

Dankbetuiging

Zonder de deelname van de patiënten, hun naasten en van de zorgverleners, met name de huisartsen die behulpzaam zijn geweest bij de selectie en werving van de patiënten, zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest. Wij zijn hen zeer erkentelijk daarvoor.

Het onderzoek werd gefinancierd door het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarvoor onze dank. Het onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met het (toenmalige) Centrum voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg te Maastricht.

Literatuur

- 1 Goldsteen M, Proot I, Huijter Abu-Saad H, Widdershoven G. Goed sterven. Normatieve opvattingen, attitudes en behoeften van thuisverblijvende terminale patiënten en hun mantelzorgers rond het stervensproces. Maastricht: Centrum voor Ontwikkeling Palliatieve Zorg/Universiteit Maastricht; 2002.
- 2 Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
- 3 Proot IM, Huijter Abu-Saad H, Crebolder HFJM, Goldsteen M, Luker KA, Widdershoven GAM. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home: Balancing between burden and capacity. *Scan J Caring Sci* 2003;17:113-21.
- 4 Proot IM, Huijter Abu-Saad H, Ter Meulen RHJ, Goldsteen M, Spreuwerberg C, Widdershoven GAM. The needs of terminally ill patients at home: Directing one's life, health and things related to beloved others. *Palliat Med* 2004;18:53-61.
- 5 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- 6 Agich GJ. Autonomy and long-term care. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- 7 Proot IM. Changing autonomy: New perspectives on the care for stroke patients in nursing homes [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2000.
- 8 Woods S, Beaver K, Luker K. Users' views of palliative care services: ethical implications. *Nurs Ethics* 2000;7:314-26.
- 9 Tronto JC. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge, 1994.
- 10 Manschot H, Verkerk M, redactie. Ethiek van de zorg. Amsterdam/Meppel: Boom, 1994.

De relatie tussen praktijkorganisatie en praktijkomvang

J Maas, MJ van den Berg, LFJ van der Velden, L Hingstman

Samenvatting

Maas J, Van den Berg MJ, Van der Velden LFJ, Hingstman L. De relatie tussen praktijkorganisatie en praktijkomvang. *Huisarts Wet* 2005;48(10):499-503.

Doel Onderzoeken of er een verband is tussen het aantal patiënten per fulltime equivalente huisarts (fte) en organisatiekenmerken van de praktijk (instroommanagement, taakdelegatie en andere tijdsbesparende maatregelen).

Methoden Regressieanalyse op data van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2).

Resultaten Iets meer dan eenderde van de huisartsen heeft ongeveer tweeduizend patiënten per fte, een vijfde heeft ongeveer drieduizend patiënten per fte. De meeste organisatiekenmerken houden geen verband met het aantal patiënten, maar de huisartsen met meer patiënten hebben vaker een praktijkassistent die zelfstandig adviezen geeft. Verrassend is dat de huisartsen met minder patiënten relatief meer uren assistentie hebben.

Conclusie Het aantal patiënten per fulltime equivalente huisarts hangt nauwelijks samen met de wijze waarop de praktijk is georganiseerd. Alleen in praktijken waar assistenten zelfstandig adviezen geven, hebben de huisartsen significant meer patiënten per fte.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: J. Maas, onderzoeker; M.J. van den Berg, onderzoeker; dr. L.F.J. van der Velden, senioronderzoeker; dr. L. Hingstman, programmaleider. Correspondentie: j.maas@nivel.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Al enige jaren zijn het huisartsentekort en in samenhang daarmee de hoge werkdruk voor huisartsen in Nederland een punt van zorg.^{2,3} Het aantal studenten dat instroomt in de huisartsenopleiding groeit weliswaar, maar onvoldoende om op korte termijn soelaas te bieden. Andere oplossingen, aangedragen om het tekort terug te dringen, zijn het afremmen van de zorgvraag (door een eigen bijdrage te eisen), het verschuiven van taken naar andere beroepsgroepen en het efficiënter organiseren van de zorg zodat met de bestaande capaciteit meer patiënten afgehandeld kunnen worden. Laatstgenoemde oplossing willen wij in dit artikel nader bekijken.

Er zijn aanwijzingen dat de huisartsen inderdaad efficiënter zijn gaan werken. Uit gegevens van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) blijkt dat huisartsen in de periode 1987-2001 gemiddeld vijf uur minder zijn gaan werken, terwijl het aantal patiënten per fte huisarts met ruim 10% is toegenomen.⁴ Maar de individuele praktijken blijken aanzienlijk in omvang te verschillen wanneer men deze berekent per huisarts op fulltime basis. Uit de NIVEL-registratie blijkt dat het aantal patiënten per fte huisarts bij eenderde van de huisartsen rond de tweeduizend ligt en bij een vijfde rond de drieduizend. Wij vroegen ons af of dit verschil verklaard zou kunnen worden door de wijze waarop een praktijk georganiseerd is.

De literatuur vermeldt verschillende organisatiekenmerken die kunnen bijdragen aan een efficiëntere werkwijze in de huisart-

senpraktijk. Globaal kan men ze in drieën verdelen: het kanaliseren van de hulpvraag ('instroommanagement'), het delegeren van taken en andere tijdsbesparende organisatiekenmerken. Instroommanagement moet ervoor zorgen dat de vragen van patiënten op het juiste moment op de juiste plek terechtkomen. Dit is te regelen door bepaalde soorten spreekuren in te stellen (een inloopspreekuur^{5,6} of terugbelspreekuur⁷⁻⁹), door de mogelijkheid te bieden om vragen te stellen per e-mail^{10,11} of bijvoorbeeld door een vorm van triage. Met name beleidsmakers zijn daarnaast nogal geporteerd voor het idee, taken die op dit moment nog door de huisarts worden verricht te delegeren aan andere beroepsgroepen.¹² Andere tijdsbesparende maatregelen zijn: werken in grotere verbanden (tijdens diensten in huisartsenposten), reductie van het aantal visites of kortere consulttijden tijdens het afspraakspreekuur.

We spitsten de vraagstelling toe tot de vraag: zijn bovengenoemde organisatiekenmerken van invloed op de geconstateerde, aanzienlijke verschillen in het aantal patiënten per fte huisarts?

Methode

Om onze onderzoeksvraag te beantwoorden hebben we een dwarsdoorsnedenonderzoek uitgevoerd naar de organisatiekenmerken van huisartsenpraktijken en kenmerken van de bijbehorende patiëntenpopulaties.

Data en onderzoekspopulatie

De gebruikte gegevens zijn afkomstig van de NS2. In het kader van dit onderzoek werd in 2001 een grote hoeveelheid gegevens verzameld over 104 huisartsenpraktijken en bijbehorende patiëntenpopulaties, verspreid over het land. Het gaat onder andere om gegevens uit huisartsinformatiesystemen en om enquêtes onder patiënten en zorgverleners. De gegevens uit de NS2 zijn representatief voor de huisartsen in Nederland maar niet voor hun praktijkvorm, aangezien solisten relatief ondervertegenwoordigd waren.^{14,15}

Variabelen

De gebruikte variabelen zijn op een rijtje gezet in tabel 1 en worden hieronder kort beschreven. De afhankelijke variabele in onze analyse is het aantal patiënten per fte huisarts: het aantal in een praktijk ingeschreven

Wat is bekend?

► Het tekort aan huisartsen kan op korte termijn niet alleen opgelost worden door meer huisartsen op te leiden.

Wat is nieuw?

- Er is een grote variatie in het aantal patiënten per fulltime equivalente huisarts.
- In praktijken met veel patiënten per fte huisarts geven praktijkassistenten vaak zelfstandig adviezen.
- Andere aspecten van de praktijkorganisatie spelen nauwelijks een rol bij het aantal patiënten dat een huisarts heeft.

patiënten gedeeld door het totaal aantal fte van de aldaar werkzame huisartsen. Instroommanagement, taakdelegatie en overige organisatiekenmerken werden geoperationaliseerd aan de hand van de volgende onafhankelijke variabelen.

Voor instroommanagement:

- al dan niet een inloopspreekuur hebben;
- al dan niet spreekuur houden in een instelling;
- al dan niet een telefonisch terugbelspreekuur hebben;
- patiënten stellen al dan niet vragen per e-mail;
- de praktijkassistent vraagt al dan niet naar de reden van het spreekuurbezoek.

Voor taakdelegatie:

- de praktijkassistent geeft al dan niet zelfstandig advies;

Tabel 1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie (n=65 praktijken)

	gemiddelde	minimum	maximum
<i>Achtergrondkenmerken van de praktijk</i>			
– aantal patiënten per praktijk	4283	1789	11562
– aantal huisartsen per praktijk	2,2	1	6
– aantal fte huisarts per praktijk	1,8	1	5,5
– aantal patiënten per fte huisarts	2437	1130	4328
– aantal patiënten per huisarts	2125	1076	3325
– aantal fte per huisarts	0,87	0,5	1
– aantal zeer sterk verstedelijkt	7		
– aantal achterstandsgebied	3		
<i>Achtergrondkenmerken van de patiënten*</i>			
– percentage vrouwen	50	47	56
– percentage 65-plussers	14	3	28
– percentage laagopgeleiden	20	6	35
– percentage middelbaar opgeleiden	58	31	69
– percentage ziekenfondsverzekerden	67	45	84
– percentage allochtonen	5	0	41
<i>Instroommanagement</i>			
– aantal praktijken met inloopspreekuur	7		
– aantal praktijken met spreekuur in een instelling	15		
– aantal praktijken met telefonisch terugbelspreekuur	32		
– aantal praktijken met patiëntenvragen per e-mail	22		
– aantal praktijken waarin assistent vaak of altijd naar reden spreekuurbezoek vraagt	17		
<i>Taakdelegatie</i>			
– aantal praktijken waarin assistent zelfstandig adviezen geeft	10		
– uren assistentie per 1000 patiënten	15,8	6,6	32,6
– aantal praktijken met managementondersteuning	7		
– aantal praktijken met praktijkverpleegkundige	13		
<i>Overige organisatiekenmerken</i>			
– tijd per patiënt tijdens het afspraakspreekuur (minuten)	10	6	15
– percentage visites	7	0	15
– aantal praktijken met diensten georganiseerd in huisartsenpost	11		

* Hier gaat het om aantallen, niet om gemiddelden.

- het aantal uren assistentie per duizend patiënten;
- de aanwezigheid van managementondersteuning;
- de aanwezigheid van een praktijkverpleegkundige (ook wel praktijkondersteuner op hbo-niveau).

Andere eventueel tijdsbesparende organisatiekenmerken:

- het aantal per patiënt op het afspraakspreekuur gereserveerde minuten;
- het percentage visites van alle face-to-facecontacten;
- al dan niet aangesloten zijn bij een huisartsenpost.

De gegevens voor al deze variabelen, behalve het percentage visites, ontleenden wij aan enquêtes onder de betrokken huisartsen en assistenten. Het percentage visites berekenden we op basis van gegevens uit de huisartsinformatiesystemen.

Een aantal controlevariabelen moet voorkomen dat de resultaten worden vertekend door verschillen in samenstelling van de patiëntenpopulatie. De administraties van de betrokken praktijken leverden gegevens over het percentage ziekenfondsverzekerden, vrouwen en 65-plussers; gegevens over opleiding en etniciteit komen uit een aanvullende vragenlijst die aan alle ingeschreven patiënten werd voorgelegd. Het gevonden percentage niet-westerse allochtonen is waarschijnlijk structureel te laag omdat bekend is dat deze categorie minder vaak aan onderzoek meedoet.

Analyse

De analyse-eenheid is de praktijk. Daarom hebben wij de oorspronkelijk per huisarts, assistent of patiënt verzamelde gegevens voor iedere variabele samengevoegd en geanalyseerd op het niveau van de praktijk. De analyse betreft de 65 praktijken waarvan alle gegevens voorhanden waren. De uitgevallen praktijken hadden vergelijkbare achtergrondkenmerken. Op deze gegevens pasten wij een lineaire regressieanalyse toe, met het aantal patiënten per fte huisarts als afhankelijke en kenmerken van de praktijk en de patiëntenpopulatie als onafhankelijke variabele. De onafhankelijke variabelen werden bloksgevoegd: eerst die rond het instroommanagement, dan die rond taakdelegatie, vervolgens de overige organisatiekenmerken en tot slot alle kenmerken tezamen.

Vanwege het kleine aantal

onderzoekseenheden is het voor de statistische betrouwbaarheid van belang het uiteindelijke model zo 'zuinig' mogelijk te maken. Daarom verwijderden wij met de *stepwise*-techniek alle variabelen die geen significante bijdrage leverden. De mate waarin alle onafhankelijke variabelen tezamen verantwoordelijk zijn voor verschillen in het aantal patiënten per fte huisarts, is de verklaarde variantie. Deze beweegt zich tussen 0 en 1 (of 0% en 100%).

Resultaten

Tabel 2 geeft een overzicht van de resultaten van de successieve modellen.

Instroommanagement (model 1)

Het hebben van een inloopspreekuur, een spreekuur in instelling of een terugbelspreekuur bleek geen significante samenhang te hebben met het aantal patiënten per fte huisarts. Hetzelfde gold voor de mogelijkheid om vragen te stellen via e-mail en het feit dat de praktijkassistente naar de reden van het contact vraagt.

De verklaarde variantie van model 1 bedroeg slechts 5,2%.

Taakdelegatie (model 2)

Het feit dat de praktijkassistent altijd of vaak zelfstandig adviezen gaf, hing positief samen met het aantal patiënten per fte huisarts. Huisartsen met assistenten die zelfstandig adviezen gaven, bleken meer patiënten per fte te hebben.

Opvallend is dat het aantal uren assistentie significant negatief samenhangt met het aantal patiënten per fte huisarts. In praktijken met veel patiënten per fte hadden huisartsen dus relatief minder

Tabel 2 Relatie tussen organisatiekenmerken en het aantal patiënten per fte huisarts (n=65 praktijken)

	model 1 0,052	model 2 0,258	model 3 0,035	model 4 0,261
verklaarde variantie (R ²)	4803	6172	4104	3846
constante				
<i>Achtergrondkenmerken</i>				
– zeer sterk verstedelijkt	114	5	186	
– achterstandsgebied	-858	-489	-723	
– percentage vrouwen	-11	-20	8	
– percentage 65-plussers	-24	-20	-32	
– percentage laagopgeleiden	9	5	11	
– percentage middelbaar opgeleiden	-14	-16	-16	
– percentage ziekenfondsverzekerden	-12	-14	-17	-15*
– percentage allochtonen	6	-4	7	
– aantal huisartsen in de praktijk	-56	-83	-70	
<i>Instroommanagement</i>				
– praktijken met inloopspreekuur	258			
– praktijken met spreekuur in een instelling	198			
– telefonisch terugbelspreekuur	-13			
– het komt voor dat patiënten vragen stellen per e-mail	90			
– assistente vraagt altijd/vaak naar reden spreekuurbezoek	163			
<i>Taakdelegatie</i>				
– assistent geeft altijd/vaak zelfstandig adviezen		370*		386*
– uren assistentie per duizend patiënten		-33†		-35†
– managementondersteuning aanwezig		-80		
– praktijkverpleegkundige aanwezig		216		
<i>Overige organisatiekenmerken</i>				
– tijd per patiënt tijdens het afspraakspreekuur			30	
– percentage visites			22	
– diensten georganiseerd in huisartsenpost			-278	

* p < 0,05

† p < 0,01

Abstract

Maas J, Van den Berg MJ, Van der Velden LfJ, Hingstman L. Is there a relationship between the organisation and size of a GP practice? *Huisarts Wet* 2005;48(10):499-503.

Background There is a shortage of general practitioners in the Netherlands. Several measures have been taken to tackle the problem, but they have unfortunately proved insufficient to date. Other solutions must be found to decrease the shortage of GPs. One possible solution could be to improve efficiency within the practice. If the practice were to be organised more efficiently, GPs would be able to treat more patients. Currently the number of patients per GP differs widely between practices. The aim of this study is to investigate the extent to which characteristics of the organisation are related to the number of patients per GP full-time unit (ftu).

Regression analysis was carried out on 65 Dutch practices derived from data from the Second Dutch National Survey of General Practice (DNS-GP-2).

Results One third of Dutch GPs have around 2,000 patients per ftu, while a quarter of the GPs have around 3,000 patients per ftu. The results show that there are no differences in the way the practice is organised which can explain the variation in the number of patients per GP. GPs with an assistant who gives advice to the patients have more patients. One striking result to emerge is that GPs who have more hours' support from their practice assistant have fewer patients per ftu.

Conclusion The number of patients appeared to be significantly higher when practice assistants autonomously advise patients. Other relationships between organisational characteristics and the number of patients per ftu GP were not found.

assistentie beschikbaar. Het wel of niet hebben van management- of praktijkondersteuning had geen effect. De verklaarde variantie van model 2 bedroeg 25,8%.

Overige tijdbesparende maatregelen (model 3)

De tijd per patiënt tijdens het afspraksprekeuur, het aantal visites als percentage van het totaal aantal contacten en de manier waarop de diensten zijn georganiseerd, hadden geen invloed op het aantal patiënten per fte huisarts. De verklaarde variantie bedroeg slechts 3,5%.

Alle kenmerken (model 4)

Worden alle variabelen in een stepwise-regressiemodel opgenomen, dan blijkt dat drie variabelen maar liefst 26,1% van alle variatie in het aantal patiënten per fte huisarts verklaren: het aantal uren assistentie (negatief effect), het feit dat assistenten altijd of vaak adviezen geven (positief effect) en het percentage ziekenfondsverzekerden (negatief effect).

Beschouwing

De meeste organisatiekenmerken vertonen geen samenhang met het aantal patiënten per fte huisarts. De enige factoren die wel van invloed zijn, hebben te maken met de praktijkassistentie. Dat de praktijkassistent adviezen geeft, heeft een duidelijk positief

effect op het aantal patiënten per fte huisarts – met de kanttekening dat de assistent slechts in een relatief klein aantal praktijken (15%) zelfstandig adviezen geeft. Verder blijkt dat praktijken met meer patiënten per fte huisarts relatief weinig assistentie hebben. De resultaten wijzen erop dat meer assistentie en dus meer ondersteuning niet direct tot gevolg heeft dat de huisarts meer patiënten aankan. Niet de hoeveelheid assistenten is van belang, maar juist de manier waarop ze worden ingezet. In het verlengde van deze conclusie lijkt het niet onwaarschijnlijk dat de inzet van de *nurse practitioner* of de *physician assistant*, die eveneens zelfstandig adviezen moeten gaan geven, tot meer patiënten per fte huisarts kan leiden. Deze twee vormen van ondersteuning kwamen ten tijde van de NS2 in 2001 nog nauwelijks voor en konden daarom niet in ons onderzoek worden betrokken.

Bij deze bevindingen past de kanttekening dat andere organisatorische kenmerken wel invloed zouden kunnen hebben op het aantal patiënten per fte huisarts, maar dat deze invloed niet als statistisch significant uit de analyses naar voren komt. Dit kan worden veroorzaakt door het relatief kleine aantal onderzoekseenheden, waardoor de statistische 'power' beperkt is. Ook is het mogelijk dat een reeks van organisatorische maatregelen wel de efficiëntie verbetert, maar dat elk kenmerk afzonderlijk te weinig gewicht in de schaal legt.

Dat organisatorische aspecten nauwelijks samenhangen met het aantal patiënten per fte huisarts, betekent dat andere factoren wellicht een rol spelen, bijvoorbeeld de individuele kwaliteiten en de taakopvatting van huisartsen. De ene huisarts is nu eenmaal een betere manager dan de ander. Als de opleiding, die daar tot nog toe erg weinig aan doet, meer aandacht zou besteden aan management, zou dat een gunstig effect kunnen hebben.

Verder is het de vraag of de huisarts bewust kiest voor een bepaald aantal patiënten. Zijn de huisartsen tevreden met het aantal patiënten dat zij verzorgen, of willen zij juist kleinere praktijken maar kan dat niet omdat er te weinig huisartsen zijn? En zegt het hebben van veel patiënten per fte huisarts iets over de kwaliteit van de verleende zorg? Onze bevindingen laten op dit moment helaas nog niet toe deze vragen te beantwoorden. Uiteraard is 'bedrijfsmatige' efficiëntie ten koste van de kwaliteit van de zorg geen oplossing.

We kunnen dus op grond van ons materiaal geen 'organisatorisch recept' geven waarmee verhoging van het aantal patiënten per fte huisarts kan worden bewerkstelligd.

Literatuur

- 1 De toekomstige eerstelijnszorg. [beleidsbrief]. Den Haag: Ministerie van VWS; 2003.
- 2 Van der Velden LfJ, Hingstman L, Van der Windt W, Arnold EJE. Raming benodigde instroom medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012/2017/2020. Utrecht: NIVEL/Prismant, 2003.
- 3 Leliefeld HJ. Grip op het tekort: Nauwkeuriger zicht op voorspeld gebrek aan huisartsen. *Medisch Contact* 2005;60:192-5.
- 4 Van den Berg MJ, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 5 Kolthof ED, Van den Berg MJ, De Bakker DH, Van der Zee J. Het reguleren van toegang tot de huisarts. In: Van den Berg MJ, Kolthof ED,

- De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 6 Verheij RA, Reijneveld SA, De Bakker DH. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden: Een evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1998.
- 7 De Groot RA. De telefoon als managementinstrument in de huisartspraktijk. Amsterdam: mediTekst, 2001.
- 8 De Groot RA, De Haan J, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. De telefoon: wat gaat er fout? Analyse van praktijkorganisatie leidt tot andere aanpak. Huisarts Wet 2001;44:16-7.
- 9 Starreveld JG. Het telefonisch spreekuur van de huisarts. Huisarts Wet 1983;26:448-51.
- 10 Schenderling M. Patiënt wacht met smart op digitale dokter: Huisarts met e-mail kan 7500 patiënten per praktijk aan. Huisarts in Nederland 2003;14:50-3.
- 11 Haverkate PMJ. De mailbox vol, de wachtkamer leeg. Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde 2004;21:4.
- 12 Taakherschikking in de gezondheidszorg [advies]. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003.
- 13 Giesen P, Hiemstra N, Mookink H, De Haan J, Grol R. Tevreden over diensten. Medisch Contact 2002;57:1657-60.
- 14 Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP, Van der Zee J, Bensing JM. De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Aanleiding en methoden. Huisarts Wet 2003;46:7-12.
- 15 Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP. Vraagstellingen en methoden. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 16 Groenewegen PP, Hutten JBF. The influence of supply-related characteristics on general practitioners workload. Social Science and Medicine 1995;40:349-58.
- 17 Van den Berg MJ, De Bakker DH, Kolthof ED. Huisartsenposten en werkbelasting. Objectieve en ervaren werkbelasting door avond-, nacht- en weekenddiensten in waarnemingsgroepen en huisartsenposten. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2004;82:497-503.

Nieuwe redactieleden gevraagd

Elke maand een nieuwe H&W maken is ongeveer het leukste dat een huisarts of onderzoeker kan doen. De redactie leest en beoordeelt vele manuscripten, schrijft journaalstukjes en commentaren en bedenkt plannen hoe we H&W verder kunnen verbeteren.

twee nieuwe redactieleden

Taken

- ▶ Redactieleden beoordelen binnengekomen manuscripten en bespreken deze beoordelingen in de maandelijkse redactievergadering (derde donderdag van de maand van 17.30-21.00 uur).
- ▶ Ze begeleiden auteurs bij het herschrijven van in principe aanvaarde manuscripten en geven daarbij zowel inhoudelijke adviezen als raad over vorm en taal.
- ▶ We verwachten van redactieleden dat ze regelmatig journaalstukjes en ten minste één commentaar per jaar schrijven.
- ▶ Redactieleden leveren met nieuwe ideeën over inhoud en samenstelling een bijdrage aan de ontwikkeling van H&W.

Eisen

- ▶ Zin in schrijven en een kritische geest zijn de belangrijkste vereisten. We willen graag naast een onderzoeker ook een praktiserend huisarts benoemen. Ervaring met het beoordelen van wetenschappelijke literatuur en zo mogelijk ervaring met publiceren en of onderwijs geven is gewenst. Werken voor H&W kost tijd; redactieleden zijn ten minste 4 uur per week voor H&W aan het lezen en schrijven. Ze krijgen daarvoor overigens een vergoeding.
- ▶ Redactieleden dienen lid van het NHG te zijn.

Procedure

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een lid van de redactie en de voorzitters van de Verenigingsraad en de Raad van Advies voor H&W. Redactieleden hebben een zittingstermijn van vijf jaar, die ingaat na officiële benoeming door het NHG-ledencongres.

Verdere informatie kunt u krijgen bij Joost Zaat (tel. 0299-660130 (privé) of 030-2881700 (redactie) of per e-mail: j.zaat@chello.nl)

Sollicitatiebrieven voorzien van een curriculum vitae – indien mogelijk met een lijst van belangrijkste publicaties – kunt u voor 15 oktober sturen aan Redactie H&W, postbus 3231, 3502 GE Utrecht.