behoefte was aan cijfers over de hulpvraag in de huisartspraktijk. De aarzeling om opnieuw een dergelijk grootschalig registratieproject op te zetten berustte eerder op het groeiend besef, dat een dergelijk onderzoek een aantal problemen met zich meebrengt, die niet onderschat mogen worden, zoals de organisatie van een groot netwerk van "Peilstations", de verwerving en verwerking van de gegevens, de betrouwbaarheid van de registratie, de te gebruiken classificatiemethoden en de onverklaarde interdoktervariatie. Problemen die het N.H.I. in het kleiner opgezette, maar nu al 10 jaar functionerende project "Continue Morbiditeits Registra-

tie Peilstations" van dichtbij heeft leren kennen.

Toch is kennis over de hulpvraag aan de huisarts van groot belang. De huisarts heeft nog steeds een centrale positie in de gezondheidszorg en kennis over aanbod en handelwijze is daardoor ook uitermate belangrijk bij planning van de gezondheidszorg. Het is niet alleen belangrijk te weten wat er bij de huisarts binnenkomt, maar ook wat hij verder doet: zelf behandelen, verwijzen, voorschrijven van geneesmiddelen. Uit dit oogpunt, maar ook om redenen van efficiëntie - de potentiële onderzoeksgroep der huisartsen is slechts klein en moet daarom zorgvuldig gebruikt worden - is het zinnig om een eventueel groot landelijk registratieproject niet alleen op de hulpvraag, maar ook op het hulpaanbod te richten. Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft het N.H.I. gevraagd de mogelijkheden voor een landelijk morbiditeitsonderzoek te onderzoeken. Het meerjarenplan van de basiseenheid Registratie in de eerste lijn omvat dan ook vier verschillende onderzoeken die elk antwoord moeten geven op één van de hiervoor geschetste problemen.

Verwijzen op microniveau

De organisatorische problemen van materiaalverwerving - selectie en motivering van de deelnemende artsen en hun assistentes, de betrouwbaarheid van de registratie - worden in dit project onderzocht. Overigens heeft dit onderzoek, naast deze meer pragmatische, ook een hele duidelijke inhoudelijke doelstelling, te weten: een onderzoek naar een belangrijk onderdeel van wat hiervoor het hulpaanbod is genoemd: het verwijzen. Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschappen te Groningen.

Automatisering in de eerste lijn

De problemen van geautomatiseerde materiaalverwerking - haalbaarheid van computers in de eerste lijn, ontwikkeling van de toepassing ervan en van de in de huisartspraktijk benodigde computerprogrammatuur - worden in dit project onderzocht, in samenwerking met de SAZZOG te Arnhem (Ir. J. Roukens).

Classificatie van de hulpvraag

De problemen rond de classificatie van de hulpvraag - welke classificatiemethode is de meest geëigende in een groot, multifunctioneel registratieproject - worden hierin uitgewerkt. Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (Prof. dr. F.J.A. Huygen)

De artsenfactor in registratieonderzoek (PEDM project)

De interdoktervariatie - waarom noemt de ene arts hetzelfde probleem anders dan de andere, wat is de omvang van dit verschijnsel en wat zijn de consequenties - wordt in dit project onderzocht. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met de basiseenheid Psychosociale Hulpverlening van het N.H.I.

Pas wanneer deze vier projecten zijn uitgevoerd, althans in een gevorderd stadium zijn, is het zinnig een besluit te nemen over de wense-

lijkheid en haalbaarheid van een landelijk registratieproject van hulpvraag en hulpaanbod in de eerste lijn. Tot zolang blijft in ieder geval het vijfde - en oudste - onderdeel van deze basiseenheid in zijn huidige vorm bestaan: het project "Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations". Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met de Geneeskundige Hoofd Inspectie.

basiseenheid nascholing en training

In het geheel van nascholings- en trainingsactiviteiten voor huisartsen heeft de basiseenheid Nascholing en Training van het N.H.I. een eigen taak. Zij houdt zich zowel met de methodologie van de nascholing als met uitvoering van nascholings- en trainingsprojecten bezig. Zo wil zij trachten om antwoord te geven op vragen als: "hoe kom je tot de omschrijving van die nascholingsactiviteiten waar aan de huisarts behoefte heeft; welke zijn de basiscriteria waaraan nascholing moet voldoen m.b.t. doelstelling, methode en effect; hoe zijn proces- en effectevaluatie tot stand te brengen". Daarnaast zal zij aandacht blijven geven aan de opzet en uitwerking van (eventueel experimentele vormen van) nascholings- en trainingsprojecten.

De basiseenheid streeft naar een intensieve samenwerking met andere op dit gebied werkzame instanties, zoals onder andere de Stichting Nascholing Huisartsen, de Universitaire Huisartsen Instituten, de beroepsorganisaties en het orgaan Post-Academisch-Onderwijs-Geneskunde. In feite zijn bij de meeste van de lopende en toekomstige projecten van de basiseenheid anderen betrokken. In de komende jaren zal de basiseenheid uit moeten groeien tot een afdeling die ten gevolge van de kwaliteit die zij levert vertrouwen geniet van de instanties, waarmee zij samenwerkt, en van de huisarts, waaraan zij uiteindelijk haar bestaansrecht ontleent.

De volgende projecten zijn in ontwikkeling of worden verder voortgezet:

Cursus Methodisch werken

Deze activiteit - een samenwerkingsproject met het N.H.G. en het huisarts- en instituut van de V.U. - geniet grote belangstelling. Een projectgroep houdt zich bezig met het opzetten van nieuwe cursussen; werving, selectie en training van een kader huisartsenbegeleiders voor een cursus; promotion; bijwerking van de inhoud van de cursus; publikaties.

Trainingen persoonlijk functioneren

Deze worden momenteel sporadisch gegeven. Zij zullen zich ontwikkelen in de richting van op de praktijk gerichte job-counselings activiteiten. Een regionale opzet - bijvoorbeeld intervisiegroepen - heeft hierbij de voorkeur.

Nascholingsproject Sexuologie in de eerste lijn

Dit pakket ligt kant en klaar en wacht op operationalisatie. De basiseenheid participeert o.a. bij de opzet van proefcursussen in afwachting van de beslissing op de subsidie aanvraag, waarna een grotere bekendheid aan de cursus gegeven kan worden. Het is een samenwerkingsproject met o.a. het N.H.G. en de Rutgersstichting.

Het HUAN project

Dit gecombineerde onderzoeks- en nascholingsproject over de bestrijding van hart- en vaatziekten door de huisarts, start op 1 oktober 1979. Over de eerste fase is overeenstemming bereikt. Dit meerjarenproject vereist afstemming met de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.I. en met het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut welke in dit project participeren. Het doel van dit project is om, na evaluatie van onderzoeksbevindingen met betrekking tot het gedrag van de huisarts t.a.v. hart- en vaatziekten, een nascholingsprogramma op te zetten.

Inventarisatie- en evaluatieproject

Dit project in samenwerking met de S.N.H. voorziet in de eerste fase in een inventarisatie van nascholingsmateriaal in den lande, het opzetten van een databank met een onmiddellijke servicemogelijkheid; het bewerken van het materiaal om onderwijskundige en evaluatiecriteria voor procesmeting en effectmeting op te kunnen stellen. Voorbereidingen voor dit project waartoe een gedetailleerd projectvoorstel binnenkort te verwachten is, zijn in volle gang.

Werkgroep Chronische patiënten

Deze blijft zich bezig houden met het produceren en evalueren van nascholingsmateriaal volgens het Miller-concept. Onderwerpen van projecten zijn thans: hypertensie en diabetes, terwijl voor 1980 het onderwerp CARA voorbereid zal worden. Nadat er richtlijnen voor het handelen van de huisarts zijn opgesteld, volgt de fase waarin met die richtlijnen een nascholingsprogramma wordt opgezet.

Werkgroep Groepsgewijze behandeling

Deze werkgroep, waarin de basiseenheid Nascholing en Training participeert zal op korte termijn een landdag organiseren waarin verdere kennismaking met het groepsgewijze behandelen in de eerstelijns gezondheidszorg zal worden uitgewerkt. Waarschijnlijk zullen er verdere activiteiten in deze richting worden ontplooit.

de basiseenheid documentatie en informatie

Deze basiseenheid legt de ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg vast en geeft daar informatie over. In feite is het een serviceverlenende eenheid, zowel aan het eigen instituut (met name de wetenschappelijk onderzoek afdeling) als ook aan derden. De bibliotheek, het registratieproject lopend wetenschappelijk onderzoek en een aantal voorlichtingsprojecten, vormen de kern van deze basiseenheid.

De bibliotheek richt zich vooral op literatuur over de structuur en het functioneren van de eerstelijns gezondheidszorg (met name gericht op de huisarts), toetsing, psychosociale hulpverlening en de relatie 1e-2e lijn. Kortom op literatuur over alle onderwerpen binnen alle aandachtsvelden van het instituut.

Naast boeken maken vooral rapporten en onderzoeksverslagen een groot gedeelte van de collectie uit. De komende jaren is het met name de bedoeling een zo compleet mogelijke collectie rapporten en verslagen te verwerven. Onderzoeksverslagen zijn vaak zeer interessant en moeilijk te krijgen.

De basiseenheid wil in deze leemte voorzien.

Bovendien sluit de bibliotheekcollectie dan goed op het registratieproject aan. In de bibliotheek zijn verder de nummers van ongeveer 90 tijdschriften te vinden. In de loop van 1980 wordt met een documentatieproject begonnen. Daarmee wordt een centraal punt gecreëert, waar huisartsen en andere hulpverleners in de eerste lijn literatuur kunnen aanvragen.

Het registratieproject lopend wetenschappelijk onderzoek verzamelt alle onderzoek in en over de eerstelijnszorg. Het belang van dit project zal bij het toenemend aantal onderzoeken alleen maar toenemen. Tot nu toe gaat alles met de hand maar op korte termijn zal het gegevensbestand geautomatiseerd worden, niet alleen om fouten te voorkomen, maar ook om op verzoek snel speciale vragen te kunnen beantwoorden. Er wordt naar samenwerking met het Vlaams Huisartsen Instituut en het Royal College of General Practitioners gestreefd.

De basiseenheid verzorgt met een aantal voorlichtingsprojecten per jaar de 'practische' informatie voor de huisartsen. Het accent zal vooral liggen op nieuwe ontwikkelingen (automatisering, organisatiesystemen, screeningssystemen, etc.).

Ook verzorgt zij de halfjaarlijkse oriëntatiecursus voor adspirant huisartsen.

Ook patiëntenvoorlichting valt onder deze basiseenheid. Van oudsher geeft het N.H.I. patiëntenfolders en diëten uit. Deze activiteit zal de komende jaren worden voortgezet, maar wellicht in een andere vorm. Het nut van het voorlichtingsmateriaal is zelden goed onderzocht. Vandaar dat een projectvoorstel om het onderwerp huisarts en patiëntenvoorlichting te onderzoeken middels verschillende experimenten met schriftelijk voorlichtingsmateriaal in voorbereiding is.

Het uiteindelijke resultaat zal o.a. een betere vorm van de huidige folders moeten zijn.

basiseenheid begeleiding en advisering

Begeleiding en advisering richten zich op die aspecten van de huisartsenzorg die met "organisatie" te maken hebben. Op microniveau bedoelen we daarmee de voorwaarden, waaronder de huisarts dagelijks voor patiënten beschikbaar is, zoals het praktijkgebouw en de inrichting daarvan, het systeem van praktijkvoering en mono- en/of multidisciplinaire samenwerking. Op meso- en macroniveau bedoelen we het organisatiekader, waarmee de huisarts in zijn beroepsuitoefening te maken heeft: de organisatie van de beroepsgroep, de relaties met financieringsinstanties, lokale- en rijks-overheden, en andere eerstelijns organisaties.

De basiseenheid wil aan nog nader aan te geven doelgroepen ondersteuning bieden. Het criterium is het directe of indirecte ontwikkelingskarakter. De aard van de ondersteuning zal steeds in overleg met de hulpvrager worden vastgesteld: afhankelijk daarvan is het karakter meer adviserend of meer begeleidend.

Er wordt naar gestreefd om de ontwikkelingsfunctie uit te bouwen en een hechtere basis te geven.

Inspelen op de behoefte in het veld is daarvoor nodig evenals een goede relatie met andere servicebiedende instanties zoals de beide beroepsverenigingen.

Een hechte basis wordt gerealiseerd door het handhaven en verder ontwikkelen van kennis over praktische aangelegenheden. Om aan eisen van goede serviceverlening te voldoen moeten er meer medewerkers worden aangesteld. Voor de financiering zal niet alleen op de Overheid een beroep worden gedaan, maar ook op de beroepsverenigingen en de hulpvrager zelf. In concreto zijn de belangrijkste activiteiten en plannen van de basiseenheid:

Het project Samenwerking in de Eerste lijn

In de komende vijf jaar blijft het S-1 project een belangrijke plaats innemen in de activiteiten van de basiseenheid. De drie partners in het project, de JOINT, de N.K. en het N.H.I., hebben unaniem besloten om aan het project S-1 - dat zijn min of meer experimentele karakter na drie jaar in januari 1979 heeft afgesloten - voor vijf jaar een vervolg te geven.

Het S-1 project heeft als expliciete taak ontwikkelingen in de eerste-lijns gezondheidszorg te ondersteunen en te stimuleren. Het gaat daarbij om ondersteuning van samenwerkingsverbanden, waarbij in principe tenminste de disciplines huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige betrokken zijn die die vanuit het begrip samenwerking tot doel hebben nieuwe vormen van hulpverlening mogelijk te maken. Naast ondersteuning d.m.v. informatie, advies, begeleiding, scholing en training, richt het project zich meer en meer op instanties op regionaal provinciaal en grootstedelijk niveau, om op dat niveau betere voorwaarden tot samenwerking te realiseren.

Intercollegiale samenwerking en samenwerking met anderen

Naast de samenwerking tussen huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige wordt in de basiseenheid een belangrijke plaats ingeruimd voor advisering over andersoortige samenwerking waarbij uiteraard de intercollegiale samenwerking de belangrijkste is.

Regionale en/of plaatselijke organisatie van huisartsen

Diverse ontwikkelingen vereisen een verbetering van de organisatie van de huisartsenberoepsgroep op regionaal en/of plaatselijk niveau. Het sterkst geldt dat bij het tot stand komen van een vestigingsbeleid. Zowel door de L.H.V. als de Overheid wordt hierop sterk aangedrongen. Ook voor een afstemming van werkgebieden om bijvoorbeeld structurele belemmeringen voor samenwerking weg te nemen is een verbetering van de huisartsenorganisatie onontbeerlijk.

Tenslotte houden en plaatselijke organisaties van andere disciplines en plaatselijke overheden zich meer en meer met het totale systeem van de eerstelijns gezondheidszorg bezig.

Ook deze hebben behoefte aan een georganiseerde huisartsengroep. De basiseenheid stelt zich voor om in samenwerking met belanghebbende partijen een project "regionale organisatie" te ontwikkelen.

Praktijkvoering en vestiging

Het service-aanbod op dit vlak is vooral gebaseerd op praktische kennis

en ervaring, die met name aan beginnende huisartsen niet onthouden mag worden. Het gaat hier om vraagstukken als hoe de praktijk te organiseren, assistentie, administratie en registratie. Zij hebben voor de basisafdeling zelf ook waarde. De aansluiting met de dagelijkse werkelijkheid van de huisartsen blijft er door bestaan, hetgeen ook voor de serviceverlening op andere terreinen een belangrijke basis vormt.

Begeleiding en advisering over Bouw en het Bouwproces

Bouw en verbouw van de praktijkruimte blijft een belangrijk service-aanbod, in samenwerking met externe adviseurs.

Belangrijke ontwikkelingen op dit terrein zijn, dat meer en meer aandacht besteed wordt aan het bouwproces, van ontwikkeling van een programma van eisen tot en met realisering van de bouw. Daarbij is er vooral aandacht voor specifieke problemen van groepspraktijken en gezondheidscentra, waarbij ook "vertaling" van normen die door financieringsinstellingen worden gesteld een belangrijke rol speelt.

BIJLAGE

Gebruikte afkortingen

G.I.T.P.	Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie
H.U.A.N.	Ontwikkeling van een nascholingsprogramma inzake hart- en vaatziekten
JOINT	Landelijke organisatie voor maatschappelijke hulpverlening JOINT
L.H.V.	Landelijke Huisartsen Vereniging
N.C.V.G.	Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid
N.H.G.	Nederlands Huisartsen Genootschap
N.H.I.	Nederlands Huisartsen Instituut
N.I.P.G.	Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde
N.K.	Nationale Kruisvereniging
N.Z.I.	Nationaal Ziekenhuis Instituut
S.A.Z.Z.O.G.	Stichting Samenwerking Automatisering Ziekenhuizen Zuid-Oost Gelderland
S-1	Projekt Samenwerking in de eerste lijn
S.N.H.	Stichting Nascholing Huisartsen
U.H.I.	Universitair Huisartsen Instituut
V.U.	Vrije Universiteit