

JAARVERSLAG 1989



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

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)

Postadres : Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT
Bezoekadres : Drieharingstraat 6 - Utrecht
Telefoon : 030 - 31 99 46

INHOUD

1. INLEIDING	1
1.1. Indeling van het jaarverslag	2
2. DE AFDELING ONDERZOEK	4
2.1. Internationale vergelijking van stelsels van gezondheidszorg ..	4
2.2. Relatie tussen Eerstelijns en Tweedelijns Gezondheidszorg. . . .	8
2.3. Huisarts en geestelijke gezondheidszorg	15
2.4. Samenhang en samenwerking in de eerste lijn	20
2.5. Volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg .	28
2.6. De huisartspraktijk	32
2.7. Paramedische beroepen	39
2.8. Extramurale Verpleging	47
2.9. Hulpvraag en hulpvrager	52
2.10. Meten van kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg	57
3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE	60
4. HET BESTUUR	63
5. ONDERNEMINGSRAAD	65
6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)	66
7. NIVEL-RAPPORTEN EN OVERIGE PUBLIKATIES	69
8. LIJST VAN MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI TOT EN MET 31 DECEMBER 1989	78
9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN .	86

1. INLEIDING

Op 1 januari 1990 bestond het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) vijf jaar. Opgericht in 1985 en voortkomend uit het toen twintig jaar oude Nederlands Huisartsen Instituut, kreeg het de taakopdracht, onderzoek te verrichten naar de structuur en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De belangrijkste taak waarvoor het jonge instituut zich gesteld zag, was om zich kennis, inzicht en een goede naam te verwerven op dat deel van de eerstelijnsgezondheidszorg, dat buiten de huisartsgeneeskunde viel, en toch de band met de huisartsen niet te verliezen.

Op sommige gebieden was al enig voorbereidend werk verricht. Sinds 1981 werd (onder het toenmalige Nederlands Huisartsen instituut) onderzoek gedaan op het gebied van de fysiotherapie. Maar op het andere nieuwe werkterrein, dat van de extramurale verpleegkunde, was nog nauwelijks iets ondernomen.

Drie belangrijke evenementen maken duidelijk, dat het NIVEL in zijn opdracht geslaagd is.

Het eerste evenement betreft het traditionele werkterrein van het instituut: onderzoek in en over de huisartspraktijk. In 1985 gaf de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, de heer Dees, zijn fiat aan een groots opgezet onderzoek, namelijk: de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Nu, bijna vijf jaar, 350.000 contacten en ruim 400.000 aangeboden problemen later is de analyse van de verschillende deelprojecten (oorspronkelijk 12, later in verschillende samenwerkingsverbanden met derden opgelopen tot \pm 28) in volle gang en nadert ze, voor wat de eerste, voornamelijk beschrijvende fase van de Studie betreft, haar afronding.

Het feit dat de studie mogelijk was, getuigt zowel van vertrouwen van het beleid (bij het opstellen van de begroting van dit enorme project leerde het instituut denken in 'kiloflorijnen') maar zeker niet minder van de huisartsenberoepsgroep in de onderzoekskwaliteiten van het NIVEL.

Het tweede evenement betreft een nieuw onderwerp voor het NIVEL: de extramurale verpleging. Onder grote (en zelfs vorstelijke) belangstelling werd op 21 en 22 maart 1989 in 's Hertogenbosch de eerste internationale conferentie over 'Community Nursing' gehouden. De combinatie van enerzijds beschrijvingen van verschillende systemen van 'Community Nursing' en anderzijds een brede waaier van onderzoeksprojecten uit verschillende landen, was instructief en verhelderend.

De conferentie vormde een weerslag van de positie die het NIVEL in betrekkelijk korte tijd op het gebied van het onderzoek van de extramurale verpleging had weten in te nemen.

Tenslotte vormde het 100-jarig bestaan van het (nu Koninklijk) Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie de aanleiding om een jubileumboek te presenteren, waarin de geschiedenis van de beroepsgroep, de strijd om erkenning en de verwerving van de economische basis voor de huidige maatschappelijke positie uitvoerig werden belicht.

Naast de genoemde thema's beginnen zich twee andere clusters van onderzoeksprojecten af te tekenen. Het betreft hier onderzoek op het gebied van de eerstelijns verloskunde en onderzoek op het gebied van de alternatieve geneeswijzen. In het onderzoek op het gebied van de verloskunde staat de verloskundige centraal met haar, internationaal gezien, unieke positie. Wat betreft de alternatieve geneeswijzen, gaat het vooral om de samenwerking tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen.

1.1. Indeling van het jaarverslag

Het jaarverslag is, zoals gebruikelijk, ingedeeld volgens de negen (inhoudelijke) themagebieden van het instituut alsmede een hoofdstuk over de activiteiten van de bibliotheek. Het betreft hier een kort verslag van de voortgang van de verschillende projecten uit het werkprogramma.

Deze opsomming wordt voorafgegaan door een korte samenvatting van en een keuze uit datgene wat in het verslag aan onderzoeksresultaten gevonden is in het betreffende themagebied. Hier lijkt het jaarverslag het meest op een jaarboek. Uiteraard gaat het om een weergave van de resultaten in hoofdlijnen. Voor meer details en nuances zij naar de afzonderlijke publikaties verwezen.

Enige voorzichtigheid is hier overigens wel op zijn plaats. Het is namelijk niet altijd goed afgrensbaar welke resultaten genoemd moeten worden. Soms is een onderzoek in het vorige verslagjaar reeds afgesloten, terwijl de definitieve rapportage (als het een rapport betreft) pas in het huidige verslagjaar van de drukker komt. Dit speelt nog sterker bij aan tijdschriften aangeboden artikelen. Officieel ligt er vaak een eis tot embargo van de zijde van de tijdschriftredacties. Ook wordt in de loop van een onderzoek vaak meer gevonden dan uiteindelijk, na toetsing door collega's en bijvoorbeeld een begeleidingscommissie, wordt gepubliceerd.

De volgende spelregels worden in dit verslag gehanteerd. Als resultaten worden beschouwd: alle resultaten vermeld in (concept)-publikaties die tenminste de procedure van interne kwaliteitstoetsing hebben doorstaan en, voor zover van toepassing, ook aan externe begeleidingscommissies zijn aangeboden. Het gaat dus niet strikt om alle in het verslagjaar gevon-

den resultaten. En ook niet om alle in het verslagjaar daadwerkelijk gepubliceerde resultaten (want daar kan, bijvoorbeeld bij tijdschriftartikelen, veel tijd tussen 'vondst' en 'publicatie' zitten). Kortom, het gaat om alle in het verslagjaar afgeronde of tenminste in- en extern getoetste vondsten.

2. DE AFDELING ONDERZOEK

2.1. Internationale vergelijking van stelsels van gezondheidszorg

2.1.1. Resultaten

Op dit themagebied wordt op bescheiden schaal onderzoek gedaan, vaak binnen de beschikbare middelen van het NIVEL zelf, maar ook met een incidentele projectsubsidie.

Het belangrijkste onderzoek betreft een verandering in de Deense gezondheidszorg. In Denemarken bestonden tot 1987 twee stelsels van huisartsenhonorering naast elkaar. In Kopenhagen leek het systeem zeer op het huidige Nederlandse ziekenfondssysteem (één vast bedrag per patiënt), terwijl buiten Kopenhagen de huisartsen deels per abonnement en deels per verrichting worden betaald. Per 1-1-1987 is het Kopenhaagse abonnementssysteem afgeschaft en vervangen door een gemengd abonnement-verrichtingssysteem. Samen met Deense onderzoekers probeert het NIVEL het effect van deze verandering vast te stellen. Daarnaast wordt een vergelijkend onderzoek afgerond naar honorering en inkomen van huisartsen in 12 Europese landen. Tenslotte werden in het verslagjaar de resultaten gepubliceerd van een (in 1988 afgesloten) onderzoek naar regionale verschillen in ziekenhuisopnamen in Nederland, België en Noord-Frankrijk.

Huisartsenhonorering in Denemarken

Uit het onderzoek Huisartsen honorering in Denemarken, blijkt dat de Kopenhaagse huisartsen na de verandering meer zelf zijn gaan doen, dat wil zeggen meer diagnostische en curatieve verrichtingen voor hun rekening nemen en minder vaak naar specialisten doorverwijzen. Ook neemt het aantal consulten iets toe, maar deze toename ziet men ook in de controlegroep van huisartsen buiten Kopenhagen.

Op dit ogenblik wordt de vergelijking met de Nederlandse situatie onderzocht. Daarbij is het goed te bedenken dat de positie van de specialist in Nederland een andere is dan in Denemarken; in Denemarken bestaat poliklinische zorg eigenlijk niet. Men is of opgenomen of men wordt door de huisarts behandeld. Denemarken kent dan ook opnamecijfers van 18 per 100 inwoners in plaats van de 10 per 100 bij ons.

Inkomens huisartsen in Europa

Met behulp van bestaand materiaal en met informanten uit twaalf Europese landen is geprobeerd een inzicht te verwerven in de wijze waarop huisartsen worden gehonoreerd en in het inkomen dat deze honorering oplevert.

Ruwweg gesproken bestaan er drie typen van honorering; huisartsen zijn in dienst (van een gezondheidscentrum bijvoorbeeld) en ontvangen een salaris. Huisartsen ontvangen een bepaald bedrag per patiënt (een abonnement) dat, zoals bij ons, eenvoudig kan bestaan uit een enkel bedrag of wordt gedifferentieerd naar leeftijd van de patiënt (Engeland, Italië). De derde mogelijkheid houdt in dat huisartsen per verrichting worden betaald. Dat laatste is het geval in een groot deel van de Europese Gemeenschap (Frankrijk, Duitsland, België).

Uit het onderzoek blijken grote verschillen in inkomens. Het slechtste af zijn de Italiaanse huisartsen en het beste de Duitse. De Nederlandse huisarts behoort tot de best gehonoreerden in Europa. Er is een duidelijk verband tussen de hoogte van het inkomen en de hoeveelheid huisartsen. Waar de spoeling dun is zoals in Italië of België zijn de inkomens laag. Het hoge inkomen van Nederlandse huisartsen houdt verband met het feit dat van de onderzochte landen (als men Zweden, waar de huisarts geen 'standaard-voorziening' is, buiten beschouwing laat) Nederland naar verhouding de minste huisartsen telt. De gemiddelde huisartspraktijk is in Nederland bijna 3 keer zo groot als in België of Italië.

Regionale verschillen in ziekenhuisopnamen

Tenslotte werd in het verslagjaar een onderzoek gepubliceerd, dat al in 1988 werd afgesloten, en waarin onderzocht werd voor België, Noord-Frankrijk en Nederland door welke factoren regionale verschillen in ziekenhuisopnamen worden verklaard.

Het onderzoek werd gedaan met behulp van statistische gegevens uit de jaren 1974, 1979 en 1982. Het was de bedoeling om vast te stellen in welke mate er bij de verklaring van de verschillen sprake was van algemeen geldende factoren en factoren die per systeem van gezondheidszorg verschillen.

Uit eerder onderzoek in België en Nederland met gegevens uit 1974 en 1979 was gebleken dat het aanbod van ziekenhuisbedden en de gezondheidstoestand van de bevolking (gemeten met behulp van naar leeftijd gestandaardiseerde sterftcijfers) de belangrijkste algemeen geldende factoren waren.

Nieuwe (nu ja, nieuwe ...) gegevens uit 1982 nuanceerden dit beeld enigszins. Voor (Noord) Frankrijk gold dat de gezondheidszorg aldaar volledig door het ziekenhuis werd gedomineerd. Het aanbod van ziekenhuisbedden had een doorslaggevende invloed op het gebruik van ziekenhuisvoorzie-

ningen; zo sterk dat er geen andere factoren hun invloed konden doen gelden. Wat dat betreft leek de situatie in Frankrijk in 1982 sterk op Nederland in 1974.

Echter, het verband tussen het aanbod aan ziekenhuisbedden en het aantal ziekenhuisopnamen zag men in Nederland sterk verminderen in 1979 en 1982. Zo sterk zelfs, dat we de verwachting kunnen uitspreken dat dit verband omstreeks 1985 verdwenen zal zijn. Ook voor Frankrijk zou herhaling van het onderzoek met recenter materiaal de moeite waard zijn.

Een verklaring voor dit alles kan zijn, dat voor ziekenhuizen de noodzaak om de bedden constant gevuld te houden is afgenomen, ondanks het feit dat door een aantal (meest technologische) oorzaken de gemiddelde verblijfsduur in ziekenhuizen gestaag is teruggelopen.

2.1.2. Voortgang

Verandering van honorering van huisartsen

In het najaar van 1987 is de honorering van huisartsen in Kopenhagen overgegaan van een abonnementssysteem naar een gemengd systeem van gedeeltelijk abonnement en gedeeltelijk betaling per consult en verrichting. In het verslagjaar zijn de gegevens geanalyseerd die op een tijdstip vóór de verandering en op twee tijdstippen na de verandering verzameld zijn. Tevens is in het verslagjaar subsidie verkregen van de Commissie Programma Evaluatie voor aanvullende analyses en voor een analyse van de mogelijke gevolgen van een dergelijke verandering in de Nederlandse situatie. De eerste resultaten van het onderzoek (die wijzen in de richting van een toename van diagnostische en curatieve verrichtingen en een afname van het aantal verwijzingen), zijn in mei gepresenteerd op een mini-symposium voor direct belanghebbende beroepsorganisaties en beleidsinstanties.

Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen

Gedurende de afgelopen jaren zijn een aantal korte monografieën geschreven over de wijze waarop huisartsen in een aantal Europese landen gehonoreerd worden en over de hoogte van hun inkomen. Gedurende het verslagjaar zijn de eerder verzamelde gegevens aangevuld en geactualiseerd om er een Engelstalig overzicht van te maken.

NIVEL als WHO-collaborating centre for primary care

Het NIVEL heeft een apart werkplan voor zijn activiteiten als 'collaborating centre'. De activiteiten zijn in vier groepen ondergebracht:

- deelnemen aan door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) georganiseerde of ondersteunde activiteiten bijvoorbeeld als 'temporary consultant'. In het verslagjaar is onder meer deelgenomen aan een conferentie

over de introductie en evaluatie van nieuwe technologie in de gezondheidszorg.

- het organiseren van internationale conferenties die van belang zijn voor het beleid van WHO. In 1989 is door het NIVEL een internationale conferentie georganiseerd over extramurale verpleging.
- het beschikbaar maken voor de WHO van de resultaten van onderzoek van het NIVEL door Engelstalige verslagen en publikaties.
- het ontvangen van gasten uit het buitenland.

Internationale vergelijking van de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten

Het NIVEL verzorgt het Nederlandse deel van een internationale studie over verwijzen die onder leiding staat van Dr. D.M. Fleming (Birmingham Research Unit, Royal College of General Practitioners). In 1989 is begonnen met de gegevensverzameling. Een honderdtal huisartsen registreert gedurende ongeveer 3 weken alle verwijzingen naar specialisten en gedurende een periode van 3 maanden de follow-up van deze verwijzingen.

Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg

De activiteiten om te komen tot een documentatiecentrum zijn in het verslagjaar begonnen. De eerste activiteiten bestonden uit het samenstellen van een lijst van contactpersonen en instituten in heel Europa. Deze zal gebruikt worden voor het verzamelen van nader te definiëren gegevens over aspecten van de Europese gezondheidszorgsystemen. Tevens zijn twee voorstellen ontwikkeld voor het verzamelen van gegevens over respectievelijk de positie van paramedische beroepsbeoefenaren en extramuraal werkzame verpleegkundigen in een aantal Europese landen.

Gezondheidszorg in pluralistische stelsel van gezondheidszorg

Hoewel ongeveer 160 miljoen inwoners in Europa leven in stelsels van gezondheidszorg waar geen nationale ordening van kracht is (in de zin van bijvoorbeeld een National Health Service), wordt aan deze zogenaamde 'pluralistische' stelsels en gezondheidszorg eigenlijk zelden aandacht besteed. Over de Finse gezondheidszorg is bijvoorbeeld meer bekend dan over de Franse.

Toch zal de Europese gemeenschap ooit een keuze moeten maken over het soort stelsel dat men zal ondersteunen. Bij gebrek aan systematische kennis zal de keuze echter niet goed gemaakt kunnen worden.

Mede in opdracht van de Europese Commissie probeert het NIVEL in deze kennis te voorzien door een serie beschrijvende studies over deze pluralistische stelsels te produceren.

In het verslagjaar zijn de eerste resultaten van deze studies gepresenteerd en besproken; definitieve teksten volgen later.

De onderwerpen zijn:

- kosten en financiering van gezondheidszorg;
- wet- en regelgeving;
- het aanbod van zorgvoorzieningen;
- de gezondheidstoestand van de bevolking;
- het gebruik van voorzieningen;
- arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim en sociale zekerheid.

2.2. Relatie tussen Eerstelijns en Tweedelijns Gezondheidszorg.

2.2.1. Resultaten

Op dit themagebied zijn twee onderzoeken afgesloten en is op één gebied tussentijds gerapporteerd.

De twee afgesloten onderzoeken betroffen een onderzoek naar 'nazorg van in het ziekenhuis opgenomen patiënten' en een onderzoek naar de 'taakafbakening' tussen huisarts en neuroloog bij de behandeling van epilepsie-patiënten. Bovendien werd gerapporteerd over een onderzoek naar de kwaliteit van verwijs- en specialistenbrieven van en naar interne geneeskunde.

Tussentijds gerapporteerd werd over het promotie-onderzoek van de projectleider: 'de invloed van de huisarts in de tweedelijns'.

Nazorg ziekenhuispatiënten

Het doel van dit onderzoek was om antwoord te krijgen op de vraag of het nu wat uitmaakt op welke wijze de nazorg van ziekenhuispatiënten door het kruiswerk wordt georganiseerd.

Een inventariserend onderzoek had uitgewezen dat daarvoor ruwweg twee organisatievormen bestonden, namelijk via een speciaal aangetrokken continuïteitsverpleegkundige of via de hoofdwijkverpleegkundige en de reguliere kanalen. Ook had de inventarisatie opgeleverd dat per lidinstelling van de Nationale Kruisvereniging (het hoogste organisatieniveau) één soort organisatievorm zou bestaan.

Het onderzoek is uitgevoerd in verschillende fasen. Eerst zijn de bestaande organisatievormen geïnventariseerd en vervolgens zijn verschillende vormen op hun effect bekeken aan de hand van overdrachtsformulieren, waarmee de ziekenhuisverpleging de nazorgpatiënten aan de wijkverpleging overdraagt.

Uit de beschrijvende fase van het onderzoek valt het volgende te rapporteren.

In de meeste gevallen (80%) vindt de organisatie plaats op het niveau van de EKO (Erkende Kruisorganisatie); in de resterende 20% hebben de EKO's de nazorg aan kleinere eenheden (de basiseenheden) gedelegeerd.

Per EKO heeft men gemiddeld met 4 ziekenhuizen te maken waarmee afspraken worden gemaakt. Vaak werken EKO's samen om dat soort afspraken collectief te maken, vooral als er sprake is van een continuïteitsverpleegkundige, die namens een groep EKO's optreedt.

Uit de bestudering van de overdrachtsformulieren blijkt dat nog geen 3% van de in ziekenhuizen opgenomen patiënten (2.8% om precies te zijn) bij het kruiswerk 'in nazorg komt'. Dit percentage is veel lager dan het cijfer van 10% dat uit andere studies afkomstig is. De auteurs opperen de mogelijkheid dat dit komt omdat dergelijke studies vaak plaats vinden in regio's waar nazorg bijzondere aandacht krijgt. Er is namelijk veel variatie tussen EKO's onderling. De EKO met het hoogste percentage nazorgpatiënten krijgt vijf maal zoveel patiënten in nazorg dan de EKO met het laagste percentage nazorgpatiënten.

Een belangrijk gegeven is dat de 'in nazorg komende' patiënten gemiddeld 26 dagen in het ziekenhuis hebben gelegen, terwijl de gemiddelde opnameduur in Nederland 11.5 dag is. De belangrijkste opnamediagnosen zijn: middelgrote buikingrepen, ernstige hartziekten, chronische luchtwegproblematiek, diabetes, open benen (en ander perifeer vaatlijden) en maligne aandoeningen van de tractus digestivus.

Volgens het formulier besteedt de ziekenhuisverpleging wel degelijk aandacht aan begeleidingsaspecten (meer zelfs nog dan aan curatieve aspecten).

De wijkverpleging besteedt vrij veel tijd aan de ontslagen patiënten; gemiddeld leggen ze 4.4 bezoeken af in de eerste week. Toch duurt het in een derde van de gevallen twee dagen of langer voordat de wijkverpleging het eerste bezoek bij de patiënt thuis brengt. Dit kan, vooral als er medicijnen moeten worden toegediend, tot vervelende problemen leiden. Zowel de ziekenhuisverpleging als de wijkverpleging noemen het late tijdstip waarop de ontslagdatum bekend wordt als een belangrijke oorzaak voor dit probleem. Überhaupt worden dikwijls problemen geconstateerd bij de hulp bij de toediening van medicijnen. Driekwart van de patiënten voor wie de ziekenhuisverpleging expliciet om hulp heeft gevraagd bij het toedienen van de medicijnen zegt deze hulp niet te hebben gekregen.

De vraag waar het onderzoek mee begonnen was: maakt het nu wat uit hoe de nazorg bij het kruiswerk is georganiseerd? kan ontkennend worden beantwoord. De onderzoekers vonden geen verschil op alle onderzocht punten, behalve op het punt dat EKO's met een continuïteitsverpleegkundige gemiddeld een hoger percentage patiënten in nazorg hebben dan EKO's zonder continuïteitsverpleegkundige.

Huisarts en epilepsie

Het doel van dit door het Praeventiefonds gefinancierde onderzoek was om te zien, of en in welke mate huisartsen en specialisten systematisch

verschillende opvattingen hebben over hun eigen en elkaars taak ten aanzien van het opsporen en behandelen van epilepsiepatiënten.

Twee bronnen werden in dit onderzoek gebruikt. Namelijk de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk als bron van informatie over aantallen contacten van huisartsen met epilepsiepatiënten, en een enquête onder huisartsen en neurologen met betrekking tot beider taakopvatting.

Uit de Nationale Studie bleek dat een doorsnee Nederlandse huisartspraktijk ongeveer 40 contacten per jaar met epilepsiepatiënten heeft. Driekwart daarvan is met patiënten van wie bekend is dat ze epilepsie hebben. Deze patiënten worden voornamelijk door de assistente gezien in verband met herhaalreceptuur. Patiënten die van epilepsie worden verdacht worden meestal door de huisarts onderzocht en vervolgens doorverwezen naar de neuroloog.

Uit de enquête bleek dat huisartsen en neurologen wel in zekere zin van mening verschilden over hun aandeel in de behandeling (beide groepen claimden een zekere, overlappende taak), maar dat er consensus leek te bestaan over de volgende taken: voor de huisarts het behandelen van een epilepsie-aanval in de thuissituatie en de coördinatie van de hulpverlening (door de huisarts), en nadere diagnostiek en het instellen van de anti-epileptica (door de specialist). Er bestaat zowel bij de huisarts als bij de neuroloog een positief verband tussen het aantal taken dat men claimt en hetgeen men in de praktijk zegt te doen. Specialisten voeren deze taken als regel vaker uit dan huisartsen.

Kwaliteit van verwijs- en specialistenbrieven

In dit onderzoek werden 200 verwijsbrieven van 128 huisartsen met de bijbehorende antwoorden van de specialist bestudeerd. Het betrof hier verwijzingen naar de polikliniek 'interne geneeskunde'.

Een paar resultaten: specialistenbrieven zijn beter verzorgd (vermelding persoonsgegevens, leesbaarheid, aard papier) dan verwijsbrieven, al maakte 15% van deze brieven gebruik van een voorgestructureerd formulier. In specialistenbrieven staan meer medische gegevens (met uitzondering van de omschrijving van de klacht van de patiënt). En als huisartsen een probleem of vraagstelling vermelden blijkt de specialist deze in alle gevallen over te nemen en de vraag te beantwoorden.

Als de verwijzing niet expliciet als een adviesaanvraag werd geformuleerd gaan specialisten niet als zodanig met een verwijzing om; ze nemen òf de behandeling over (in de helft van de gevallen) òf verwijzen terug (al dan niet met het verzoek de patiënt terug te willen zien op de polikliniek).

Dit alles pleit voor meer aandacht bij huisartsen voor het opnemen van expliciete voorstellen voor de te volgen procedure in de verwijsbrief.

De invloed van de huisarts in de tweede lijn

Beantwoording van de vraag naar de invloed van de huisarts in de tweede lijn gebeurt aan de hand van gegevens uit de Nationale Studie over contacten van huisartsen met hun in ziekenhuizen opgenomen patiënten. Huisartsen plegen in hoofdzaak overleg met de specialist bij acute opnames. Van 28% van de ziekenhuisopnamen beschouwt de huisarts zich als initiatiefnemer. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis is slechts sporadisch contact met de specialist. Specialisten zoeken van hun kant eveneens nauwelijks contact met een huisarts over verblijf of ontslag van patiënten. Wél wordt één op de vijf patiënten door de huisarts in het ziekenhuis bezocht en met meer dan de helft heeft de huisarts thuis, telefonisch of op het spreekuur contact. Ongeveer een derde bezoekt de huisarts uit eigen beweging thuis.

Conclusie: behalve bij spoedopnamen is er eigenlijk geen contact met de specialist; na het ontslag uit een ziekenhuis neemt de huisarts veelal de draad weer op.

2.2.2. Voortgang

Invloed van de huisarts in de tweede lijn

Materiaal van het deelproject 'Nazorg en continuïteit van zorg' (hetgeen de belangrijkste basis vormt voor het project 'Invloed van de huisarts in de tweedelijlijn') is ingevoerd en 'geschoond' voor wat betreft de tweede, derde en vierde veldwerkperiode van de Nationale Studie. Het materiaal van de eerste veldwerkperiode was reeds eerder beschikbaar en op basis daarvan is een artikel geschreven, dat is geaccepteerd door Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (TSG).

Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten

Commentaar op het concept van het tweede deelrapport is verwerkt. De bestanden ten behoeve van het eindrapport (deel 3) zijn geschoond. Verder zijn de statistische analyses uitgevoerd en is de concept-eindrapportage vervaardigd. Ten behoeve daarvan is tevens een eendaagse werkconferentie gehouden tijdens welke de beleidsimplicaties van de onderzoeksresultaten zijn geïnventariseerd. Er is een bijdrage geleverd aan de door het NIVEL georganiseerde International Conference on Community Nursing in s' Hertogenbosch en op basis daarvan is een Engelstalig artikel vervaardigd dat is aangeboden aan een tijdschrift. Tot slot heeft de projectleider met een toelage van de Raad van Europa een studiereis naar Engeland gemaakt.

Taakafbakening huisarts-specialist met betrekking tot de behandeling van epilepsie-patiënten

Er zijn analyses uitgevoerd op een relevant deelbestand met gegevens uit de Nationale Studie en daarover is gerapporteerd in een Engelstalig artikel dat is aangeboden. Tevens is een enquête gehouden onder een representatieve steekproef huisartsen en onder alle klinisch werkzame leden van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. De rapportage hierover is tezamen met de eerder genoemde publikatie verwerkt tot het eindrapport.

Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek

De eerste uitwerking van de theoretische onderbouwing van het project heeft plaatsgevonden en tevens zijn diverse benodigde concept-vragenlijsten ontworpen. Er is een begin gemaakt met de dataverzameling van een pilot-onderzoek waarin deze vragenlijsten worden uitgezet. Tevens is gewerkt aan het verkrijgen van medewerking van de te onderzoeken groep Gelderse verloskundigen en hun patiënten.

Evaluatie project samenwerking 1e-2e lijn VU

Na de acceptatie van het onderzoeksplan 'Centrale onderzoek', door de stuurgroep van het project in 1988 werd voor de verschillende deelprojecten een projectplan geproduceerd waarin de centrale evaluatie-vragen (kwaliteit, verschuiving, kosten en randvoorwaarden) nader zijn uitgewerkt. Voor zover dat mogelijk was (een aantal van de projecten was al in uitvoering genomen), zijn de oorspronkelijke projectplannen zodanig aangepast dat een zinvolle evaluatie uitgevoerd kan worden. In het verslagjaar betroffen het de volgende vier deelprojecten.

Bij het deelproject 'Eerstelijns-ergotherapie' worden patiënten die tijdens opname met ergotherapie worden behandeld ad random verdeeld in een groep die wel en een groep die geen ergotherapeutische nazorg in de eerstelijns krijgt aangeboden. De pilot-fase van dit project is afgesloten met een artikel voor Medisch Contact en een presentatie voor hulpverleners en financiers.

Het deelproject 'Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met buikpijn en lage rugpijn' probeert bij patiënten-categorieën met vage en mogelijk psychische klachten maximale afstemming te bereiken. Dat gebeurt onder andere via consultatie van de huisarts door de specialist.

De onderzoekers hopen zo de kans op somatische fixatie te verkleinen en de medische consumptie terug te dringen.

In het deelproject 'Het acute knieletsel' wordt een grote groep huisartsen nageschoold op het terrein van de diagnostiek van acute knieletsels. Met de ondersteuning van een protocol hoopt men de hulpverlening te verbeteren en de behandeling in de tweede lijn te verminderen.

Het deelproject 'Klinische audiologie' legt zich toe op het verbeteren van de verstrekking en het gebruik van hoortoestellen (met name bij bejaarden). Onderzocht wordt of de inschakeling van een vrijwilliger bij de ondersteuning van het leren omgaan met de hoortoestellen tot betere resultaten leidt. Ook wordt bekeken of een actievere rol van de specialist de uitkomsten beïnvloed.

Vanuit het NIVEL werd voor alle deelprojecten ondersteuning geboden op het vlak van onderzoeksopzet, instrumentontwikkeling, data-analyse en rapportage.

De samenwerking tussen het VU-ziekenhuis en het NIVEL wordt per april 1990 niet voortgezet. De projectleiding en het management van het ziekenhuis waren van mening dat de gekozen constructie tot teveel onduidelijkheden en afstemmingsproblemen aanleiding gaf. Daarnaast bleek de looptijd van de projecten zodanig lang te zijn, dat niet op korte termijn tot een zinvolle rapportage met betrekking tot het zogenaamde centrale onderzoek gekomen kan worden.

Het een en ander heeft wel tot gevolg gehad dat de betrokken senior-onderzoeker een transfer van het NIVEL naar het VU-ziekenhuis heeft gemaakt.

Versterking van de eerstelijnszorg door technologische vernieuwingen

Er zijn lezingen gehouden in Londen en Madrid en aansluitend is op basis van de eerst genoemde lezing een artikel geschreven dat is geaccepteerd door het tijdschrift Health Policy.

Problemen met de coördinatie van de ambulante verpleeghuiszorg

Geen activiteiten.

Regionale verschillen in de verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen

Geen activiteiten; onderzoek is uit werkplan geschrapt.

Project 'Combinatie inzichten huisartsenhonorering'

Er is een projectvoorstel vervaardigd waarvoor subsidiëring is toegezegd door de Ziekenfondsraad.

2.3. Huisarts en geestelijke gezondheidszorg

2.3.1. Resultaten

Een constante bron van informatie over het werkelijk functioneren van huisartsen vormt de NIVEL-videotheek van zo'n 3000 arts-patiënt consulten. Een aantal consulten is geselecteerd in het kader van een onderzoek naar de relatie tussen 'arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het medisch handelen'.

Een ander vraagstuk is het gegeven dat door psychiaters (en vooral door hen die zich met onderzoek onder de bevolking bezig houden) vaak wordt gesteld dat huisartsen niet attent genoeg zijn op het voorkomen van psychiatrische problematiek in de huisartspraktijk; ze missen te veel. Dit vormt een vraagstelling in een onderzoek naar de 'presentatie en het beloop van psychosociale problematiek in de huisartspraktijk'. Hetzelfde onderzoek leverde ook een eerste artikel op waarin het beloop van de psychosociale problemen onderwerp van studie was. Een vitaal punt in het onderzoek naar de relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg betreft het aantal en het soort patiënten dat de huisarts verwijst voor psychosociale problematiek.

Nadere bezinning op bovengenoemde onderwerpen leverde stof op voor een overzichtsartikel waarin het gebruik van impliciete psychologische theorieën in onderzoek naar de arts-patiënt communicatie werd geanalyseerd.

Tenslotte is een inventariserende studie afgerond naar de plaats van de psycholoog in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het medisch handelen

Sinds jaar en dag wordt op het NIVEL de communicatie tussen huisartsen en patiënten geobserveerd; meetinstrumenten zijn ontwikkeld en de relatie tussen het herkennen en behandelen van psychosociale problemen in de huisartspraktijk en de manier waarop huisartsen en patiënten met elkaar omgaan is diepgaand onderzocht.

Wat de onderzoekers echter intrigeerde was de vraag naar het verband tussen die communicatie-maten en enkele externe criteria: het door collega-huisartsen gegeven oordeel over de kwaliteit van het medisch handelen en de tevredenheid van de patiënt.

Om dat vast te stellen zijn uit de videotheek collectie 103 consulten geselecteerd, die betrekking hadden op één enkel medisch probleem: opsporing en behandeling van hoge bloeddruk (hypertensie). Deze 103 consulten werden aan twaalf collega-huisartsen voorgelegd. Hen werd gevraagd een oordeel (een rapportcijfer) te geven over de kwaliteit van het medisch-technisch handelen van de huisarts, over de kwaliteit van het

psychosociaal handelen van de huisarts en over de kwaliteit van de arts-patiënt relatie.

Uit het onderzoek bleek dat vooral het zogenaamde 'affectief handelen' van de huisarts: het aankijken van de patiënt, het tonen van interesse, sterk samenhang met het kwaliteitsoordeel over alle drie de aspecten. De tevredenheid van de patiënt hing nauwelijks samen met de communicatie, maar wel met het oordeel van de collega's over de wijze waarop de huisarts de arts-patiënt relatie hanteerde. Aardige dokters (niet per se betere dokters) hebben tevredener patiënten. Methodisch werkende artsen werden door hun collega's niet positiever beoordeeld dan niet-methodisch werkende artsen. Een afwachtende houding (toch zo kenmerkend voor de huisartspraktijk) vond bij deze hypertensieconsulten geen waardering bij de collega's.

Impliciete theorieën bij het bestuderen van arts-patiënt communicatie

De resultaten van communicatie-studies zijn vaak nogal tegenstrijdig. Zo sterk zelfs dat er wordt gesproken van Rorschach-tests; ze zeggen meer over de onderzoeker dan over de communicatie. Nadere bestudering van een grote hoeveelheid literatuur leverde echter als resultaat op dat er eigenlijk twee, nogal van elkaar verschillende, impliciete theorieën aan de verschillende onderzoekingen ten grondslag liggen. Eén theorie is afkomstig van de Amerikaanse onderzoeker Bales. Deze is vooral taak- en probleemgericht en legt de nadruk op het bestuderen van verbale uitingen. De andere theorie komt ook van een Amerikaanse onderzoeker, Rogers, die juist de nadruk legt op non-verbaal gedrag en op affectieve/empathische elementen in de communicatie. Gebruikt men de ene theorie dan kan men bepaalde resultaten gewoon niet vinden en omgekeerd geldt hetzelfde. De onderzoeker bepleit vooral dat de theorieën gebruikt worden voor de problemen waarvoor ze het meest geschikt zijn.

Presentatie en beloop van psychosociale problemen in de huisartspraktijk

In de inleiding is al gesteld dat huisartsen nogal eens verweten wordt dat ze psychiatrische problematiek niet voldoende herkennen. Deze stelling wordt ontleend aan het gegeven, dat het gebruik van een psychiatrisch screeningsinstrument als de GHQ (de General Health Questionnaire) altijd een aantal 'gevallen' oplevert waarvan de problematiek door de huisarts niet als 'psychosociaal' wordt benoemd.

Nader onderzoek van deze groep bracht aan het licht dat het hier om patiënten gaat die in zijn algemeenheid weinig bij de huisarts komen. En als ze komen presenteren ze slechts één klacht. Bovendien hebben ze

wel een verhoogde maar niet een extreem hoge GHQ-score. Grensgevallen zou men kunnen stellen.

Deze uitkomsten nuanceren op zijn minst de stelling dat huisartsen 'gevallen' missen. Bovendien is het de vraag of huisartsen nu al alert moeten zijn op mensen die weinig komen en dan nog wel met een duidelijk somatische klacht.

Hetzelfde onderzoeksmateriaal geeft ook inzicht in het soort klachten en problemen dat in de huisartspraktijk wordt aangeboden. De huisartsen beoordelen ongeveer 30% van de klachten als niet puur organisch; patiënten bieden echter veel minder vaak puur psychische klachten aan, laat staan dat er sprake is van als psychiatrisch te classificeren ziekte-episodes.

Verwijzingen bij psychosociale problematiek

Een van de belangrijkste gegevensbronnen uit de huisartspraktijk vormen de huisartsen die participeren in de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations van het NIVEL. Deze hebben in 1986 en 1987 geregistreerd hoeveel nieuwe verwijzingen voor psychosociale problematiek in de huisartspraktijk plaatsvindt.

Voor het onderzoek waren de aantallen op zichzelf van belang, maar ook de aard van de problematiek en bovendien wilden de onderzoekers weten of de aard en ernst van de problemen verschilden per instantie waarnaar werd verwezen.

In totaal vonden 57 verwijzingen per 10.000 personen plaats. Ongeveer 70 voor vrouwen en 43 voor mannen. In grote steden ruim drie maal zoveel (89) als op het platteland (26); en in het westen beduidend meer (66) dan (met name) in het oosten van het land (40). Voor vrouwen ligt de top van de verwijzingen tussen de 20 en 45 jaar (meer dan 110 per 10.000); bij mannen tussen de 25 en 44 jaar, al ligt de top lager (67 per 10.000).

Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	40%
RIAGG	30%
Vrijgevestigde psychiater	5%
Polikliniek psychiatrische ziekenhuis	9%
psychiatrische polikliniek algemeen ziekenhuis	8%
zelfstandig gevestigde psycholoog	8%

De aard van de problemen is ook geïnventariseerd. Er is gekeken naar de last of hinder voor de patiënt, naar de prognose en naar de verwachte behandelingsduur.

Dit is bedoeld om te zien of een onderscheid gemaakt kon worden tussen 'lichtere' en 'zwaardere' problematiek.

Wat bleek: ten eerste dat lichtere en zwaardere problemen op die wijze niet van elkaar te onderscheiden zijn. Er is een sterke samenhang tussen prognose en verwachte behandelingsduur, maar geen samenhang met de hinder voor de patiënt.

Ook is er geen relatie tussen ernst van de problematiek en de instelling waarnaar wordt verwezen; wel krijgt het algemeen maatschappelijk werk wat meer sociale problemen en de andere instellingen wat meer psychische, maar door het grote aantal verwijzingen naar het algemeen maatschappelijk werk is dit toch de grootste ontvanger van verwijzingen wegens (onder meer) psychische problematiek.

Verfijnt men de problematiek nog verder dan is er wederom geen onderscheid naar instelling. Patiënten met angst-problemen of depressieve patiënten worden niet systematisch vaker naar bijvoorbeeld een RIAGG verwezen.

De auteur wijst in zijn conclusie op de belangrijke rol van het algemeen maatschappelijk werk en stelt dat in de huidige discussies over het RIAGG en de psycholoog het algemeen maatschappelijk werk te veel uit de aandacht verdwijnt.

Psychologen in de eerste lijn

Volgens schattingen van onder meer de beroepsvereniging van psychologen zouden er ongeveer 3 à 400 psychologen als eerstelijnspsycholoog werkzaam zijn. Om voor die betiteling in aanmerking te komen moet een psycholoog regelmatig met huisartsen overleggen en 'generalistisch' werkzaam zijn (zich niet tot één soort therapie beperken, bijvoorbeeld). Toch was het precieze aantal van deze psychologen niet bekend.

In een inventariserende studie is gepoogd meer zicht op de werkelijke aantallen te krijgen.

Bijna 1000 psychologen, die op een of andere wijze met de eerste lijn te maken hebben werden ondervraagd. Na toepassen van de criteria bleven er slechts een 100 tot 150 over. Vooral het regelmatig overleg met huisartsen was een struikelblok voor de omschrijving. Dit aantal liep tijdens het onderzoek nog terug omdat met ingang van 1988 alle psychiatrische hulp in de AWBZ werd ondergebracht, hetgeen de meeste particuliere ziektekostenverzekeraars ertoe bracht om de vergoedingen aan dit type psychologen te staken.

De niet aan de criteria voldoende psychologen oefenden hun praktijk vaak uit naast een functie in dienstverband en besteedden in het algemeen minder tijd aan hun eerstelijns werkzaamheden.

Duidelijk is dat met de huidige (ontbrekende) financiering de eerstelijnspsycholoog een marginaal verschijnsel in de gezondheidszorg zal blijven.

2.3.2. Voortgang

Psychosociale klachten in de huisartspraktijk

Met behulp van gegevens uit de Nationale Studie is een beeld gegeven van het psychisch probleemaanbod bij de huisarts. Op basis van de contactregistratie uit het eerste half jaar is het aanbod van psychische klachten, en van somatische klachten met een psychosociale achtergrond beschreven en uitgesplitst naar leeftijds- en geslachts-categorieën. Ook zijn de prevalenties van episodes met een psychiatrische diagnose berekend. Voorts is onderzocht hoe groot de kans is dat patiënten die op een psychiatrische screeningslijst hoog scoren ook psychische klachten (of door de arts als "mede psychosociaal bepaald" beoordeelde klachten) uiten op het spreekuur.

Een kleinere groep van dergelijke consulten is ook op video bestudeerd. Meer in de diepte is het verloop van klachten gedurende een jaar bestudeerd. Hierbij werden twee groepen gevolgd: een cohort van patiënten die hun klachten als psychisch hadden bestempeld en een groep met somatische klachten, die de huisarts puur psychisch achtte.

Arts-patiënt communicatie

Het onderzoek naar de wijze waarop arts en patiënt met elkaar communiceren (vooral met het oog op de herkenning en behandeling van psychische klachten) heeft in 1989 geresulteerd in een literatuuroverzicht van psychologische theorieën die toegepast worden in onderzoek naar de arts-patiënt communicatie. Tevens werd gerapporteerd over gesprekskenmerken die kwalitatief goed beoordeelde consulten onderscheidden van kwalitatief slecht beoordeelde consulten.

In 1989 werd doorgegaan met de observatie van consulten volgens een aangepaste versie van de aan de Amerikaanse John Hopkins Medical School ontwikkelde observatiemethode - Roter.

Psychologen in de eerstelijns

Een inventariserend onderzoek hiernaar werd in dit jaar afgerond. Over de resultaten werd gerapporteerd in rapportvorm, in een artikel in het tijdschrift 'de Psycholoog', en met een poster op het eerste European Congress of Psychology in Amsterdam.

Een voorstel om een aantal psychologen op experimentele basis de kans te geven op 'eerstelijnswijze' te werken, en deze experimenten te evalueren wordt momenteel door de potentiële financier, de Ziekenfondsraad, bestudeerd.

RIAGG en AMW

In december is een onderzoek begonnen, waarin de populatie van RIAGG en AMW met elkaar wordt vergeleken. Nagegaan wordt in hoeverre deze twee populaties van elkaar verschillen met betrekking tot psychopathologie en meervoudigheid van problematiek, en wat de consequenties van een eventuele overlap voor het verloop van de hulpverlening zijn.

Voordat het onderzoek een feitelijke aanvang nam, met de indiensttreding van een onderzoeker, is in 1989 aandacht besteed aan werving, eerst van subsidiegelden, daarna van deelnemende instellingen.

2.4. Samenhang en samenwerking in de eerste lijn

2.4.1. Resultaten

Eén van de activiteiten van de onderzoekers van dit themagebied is het bijhouden van het aantal gezondheidscentra en groepspraktijken van huisartsen (praktijken waar 3 of meer huisartsen in één gebouw werken). Naast de overzichten werd ook onderzoek verricht naar factoren van invloed op groei en stagnatie van gezondheidscentra en naar het afstemmen van doelpopulaties van de verschillende hulpverleners binnen het gezondheidscentrum. Bovendien werd bestudeerd of huisartsen in gezondheidscentra vaker of minder vaak naar fysiotherapeuten verwijzen dan huisartsen in andersoortige praktijken. Een bijzonder geval van gezondheidszorg is de gezondheidszorg in de gemeente Almere. Hier werd onderzoek gedaan naar de wijkverpleegkundige zorg aldaar.

Naast onderzoek in en over gezondheidscentra is er binnen het themagebied onderzoek gedaan naar EHBO in Zoetermeer en is de nieuwe ondersteuningsstructuur voor huisartsen geëvalueerd.

Gezondheidscentra

Eerst een overzicht van de aantallen. Op 1 januari 1989 was het aantal gezondheidscentra met 6 gestegen van 147 naar 153. Ongeveer 8 procent van de Nederlandse bevolking wordt door gezondheidscentra 'bediend'. Een aantal jaren zag het er naar uit dat er van een zekere stagnatie sprake was; die stagnatie is echter weer voorbij. Een onderzoek naar de oorzaken van groei en stagnatie wees uit dat er een duidelijke samenhang is tussen de hoeveelheid nieuwbouw in een gemeente en het tot stand komen van gezondheidscentra. Met het stagneren van de nieuwbouw in de periode 1982-86 stagneerde ook het aantal gezondheidscentra. Ook de politieke kleur van de wethouder van volksgezondheid speelde een rol; meer centra kwamen tot stand onder linkse wethouders.

Bij het onderzoek naar de afstemming van doelpopulaties was de wijkverpleging onderwerp van onderzoek. Onderzocht werd of in gevallen dat

huisartsen en wijkverpleegkundigen voor dezelfde groep patiënten zorgden en met elkaar samenwerkten, de verleende zorg anders was dan in het geval dat de doelgroepen niet geheel overlappend waren of dat er eigenlijk niet werd samengewerkt.

Om verschillen te vinden moesten de wijkverpleegkundigen en huisartsen aan beide voorwaarden voldoen; alleen afstemming maar ook alleen samenwerking was niet genoeg. De verschillen met huisartsen en wijkverpleegkundigen die niet met elkaar samenwerkten en ook geen overlappende doelgroep hadden, bleken vooral betrekking te hebben op de herkomst van patiënten (vaker via huisarts) en de aard van het werk (meer begeleiding, voorlichting en leefregels). Ook werden de wijkverpleegkundigen, die samenwerkten met een huisarts van dezelfde groep patiënten vaker ingeschakeld bij patiënten met mentale en psychische problemen en minder bij zieke ouderen.

Het volgende onderzoek in de sector 'gezondheidscentra' betreft het aantal door huisartsen aangevraagde machtigingen fysiotherapie en de kosten van de daaruit voortvloeiende fysiotherapeutische behandelingen. Uit gegevens, verstrekt door twee grote ziekenfondsen kwam naar voren dat huisartsen uit gezondheidscentra meer machtigingen fysiotherapie aanvragen dan andere huisartsen, maar dat dit niet leidt tot hogere kosten omdat de fysiotherapeutische behandelingen korter en minder complex zijn (minder fysioteknik). In alle onderzochte gezondheidscentra maakten fysiotherapeuten deel uit van de bezetting.

Tenslotte kwam een van de (vele) deelonderzoeken gereed uit het evaluatieproject Gezondheidszorg Almere. In dit geval ging het om een onderdeel van de wijkverpleging: de jeugdgezondheidszorg. Uit het reeds genoemde NIVEL-onderzoek naar jeugdgezondheidszorg waren de meetinstrumenten overgenomen om de gegevens uit Almere landelijk te kunnen vergelijken. Het resultaat laat zich zeer kort weergeven; op de criteria: samenhang met andere hulpverlening, kwaliteit van zorg en afstemming op de zorgbehoefte werd geen verschil gevonden tussen Almeerse wijkverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen elders in het land.

Eerste hulp bij ongelukken in de huisartspraktijk

Een onderwerp dat al eerder in Almere (waar immers pas in 1992 een ziekenhuis wordt geopend) is onderzocht, is de rol van de huisarts bij de voorziening Eerste Hulp Bij Ongelukken. Toen de gelegenheid zich voordeed een vergelijkbaar onderzoek te verrichten in Zoetermeer, vóór en ná de opening van het Lageland ziekenhuis, is daarvan gaarne gebruik gemaakt. Het onderzoek was gericht op het bestuderen van de patiëntinstromen en op de tevredenheid van het publiek. Er waren afspraken gemaakt met het ziekenhuis, dat zich zeer terughoudend zou opstellen ten

aanzien van EHBO. Patiënten die ook door de huisarts konden worden geholpen, zouden worden teruggestuurd.

Uit het onderzoek bleek dat onder deze conditie de toeloop op de EHBO polikliniek bescheiden was en dat de huisartsen inderdaad een belangrijk deel van de EHBO voor hun rekening namen. De tevredenheid van het publiek was echter dusdanig negatief (zeker van degenen die inderdaad teruggestuurd werden), dat het ziekenhuis inmiddels zijn beleid radicaal gewijzigd heeft.

Uit dit en het eerdere Almeerse onderzoek kan men concluderen dat, praktisch en technisch gesproken, de huisarts een groot deel van de EHBO kan verrichten (zelfs als er een ziekenhuis is en mits er duidelijke afspraken zijn), maar dat het publiek het, om het maar eens simpel te zeggen, niet pikt om bij de poort van het ziekenhuis teruggestuurd te worden.

Evaluatie ondersteuningsstructuur huisartsen

Aan het eind van het verslagjaar werd een onderzoek afgesloten naar de begin 1986 met subsidie van WVC ingestelde ondersteuningsstructuur van de beroepsgroep van huisartsen.

Met subsidiegeld werd het mogelijk gemaakt om een honderdtal coördinatoren aan te stellen op het gebied van de deskundigheidsbevordering van huisartsen, en een twintigtal lokale bureaus in het leven te roepen voor de ondersteuning van de huisartsen-organisatie. Het NIVEL onderzocht hoe een en ander procesmatig verlopen is (een voormeting was niet mogelijk) en heeft ook geprobeerd enige effecten vast te leggen. Op het gebied van de deskundigheidsbevordering was enig effect te bespeuren; van de gevolgde nascholing bleek 37% door de lokale coördinatoren geïnitieerd, al bleven de verschillen in participatie tussen gebieden waar vroeger de Stichting Nascholing Huisartsen actief was en andere gebieden wel bestaan.

Op het gebied van ondersteuning was het moeilijker om tot effecten te komen. Eén van de genoemde voordelen van de structuur was dat anderen nu regionaal een punt hadden waarop de huisartsen als collectief te bereiken waren. Desgevraagd zeiden deze andere organisaties (ziekenfondsen, beroepsgroepen, consumenten, ziekenhuizen) dat ze dit inderdaad een verbetering vonden; het aantal organisaties waarmee men contact had, bleek echter beperkt.

District concept

Op één punt in de gezondheidszorg lijkt Nederland op die trotse moeder, die vindt dat van de passerende soldaten haar zoon de enige is, die in de pas loopt; alle anderen lopen uit de maat. Het betreft hier de plannen om een bestuurlijke organisatie van de gezondheidszorg (de WVG) in te trek-

ken en te vervangen door een functioneel gedecentraliseerde organisatie, waar contracten tussen verzekeraars en zorgvoorzieningen centraal staan. Met deze verandering wordt een duidelijke aanbeveling van de Wereld Gezondheids Organisatie genegeerd. In een artikel waarin de lotgevallen van de WVG worden geschetst wordt ook aangetoond, dat gezondheidszorg altijd een territoriaal aspect heeft. Door de grillige vormen van de regio's waar ziekenfondsen actief zijn en het landelijk opereren van particuliere ziektekostenverzekeraars, krijgt men een enorme hoeveelheid contracten, waardoor het gevaar van onoverzichtelijkheid toeneemt.

2.4.2. Voortgang

Registratie en onderzoek van samenwerkingsverbanden

Dit is een continu project. De registratie betreft home-teams en gezondheidscentra. Beide zijn gestructureerde samenwerkingsverbanden waar minimaal drie eerstelijnsdisciplines aan deelnemen. In gezondheidscentra zijn de hulpverleners in een gemeenschappelijk gebouw ondergebracht en is de samenwerking geformaliseerd. Home-teams hebben geen gemeenschappelijke huisvesting en zijn minder geformaliseerd.

In het verslagjaar is door de projectleider deelgenomen aan een bijeenkomst van het Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire in Parijs. Hij heeft daar een voordracht gehouden over de rol van de wijkverpleging in de multidisciplinaire samenwerking.

De feitelijke activiteit binnen het project 'Registratie en onderzoek samenwerkingsverbanden' vindt plaats in de volgende deelprojecten.

Basisgegevens van home-teams en gezondheidscentra

Zowel over de home-teams als de gezondheidscentra wordt jaarlijks gerapporteerd. Ook dit jaar zijn weer rapporten verschenen die basisgegevens bevatten over home-teams en gezondheidscentra. De basisgegevens betreffen zaken als ontwikkeling van de aantallen samenwerkingsverbanden, de spreiding over Nederland, de teamsamenstelling, de werkgebieden en dergelijke. Afgelopen jaar is veel tijd besteed aan de automatisering van de registratie van gezondheidscentra. Per 1 januari 1990 is het geautomatiseerde registratiesysteem van gezondheidscentra operationeel. In het kader van de jaarlijkse peiling onder gezondheidscentra zijn aan de gezondheidscentra vragen gesteld over de activiteiten die zij op het terrein van thuiszorg ontwikkelen. Hierover is een artikel geschreven in het blad 'LVG-nieuws'.

Evaluatie van specifieke vormen van samenwerking

Door functiewisseling van de onderzoeker op dit project is in 1989 aan dit onderwerp geen aandacht besteed.

Afstemming van doelpopulaties in de praktijk van de hulpverlening

Dit onderzoek is gericht op de afstemming van doelpopulaties van wijkverpleegkundigen en huisartsen. Onderzocht is of er samenhang bestaat tussen de mate waarin sprake is van afstemming van doelpopulaties en het bestaan van een interdisciplinair hulpverleningsbeleid ten aanzien van bepaalde zorgcategorieën en andere werkcontacten. Analyse en rapportage van dit onderzoek hebben in 1989 plaatsgevonden. Een concept-rapport is afgerond.

Samenwerken en verwijzen (vervolgproject)

Op basis van ziekenfondsgegevens voor het jaar 1984 wordt nagegaan in hoeverre er een verband is tussen praktijkvorm (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk, gezondheidscentrum) en het verwijscijfer naar de medisch specialist. Het betreft hier een replicatie van een onderzoek dat op basis van gegevens uit 1978 is uitgevoerd. In het verslagjaar heeft schoning van de ziekenfondsbestanden plaatsgevonden en zijn additionele gegevens aan het bestand toegevoegd. Tevens is een begin gemaakt met de analyse.

Versterking van de lokale organisatiestructuur van de beroepsgroep huisartsen

Dit onderzoek betreft een procesevaluatie van de in 1986 opgerichte structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen. In 1989 heeft de gegevensverzameling van dit onderzoek plaatsgevonden. Deze bestond uit een activiteitenregistratie door medewerkers binnen de structuur, uit interviews met betrokkenen en schriftelijke enquêtes onder huisartsen en organisaties die veel met de structuur te maken hebben. De gegevensanalyse heeft in het najaar plaatsgevonden. De rapportage was in december in volle gang.

Evaluatie gezondheidszorg Almere

Het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen in Almere verschilt op een aantal punten van de rest van Nederland. Enkele kenmerken van het 'Almeerse model' zijn: een loondienstverband voor alle hulpverleners, een sterke eerstelijnszorg in combinatie met een krap bemeten tweedelijns, samenwerking vanuit wijkgerichte gezondheidscentra en patiëntenparticipatie op het bestuurlijke en uitvoerende vlak. De experimentele opzet van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen wordt geëvalueerd door het NIVEL en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI). Het NZI richt zich daarbij met name op de bestuurlijke kanten van het Almeerse zorgmodel en het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen. Het NIVEL verricht onderzoek naar de inhoudelijke aspecten van de Almeerse gezondheidszorg en het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen.

In het verslagjaar is door het NIVEL gewerkt aan voorstellen voor een evaluatie-onderzoek rond het Experiment Gezondheidszorg Almere (EGA) voor de jaren 1990 en 1991. De voorstellen betreffen onderzoek naar de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg en naar intensieve thuiszorg in Almere.

Door het NIVEL is, in het kader van het project 'Evaluatie gezondheidszorg Almere' in 1989 gewerkt aan de volgende drie deelonderzoeken.

Patiënten met rugklachten

Het eerste deelonderzoek betreft de studie waarbij mensen met rugklachten gedurende een aantal maanden zijn gevolgd op hun tocht door het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. Na zeer veel problemen bij de werving van deelnemers aan dit onderzoek, is in de laatste maanden van 1989 de dataverzameling voor dit deelonderzoek afgesloten en zijn alle gegevens ingevoerd in een databestand. In december 1989 is een begin gemaakt met de rapportage voor dit deelonderzoek.

Almere - Nationale Studie

Bij het eerste deelonderzoek, met de titel 'Almere - Nationale Studie', zijn in 1988 gegevens verzameld over het werken van de Almeerse huisartsen en de behoefte aan zorg bij de Almeerse bevolking. Deze gegevensverzameling is in 1989 afgerond, waarna in samenwerking met het projectteam Nationale Studie een uitgebreide schoningsoperatie heeft plaatsgevonden. Eind 1989 is het eerste rapport uit dit deelonderzoek, met de titel 'behoefte aan zorg in Almere', in conceptvorm gereed gekomen. Tevens is begonnen met de analyses ten behoeve van het deelrapport morbiditeit.

Wijkverpleegkundige zorg

Bij het derde deelonderzoek staat de wijkverpleegkundige zorg in Almere centraal. De dataverzameling voor het onderzoek naar de Almeerse consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters die in 1988 heeft plaatsgevonden, heeft geresulteerd in het rapport 'Zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere'. Het rapport is in juli 1989 aangeboden aan de leden van de begeleidingscommissie. De dataverzameling voor het onderzoek naar de nazorg aan ziekenhuispatiënten heeft plaatsgevonden in het kader van het deelonderzoek 'Almere - Nationale Studie'. Over dit onderdeel zal, gelet op geringe aantallen patiënten die daadwerkelijk nazorg nodig hebben en krijgen, geen zelfstandig onderzoeksverslag verschijnen. Rapportage vindt plaats in een van de deelrapporten van het onderzoek 'Almere - Nationale Studie'. Als derde onderdeel bij de studie naar het werken van wijkverpleegkundigen in Almere heeft in 1989 de dataverzameling plaatsgevonden voor het onderzoek naar de zorgbehoefte bij ouderen. Eind 1989 is een begin gemaakt met de analyses voor dit onderzoek.

Overzichtsartikel: planning en regionalisering van de gezondheidszorg in verband met het district-concept

Versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg in districten is sinds de conferentie in Alma-Ata een doelstelling in het kader van de Health for All-strategie van de World Health Organisation. In het verslagjaar is begonnen met het verzamelen van internationale literatuur over regionalisatie en regionale planning van eerstelijnsvoorzieningen. Vooruitlopend op een overzichtsartikel over de internationale literatuur op dit terrein is een artikel gepubliceerd in 'Health Policy' over de Nederlandse ontwikkelingen met betrekking tot regionalisatie.

Scenarioproject eerstelijnszorg

Het NIVEL voert in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg een scenario-onderzoek naar de eerstelijnszorg uit. Het scenario-onderzoek is gericht op het onderwerp thuiszorg.

In het verslagjaar is gewerkt aan de verdere ontwikkeling van een model voor het scenario-onderzoek. Een artikel over dit model is geaccepteerd door het Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg. In dit model wordt een onderscheid gemaakt tussen de trendstudie, de zorgstudie en de scenario-studie. In de kwalitatief gerichte trendstudie worden trends in het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen (huisarts, medisch specialist, wijkverpleging, gezinszorg en fysiotherapie) geanalyseerd en geëxtrapoleerd naar de toekomst. De analyses voor de trendstudie zijn begonnen in 1989 en lopen door tot in 1990. In de meer kwalitatief gerichte zorgstudie wordt gekeken naar omschreven patiëntencategorieën (decompensatio cordis, NIADM, COPD, reumatoïde artritis, maag/darmkanker, longkanker, borstkanker en matige dementie). Het zorggebruik van deze patiëntencategorieën wordt vastgelegd in het zorgprofiel. Vervolgens wordt door middel van een Delphi-studie mogelijke en wenselijke veranderingen in het zorggebruik geïnventariseerd. In 1989 is een begin gemaakt met de zorgstudie.

Werkconferentie innovatieprojecten thuiszorg

Deze werkconferentie wordt vanaf 1990 jaarlijks gehouden in het kader van het beleidsprogramma zorgvernieuwingsprojecten thuiszorg van het ministerie van WVC. In dit programma geeft het ministerie concreet vorm met haar stimuleringsbeleid inzake thuiszorg door voor een tiental projecten gedurende de aanlooptijd (drie jaar) de projectbegeleidingskosten te financieren. De werkconferenties zijn bedoeld om de informatieuitwisseling tussen de projecten en van de projecten naar het landelijk niveau en vice versa te stimuleren. Het afgelopen jaar is een organisatievoorstel voor de werkconferenties gemaakt en is gestart met de voorbereiding van de eerste conferentie die op 2 februari 1990 plaatsvindt.

Registratie innovatieve projecten

In samenwerking met het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), Het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) en het Landelijk Project Bureau 1e-2e lijn wordt er een registratie opgezet van zorgvernieuwingsprojecten in de Nederlandse gezondheidszorg. Het doel van de registratie is te komen tot een overzicht van de aard en hoeveelheid zorgvernieuwendende activiteiten. Daarnaast biedt de registratie nieuwe initiatiefnemers de gelegenheid in contact te komen met verwante projecten zodat van ervaringen kan worden geleerd. Naast een geautomatiseerde databank die kan worden geraadpleegd, worden van alle projecten korte signalementen gepubliceerd in jaarboeken.

De werkwijze is als volgt: via een netwerk van personen en instanties worden projecten opgespoord die vervolgens een vragenlijst ontvangen. De vragenlijst is ontwikkeld en eind 1989 was de inventarisatie van projecten in volle gang.

2.5. Volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg

2.5.1. Resultaten

De registratiesystemen van beroepsbeoefenaren staan borg voor een continue stroom van gegevens uit dit themagebied. Voor 1989 is de informatie over huisartsen en verloskundigen van belang; over fysiotherapeuten werden in 1989 eveneens nieuwe gegevens verzameld, waarover later zal worden gerapporteerd.

Naast het verzamelen van informatie over gevestigde en toekomstige beroepsbeoefenaren, is ook onderzoek verricht. Het betrof hier onderzoek naar verloskundige activiteiten van huisartsen en naar verschillen en overeenkomsten in regionale spreiding van verschillende soorten beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Huisartsen en adspirant-huisartsen

Op 1 januari 1989, 3 jaar na het van kracht worden van het wettelijk vestigingsbeleid voor huisartsen, telt Nederland 6318 zelfstandig gevestigde huisartsen; slechts 44 meer dan een jaar daarvoor. Een dergelijke geringe groei is in de jaren tachtig niet voorgekomen. In 1985 (het laatste jaar voor het vestigingsbeleid) nam het aantal huisartsen nog met 235 toe; in 1987 en in 1988 was de toename resp. 67 en 68 huisartsen.

Eén van de doelstellingen van het vestigingsbeleid was de beheersing van de instroom van huisartsen. Internationaal gezien was dit niet goed begrijpelijk: Nederland had en heeft een van de laagste huisartsendichtheden van Europa.

Wat betreft de emancipatie is er een kentering in de vestigingen; ongeveer een derde van de nieuw gevestigde huisartsen is vrouw. Dit is waarschijnlijk mede een positief gevolg van het vestigingsbeleid, naast het feit dat het aantal vrouwen onder de artsen die de beroepsopleiding tot huisarts volgen, stijgt.

Nog steeds werkt een kleine meerderheid van de huisartsen in een solo-praktijk (54% in 1989). De meeste solo-praktijken vindt men op het platteland en in de grote steden.

Over de toekomstige huisartsen valt nog het volgende te melden.

Per 1 januari 1989 bedraagt het aantal huisartsen in opleiding 346; tweederde is man en eenderde is vrouw. De tijd tussen het basisarts-examen en het begin van de beroepsopleiding neemt nog steeds toe en bedraagt voor degenen die in 1988 met de opleiding begonnen 41 maanden.

Op 1 januari 1989 waren 658 huisartsen op zoek naar een praktijk; het hoogste aantal ooit gemeten. Echt werkloos is maar een miniem gedeelte (1 procent). De meesten hebben wel een soort van baantje, meestal als waarnemer.

Nog steeds gaat de voorkeur van jonge huisartsen uit naar een samenwerkingsverband. Bijna driekwart van de praktijkzoekende huisartsen wil zich tezamen met anderen vestigen.

Als men adspirant huisartsen vraagt naar hun ideale praktijkgrootte dan wil men ongeveer 2000 patiënten, ongeveer 15% lager dan de huidige feitelijke praktijkomvang (2350).

Verloskundigen

Op 1 januari 1989 waren er 1040 werkzame verloskundigen; een toename van 31 vergeleken met het jaar daarvoor.

Het merendeel (70%) is werkzaam in een eigen praktijk; 15% is werkzaam in de kliniek. Bijna 40% van de verloskundigen met eigen praktijk werkt in een solo-praktijk, 40% in een tweepersoonspraktijk en 20% in een praktijk met 3 of meer verloskundigen (groepspraktijk).

Het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39 jaar) per verloskundige bedraagt iets meer dan 4000. Het geringste aantal verloskundigen vindt men in plattelandsgebieden; daar doet de huisarts de thuisbevallingen.

Verloskundige activiteiten van huisartsen

Dit laatste blijkt ook uit een onderzoek naar verloskundige activiteiten van huisartsen. Gaf in 1970 nog 62% van de huisartsen op dat men bevallingen deed; in 1985 is dat percentage gedaald tot 43%. Bekijkt men deze percentages per regio dan ziet men dat dit percentage varieert van minder dan 20% (in Limburg en in de stedelijke gebieden in het westen van het land) tot meer dan 80% (Zeeland, Friesland).

Uit een studie naar de oorzaken van deze verschillen, bleek dat de aanwezigheid van een verloskundige in een gebied het percentage verloskundig actieve huisartsen drastisch deed dalen. De dichtheid van gynaecologen deed er ook wel wat toe, maar veel minder. Uit het onderzoek kan men afleiden dat huisartsen vooral terrein hebben verloren aan de verloskundige en de laatsten weer aan de kliniek en de gynaecoloog.

Regionale spreiding van beroepsbeoefenaren in de eerstelijns- gezondheidszorg

De regionale spreiding van huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers en verloskundigen was onderwerp van onderzoek in deze studie.

Bij huisartsen was de spreiding in 1984/85 niet zo groot. De meeste huisartsen vindt men op het platteland en in de grote steden. Bovendien wordt altijd een relatie gevonden tussen huisartsendichtheid en het percentage oudere mensen in een gebied.

Tandartsen en fysiotherapeuten vindt men vooral in de rijkere gebieden van ons land; een strook van Kennemerland, via Het Gooi en de Utrechtse Heuvelrug naar de Veluwezoom. Ook zijn deze beroepsbeoefenaren vaker in stedelijke dan in landelijke gebieden te vinden.

Dat laatste geldt ook voor apothekers en verloskundigen; alleen bij hen geldt niet dat ze in rijkere gebieden voorkomen. Hun spreiding is onafhankelijk van het inkomen van de bevolking. Aan de spreidingspatronen kan men zien hoe de wijze waarop in het (recente) verleden hulpverleners werden beloond (denk aan de economische afhankelijkheid van de particuliere praktijk bij tandartsen) nog steeds invloed heeft op de huidige dichtheden.

2.5.2. Voortgang

Huisartsenregistratie

In 1989 zijn alle gegevens verwerkt en als publikatie van het jaarlijkse rapport in concept gereed gemaakt. Verder zijn op basis van deze verzamelde gegevens lezingen gehouden over de vestigingsmogelijkheden. Ook is er, onder andere op basis van de cijfers uit de huisartsenregistratie, een rapport geschreven over de behoefte aan huisartsen in de komende decennia. Om de cijfers uit de huisartsenregistratie ook in het buitenland kenbaar te maken is een Engels rapport geschreven waarin naast de cijfers ook een overzicht wordt gegeven van de Nederlandse gezondheidszorg.

Registratie nog niet gevestigde huisartsen

In 1989 zijn alle enquêtes verwerkt, geanalyseerd en beschreven in een brochure. Een deel van deze gegevens zijn gebruikt voor lezingen voor pas afgestudeerde huisartsen. Verder zijn de gebruikelijke werkzaamheden uitgevoerd ten behoeve van de peiling 1990.

Verloskundigenregistratie

Voor deze registratie zijn op 1 januari 1989 enquêtes verstuurd naar alle verloskundigen. De gegevens zijn vervolgens verwerkt, geanalyseerd en beschreven in een brochure en in het jaarlijks statistisch overzicht (dit laatste is in concept gereed). Verder zijn er voorbereidingen getroffen voor de jaarlijkse peiling 1990.

Registratie pas afgestudeerde verloskundigen

Ten behoeve van deze registratie zijn op 1 januari 1989 alle pas afgestudeerde verloskundige geënuquêteerd. Deze gegevens zijn vervolgens verwerkt en geanalyseerd. De resultaten zijn beschreven in het jaarlijks statistisch overzicht en in een brochure. Ten behoeve van de peiling 1990 zijn weer de nodige voorbereidingen getroffen.

Registratie werkzame fysiotherapeuten

Voor deze registratie werden alle werkzame fysiotherapeuten om de twee jaar geënuquêteerd. Dit is dus ook gebeurd op 1 januari 1989. Het jaar 1989 is dus voornamelijk gebruikt om deze enquête te verwerken. Deze activiteit is voor 95% achter de rug, zodat wij op het punt staan het statistisch overzicht per 1 januari 1989 te maken.

Onderzoek pas afgestudeerde fysiotherapeuten

Op 1 januari 1989 zijn alle fysiotherapeuten geënuquêteerd die in 1986 van de opleiding zijn gekomen; een groep die ook in 1987 is geënuquêteerd. Alle gegevens zijn verwerkt en kunnen geanalyseerd worden.

Vrouwelijke huisartsen

Dit promotie-onderzoek is in 1989 afgerond.

Verloskundige activiteiten van huisartsen

Op basis van gegevens die reeds in 1984 zijn verzameld is onderzocht welke factoren van invloed zijn op de regionale verschillen in het aantal huisartsen dat nog bevallingen leidt. Op basis hiervan is een artikel geschreven dat is gepresenteerd op een congres.

Evaluatie-invoering bijgestelde Indicatielijst Verloskunde

Nadat eerst het veld verkend is, zijn voor de drie betrokken beroepsgroepen (verloskundigen, huisartsen en gynaecologen) enquêtes opgesteld, waarin onder andere gevraagd is naar het oordeel over de lijst en het gebruik ervan. Verder zijn medische adviseurs van alle regionale ziekenfondsen geïnterviewd. Deze gegevens zijn verwerkt en kunnen geanalyseerd worden.

2.6. De huisartspraktijk

2.6.1. Resultaten

Het themagebied: de huisartspraktijk omvat de verschillende onderdelen van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk en de jaarlijkse rapportage van het Nivel-peilstationsproject.

De Nationale Studie

Binnen de Nationale Studie zijn in 1989 nogal wat 'halfprodukten' tot stand gekomen. Zoals uit het verslag over de voortgang duidelijk wordt, is er vertraging opgetreden in het verwerken en het corrigeren van de gegevensbestanden, waardoor de analysefase van de studie nogal in elkaar is gedrukt. Binnen de meeste deelprojecten van de Nationale Studie is al wel geanalyseerd met een deel van de gegevens; soms werden deze voorlopige resultaten op congressen of in voordrachten gepresenteerd in afwachting van het definitieve materiaal. In dit resultaten-overzicht worden deze voorlopige resultaten kort samengevat. Het verslag over 1990 zal de eerste serie definitieve resultaten bevatten.

Deelproject 1 Ziekten in de huisartspraktijk

Geen voorlopige resultaten; het gaat hier om beschrijvende, naar leeftijd gestandaardiseerde gegevens over ziekten in de huisartspraktijk, die in één van de basispublicaties worden vermeld. Op grond van de gegevens uit de registratie kan de volgende 'top-tien' worden vastgesteld:

1. (contacten wegens) hypertensie
2. (id) infectie bovenste luchtwegen
3. (id) orale anticonceptie
4. (id) psychische klachten
- 5 (id) eczeem
- 6 (id) spierklachten
- 7 (id) cystitis
- 8 (id) slaapproblemen
- 9 (id) acute bronchitis
- 10 (id) diabetes mellitus

Samen vormen de contacten wegens deze tien aandoeningen ruim 25% van het totaal aantal contacten.

Deelproject 2 Chronische aandoeningen

Essentieel voor dit deelproject, dat in een zevental praktijken met 15 huisartsen in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut wordt verricht, is, dat chronische aandoeningen zelden los van elkaar voorkomen. Van alle 23.500 patiënten uit deze praktijken hebben 6% een chronische aandoening op het terrein van hypertensie, chronisch ischemische hartziekte, diabetes mellitus, CARA en arthrosis van knie of heup. In de groep patiënten van 65 jaar en ouder is dit 23%, waarbij opvalt dat tenminste 7% (dat is dus meer dan eenderde van deze groep) meer dan een van de genoemde aandoeningen heeft. Wanneer men naar de afzonderlijke aandoeningen kijkt dan blijkt bij diabetes mellitus meer dan de helft van de patiënten een andere van de genoemde aandoeningen te hebben. Bij de 65-plussers loopt dit op tot 75% van de patiënten. Dit geldt in iets mindere mate voor arthrosis van knie of heup, chronische ischemische hartziekte, hypertensie en het minst voor CARA. Het deelproject heeft hiermede het inzicht in comorbiditeit bijzonder vergroot. Over de waarde en kwaliteit van surveillance van deze aandoeningen zal in de toekomst gerapporteerd worden.

Deelproject 3 Huisarts en preventie

Op grond van de gegevens uit het eerste half jaar van de Nationale Studie kon worden geconcludeerd (voorlopig) dat huisartsen vooral preventieve activiteiten verrichten **tijdens** consulten en dat ze het meeste moeite hebben met het actief benaderen van bepaalde groepen uit hun praktijkbevolking.

Ook is de kloof vrij groot tussen wat huisartsen zeggen te doen en wat ze registreren, vooral als het om , in de ogen van de huisartsen, in principe gezonde mensen gaat, die wellicht, statistisch tot een bepaalde risicogroep behoren.

Kijkt men naar de voorbeeldfunctie van de huisarts, dan ziet men dat er tussen 1983 en 1987/88 een sterke daling heeft plaatsgevonden in rookgewoonten van huisartsen (van 56 naar 36% rokende huisartsen). Overigens lijkt het er niet op dat er een verband is tussen de mate van preventief gedrag in de huisartspraktijk en de mate waarin de huisarts zelf gezond leeft.

Een eerste vereiste voor een actieve rol op het gebied van opsporing van aandoening onder de bevolking is een goede en volledige patiëntenadministratie. Hier bleek toch wel eens wat aan te schorten. In ongeveer een kwart van de praktijken week het aantal door het Nivel getelde patiënten meer dan 10 procent af van de opgave van de huisarts zelf.

Deelproject 4 Diagnostische hulpmiddelen

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met het huisartsen-instituut van de Vrije Universiteit.

De eerste analyses van dit deelproject duiden op zeer grote verschillen tussen huisartspraktijken bij het aanvragen van aanvullend diagnostisch onderzoek. Deze verschillen kunnen vooralsnog niet verklaard worden op basis van onzekerheid bij de aanvragende huisarts. Er zal naar andere verklaringen gezocht worden, die gevonden zouden kunnen worden in praktijk-, arts-, en patiëntgebonden kenmerken.

Deelproject 5 Voorschrijven van geneesmiddelen

Nog geen resultaten te melden.

Deelproject 6 Verloskundige zorg door huisartsen

Nog geen resultaten te melden

Deelproject 7 Fysiotherapie

Nog geen resultaten te melden

Deelproject 8 Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk

Over dit project is een eerste rapportage verschenen, die in dit jaarverslag bij het themagebied 'hulpvrager' is vermeld.

Deelproject 9 Verwijzingen van huisartsen

In dit deelproject is over de eerste fase gerapporteerd. Het betreft hier een vaststelling van de invloed van kenmerken van de patiëntenpopulatie op het verwijscijfer. Wat kan men over de kans op een verwijzing zeggen, als men beschikt over enkele achtergrondkenmerken van de alle bij de huisarts ingeschreven patiënten. Daartoe moet eerst de kans op een contact met de huisarts worden berekend. Als patiëntengegevens zijn leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm gebruikt.

Bij de contacten worden alle bekende relaties gevonden (vrouwen meer dan mannen, ouderen meer dan jongeren, ziekenfonds meer dan particulier) behalve dat leeftijd geen invloed heeft op de kans op een contact op initiatief van de patiënt (een zgn 'eerste' contact). Wel op de kans op een terugbestelcontact.

Bij de verwijzingen is er, als men alle verwijzingen bij elkaar neemt een verband met sexe (vrouwen grotere kans dan mannen) en met leeftijd (ouderen grotere kans dan jongeren); een relatie met verzekeringsvorm is wat ingewikkeld, omdat de zogenaamde verlengingsverwijzingen die op initiatief van de specialist plaatsvinden als de patiënt langer dan een jaar onder behandeling is, alleen voor ziekenfondsverzekerden gelden. Bij verwijzingen op initiatief van de huisarts is de kans op een verwijzing groter

voor een ziekenfondspatiënt. Bij deze soort verwijzingen is de kans voor mannen en vrouwen gelijk.

Splitst men de verwijzingen in de kans op een verwijzing ter behandeling of ter diagnose, dan is de grootste invloed op de verwijzingen die zowel ter diagnose en (als er wat mis is) ter behandeling zijn (de standaardverwijzing in de huisartspraktijk). Hier geldt dat de kans op zo'n verwijzing groter is voor vrouwen, ouderen en ziekenfondspatiënten.

Deelproject 10 Nazorg en continuïteit van zorg

Een deel van dit deelonderzoek wordt vermeld bij het themagebied Relatie eerste-tweedelij. Hier wordt de rol van de huisarts bij nazorg en het verblijf in het ziekenhuis beschreven. Daarnaast is ook bij alle opgenomen patiënten onderzocht welke behoeften aan nazorg men gevoelde en welke zorg men ontving. Ook hier betrof het een analyse van de gegevens uit het eerste kwartaal van de studie. Van de ondervraagden noemde 56% op een van de terreinen een behoefte aan nazorg. In de meeste gevallen gaat het om een of andere vorm van huishoudelijke hulp. Verder blijkt een relatief grote behoefte aan hulp bij psycho-sociale problemen (een kwart van de gevallen). Ook komt het betrekkelijk vaak voor dat hulp bij het volledig wassen en wondverzorging nodig is.

De mantelzorg neemt het leeuwedeel van deze zorg voor zijn rekening; het aandeel van de mantelzorg is het grootst bij huishoudelijke activiteiten, ADL-functies en bij het hulp bieden bij psychosociale problemen. Ongeveer 1 op de 10 ondervraagden, die wel behoefte aan zorg formuleert krijgt dat niet. Vergeleken met de groep die wel zorg ontvangt zijn dit vaker mannen, zijn ze jonger en minder goed opgeleid.

Deelproject 11 Werkbelasting in de huisartspraktijk

De deelstudie naar werkbelasting van huisartsen levert alleen al in zijn beschrijvende gegevens interessant materiaal op. Uit een dagboek dat de huisartsen gedurende 7x24 uur bijhielden blijkt dat men gemiddeld gesproken 48 uur werkt; ongeveer 70% van de tijd gaat naar patiëntgebonden activiteiten; de gemiddelde duur per consult is 8 minuten.

In kleine praktijken (< 1000 pat) is dit gemiddelde 9.4 minuten en in grote praktijken (> 2500 pat) 7.2 minuten. Na verdere analyse blijkt dat praktijk-grootte vooral het aantal niet patiëntgebonden activiteiten negatief beïnvloedt. In grotere praktijken wordt minder tijd aan dergelijke activiteiten besteed. Van de kenmerken van de praktijkbevolking beïnvloedt het aantal ouderen de totale tijd besteed aan patiëntenzorg en vindt men ook eenzelfde zwak verband met het percentage buitenlanders. De gemiddelde duur van de consulten hangt positief samen met het % alleenstaanden (hoe meer alleenstaanden, hoe langer de consulten) en negatief met het % personen met lagere opleiding. In de vervolganalyses wordt gezien of

dergelijke verbanden ook op een lager aggregatieniveau worden gevonden; dus of huisartsen gemiddeld meer of minder tijd aan alleenstaanden of lager opgeleiden besteden.

In een nader onderzoek naar **huisbezoek** van huisartsen wordt gevonden dat gemiddeld 15% van de contacten 'visites' zijn, dit varieert van 17% op het platteland tot 12% in de steden en loopt op van 3% bij personen van 5-14 jaar tot 28% bij personen van 75 jaar en ouder. Vergeleken met een tien jaar eerder uitgevoerd onderzoek is het percentage visites niet afgenomen.

Deelproject 12 Zelf en mantelzorg

nog geen resultaten

Deelproject 13 Geografische verschillen in morbiditeit

Op de conferentie over 'healthy cities' is een analyse gepresenteerd over geografische verschillen in morbiditeit.

In deze studie is vooral het verschil stad/platteland onderzocht.

Een eerste indruk is, dat de verschillen niet zo groot zijn, hoewel er in de steden meer maag/darm klachten, psychologische klachten, sociale problemen en geslachtsziekten worden gevonden. De vier grote steden vormen hierop weer een uitzondering, daar wordt juist (behalve bij sociale problemen) minder problematiek gevonden. Hier zullen polikliniek en ziekenhuis hun invloed hebben. Verder loopt er wel een lijn van minder naar meer als men van platteland via verstedelijkt platteland naar de steden gaat.

Peilstations

Rohypnol.

In 1987 hebben huisartsen het slaapmiddel Rohypnol geleidelijk minder voorgeschreven. Het aantal uitgeschreven recepten nam af van 23 per tienduizend patiënten in het eerste kwartaal tot 14 per tienduizend aan het eind van 1987. Deze daling is mogelijk het gevolg van de negatieve publiciteit rond dit middel. Rohypnol kwam in 1986 in het nieuws nadat het in verband werd gebracht met een aantal ernstige geweldsdelicten. Uitbarstingen van extreem agressief gedrag bleken te zijn veroorzaakt door een combinatie van Rohypnol en alcohol en/of drugs.

Euthanasie.

In 1987 vroegen 36 patiënten aan de registrerende artsen om toepassing van euthanasie. Het merendeel van het (31 patiënten) vroeg om directe euthanasie. Tien patiënten maakten gebruik van een schriftelijke verklaring (Verzoek om toepassing onder bepaalde voorwaarden). Van de patiënten die euthanasie wilden leed driekwart (75%) aan een ongeneeslijke vorm van kanker.

Falende anticonceptie.

Zwangerschap ondanks het gebruik van anti-conceptie kwam in 1987 bij 45 vrouwen voor. Van deze onbedoelde zwangerschappen werden er 13 uitgedragen. Vier zwangerschappen eindigden spontaan vroegtijdig en 28 werden beëindigd door abortus provocatus. Ongehuwde vrouwen die onbedoeld zwanger raken blijken dan eerder tot abortus te besluiten dan vrouwen die getrouwd zijn.

Sterilisatie.

De populariteit van sterilisaties neemt bij jonge vrouwen de laatste jaren snel af. Was 1980 nog 6,9% van de vrouwen in de leeftijd van 25 tot 29 jaar gesteriliseerd, in 1987 bleek dit te zijn gedaald tot 3%. Ook het aantal sterilisaties bij vrouwen van 30 tot 34 jaar daalde van 13,8% in 1985 tot 10,4% in 1987. Bij mannen is deze tendens nog niet aanwijsbaar. Het aantal gesteriliseerde mannen neemt nog steeds toe (12,3% in 1987 tegen 12,2% in 1986).

2.6.2. Voortgang

De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Met de Nationale Studie kunnen, op basis van registratie van gegevens over de huisartspraktijk en de patiënt, de plaats en het functioneren van de Nederlandse huisartspraktijk worden vastgelegd. Omdat de huisartspraktijk zo een prominente plaats in de Nederlandse gezondheidszorg inneemt, mag verwacht worden, dat deze studie voor het beleid relevant is. Deze relevantie neemt toe, wanneer de Nationale Studie gezien wordt als een voormeting van een evaluatie van de op handen zijnde veranderingen in de Nederlandse Gezondheidszorg (Commissie Dekker).

De voorgenomen overgang van de huisartsgeneeskundige zorg naar de AWBZ, waarbij aan huisartszijde het honoreringssysteem zal worden aangepast en aan patiëntzijde het verschil ziekenfonds en particuliere verzekering zal vervallen, is daarbij van bijzonder belang. In dit kader is dan ook eind 1989 een projectvoorstel geformuleerd dat de evaluatie van deze verandering wil voorbereiden.

Het jaar 1989 heeft vooral in het teken gestaan van de afronding van de materiaalverzameling c.q. de verwerking en de sanering van de vele en bijzonder grote bestanden als voorbereiding op de finale analyses.

Wat betreft de materiaalverzameling is in 1989 nog veel aandacht geschonken aan de optimalisering van de patiëntenregistratie, die uiteindelijk voor de vitale onderdelen is afgesloten met $\geq 90\%$ respons. De met de vorige onderdeel direct verband houdende materiaalverzameling van prescriptiegegevens is eveneens afgerond in het verslagjaar. De materiaalverzameling c.q. verwerking van de twee longitudinale projecten van de Nationale Studie te weten 'Huisarts en chronische aandoeningen' en 'Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk' is volgens planning verlopen. Voor het nieuwe deelproject 'De assistente in de huisartspraktijk' (in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap) is in 1989 een enquête onder de praktijkassistentes van de Nationale Studie afgenomen.

De sanering van de diverse bestanden van de Studie heeft de grootste aandacht opgeëist. Daarbij bleek al snel dat de capaciteit van het centraal systeem tekort schoot, terwijl bovendien lang gewacht moest worden op de beschikbaarheid van de complete bestanden. In de loop van het jaar zijn de bestanden 'patiëntenenquête', 'huisartsenquête' en 'morbiditeit' volledig voor analyse gereed gemaakt, essentieel voor twee basispublicaties uit de Studie. De bestanden 'diagnostiek', 'prescriptie', 'patiëntenregistratie' en 'psychosociale problematiek' zijn in een vergevorderd stadium. Het elders ingevoerde en te bewerken bestand 'nazorg' was in het najaar gereed.

Daaruitvolgend is ten aanzien van de analyses de grootste progressie geboekt bij de deelprojecten: morbiditeit, chronische aandoeningen, nazorg en continuïteit van zorg en psychosociale problematiek in de huisartspraktijk. Op deze terreinen zijn een aantal lezingen gehouden en artikelen geconcipieerd.

Van de nieuwe projecten leverden de 'assistente in de huisartspraktijk', 'kindergeneeskunde in de huisartspraktijk' en 'geografische variatie' concrete resultaten op in de vorm van (concept-)artikelen respectievelijk lezingen. Daarnaast konden in het verslagjaar zes specifieke aanvragen voor gegevens afgewerkt worden, dit naar tevredenheid van de aanvragers.

Er zijn bovendien nog een groot aantal verzoeken ingediend, die echter pas afgewerkt worden, nadat basispublicaties verschenen zullen zijn.

In 1989 is de organisatie van het NIVEL-congres 'Doctors at work, general practice in facts and figures' ter hand genomen. Hierin staan de resultaten van de Nationale Studie centraal. Een stevig programma met een groot

gezelschap vooraanstaande wetenschappers respectievelijk beleidsmakers is daarbij in elkaar gezet.

Al met al is 1989 een jaar geweest waarin veel (niet altijd even zichtbaar) belangrijk werk is verricht. De hoog gespannen verwachtingen omtrent de resultaten van de studie zal dit zeker ten goede komen. Dit heeft tot veel belangstelling geleid, zowel op het organisatorisch/management vlak als op het wetenschappelijk/inhoudelijk terrein.

2.7. Paramedische beroepen

2.7.1. Resultaten

Het themagebied 'paramedische beroepen' bevindt zich op een grensvlak van ontwikkelingen; een aantal onderzoeken is afgerond en vele plannen voor nieuw onderzoek, meestal 'effectonderzoek' zijn geformuleerd maar nog niet begonnen.

Het weergeven van resultaten van een groot beschrijvend onderzoek als 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' heeft iets betrekkelijk willekeurig vanwege de grote hoeveelheid opzichzelf belangwekkend feitenmateriaal. Ook een boek als 'Honderd jaar fysiotherapie' laat zich niet in een enkele alinea samenvatten. Naast deze grotere studies zijn ook nog enkele kleinere onderzoeken verricht. Het gaat hier om een onderzoek naar verschillende wijzen van spierkrachtmeting in de fysiotherapie, naar bij- en nascholing van fysiotherapeuten en naar de betrouwbaarheid van classificatie van werkdiagnoses van fysiotherapeuten.

Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg

Het doel van het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' is het verzamelen van basale beschrijvende gegevens over de relatie tussen huisarts en fysiotherapeut en de werkwijzen van fysiotherapeuten. Deze beschrijvende informatie is onder meer nodig voor het goed opzetten van verder onderzoek, vooral gericht op de evaluatie van de werkwijzen van huisartsen en fysiotherapeuten.

In het onderzoek werden de volgende vragen gesteld:

- Hoe zijn de relaties tussen huisartsen en fysiotherapeuten?
- Hoe kan men de grote verschillen in verwijscijfers van huisartsen naar fysiotherapeuten verklaren?
- Welke patiënten worden verwezen, wat is hun verwijstdiagnose, hoe verschillen patiënten van huisartsen afkomstig van patiënten verwezen door de specialist?
- Hoe beoordeelt de fysiotherapeut de klachten; wat is haar/zijn behandel-doel en hoe behandelt zij/hij?

De gegevens zijn verzameld door middel van enquêtes bij huisartsen en fysiotherapeuten en door registratie bij de huisartsen uit het NIVEL-peilstationsproject en de fysiotherapeuten met wie deze huisartsen contact hebben.

Relaties

Een eerste resultaat heeft betrekking op het aantal fysiotherapeuten naar wie huisartsen verwijzen. Ongeveer een derde verwijst naar één of twee praktijken, 40% naar drie of vier praktijken en een kwart naar vijf praktijken of meer. Dit laatste gebeurt vooral in stedelijke gebieden. Omgekeerd krijgt meer dan de helft van de fysiotherapeuten patiënten van zeven of meer huisartsen. Overleg tussen huisarts en fysiotherapeut is echter meestal tot niet meer dan twee praktijken beperkt. In de houding ten opzichte van fysiotherapeuten vindt men een verschil tussen huisartsen die naar één of twee praktijken verwijzen en hen die naar meer praktijken verwijzen. De eerste groep neemt vaker contact op, zegt vaker op eigen initiatief medische informatie door te geven en bezoekt vaker patiëntenbesprekingen met fysiotherapeuten. Bekijkt men de antwoorden op vergelijkbare vragen, maar dan van de zijde van de fysiotherapeut, dan is men wat minder positief over het overleg dan de huisartsen. Zo geeft een kwart van de huisartsen op dat men vaak of altijd contact met de fysiotherapeut opneemt tegen drie procent van de fysiotherapeuten.

Verwijzingen

Aan de huisartsen is gevraagd op te geven hoe vaak men patiënten naar de fysiotherapeut verwijst. Per week is dat volgens de opgave van de huisartsen gemiddeld 4.4 (tegen 7.2 naar specialisten). De 62 registrerende peilstationsartsen komen op 81 verwijzingen per 1000 patiënten en 47 per 1000 nieuwe verwijzingen. Huisartsen verwijzen meer als er meer fysiotherapeuten in de buurt zijn, als ze in een gezondheidscentrum werken (in tegenstelling tot verwijzingen naar de specialist, daar verwijst men juist minder), als men belang hecht aan samenwerking met fysiotherapeuten en als men fysiotherapeuten in de vrienden- of kennissenkring heeft.

Meer dan 90% van de verwijsdiagnosen heeft betrekking op het bewegingsapparaat. Meer dan de helft van alle klachten heeft betrekking op de rug en schouderstreek. De grootste groep aandoeningen wordt als 'reumatisch' bestempeld, dan volgen de dorsopathieën (rugklachten) en de artropathieën (gewrichtsklachten).

Meer dan 70% van de klachten kan met 25 diagnoses beschreven worden. De huisartsen beoordelen slechts een klein deel (1.8%) van de klachten als puur psychosociaal, bij 27.8% van alle klachten is er een duidelijke invloed van psychosociale factoren, meer dan de helft (54.7%) is van puur

somatische oorsprong, maar eenzede geeft daarenboven nog psychosociale problemen. Bij hyperventilatie en hoofdpijn spelen volgens de huisartsen psychosociale factoren een rol; bij aandoeningen van de ledematen veel minder.

Behandeling door de fysiotherapeut

Bij de fysiotherapeut is ongeveer 80% van de patiënten afkomstig van de huisarts en 20% van de specialist. De huisarts verwijst meer patiënten met rugklachten terwijl de specialist vooral patiënten met klachten aan armen en benen verwijst (vooral de knie). De drie meest voorkomende diagnoses van de huisarts zijn: lumbago (15%), gewrichtspijnen in de rug (10%) en aandoeningen van het schoudergewricht (8%). En bij de specialist: fracturen bovenste extremiteiten (7%), status na knie-operaties (7%) en hernia nucleï pulposi (5%).

Dit alles betreft de (verwijs)diagnose van de arts. Voor de fysiotherapeut is dat maar één van de aspecten. Voor hem zijn lokalisatie en de tijdsduur sinds het ontstaan en de beperkingen die uit de klachten voortvloeien eigenlijk belangrijker voor het bepalen van het behandelplan.

Bezien we de lokalisatie dan heeft de helft van de klachten betrekking op de wervelkolom; een kwart lumbaal en 18% cervicaal. Twintig procent is in de bovenste extremiteiten gelokaliseerd en 23% in de onderste. Wat de duur van de klachten betreft heeft 30% van de patiënten langer dan een jaar last, 15% tussen een half jaar en een jaar en 23% tussen drie weken en drie maanden. Meer dan de helft van de patiënten heeft hetzij beperkingen bij het verrichten van betaalde (16%) of onbetaalde (5%) arbeid, hetzij bij lopen (13%), zitten of staan (7%), persoonlijke verzorging en activiteiten in het dagelijks leven (9%), maar ook bij sport (4%).

Van de behandeldoelen is pijnbestrijding het belangrijkste (86%), daarna komt mobiliteitsopname (57%), inzicht geven in klachten (34%), verbeteren houdingscoördinatie (27%), spierkrachttoename (24%), spiertonusregulatie (23%), ontspanning (16%) en verbeteren van de vitale functies (8%). Deze doelen komen meestal in combinatie voor, bijvoorbeeld in 12% van de gevallen pijnbestrijding en mobiliteitstoename. Bezie men de combinatie van behandeldeel en verwijsdiagnose dan is pijnbestrijding bijna altijd behandeldeel, ongeacht de diagnose (behalve bij verkrommingen van de wervelkolom).

Mobiliteitstoename is altijd het doel bij bewegingsbeperkingen van de rug. Verbetering van de houdingscoördinatie is vrij vaak het doel bij diagnoses die op rugklachten wijzen, vooral bij verkromming van de wervelkolom. Dit geldt voor verbetering van de bewegingscoördinatie. Bij spierkrachttoename springt gonarthrosis eruit. Ontspanning wordt gekozen bij hyperventilatie, hoofdpijn en diagnoses die betrekking hebben op de schoudergordel-musculatuur,

In het onderzoek kon de relatie tussen 'beperkingen' en 'behandeldoelen' minder duidelijk worden gevonden.

Belangrijk is de constatering dat fysiotherapeuten niet in termen van diagnoses denken maar in lokalisatie, aangrijpingspunten en behandelbare grootheden.

Bij de behandeling zelf treft men ook vele combinaties aan. Massage speelt in 69% van de gevallen een rol, bewegingstherapie in 62%, fysische therapie in engere zin in 60%, advies in 35%, etcetera.

Het vaststellen van de relaties tussen behandeldoelen en behandeling is door de zeer vele combinaties niet goed te beschrijven, laat staan samen te vatten. De geïnteresseerde lezer zij verwezen naar de oorspronkelijke publikaties.

Honderd Jaar Fysiotherapie

In deze omvangrijke monografie wordt een beeld geschetst van de opkomst van de beroepsgroep der fysiotherapeuten, of, zoals ze vroeger heetten, de heilgymnast/masseurs.

Het eerste deel van de monografie beschrijft het wettelijk kader van het beroep en is op te vatten als een "case study" in en rond de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst. In de begintijd hebben de fysiotherapeuten hun terrein moeten bevechten tegenover de medisch-specialisten vooral de orthopaeden. De Maatschappij Geneeskunst heeft in dit conflict niet zelden een neutrale houding aangenomen: niet door dik en dun achter de orthopaeden.

In de twintiger jaren werd het verpleegkundige beroep wettelijk geregeld en na enkele processen wegens kwakzalverij is voor de fysiotherapie in de jaren dertig de unieke oplossing gekozen om dit niet als geneeskunst te beschouwen.

De Duitsers maakten een Wet op de Paramedische bedrijven; na de oorlog is toch de wetgeving op gang gekomen die uiteindelijk tot de Wet op de Paramedische beroepen en het Fysiotherapeutenbesluit hebben geleid. In dat laatste besluit is het paramedische karakter van het beroep verward door de term "op verwijzing van de arts" te introduceren. Voor de fysiotherapeuten is dit geen eindstation; men streeft naar zelfstandige beroepsuitoefening.

Het tweede deel van het boek heeft betrekking op de economische kant van het beroep "Van bijverdienste tot broodwinning". De wijze waarop fysiotherapie tot reguliere verstrekking in het ziekenfondspakket geworden is, wordt uitgebreid beschreven.

Voor het besluit dat fysiotherapeutische apparatuur buiten het ziekenhuis door fysiotherapeuten mocht worden gebruikt is een unieke Nederlandse ontwikkeling geweest; in Engeland is fysiotherapie aan ziekenhuizen verbonden, in België zijn er veel ambulante fysiotherapeuten (kinesietherapeuten).

peuten), maar mag men geen fysiotechniek bedrijven zonder direct toezicht van een arts.

Uitvoerig wordt puntsgewijs ingegaan op de maatregelen die de afgelopen jaren zijn getroffen om de kosten van fysiotherapie te beperken.

Na- en bijscholing bij fysiotherapeuten

In een inventarisatie van na- en bijscholingswensen van fysiotherapeuten bleek vooral belangstelling te bestaan voor het verwerven van specifieke deskundigheden. Vooral manuele therapie, Cyriax (orthopedische geneeskunde) en fysiotherapie bij sport zijn populair. Dit geldt ook voor acupunctuur, al ligt dit buiten de formele bevoegdheden. Het aanbod van cursussen is groot en divers; het ontwikkelen van kwaliteitscriteria is hierbij een noodzaak.

Spijkrachtmeting

Het meten van spierkracht doen fysiotherapeuten met de hand. In een betrouwbaarheidsonderzoek werd de handmatige meting vergeleken met die van een speciaal apparaat: de Cybex-dynamometer bij patiënten met knieklachten, voor en na de behandeling. De metingen verschilden. De manuele meting onderschatte de spierkracht voor en overschatte hem na de behandeling waardoor het resultaat van de behandeling werd overschat.

Betrouwbaarheid classificatie werkdiagnose

Een van de grote onderzoeken op het gebied van de fysiotherapie betreft de opzet van een netwerk van fysiotherapiepraktijken waarin doorlopend gegevens over de werkwijzen van fysiotherapeuten worden verzameld. Bij de opzet van het onderzoeksprogramma kwam de vraag naar voren over de betrouwbaarheid van de codering van de werkdiagnose van de fysiotherapeut.

Aan de hand van klinische observaties van fysiotherapeuten werd de betrouwbaarheid getoetst. Op de meeste punten kon door paarsgewijze vergelijking van observatoren een redelijke betrouwbaarheid worden vastgesteld, behalve bij het meten van pijn. Vroeg men dit in zijn algemeenheid dan bleek dit niet betrouwbaar te kunnen worden gecodeerd. Betere resultaten werden verkregen als de vraag naar pijn werd gecombineerd met afzonderlijke onderzoeken (pijn bij die en die beweging).

Patiëntenvoorlichting fysiotherapie

In dit onderzoek naar de rol van patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie werd de eerste fase afgesloten met een checklist die in de praktijk gebruikt kan worden om voorlichting door fysiotherapeuten te structureren. Het model bevat richtlijnen voor de inhoud en de kwaliteit van de voorlichting en ziet er globaal als volgt uit:

- Inhoud:
 - informatie over diagnose en klachten;
 - instructie van huiswerk oefeningen;
 - algemene gezondheidsvoorlichting;
 - begeleiding van de patiënt.

- Kwaliteit:
 - methodisch werken;
 - een functionele fysiotherapeut-patiënt relatie;
 - aansluiten bij hulpvraag en perceptie van de patiënt;
 - aspecten die therapietrouw bevorderen.

Deze thema's zijn in 70 concrete activiteiten vertaald, die het mogelijk maken om, bijvoorbeeld bij onderlinge toetsing gericht feedback te geven.

2.7.2. Voortgang

Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten

In 1989 is de materiaalverzameling afgerond: 1800 audio-opnamen van fysiotherapie zittingen, vragenlijsten van de betreffende patiënten en fysiotherapeuten alsmede een enquête onder niet bij het onderzoek betrokken fysiotherapeuten werden verzameld. Tevens werden de audio-opnamen in het verslagjaar geobserveerd en vond het grootste deel van de data-invoer plaats.

Naast deze onderzoeksactiviteiten werden een aantal artikelen en bijdragen aan consensus-bijeenkomsten met betrekking tot patiëntenvoorlichting geschreven.

Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie

In dit project wordt een landelijk netwerk van peilstations fysiotherapie opgezet. Deze peilstations verzamelen enerzijds de basisgegevens voor een beschrijvende epidemiologie van klachten in de extramurale fysiotherapie. In aansluiting hierop wordt anderzijds een aantal gerichte onderzoeken gedaan.

In het verslagjaar is uitgewerkt op welke wijze de basisgegevens - die een omvangrijk en complex bestand van gegevens vormen - geanalyseerd en gerapporteerd zullen worden. Dit is vastgelegd in een intern rapport. In dit kader is onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van de gegevens die verzameld worden. Hierover is gerapporteerd in een artikel, dat ter publicatie is aangeboden.

Er is verder gewerkt aan de werving van peilstations. Momenteel participeren 17 fysiotherapiepraktijken in het project. Er wordt gestreefd naar 25 praktijken. Bij de werving is gebleken dat de gevraagde tijdsinvestering

nogal eens een belemmering vormt om medewerking te verlenen. Er is een grote hoeveelheid basisgegevens verzameld.

Het eerste onderzoek dat in het project gedaan wordt betreft de mogelijke gevolgen van het realiseren van het beleidsvoornemen om extramurale fysiotherapie niet op te nemen in de basisverzekering (plannen van de commissie Dekker). Er is een onderzoeksopzet uitgewerkt, getiteld 'Fysiotherapie en beperkende maatregelen aan de vraagzijde: hervorming van het verzekeringsstelsel'. Een belangrijk deel van de gegevens is verzameld. Het tweede onderzoek betreft de gevolgen voor de beroepsuitoefening van de aanstaande verandering in het honoreringstelsel fysiotherapeuten. De onderzoeksopzet is uitgewerkt.

Artrose van heup of knie: een vergelijkend onderzoek naar de behandeling door huisarts en fysiotherapeut

In voorbereiding.

Overzichtsartikel: Pijn bij artrose

Een projectvoorstel voor dit onderzoek is afgewezen, voornamelijk vanwege het ontbreken van een uitgewerkt onderzoeksprotocol. In het verslagjaar is dit protocol opgesteld en de aanvraag zal opnieuw ingediend worden.

Ter voorbereiding op het effectonderzoek is een methode bewerkt waarmee de ernst van functionele beperkingen gemeten kan worden bij artrose van heup of knie. Deze methode wordt gebruikt om effecten van behandelingen vast te stellen. Hierover is gerapporteerd in een artikel, dat ter publikatie zal worden aangeboden.

Eveneens ter voorbereiding op dit onderzoek is een literatuuronderzoek verricht naar pathologische, kinesiologicalische en psychologische mechanismen die een rol spelen bij het ontstaan van pijn bij artrose.

Consultatieve verwijzing naar de fysiotherapie

Door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie is een projectvoorstel ontwikkeld betreffende effecten van het consultatief fysiotherapeutisch onderzoek. Aan het NIVEL is gevraagd het bijbehorend evaluatieonderzoek uit te voeren. Daartoe is het onderzoeksvoorstel nader uitgewerkt en geconcretiseerd.

Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg

Er is een onderzoeksvoorstel geformuleerd betreffende de klachten en aandoeningen, demografische kenmerken van patiënten, plaats van de behandeling en verwijzers van patiënten die logopedisch behandeld worden.

Effecten van logopedische behandelingen

Er is een voorstel voor literatuuronderzoek geformuleerd betreffende structurele aspecten van behandelingen voor stotteren. Op basis van dit literatuuronderzoek zal de wenselijkheid van verder onderzoek beoordeeld worden.

Ergotherapie voor vermoeidheid bij kankerpatiënten

Het Nederlands Kanker Instituut heeft een project in voorbereiding betreffende ergotherapie bij kankerpatiënten. Het is de bedoeling dat het NIVEL in dit kader onderzoek zal doen naar het functioneren van monodisciplinaire ergotherapie in een categorale instelling. De voorbereidingen voor dit onderzoek verlopen echter traag.

Verwijzingen voor logopedie door huisartsen

In het kader van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations zijn verwijzingen voor logopedie geregistreerd. Behalve het aantal verwijzingen worden gegevens verzameld over klachten en diagnose, sociaal-demografische kenmerken van patiënten en het initiatief tot verwijzing. De verzameling van gegevens loopt door in 1990.

Een programma voor onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen

Op voorstel van het ministerie van WVC is een voorstel geformuleerd voor het opstellen van een onderzoeksprogramma op het gebied van enkele paramedische beroepen.

Functie en plaats van oefentherapie Cesar, Mensendieck, podotherapie en ergotherapie

Er is een onderzoeksvoorstel geformuleerd betreffende klachten en kenmerken van patiënten die door deze beroepsgroepen behandeld worden. De klachten van deze patiënten zullen onder meer beschreven worden in termen van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (een bewerking daarvan).

Honderd jaar fysiotherapie

In 1989 vierde het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie zijn 100-jarig bestaan. Op basis van eerdere rapporten is in dit kader een publikatie verschenen over de ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van het beroep van fysiotherapeut. Over de historische ontwikkeling en over mogelijke toekomstige ontwikkelingen zijn voordrachten gehouden op het congres: 'Honderd jaar fysiotherapie en nu verder'.

Congres 'Pijn en pijnbestrijding bij chronische ziekten'

Als lid van de Nederlandse Behavioral Medicine Federatie participeert het NIVEL in de commissie die dit congres voorbereidt.

2.8. Extramurale Verpleging

2.8.1. Resultaten

Voor dit themagebied is 1989 een 'oogstjaar' geweest. Van drie onderzoeken werden de resultaten bekend. Het eerste onderzoek betrof een brede beschrijvende studie naar 'Het werk van wijkverpleegkundigen' in Nederland. De studie leverde een inzicht op in de tijdsbesteding van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

Ook werd een onderzoek afgesloten naar 'De zorg voor zuigelingen en kleuters', zoals deze geleverd wordt op consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters.

Tenslotte werd een vooronderzoek afgesloten naar de wijze waarop men de 'behoefte aan thuiszorg' het beste zou kunnen meten.

Het werk van wijkverpleegkundigen

Het doel van dit in twee fasen uitgevoerde onderzoek was het verkrijgen van inzicht, op nationale schaal, van het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

In de eerste fase van het onderzoek is gezocht naar een onderzoeksmethode die de beste verhouding tussen betrouwbaarheid en bewerkelijkheid gaf; dit bleek een combinatie van zelfregistratie en vragenlijsten te zijn.

In de tweede fase hebben 186 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden hun werkzaamheden gedurende twee maanden geregistreerd. Daarnaast zijn ook nog 400 enquêtes afgenomen, waarmee het verrichten van minder frequent voorkomende werkzaamheden werd onderzocht.

Enkele resultaten: Vrijwel alle ondervraagde wijkverpleegkundigen waren zowel in de thuisverpleging als in de jeugdgezondheidszorg werkzaam. Internationaal gesproken is dat ongebruikelijk. In de meeste landen heeft men aparte verpleegkundigen en zelfs aparte organisaties voor beide soorten werk. Dit zogenaamde 'all round' werken bevat toch niet over de hele linie goed. Van de ondervraagden zou 44% gedifferentieerd werkzaam willen zijn; dat wil zeggen naast het all-round werken één specifieke taak binnen het team. De meerderheid heeft daarbij een voorkeur voor gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) en preventieve activiteiten, terwijl een derde juist in de jeugdgezondheidszorg werkzaam wil zijn.

Een belangrijk onderdeel van het onderzoek betrof de tijdsbesteding van de ondervraagde wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Beide groepen besteedden een kleine zestig procent van hun tijd aan directe patiëntenzorg en een kleine 20 procent aan overleg. De rest werd besteed aan reistijd (10%) en administratie en een heel klein beetje scholing (2%, ofwel 4 à 5 dagen per jaar). Tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bestaan qua tijdsbesteding nauwelijks verschillen. Dit is wel het geval wat betreft het soort activiteiten; ziekenverzorgenden helpen vaker met de dagelijkse activiteiten van de patiënten, wijkverpleegkundigen geven meer begeleiding en verzorgen patiënten met complexere problematiek.

Tot slot nog enkele karakteristieken van patiënten; ruim veertig procent is ouder dan 80 jaar. Ruim 20 procent lijdt aan aandoeningen van het bewegingsapparaat, 17% heeft een hart- of vaatlijden (beroerte etc). Ongeveer 10% van patiënten krijgt ook 's avonds en/of in het weekend hulp. De hulp buiten 'kantooruren' is eerder verpleegtechnisch dan voorlichtend of begeleidend.

De zorg voor zuigelingen en kleuters

Nadat in een eerdere fase van het onderzoek door middel van vragenlijsten bij consultatiebureau-artsen, bij huisartsen en bij verpleegkundigen en bij cliënten (althans bij de ouders daarvan) gevraagd is naar taakuitoefening, problemen bij taakafbakening en tevredenheid, is in de tweede fase van het onderzoek gebruik gemaakt van op videoband opgenomen zittingen van 36 consultatiebureau-teams.

De onderzoeksvraag was ten eerste in hoeverre door artsen en verpleegkundigen tijdens de bureauzittingen een gestandaardiseerde werkwijze wordt gevolgd. En ten tweede hoe er door de CB-teams zorg gedragen wordt voor continuïteit in de zorg voor zuigelingen en kleuters.

Wat betreft de gestandaardiseerde manier van werken kan worden gesteld, dat de punten die bij ieder kind aan de orde moeten komen ook inderdaad de revue passeren. Specifieke punten voor kinderen van een bepaalde leeftijd worden echter niet altijd even systematisch doorgenomen. In de meeste consulten wordt over problemen gesproken, die in tweederde van de gevallen door de ouders worden aangekaart. Kijkt men naar verschillen tussen consultatiebureau-artsen en huisartsen, die consultatiebureau houden, dan werkt de eerste groep systematischer en meer 'volgens het boekje'.

Wat betreft de continuïteit van zorg blijkt dat het onlangs ingevoerde Dossier Jeugdgezondheidszorg niet geheel volgens de richtlijnen wordt ingevuld. Wel wordt in het Dossier per kind extra informatie ingevoerd; iets dat voor de continuïteit van zorg van belang is. Meer dan driekwart van de CB-teams houdt een nabespreking; hoe langer het consult duurde,

des te groter is de kans dat het kind in de nabespreking onderwerp van gesprek is. Als men een strategie bepaalt (dat doet men in ongeveer 50% van de gevallen) dan houdt dit vaak in dat het kind vervroegd wordt opgeroepen.

Huisartsen die consultatiebureau houden weten meer van de kinderen en hun leefmilieu dan CB-artsen, en hebben een positiever beeld van de gezondheid van de kinderen en hebben daarom minder de neiging om iets te doen, bijvoorbeeld het maken van een afspraak buiten het reguliere schema. CB-artsen hebben de neiging om ook als er geen afwijkingen of problemen worden gesignaleerd het kind vervroegd terug te bestellen indien ze geen positief beeld van de gezondheid van het kind hebben. De vraag blijft natuurlijk wat nu beter of slechter is; daar laat het onderzoek zich niet over uit.

Hoe meet men behoefte aan thuiszorg?

In dit literatuuronderzoek naar meetinstrumenten voor de behoefte aan thuiszorg is een onderscheid gemaakt tussen de volgende categorieën patiënten en cliënten: (1) ouderen, (2) nazorgpatiënten, (3) terminale patiënten, (4) kankerpatiënten, (5) chronisch zieken (CARA, diabetes mellitus, reumatische aandoeningen), en (6) lichamelijk gehandicapten.

In het onderzoek zijn de volgende zorgbehoeften onderscheiden: behoefte aan medische zorg, verpleegkundige zorg, hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven (ADL), hulp bij huishoudelijke activiteiten (HDL) en de behoefte aan materiële voorzieningen.

Het best (naar verhouding, althans) bekend is hoe men zorg- en hulpbehoefte van zelfstandig wonende ouderen meet. Er bestaan meerdere instrumenten om vast te stellen op welke punten ouderen hulp nodig hebben en wat ze, al dan niet met behulp van hun sociale omgeving, nog zelf kunnen.

Minder onderzoek is verricht naar de zorgbehoefte van nazorgpatiënten. Wijkverpleegkundigen blijken uit de bestudeerde onderzoeken de nadruk op psychosociale begeleiding te leggen (NB dit komt niet uit het NIVEL nazorgonderzoek) en de verpleging van het ziekenhuis op de behoefte aan verpleegkundige zorg en ADL-hulp. 'De mensen zelf' willen vooral hulp in de huishouding en bij de activiteiten van het dagelijks leven (ADL).

Bij (kanker-)patiënten in een terminaal stadium is er behoefte aan medische zorg (vooral pijnbestrijding), verpleegkundige zorg en begeleiding. Dat laatste geldt ook voor degenen die de patiënt verzorgen. Die hebben bovendien behoefte aan een zogenaamde 'achterwachtfunctie': een 24 uren bereikbaarheid en een flexibel hulpaanbod (inclusief eventuele, tijdelijke, opname).

Zorgbehoeften van niet-terminale kankerpatiënten liggen vooral op het vlak van voorlichting, begeleiding en hulp in de huishouding.

Behoeftte aan thuiszorg bij chronisch zieken is òf nooit onderwerp van onderzoek geweest zoals bij CARA- en diabetespatiënten òf staat, zoals bij reumapatiënten, nog in de kinderschoenen.

Zorgbehoeften van lichamelijk gehandicapten en hun verzorgers liggen voor op het gebied van de assistentie bij de dagelijkse bezigheden en huishoudelijke hulp. Materiële voorzieningen zijn hier ook van belang.

Al met al kan men concluderen dat over zorg- en hulpbehoeften van ouderen en van terminale patiënten het nodige bekend is, maar dat bij de overige categorieën niet alleen vaak de kennis ontbreekt maar ook de kennis nodig om de behoefte te meten.

2.8.2. Voortgang

Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden in Nederland

Het doel van dit landelijk onderzoek is een representatief beeld te krijgen van de inhoud van het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden, en van de tijdsbesteding aan de verschillende werkzaamheden. Tevens wordt in kaart gebracht welke zorg wordt verleend aan welke groepen patiënten en op welke tijdstippen, dat wil zeggen overdag door de week, in het weekend en 's avonds. In totaal hebben 186 wijkverpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden hun werkzaamheden gedurende twee maanden geregistreerd. Daarnaast is een enquête gehouden onder 400 wijkverpleegkundigen/wijkzikenverzorgenden waarmee het verrichten van de minder frequent voorkomende werkzaamheden werd onderzocht. In het verslagjaar zijn de data geanalyseerd en is de concept-rapportage geschreven. Tevens is over een gedeelte van dit onderzoek een lezing gehouden tijdens de door het NIVEL georganiseerde 'International Conference on Community Nursing'.

De zorg voor zuigelingen en kleuters - fase II

Dit onderzoek is gericht op het in kaart brengen van de taakuitvoering van artsen en wijkverpleegkundigen op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. In de eerste plaats werd nagegaan in hoeverre door artsen en wijkverpleegkundigen tijdens consultatiebureauzittingen een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze wordt gevolgd bij het volgen en begeleiden van 0-4 jarigen. Ten tweede werd onderzocht op welke wijze door de CB-teams zorg wordt gedragen voor continuïteit in de zorgverlening aan zuigelingen en kleuters. Hiertoe is van 36 CB-teams een consultatiebureauzitting met behulp van een videocamera opgenomen. Deze zittingen zijn aan de hand van een protocol op een betrouwbare wijze geob-

serveerd. In 1989 is de statistische verwerking van de gegevens uitgevoerd, het onderzoeksrapport geschreven en een lezing gehouden.

De zorgbehoefte ontleed: een vooronderzoek

Het doel van dit vooronderzoek was door middel van literatuurstudie te inventariseren wat de mogelijkheden zijn om de behoefte aan thuiszorg op een gedifferentieerde wijze te meten en in beeld te brengen. In het rapport, dat in 1989 gereed is gekomen, wordt een overzicht gegeven van het onderzoek naar de behoefte aan thuiszorg van een zestal patiëntencategorieën: ouderen, nazorgpatiënten, terminale patiënten, kankerpatiënten, chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten. Bij de bestudering van de behoefte aan thuiszorg van deze doelgroepen is uitgegaan van een functioneel-inhoudelijke benadering. Daarbij worden de volgende zorgbehoeften onderscheiden: behoefte aan medische zorg, verpleegkundige zorg, psycho-sociale begeleiding, voorlichting en informatie, zorg ten behoeve van de activiteiten van het dagelijks leven, hulp bij huishoudelijke activiteiten en behoefte aan materiële voorzieningen.

Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg

Het doel van het onderzoek is te komen tot inzicht op welke wijze extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen het beste aansluit op de (poli-)klinische behandeling door de specialist. Hiertoe worden een drietal samenwerkingsmodellen met elkaar vergeleken op efficiëntie en kwaliteit van zorg. Het onderzoek is halverwege 1989 gestart met het verrichten van een literatuurstudie, het ontwikkelen van meetinstrumenten en het opstellen van standaarden en criteria voor de kwaliteit van de aanvraag van de specialist, het CARA-huisbezoek, de follow-up en de terugrapportage van de (wijk)verpleegkundige aan de specialist.

International Conference on Community Nursing

Deze internationale conferentie werd gehouden op 16 en 17 maart 1989 in 's Hertogenbosch. De conferentie werd geopend door de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en werd bijgewoond door Hare Koninklijke Hoogheid Prinses Margriet. Daarnaast werd tijdens het officiële gedeelte een toespraak gehouden door de voorzitter van de Nationale Kruisvereniging en door een vertegenwoordiger van de WHO. Tijdens de eerste dag werd aandacht besteed aan het belang van wetenschappelijk onderzoek naar en kwaliteitsbewaking van de extramurale verpleging. Verder werd door een zestal sprekers een overzicht gegeven van de organisatie, taken en functies van de extramurale verpleging in hun eigen land. Tijdens de tweede dag presenteerden in totaal 40 onderzoekers uit de Verenigde Staten, Groot Brittannië, de Scandinavische landen, Spanje,

Israël, België en Nederland hun onderzoek op het terrein van de extramurale verpleging. De lezingen die tijdens de eerste dag zijn gehouden zijn gebundeld in een congresboek.

2.9. Hulpvraag en hulpvrager

2.9.1. Resultaten

De veelvormigheid van hulpvragen in de eerstelijns-gezondheidszorg laat zich goed aflezen in de activiteiten van dit themagebied. Onderzoek werd gedaan op het gebied van alternatieve geneeswijzen, angst voor AIDS en hulpzoeken bij psychosociale problematiek.

Alternatieve geneeswijzen

Het staatssecretariaat van J.P. van der Reyden (1982-1986) werd, onder meer, gekenmerkt door een opvallend positieve benadering van het fenomeen 'alternatieve geneeswijzen'. Misschien zou zijn houding in de jaren zestig als 'repressieve tolerantie' zijn afgedaan. Het blijft echter een feit dat meer gelden beschikbaar kwamen voor onderzoek, vooral naar de mogelijkheden van samenwerking tussen alternatieve en reguliere geneeswijzen, dan voorheen het geval was.

Het NIVEL heeft op dit gebied ook een bijdrage geleverd. Eerst werd een haalbaarheidsonderzoek verricht naar de mogelijkheden tot samenwerking tussen reguliere en alternatieve genezers. Mits de 'alternatieven' betrekkelijk regulier waren opgeleid (arts, fysiotherapeut) bleken er weinig belemmeringen te bestaan. Dit gold vooral op gebieden als homeopathie, acupunctuur en manuele therapie en (in mindere mate) voor natuur-geneeswijzen.

Dit bleek bijvoorbeeld uit een inventariserend onderzoek onder huisartsen en patiënten naar de mogelijkheden tot samenwerking. De ondervraagde huisartsen bleken ten eerste vaak zelf alternatieve geneeswijzen toe te passen (vooral homeopathie) en actief patiënten naar alternatieve genezers te verwijzen en contacten te onderhouden.

Bovendien had de mate van acceptatie van de huisarts (van alternatieve geneeswijzen) een positieve invloed op de uitwisseling van informatie tussen huisarts en patiënt. Patiënten plachten hun huisarts beter op de hoogte te stellen van hun consultaties van alternatieve genezers naarmate de huisarts minder negatief tegenover het verschijnsel stond.

Voor de huisartsen was een traditionele opleiding, hetzij als arts hetzij als fysiotherapeut van belang voor de acceptatie.

Een vergelijkbaar resultaat werd bij een onderzoek bij reumatologen en hun patiënten gevonden. Bijna de helft van hun patiënten bleek ooit voor hun aandoening bij een alternatieve genezer te zijn geweest. Daarbij ging

de voorkeur van patiënten uit naar paranormale geneeswijzen, homeopathie en acupunctuur. Reumatologen beperkten hun sympathie tot het gebruik van badkuren, manuele therapie, acupunctuur en homeopathie. Ongeveer de helft verwees naar alternatieve genezers en slechts een derde onderhield geen contacten met alternatieve genezers.

Patiënten die een alternatieve genezer bezochten deden dat meestal buiten de reumatoloog om; de meerderheid stelde de reumatoloog wel op de hoogte (vooraf of achteraf). Reumatologen die alternatieve geneeswijzen 'aanvaarden' werden ook in zijn algemeenheid door hun patiënten positiever beoordeeld, vooral op hun communicatieve vaardigheden.

Angst voor AIDS

Vragen over Aids in de huisartspraktijk zijn niet exclusief een rand- en grootstedelijk verschijnsel, zo blijkt uit een onderzoek onder de 45 Nivel-huisartsen-peilstations. Deze hielden in 1988 en 1989 bij hoe vaak zij met vragen over AIDS werden geconfronteerd. Tachtig procent van deze, gelijkmatig over Nederland verspreide, huisartsen rapporteerde één of meer vragen. Het betrof vaak heterosexuele mannen in de leeftijdsgroep 35-44 jaar. Van de aangevraagde HIV-tests bleek er overigens in 1988 geen enkel positief; cijfers over 1989 worden nog verwerkt. Huisartsen in de verstedelijkte plattelandsgebieden hadden de meeste vragen over AIDS. Opmerkelijk is dat het niet de klassieke risicogroepen zijn die de vragen stellen.

Hulpzoeken bij psychosociale problematiek

Een onderdeel van de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk vormt een enquête onder een steekproef van patiënten. Een van de onderwerpen hierin is de neiging tot hulpzoeken bij psychische problematiek.

Uit het onderzoek bleek dat vooral hoger opgeleide personen de neiging hadden om van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen gebruik te maken. De opleiding bleek verreweg de belangrijkste factor te zijn.

Mensen die in z'n algemeenheid niet de neiging vertoonden om voor kleine lichamelijke problemen de hulp van de huisarts in te roepen waren ook niet geneigd om hulp van de geestelijke gezondheidszorg te vragen.

Het algemeen maatschappelijk werk was favoriet bij jongere mensen en alleenstaanden.

2.9.2. Voortgang

Consumentenpanel

Dit project bevat twee onderdelen. Een panel van 'doorsnee gebruikers' van de gezondheidszorg zal regelmatig benaderd worden betreffende hun mening over diverse volksgezondheidsaspecten en hun ervaring met de verschillende aanbieders van de (eerstelijns)gezondheidszorg. Het panel heeft een signalerende en toetsende functie. Het tweede onderdeel van dit project omvat het verrichten van ad-hoc onderzoek onder specifieke groepen gebruikers, die niet of slechts in geringe getale in het consumentenpanel vertegenwoordigd zijn. Een voorbeeld zijn degenen die (recent) ervaring hebben met kraamzorg. In het verslagjaar is met de Consumentenbond een overleg gestart om te onderzoeken of het technisch beheer van het panel bij de Consumentenbond ondergebracht zal worden. De wervingsprocedure voor een onderzoeker ten behoeve van dit project is aan het eind van het jaar afgerond.

Samenwerking reguliere en alternatieve genezers

Sinds 1987 is de samenwerking tussen reguliere en alternatieve genezers één van de aandachtspunten van het NIVEL. In dat jaar verstrekke het Ministerie van WVC opdracht tot een drietal onderzoeken op dit terrein. Het eerste onderzoek betrof een haalbaarheidsstudie naar experimentele samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers. Hierover werd in 1988 gerapporteerd; een samenvattend artikel verscheen in het verslagjaar. In aansluiting op deze voorstudie verstrekke het ministerie van WVC op basis van een door het Nivel geschreven onderzoeksvoorstel, in het verslagjaar de opdracht aan het Nivel samenwerkingsexperimenten tussen reguliere en alternatieve genezers voor te bereiden, op te zetten en te evalueren. Daarover volgt hierna méér.

Het tweede onderzoek betrof een inventariserend onderzoek naar de mening van huisartsen en patiënten over alternatieve geneeswijzen en hun ervaringen met alternatieve genezers. Centraal in dat onderzoek stond de rol die de huisarts speelt en zou kunnen spelen als patiënten uit zijn praktijk gebruik (willen) maken van de diensten van alternatieve genezers. Ook van dit onderzoek verscheen het eindrapport (en de samenvatting daarvan) eind 1988. In het verslagjaar werden naar aanleiding hiervan twee artikelen geschreven en twee voordrachten gehouden.

Het derde onderzoek, naar de plaats van alternatieve geneeswijzen in de reumatologenpraktijken, kwam in het verslagjaar gereed. Over dit onderzoek wordt hieronder gerapporteerd.

Reuma en alternatieve geneeswijzen

Doel van het onderzoek was een beeld te schetsen van de rol die reumatologen (kunnen) spelen ten aanzien van het bezoek van hun patiënten aan alternatieve genezers. In het voorjaar van 1989 werd een schriftelijke vragenlijst gestuurd aan alle ruim honderd reumatologen (respons: 70%). Op grond van de resultaten werd zowel een groep reumatologen geselecteerd die welwillend tegenover alternatieve geneeswijzen bleek te staan als een groep die daar niets van wilde weten. Tien 'aanvaardende' en zeven 'afwijzende' reumatologen deelden vervolgens enquêtes uit aan de eerste honderd controlepatiënten op hun spreekuur (respons: 80%).

In 1989 verscheen het eindrapport van dit onderzoek, alsmede een samenvatting daarvan. Ook werd een voordracht gehouden op de First European Health Services Research Meeting en werden elementen uit het onderzoek gebruikt in een voordracht op een congres over professionalisering binnen de alternatieve gezondheidszorg.

The impact of non-orthodox medicine on health care expenditure

In februari 1989 vond op initiatief van de Universiteit van Sheffield (UK) in Brussel een eerste bijeenkomst plaats van Europese onderzoekers op het terrein van alternatieve geneeswijzen ten einde te komen tot een gemeenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek zou voor een deel gefinancierd moeten worden uit geld dat door de EG beschikbaar gesteld was voor 'concerted action', gemeenschappelijk onderzoek zowel op medisch terrein als op dat van het gezondheidszorgonderzoek. Een tweede bijeenkomst, waaraan meer onderzoekers deelnamen, werd in juni door het NIVEL in Utrecht georganiseerd. Op basis van de resultaten van deze workshop werkte het NIVEL, in samenwerking met de Belgische Verbruikersunie en de Universiteit van Sheffield, de plannen nader uit in een onderzoeksvoorstel. Dit voorstel, onder de titel 'The impact of non-orthodox medicine on health care expenditure', werd in augustus ter subsidiëring aan de EG aangeboden. Doel van het voorgestelde onderzoek was het ontwikkelen en uittesten (in tien Europese landen) van twee meetinstrumenten voor het gedrag van consumenten ten aanzien van alternatieve geneeswijzen. Met het eerste instrument zou een globaal beeld verkregen kunnen worden van de omvang en het gebruik van alternatieve geneeswijzen in de deelnemende landen. Met het tweede zouden vragen beantwoord kunnen worden naar de achtergrond van bezoekers van alternatieve genezers en de motieven voor hun bezoek, hun medische consumptie, de kosten van de bezoeken en de mate waarin zij tevreden zijn over de behandeling.

Op 6 november 1989 is het voorstel besproken op de vergadering van de CGC-Medical and Health Research in Brussel. Het kwam niet voor subsidiëring in aanmerking.

Samenwerkingsexperimenten van huisartsen en alternatieve genezers

In het kader van dit 4 jaar durende onderzoek, waarmee op 1 november 1989 een aanvang werd genomen, worden drie of meer experimentele samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en alternatieve genezers voorbereid. Doel van deze experimenten is na te gaan of, en zo ja in hoeverre, een integratie van reguliere en alternatieve geneeswijzen in de praktijk gerealiseerd kan worden. Meer in het bijzonder zal een protocol worden ontwikkeld en uitgetest voor de berichtgeving over gemeenschappelijke patiënten. In aansluiting op de resultaten van de haalbaarheidsstudie zal enerzijds die huisartsen om medewerking worden gevraagd die zich positief opstellen tegenover (enkele) alternatieve geneeswijzen en anderzijds die genezers die een medische of paramedische opleiding achter de rug hebben en acupunctuur, homeopathie, manuele geneeskunde of natuurgeneeswijze toepassen. Eén experiment zal plaatsvinden in een ziekenfondsregio; de andere in twee of meer reguliere gezondheidscentra, waar alternatieve artsen of fysiotherapeuten werkzaam zijn of voor de duur van het experiment kunnen worden aangetrokken. Bij de selectie van deze centra wordt gebruik gemaakt van een in het kader van de haalbaarheidsstudie gehouden enquête onder de Nederlandse gezondheidscentra.

Substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen

Op verzoek het ministerie van WVC, in casu de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen, is een voorstel voor een project gemaakt dat tot doel heeft de mogelijkheden na te gaan om door middel van wetenschappelijk onderzoek de vraag te beantwoorden of (het gebruik van) alternatieve geneeswijzen een substituerend effect heeft op (het gebruik van) reguliere gezondheidszorgvoorzieningen. Indien deze mogelijkheden aanwezig zijn heeft het project tevens tot doel aan te geven op welke wijze en onder welke voorwaarden het benodigde onderzoek uitgevoerd zou moeten worden. Aan het eind van het verslagjaar werd de subsidie voor dit project toegezegd.

Hulpzoeken bij psychosociale problemen

In het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is onder andere onderzoek gedaan naar de geneigdheid tot hulpzoeken voor psychosociale problemen. Tijdens het congres van Social Science & Medicine op 24 tot 28 juli 1989 in Noordwijkerhout zijn de eerste resultaten gepresenteerd.

Het paper wordt omgewerkt tot een artikel dat aan het tijdschrift Social Science & Medicine zal worden aangeboden.

Vragen over AIDS

In het kader van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland registreren de deelnemende huisartsen vanaf 1 januari 1988 elk consult waarbij AIDS ter sprake komt. Vanaf 1 april 1988 wordt tevens door hen aangegeven met welke hulpvraag patiënten hen benaderen en welke actie de huisarts daarop onderneemt. Soortgelijke gegevens zijn (worden) tevens in enkele andere Europese landen (België, Zwitserland, West-Duitsland, Frankrijk) verzameld zodat te zijner tijd de Nederlandse resultaten met deze landen vergeleken kunnen worden.

In het verslagjaar zijn de gegevens tot 1 april 1989 geanalyseerd ten behoeve van een lezing en een artikel. Hieruit kwam naar voren dat meer dan 80% van de huisartsen tijdens één registratiejaar op het spreekuur met vragen over AIDS werd geconfronteerd. Ook buiten de grote steden en buiten de traditionele risicogroepen blijkt AIDS bij veel mensen vragen en onzekerheden op te roepen.

Huisartsen en AIDS

In samenwerking met de Consumentenbond is in het verslagjaar een aanvang gemaakt met een onderzoek naar de ervaringen van patiënten die hun huisarts met vragen over HIV-gerelateerde problematiek hebben benaderd. Er is een vragenlijst opgesteld die aan patiënten zal worden toegezonden die op een oproep in diverse kranten en tijdschriften reageren. Dit onderzoek is mede bedoeld als een explorerende voorstudie ten behoeve van een onderzoek waarin enerzijds de kennis en de attitudes van huisartsen ten aanzien van AIDS gepeild worden en anderzijds de aanvragers van een HIV-test over hun ervaringen met huisartsen benaderd zullen worden. In het verslagjaar is een onderzoeksvoorstel ter subsidiëring ingediend.

2.10. Meten van kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg

In het verslagjaar is een literatuurstudie afgesloten over 'Kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg'. Doel van deze studie was na te gaan of er betrouwbare en valide meetinstrumenten bestaan die de kwaliteit van de zorgverlening door huisartsen, wijkverpleegkundigen en verloskundigen kunnen vaststellen (quality assessment). De studie richtte zich zowel op de kwaliteit van het hulpverleningsproces (process), als op het resultaat van de verleende zorg (outcome).

Kwaliteit in de huisartsgeneeskunde

Het merendeel van de onderzoeken naar kwaliteit in de huisartsgeneeskunde heeft betrekking op het hulpverleningsproces. Tussen de verschil-

lende onderzoeken die het handelen van de huisarts beoordelen bestaat nogal wat variatie, zowel qua aard als omvang. Zo is er veel onderzoek dat zich alleen richt op de beoordeling van (deel)aspecten van het medisch-technisch handelen, zoals bijvoorbeeld het verwijsgedrag van huisartsen of het voorschrijven van medicijnen. Daarnaast zijn er veel meetinstrumenten ontwikkeld en getoetst die alleen de psychosociale kant van de huisartsgeneeskundige zorg evalueren. Tussen beide soorten onderzoeken lijkt echter een kloof te bestaan. Slechts in een beperkt aantal onderzoeken wordt getracht beide aspecten van huisartsgeneeskundig handelen in één meetinstrument te integreren. Een veelbelovende methode hiervoor is ontwikkeld door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. In deze methode worden zowel medisch-technische als psychosociale aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen beoordeeld. De methode biedt verder een goed uitgangspunt om voor de Nederlandse situatie valide criteria voor de kwaliteit van het handelen van de huisarts te ontwikkelen. Worden deze criteria bovendien getoetst aan het resultaat (outcome) van de huisartsgeneeskundige zorg, dan kan het begrip 'kwaliteit' aan waarde winnen.

Het meten van kwaliteit van verloskundige zorg

In tegenstelling tot het kwaliteitsonderzoek in de huisartsgeneeskunde, wordt de kwaliteit van de verloskundige zorg hoofdzakelijk gemeten op basis van het resultaat van de verleende zorg (outcome). Blijkbaar wordt dit algemeen beschouwd als het belangrijkste deel van de verloskundige zorg.

In de literatuurstudie worden bij de gevonden kwaliteitsmetingen de nodige kanttekeningen geplaatst. Zo is er kritiek op onderzoek waarbij de kwaliteit van de verloskundige zorg wordt beoordeeld op basis van één bepaalde patiëntenpopulatie, zonder dat er vergelijkingen worden gemaakt met andere patiëntengroepen. Ook worden er vraagtekens gezet bij de betrouwbaarheid van de gehanteerde informatiebronnen, zoals officiële bevolkings- statistieken en patiëntenstatussen. En wordt er getwijfeld aan de betrouwbaarheid en validiteit van de gevonden criteria om het resultaat van de verloskundige zorg te beoordelen. Voornamelijk omdat het merendeel daarvan in de betreffende onderzoeken niet duidelijk zijn omschreven.

Ondanks alle kritiek op de gehanteerde meetmethoden, is het volgens het onderzoek mogelijk de kwaliteit van de verloskundige zorg op een betrouwbare en valide wijze te meten. Een van de voorwaarden daarvoor is dat gezorgd wordt voor een betrouwbare, gestandaardiseerde verslaglegging. Verder moeten de criteria voor kwaliteit verder ontwikkeld worden en geldigheid krijgen. En tevens is het van belang dat methoden ontwikkeld worden om de kwaliteit van het zorgproces (process) te beoordelen. Hier-

door wordt het mogelijk meetresultaten van beide niveaus aan elkaar te relateren, waardoor het begrip 'kwaliteit van verloskundige zorg' meer inhoud kan krijgen.

Is kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg te meten?

Als belangrijkste maatstaf voor kwaliteit van het wijkverpleegkundig handelen, wordt de directe hulpverlening aan patiënten gezien. Uit het literatuuroverzicht blijkt dat de meetmethoden hiervoor vrijwel alle afkomstig zijn uit de Verenigde Staten, of afgeleid zijn van meetinstrumenten die daar ontwikkeld zijn. Deze instrumenten zijn echter vooral bedoeld om de kwaliteit van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen te beoordelen. Daardoor zijn ze niet zondermeer toepasbaar in de wijkverpleegkundige zorg. Onduidelijkheid over het doel en het effect van het verpleegkundig handelen, perkt de validiteit en betrouwbaarheid van deze kwaliteitsmaten nog verder in.

Voor Nederland bestaat de meest harde kwaliteitsmaat uit consensus van de beroepsgroep. In 1989 zijn voor het eerst kwaliteitsstandaarden ontwikkeld voor de verschillende zorgterreinen van de wijkverpleegkunde. Deze standaarden vormen een goed uitgangspunt voor verder onderzoek naar de kwaliteit van het wijkverpleegkundig handelen.

Om het resultaat van de zorgverlening (outcome) te meten, lijken sterftecijfers of gegevens over de gezondheidstoestand van patiënten als valide criteria niet erg bruikbaar. De wijkverpleegkundige zorg is immers gericht op het verlenen van zorg en ondersteuning (care) en niet zozeer op genezen (cure). Ook is de wijkverpleegkundige vaak niet de enige hulpverlener in het zorgproces. In deze context bieden methodes die in de Verenigde Staten zijn ontwikkeld meer perspectief. Daarbij wordt bij het begin van de hulpverlening een aantal doelstellingen geformuleerd, afhankelijk van de mogelijkheden tot herstel. Bij het beëindigen van het contact wordt nagegaan in hoeverre de gestelde doelen zijn bereikt.

De drie studies samenvattend kan geconcludeerd worden dat een onderzoek naar kwaliteit in ieder geval aspecten van de zorgverlening zelf (process) en het resultaat daarvan (outcome) moet bevatten. Kant en klare meetinstrumenten die in de Nederlandse situatie toegepast kunnen worden, zijn nog nauwelijks beschikbaar. Het meest veelbelovend lijkt onderzoek dat zich toespitst op één of meer aandoeningen, waarvan het hulpverleningsproces wordt geëvalueerd aan de hand van aanvaarde normen (standaarden).

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

Inleiding

Het karakter van de bibliotheek is de voorgaande jaren door de automatisering van de catalogus ingrijpend veranderd. Het zijn met name de documentaire activiteiten die steeds meer op de voorgrond zijn getreden en ook explosief zijn toegenomen.

Automatisering

In 1989 is een aanvang gemaakt met het invoeren van referaten bij de titels van publikaties. Dit gebeurt met terugwerkende kracht en per onderwerp. In 1989 zijn referaten ingevoerd op het gebied van de ouderenzorg en wijkverpleging.

Na de catalogus is nu ook de uitlening geautomatiseerd.

Bibliotheekprodukten

- De bibliografieën

In 1989 zijn vier bibliografieën in de NIVEL-reeks uitgekomen, op welke reeks men zich kan abonneren. Ook is het mogelijk losse exemplaren te bestellen.

De volgende bibliografieën zijn in 1989 verschenen:

- * Patient compliance;
- * De psychologie en de eerste lijn;
- * Community nursing;
- * Onderzoek naar kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg.

- Aanwinstenlijsten:

In 1989 zijn tien aanwinstenlijsten verschenen met een gemiddelde van 490 aanwinsten per lijst. In 1988 waren dat 320 aanwinsten per lijst.

Nieuw was de opname van aanwinsten op het gebied van lopend en afgesloten onderzoek.

- Kwartaalbericht Samenwerking Eerstelijnsgezondheidszorg

Het afgelopen jaar zijn vier kwartaalberichten verschenen.

- Literatuurlijsten

Het aantal literatuurlijsten over specifieke onderwerpen dat op aanvraag is vervaardigd is verdubbeld ten opzichte van het vorige jaar. Het overgrote gedeelte van de aanvragen kwam van studenten van gezondheidszorgopleidingen.

Ontsluiting van literatuur

De collectie is afgelopen jaar explosief gegroeid met 4900 titels dat wil zeggen dat er ruim 400 aanwinsten per maand van trefwoorden zijn voorzien en ingevoerd. De belangrijkste items waren: het overheidsbeleid, de financiële en epidemiologische aspecten van het gezondheidszorgsysteem, kwaliteit van de zorg, buitenlandse gezondheidszorgsystemen, preventie en ouderenzorg.

Externe en interne dienstverlening: enige cijfers en presentatie van de collectie

De dienstverlening van de afdeling bibliotheek heeft door de jaren een constant karakter gekend: uitlening, informatie, kopiëren van artikelen. Het blijkt echter dat door de automatisering en een toegenomen naamsbekendheid steeds meer een beroep wordt gedaan op de documentaire activiteiten van de bibliotheek, hetgeen zich vertaalt in telefonisch aangevraagde literatuurlijsten over onderwerpen van uiteenlopende aard. Een kleine greep uit de onderwerpen: verpleeghuizen en kwaliteit van de zorg, substitutie 1e-2e lijn, handvaardigheidslaboratoria voor de wijkverpleging, medicalisering van het dagelijkse leven, opleiding en gezondheidsgedrag, compliantie en huisarts, begeleidingshuisbezoeken, depressieve ouderen etc.

-Uitlening	
interne	587
externe	834
- Documentaire vragen/literatuurlijsten	266
- Externe leen-/kopie-aanvragen	463*
- Online searches in externe databases	20
- Collectievorming	
.boeken en rapporten	662
.tijdschriftartikelen	4240
.tijdschriften	2
- Opzegging tijdschriftabbonementen	1
- Lopende tijdschriftabbonementen	111
- Aanvraag literatuur bij externe bibliotheken	430

*Het getal geeft het aantal formulieren aan. Per formulier worden vaak meerdere publikaties aangevraagd.

Registratie Wetenschappelijk Onderzoek

Het zeventiende rapport 'Registratie Wetenschappelijk Onderzoek' (RWO) is medio 1989 verstuurd. In september is begonnen met de invoer van nieuwe gegevens, welke maandelijks worden opgenomen in de aanwinstenlijst van de bibliotheek.

Het belangrijkste doel van de registratie is het bieden van een zo volledig mogelijk landelijk overzicht van het onderzoek op het gebied van de eerstelijnszorg/thuiszorg.

De registratie kan voorkomen dat er onderzoeken worden verricht die reeds elders zijn of worden gedaan zonder dat dit de onderzoeker bekend is. Bovendien schept het de mogelijkheid voor (potentiële) onderzoekers met elkaar in contact te treden. Voor dit doel kunnen de jaarlijkse en maandelijks (de aanwinstenlijsten van de bibliotheek) overzichten gebruikt worden, maar ook kan de laatste stand van zaken over een bepaald onderwerp opgevraagd worden.

4. HET BESTUUR

Het NIVEL werkt in een tamelijk gecompliceerd krachtenveld waarin het Ministerie van WVC, de financiers van zorg, de beroepsverenigingen, de koepelorganisaties en de patiëntenverenigingen ieder hun rol spelen. Bij de samenstelling van het bestuur is hiermee rekening gehouden. In het bestuur hebben dan ook personen zitting uit kringen van het veld, het beleid (te weten financiers en consumenten) en de wetenschap. Op deze manier wordt zowel de onafhankelijkheid van het instituut gewaarborgd en blijft het NIVEL verbonden met zijn draagvlak: de instellingen ten behoeve waarvan onderzoek wordt gedaan. Het algemeen bestuur van de stichting NIVEL is in het verslagjaar vier keer bijeengekomen. Het dagelijks bestuur kwam in 1989 vijf keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 1989.

Samenstelling van het bestuur per 31 december 1989:

Leden:

Drs. Cl. Olthoff*	Voorzitter
Drs. R.W. Lubbers*	Secretaris
Mr. J.J. Reijerkerk*	Penningmeester

Leden uit de kring van het veld:

Voorgedragen door:

Dhr. H.A.M. Staring, arts*	Landelijke Huisartsen Vereniging
Vacature	Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra
Prof. dr. F.A. Vorst**	Nationale Kruisvereniging
Dhr. A. Monteny**	Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Leden uit de kring van het beleid:

Voorgedragen door:

Drs. F.H. Werkman	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
Mr. R.J. Hofman	Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars
Mw. Drs. M.G. Andela*	Consumentenbond
Dhr. R.W.H. Eichweber**	Gehandicaptenraad

Leden uit de kring van de wetenschap:

Dr. V.C.M.L. Tielens
Prof. dr. J.C. van Es
Prof. dr. H. Philipsen*
Prof. dr. P.A. Vroon

Voorgedragen door:

Nederlands Huisartsen Genootschap
Staf NIVEL
Staf NIVEL
Staf NIVEL

Adviseurs:

Dhr. J. Bultman, arts	Ziekenfondsraad
Mw. Mr. P. Fontein	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Drs. F. Gardenbroek	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheids- zorg
Dhr. M. Bonke	VIVAM (Vereniging van instellingen voor al- gemeen maatschappelijk werk)
Ir. G.L. Polderman	Centrale Raad voor de Gezinsverzorging
Drs. W.G.W. Boerma	Ondernemingsraad NIVEL
Drs. P. Vlug	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dhr. M.M.J. van Campen, arts	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid

* Tevens lid van het Dagelijks Bestuur

** Afgetreden per 31-12-1989

5. ONDERNEMINGSRAAD

Per 1 januari 1989 is een nieuwe ondernemingsraad geïnstalleerd. De samenstelling is als volgt:

Dr. D.H. de Bakker, voorzitter

Drs. P.M.J.R. van der Heijden, secretaris

Drs. W.G.W. Boerma, afgevaardigde naar het bestuur

Drs. A.G.M. Gloerich

J.V. Gravenstein

vacature

vacature

Doordat het NIVEL op 1 januari 1989 meer dan 100 werknemers telde, kon de bezetting van de OR worden uitgebreid van vijf naar zeven leden. In eerste instantie konden echter niet voldoende kandidaten worden gevonden. In april 1989 is mw. J. van den Oever toegetreden tot de OR zodat er nu nog één vacature is.

De ondernemingsraad kwam in 1989 acht keer bij elkaar. Met de directie is vijf keer overleg gevoerd. Op 1 juli van het afgelopen jaar is de Rechtspositieregeling voor het NIVEL en het Huishoudelijk Reglement in werking getreden. De OR had met de definitieve tekst al ingestemd in 1988. Een belangrijk onderwerp waar de OR zich de afgelopen jaren mee heeft beziggehouden en wat regelmatig terugkeerde op de agenda van het OR-directie-overleg is daarmee afgesloten. Afgelopen jaar is alleen nog gesproken over de procedure bij de inwerkingtreding. Naar aanleiding van de in het huishoudelijk reglement omschreven functies is een notitie over het inschalingsbeleid van de directie besproken en schriftelijk van commentaar voorzien.

Verder zijn er dit jaar geen specifieke onderwerpen geweest die de agenda van het overleg met de directie beheerste. Jaarlijks terugkerende onderwerpen als het werkplan, begroting, jaarrekening, evaluatie werkplan, besteding WAGGS-gelden en het sociaal jaarverslag kwamen ook afgelopen jaar aan de orde. Daarnaast zijn een aantal min of meer incidentele zaken met de directie besproken. Genoemd kunnen worden de BTW-plicht voor het NIVEL, reiskostenvergoeding onder Oort, de interne sollicitatieplicht, de huisvesting in verband met een uitbreiding van de kantoorruimte van het NIVEL, de vervangingsregeling van de directeur, het aanvullend personeelsbeleid en het PC-privé-project.

6.EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)

- Wvd. Directeur:**
- Prof. dr. J. van der Zee
 - Nationale Raad voor de Volksgezondheid, kamer extramuraal gezondheidszorg.
 - Vier Instituten Overleg (NIVEL, NcGv, NIPG, NZI).
 - Vereniging van Onderzoek Instituten
 - Bijzondere leerstoel onderzoek van de ELGZ aan de Rijksuniversiteit Limburg.
 - Commissie van Advies van de Gezondheidsstatistiek.
 - Medigon-deelwerkgemeenschap Gezondheidszorgonderzoek (vice voorzitter)
 - Nationale Raad voor de Volksgezondheid, kamer informatie-voorziening en automatisering (plv. lid).
 - Redactieraad Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg
 - Commissie Basis- en Eerstelijnsgezondheidszorg Provinciale Raad Volksgezondheid Utrecht (voorzitter)
 - College Huisartsengeneeskunde
- Directeur:**
- Mw. Drs. J.M. Bensing
 - Redactie Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (Voorzitter)
- Drs. E. Chr. Curfs:**
- Klankbord Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk.
- Dr. J. Dekker:**
- Begeleidingscommissie Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk.
 - Psychon, deelwerkgemeenschap Persoonskunde.
- Ir. G. Doornbos**
- Member WHO-Drug- utilization research group
- Dr. M. Foets**
- Werkgemeenschap gezondheidsonderzoek. Programma commissie, Sociaal-economische gezondheidsverschillen.

- Dr. P.P. Groenewegen: - Lid NWO Deelwerkgemeenschap Gezondheidszorgonderzoek-NW
 - Bestuurslid NWO werkgemeenschap Verklarende Sociologie.
 - Docent interuniversitair centrum voor theorievorming en methodenontwikkeling in de sociologie.
 - Lid van de sociaal-wetenschappelijke Adviescommissie van de Programma Coördinatiecommissie Aids-onderzoek.
 - Lid van de werkgemeenschap Psychologie en Psychosociaal Gezondheidsonderzoek.
 - Lid van de commissie VOI-gedragscode.
- Dr. L. Hingstman - Classificatie ontwikkelingsgroep organisatorische eenheden van de werkgroep Classificatie en codering van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid
 - Permanente subcommissie Huisartsen Beroepskrachtenplanning van de LHV
- Mw. Dr. A. Kerkstra: - Werkgroep 'Opleiding Verpleegkundig Specialist'
- Drs. J.J. Kerstens: - Klankbordgroep Fysiotherapie Informatie Model.
- Drs. T.J.J.M.T. Kersten: - Vestigingscommissie huisartsen gemeente Zedderik.
 - Algemeen bestuur van de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen.
 - Werkgroep projectleiders relatie 1e-2e lijn.
 - Congrescommissie (congres 1989) Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen.
- Dr. P.F.M. Verhaak: - Werkgroep Experimenten Psychologen in de eerste lijn.
 - Nationale Raad voor de Volksgezondheid: kamer GGZ.
 - Begeleidingscommissie Roken en patiëntenvoorlichting.
 - Begeleidingscommissie Pedagoog in eerstelijns
- J. van der Velden, arts - Begeleidingscommissie obstructies in de eerstelijnsgezondheidszorg (beëindigd per 31 maart)
 - Consortiummember McAce (AIM-project EEG)
 - Programma commissie sociaal economische verschillen
 - Organisatie WVC-conferentie gezondheidsonderzoek bij chronische ziekten.

Mw. Drs. T.H.L. Vorst

Thijssen:

Dr. D. Wijkkel:

- Werkgroep Primary Health Care en Verpleging.
- Begeleidingscommissie 'Gezondheidszorg Informatie-Model Almere'.
- Bestuur Stichting OSA (Onderzoekspatform Sociaalmedische dienstverlening Amsterdam).

7. NIVEL-RAPPORTEN EN OVERIGE PUBLIKATIES

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van alle NIVEL-rapporten, brochures, artikelen, boekbijdragen en voordrachten die medewerkers van het NIVEL in het kader van hun functie geschreven of gehouden hebben in de verslagperiode.

NIVEL-rapporten en brochures

1. BARTELDS, A.I.M., J. FRANCHEBOUD, J. VAN DER ZEE. The Dutch Sentinel practice network; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989
2. BECHT-MELAI, F.A.K. de LEEUW. Registratie lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg, 1988, Utrecht, NIVEL, 1989
3. CAMPEN, C. van. Community nursing (bibliography) Utrecht, NIVEL, 1989
4. CAMPEN, C. VAN , E.M. SLUIJS. Patient compliance: a survey of reviews 1979-1989 (Bibliography) Utrecht, Nivel, 1989
5. CHATAB, J. Consultatiebureauteams in beeld. Utrecht, NIVEL, 1989.
6. DAM, F., J. POOL, L. HINGSTMAN. Figures from the information system on professionals in Dutch primary health care. Utrecht, NIVEL, 1989
7. GLOERICH, A.B.M., R.T.J. HAMERS, J. VAN DER ZEE. Regional variation in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium and the North of France: basic information and references. Utrecht, NIVEL, 1989
8. HESSELS, E.M.A. Home teams, 1988. Cijfers over samenwerking 14. Utrecht, NIVEL, 1989
9. HESSELS, E.M.A., W.G.W. BOERMA. Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1989. Cijfers over samenwerking 15. Utrecht, NIVEL, 1989
10. HOOGEN, H. VAN DER. Is kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg te meten? Utrecht, NIVEL, 1989
11. HOOGEN, H. VAN DER, T. DE MAAGT, J.H. RENGELINK-VAN DER LEE. Onderzoek naar de kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg. Utrecht, NIVEL, 1989
12. HINGSTMAN, L., J. POOL. Registratie adspirant-huisartsen, peiling 1989. Utrecht, NIVEL, 1989
13. HINGSTMAN, L., J. POOL. Registratie verloskundigen, peiling 1989. Utrecht, NIVEL, 1989

14. KERKSTRA, A., R. VERHEY. Community Nursing. Proceedings of the International Conference on Community Nursing, 16-17 March, 1989, 's Hertogenbosch, The Netherlands. Utrecht, NIVEL, 1989.
15. KERSTEN, T.J.J.M.T., T.A. WIEGERS, A.C.M. DE WIT, W.C.M. ZIJLMANS. Georganiseerde nazorg in Nederland (deel 3): Hoe functioneert de door het kruiswerk georganiseerde nazorg? Utrecht; NIVEL, 1989
16. MOONS, M, A. KERKSTRA, C. PICAULY. De zorgbehoefte ontleed. Utrecht, NIVEL, 1989.
17. ROOIJ, J. VAN, P.F.M. VERHAAK. De psycholoog in de eerstelijns. Utrecht, NIVEL, 1989
18. SCHRIJNEMAEKERS, V.J.J. Psychologie en de eerstelijnsgezondheidszorg. Een bibliografie. Utrecht, NIVEL, 1989
19. SIXMA, H. EHBO in Zoetermeer. Utrecht, NIVEL, 1989
20. THOMASSEN, C., H. SIXMA, D. DE BAKKER. De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere. Utrecht, NIVEL, 1989
21. VECHT-HART, C.M., P.A.H. VAN NOORD. Kankerregistratie gepeild. Utrecht, NIVEL, 1989
22. VISSER, G.J. Reuma en alternatieve geneeswijzen: een onderzoek onder reumatologen en patiënten met reumatische aandoeningen. NIVEL, Utrecht, 1989.
23. VISSER, G.J. Reuma en alternatieve geneeswijzen: een onderzoek onder reumatologen en patiënten met reumatische aandoeningen. (samenvatting). NIVEL, Utrecht 1989.
24. ZEE, J. VAN DER. Over de grenzen van de eerste lijn. *Gratis. Utrecht, NIVEL, 1989* *Inaugural lecture*
25. ZIJLMANS, W.C.M., T.J.J.M.T. KERSTEN. Georganiseerde nazorg in Nederland (deel 2): Hoe is door het kruiswerk in overleg met de ziekenhuizen de nazorg georganiseerd? Utrecht, NIVEL, 1989
26. ZIJLMANS, W.C.M., T.J.J.M.T. KERSTEN. Georganiseerde nazorg in Nederland. (samenvatting). Utrecht, NIVEL, 1989

Artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

27. BAKKER, D.H. de. The district concept for primary health care planning: attempts at implementation in The Netherlands. Health Policy, 13, 1989, 1
28. FLIERMAN, H.A., P.P. GROENEWEGEN. Een gemengd systeem van honorering per verrichting en abonnerment: het Deense voorbeeld. Huisarts en Wetenschap, 32, 1989, 6
29. BENSING, J.M. Buiten de orde: De GGZ als moderne buitenwijk. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 1989

30. BOERMA, W.G.M. Local housing schemes and political preference as conditions for the results of a health centre-stimulating policy in the Netherlands. *Health Policy*, 13, 1989, 3, p. 225-237
31. GROENEWEGEN, P.P., KERSSSENS, J.J., CURFS, E.Chr. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: samenvatting. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*; 1989, 99, p. 22-32
32. GROENEWEGEN, P.P., J.B.F. HUTTEN. Improving primary health care through technological innovation. *Health Policy*, 13, 1989, 3, p. 199-212
33. HINGSTMAN, L. Regional dispersion of independent Professionals in primary health Care in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, 28, 1989, p. 121-131.
34. JOL, A., P.F.M. VERHAAK. Psychische en sociale klachten: gespreksvoering of psychofarmaca. *Huisarts en Wetenschap*, 32, 1989, 3, p. 89-95
35. KERSSSENS, J.J. Bij- en nascholing van in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*; 1989, 99, p. 267-272
36. PETERS, L. Huisartsen en alternatieve genezers: verslag van een haalbaarheidsonderzoek naar samenwerkingsexperimenten. *Nederlands Tijdschrift voor Integrative Geneeskunde*, 5, 1989, 28, p. 262-265
37. ROOIJ, J., VAN, R. DOORNIK, L. GROENENDAAL, P.F.M. VERHAAK. Psychologen in de eerstelijnszorg. *De Psycholoog*, 24, 1989, 12
38. SLUIJS, E.M., J. FENNEMA. Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten: de ontwikkeling van een checklist. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, vol 99, 1989, no. 10, p. 273-278
39. TIJHUIS, M., L. PETERS, M. FOETS. Helpseeking for emotional problems niet gepubliceerd. *Social Science and Medicine*, july, 1989
40. VISSER, G.J. Huisarts, patiënt en alternatieve genezer; patiënten over de rol van de huisarts. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 67, 6, 1989, p. 29-32
41. VERRIPS, R.W., KERSSSENS J.J. Spierkrachtmeting in de fysiotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*; 1989, 99, p. 54-60.

Artikelen in vaktijdschriften en boekbijdragen

42. BAKKER, D.H. DE, D. DELNOY. De ondersteuningsstructuur voor huisartsen: mogelijkheden en beperkingen. *Medisch Contact* 44, 1989, 8, p. 261-263
43. BAKKER, D.H. DE, D. DELNOY. De structuur voor deskundigheidsbevordering van huisartsen: een inventarisatie van belangrijke doelstellingen en activiteiten. *Medisch Contact* 44, 1989, 8, p. 245-258/260

44. BARTELD, A.I.M. Requests for application of euthanasia. In: Bartelds, A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989
45. BARTELD, A.I.M. Reduced occurrence of ulcer pepticum in general practice? In: Bartelds, A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989
46. BENSING, J.M. Boekbespreking van K. Davis. Power under the microscope, in Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 1989.
47. BENSING, J.M. Boekbespreking van L. Meeuwesen, Spreekuur of Zwijg-uur, in Maandblad Geestelijke voor Volksgezondheid, 1989
48. BOERMA, W.G.W. Hoeveel tijd steken huisartsen in overleg? Tijdsbeslag van diverse overlevormen bij huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra. Medisch Contact, nr. 2, p. 57-59
49. DIJKSTRA, A., E.M.A. HESSELS. Thuiszorgactiviteiten geregistreerd. LVG-Nieuws 89/10, december 1989
50. GLOERICH, A.F.M., V. SCHRIJNEMAEEKERS, J. VAN DER ZEE. Referrals to hospital consultants. In: Bartelds, A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989
51. HINGSTMAN, L. Obstetric Care by General Practitioners in the Netherlands: a regional analysis. In Geographie et Socio-économie de la Santé. Crede, Paris, 23-26 januari 1989, p. 201-213
52. KERSSSENS, J.J., P.P. GROENEWEGEN. Referrals to physiotherapy. In: Bartelds, A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989
53. KERSTEN, T.J.J.M.T. De gevolgen voor de eerste lijn van een sprongsgewijze vergroting van de capaciteit van de tweede lijn: In: I.M. Murveeman, A.J.P. Schrijvers (Red). De toets der kritiek, Lochem, 1989
54. KERKSTRA, A. Community Nursing in the Netherlands. In: Kerkstra, A., R. Verhey. Community Nursing. Proceedings of the International Conference on Community Nursing 16-17 March, 1989. 's Hertogenbosch, the Netherlands, NIVEL, 1989
55. KORTENHOEVEN, D. Honderd jaar fysiotherapie. Arnhem, Gouda Quint, 1989
56. PETERS, L. Referrals of mental health problems by general practitioners. In: The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy, edited by Bartelds e.a. Utrecht, december 1989
57. SLUIJS, E.M. Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten: een checklist. Utrecht LCGVO, 1989

58. SLUIJS, E.M. Patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie: het gebruik van een observatieprotocol in onderzoeks en modelontwikkeling. (notitie t.b.v. consensus bijeenkomst BOP 25-1-1989). Utrecht, LCGVO, 1989
59. VELDEN, J. VAN DER. Randvoorwaarden voor een preventiemodel in de jaren negentig. Medisch Contact 44, 3, 1989
60. VERHAAK, P.F.M. Boekbespreking van M. Kuyvenhoven. Quality of performance of general practitioners, Huisarts & Wetenschap, 1989
61. VERHAAK, P.F.M. Psychosocial complaints in general practice. In congresboek juni 1989 van IPA TORONTO
62. VERHAAK, P.F.M. Overview of mental health care in the Netherlands. In: Bartelds, A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989
63. VISSER, G.J. Alternative medicine in the Netherlands; a note on current research. Holistic Medicine, 4, 1, 1989, p. 29-32
64. ZEE, J. VAN DER, A.B.M. GLOERICH. Determinants of regional variations in hospital admission rates. ~~In congresboek april 1989 van CREDES: Geographie et socioeconomie de la santé, Paris 23-26 janvier 1989~~
65. ZEE, J. VAN DER, A.B.M. GLOERICH. A profile of sentinel practices and physicians. In: Bartelds, A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989
66. ZEE, J. VAN DER, P. VAN LEEUWEN, A.I.M. BARTELDS. Recording habits of sentinel practices. In: Bartelds, A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989
67. ZEE, J. VAN DER, P.F.M. VERHAAK. Preventie: een kwestie van routine? Medisch Contact 44, 3, 1989

Voordrachten

68. BAKKER, D.H., J. VAN DER VELDEN. Rural urban variation in morbidity in het Netherlands. Lezing gehouden op het 'Research for Healthy Cities'-congres in juni te Den Haag, 1989
69. BARTELDS. A.J.M. Recording characteristics of sentinel practices, consistency and reliability, Voordracht op de WONCA, 1989
70. BEERENDONK, PH. Onderkenning van psychosociale problemen door de huisarts. NHG referatendag, 6 oktober 1989, Utrecht
71. BENSING, J.M. Wie zegt dat dit een goed consult is? lezing gehouden op NHG referatendag, 6 oktober 1989, Utrecht

72. BENSING, J.M. Lezing gehouden op studiedag WISWO/STEO, 1989
73. BENSING, J.M. The use of psychological theory research into communication. Lezing gehouden op de first European congress of psychology, Amsterdam 6 July 1989
74. BERGHS, G.A.H. Thuisbevellingen en ziekenhuisbevellingen: vragen antwoorden en nieuwe vragen. Lezing gehouden op het afscheidscongres van Van Alten op 16 november 1989
75. BOERMA, W.G.W. Community nursing and multidisciplinary collaboration in the Netherlands. Voordracht op symposium "La fonction infirmière et L'approche multidisciplinaire" van het Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire. Parijs, 7 oktober 1989
76. CHATAB, J., G.A.H. BERGHS. Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek. Lezing gehouden op de vergadering van de N.O.V. Gelderland op 22 november 1989
77. CHATAB, J. Consultatiebureaus in beeld. Lezing gehouden tijdens NHG-referatendag. Utrecht; 6 oktober 1989
78. DELNOY, D. Evaluatieonderzoek rond een ondersteuningsstructuur van huisartsen. Voordracht symposium Interacademiale Werkgroep Ziekenhuis wetenschappen op 8 juni 1989
79. GLOERICH. A.B.M. J.van der Zee, Probability of consultation and referral: locating groups at risks. European meeting health Services Research, dec. 1989
80. GROENEWEGEN, P.P. Determinants of workload of General Practitioners. Paper presented at the First European Meeting Health Services Research, Ede, 18 December 1989
81. GROENEWEGEN, P.P. Van planning naar markt: de Nederlandse gezondheidszorg in beleidsmatig en geografisch perspectief. Gastcollege geografisch instituut VU Brussel, 14 april 1989
82. GROENEWEGEN, P.P. Conditions for technological innovation in primary care. Lezing Madrid, november 1989
83. GROENEWEGEN, P.P. J.B.F. HUTTEN. Improving primary health care through technological innovation. Lezing London, mei 1989
84. GROENEWEGEN, P.P. Het huisbezoek door de huisarts: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Lezing op het Boerhaave-symposium Thuiszorg en Huisarts, Leiden, 17 november 1989
85. GROENEWEGEN, P.P. Conditions for technological innovation in primary health care. Paper presented at the First Meeting on Technological Assessment in Health Care, Madrid, 23-24 November 1989
86. GROENEWEGEN, P.P. Gebruik en beschikbaarheid van fysiotherapeutische zorg in de komende 15 jaar. Lezing gehouden op het beleidssymposium 'Honderd jaar fysiotherapie en nu verder'. Amsterdam, 11 oktober, 1989

87. HINGSTMAN, L. Obstetric Care by General Practitioners in the Netherlands: a regionale analysis. Lezing gehouden op Colloque Geographic et Socio-economic de la Santé. Parijs, 24 januari 1989
88. HINGSTMAN, L. Vestigingsmogelijkheden en vestigingsbeleid. Lezing op oriëntatiedag voor adspirant-huisartsen. Utrecht, 10 augustus 1989
89. HINGSTMAN, L. Vestiging na vestigingsbeleid. Lezing gehouden in het kader van het zomerprogramma van NUI. Utrecht, 10 augustus 1989
90. KERKSTRA, A. Community Nursing in the Netherlands. Paper presented at the International Conference on Community Nursing, 's Hertogenbosch, March 16th, 1989
91. KERKSTRA, A. T.M.L. Vorst-Thijssen. Factors related to the use of community nursing services. Papers presented at the International Conference on Community Nursery. 's-Hertogenbosch, March, 17th, 1989
92. KERKSTRA, A. Thuiszorg in cijfers. Lezing gehouden tijdens een nascholingscursus voor HBO-docenten. Utrecht, 7 maart 1989
93. KERKSTRA, A. Thuiszorg in cijfers. Lezing gehouden in het kader van het seminar Thuiszorg, georganiseerd door het bureau PAOG Utrecht/Nationale Kruisvereniging. Utrecht; 2 juni 1989
94. KERKSTRA, A. De zorgbehoefte ontleed: mogelijkheden en aanbevelingen tot vervolgonderzoek. Lezing gehouden tijdens studiemiddag naar aanleiding van het rapport. Utrecht; 13 december 1989
95. KERSTEN, T.J.J.M.T. Onderzoek naar de eerstelijnsgezondheidszorg. Gastcollege gehouden op 17 februari 1989 bij de RU Utrecht
96. KERSTEN, T.J.J.M.T. Diverse lezingen voor groepen huisartsen in het experimenteelgebied om deelname aan het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' te bevorderen
97. KERSTEN, T.J.J.M.T. Hoe is de nazorg in Nederland georganiseerd? Lezing gehouden voor HBO-docenten in Utrecht
98. KORTENHOEVEN, D. Honderd jaar fysiotherapie. Honderd jaar fysiotherapie en nu verder. Den Haag, 1989
99. KRAAIJENVELD, E, L.W.A. SUYLEKOM-SMIT, J.C. v.d. WOUDEN. Care for children: cooperation between general practitioners and pediatricians. European Meeting Health Services Research, december 1989.
100. KLUIJT, I. Onzekerheid en aanvullende diagnostisch onderzoek. Lezing gehouden op het HIVU symposium, november 1989
101. MOONS, M. De zorgbehoefte ontleed: samenvatting van de resultaten. Lezing gehouden tijdens studiemiddag naar aanleiding van het rapport. Utrecht; 13 december 1989
102. POOL, J. Vestiging na het vestigingsbeleid. Lezing gehouden in het kader van het zomerprogramma van NUI. Utrecht, 22 augustus 1989

103. POOL, J. Vestigingsbeleid en vestigingmogelijkheden voor huisartsen. Lezing gehouden op vestigingdag. Amsterdam, 17 november 1989
104. SCHELLEVIS, F.G. Vervolgafspraken van huisartsen met chronische patiënten. Lezing gehouden op het NIVU symposium, november 1989
105. SIXMA, H. Het beleidsexperiment Almere. Voordracht gehouden op het symposium van de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen op 8 juni 1989. Voordracht voor de NHG referatendag H. Sixma, EHBO: huisarts of ziekenhuis op 6 oktober 1989
106. SIXMA, H. evaluatieonderzoek rond het Project Gezondheidszorg Almere. Voordracht t.b.v. de Vereniging oud-leiding-gevenden in de gezondheidszorg, Almere 27 april 1989
107. TIJHUIS, M.A.R., L. PETERS. An orientation toward helpseeking for emotional problems. Paper presented at the Eleventh International conference on the Social Sciences and Medicine. Noordwijkerhout, 24-28 juli 1989
108. VELDEN, J.v.d. General practice: providing health for all? Lezing gehouden op WONCA-meeting te Jeruzalem, mei 1989
109. VELDEN, J.v.d. Sociale ongelijkheid in de huisartsenpraktijk, Lezing voor de NHG referatendag, 1989
110. VERHAAK, P.F.M., H.J. WENNINK, M.A.R. TIJHUIS. The relevance of the GHQ for general practice. Lezing op GHQ workshop te Groningen, 25 februari 1989
111. VERHAAK, P.F.M. Health psychologists in primary health care. Poster op het 1st European Congress of Psychology. Amsterdam, 6 juli 1989
112. VERHAAK, P.F.M., J. BOSMAN, M. FOETS, J. VAN DER VELDEN. Psychosocial complaints in general practice. Lezing gehouden op IPA meeting te Toronto, 3 juni 1989
113. VISSER, G.J. Huisartsen en alternatieve geneeswijzen. Voordracht "activiteitenlunch" van de Stichting O&O, 26 februari 1989
114. VISSER, G.J. Huisartsen en alternatieve geneeswijzen. Voordracht voor de Geneeskundige Hoofdinspectie in Rijswijk, 19 oktober 1989
115. VISSER, G.J. Rheumatics and alternative medicine. Voordracht op de First European Health Services Research Meeting, Ede, 18 december 1989
116. VISSER, G.J. Alternatieve geneeswijzen: wat beweegt de patiënt? Voordracht op het symposium "Professionalisering binnen de alternatieve gezondheidszorg", Nijmegen, 15 en 16 november, 1989
117. VISSER, G.J. Alternative medicine in the Netherlands; paper presented at the European workshop on the impact of non-orthodox medicine on health care expenditure, Utrecht, the Netherlands, 5-7 June 1989. NIVEL, Utrecht, 1989
118. WENNINK, H.J., S.E. KOOIKER. het onderwerp van gezondheidszorgscenario's. Voordracht STG-onderzoeksdag, mei 1989

119. WENNINK, H.J. Chaos rond een nieuwe markt. Lezing op de GZO-dagen, 19 december 1989
120. WENNINK, H.J. Eerstelijnszorg. Voordracht over het eerstelijns-scenario-project. STG-onderzoekersdag, november 1989
121. WIJKEL, D. 'Pilot-studie Ergotherapie in de eerstelijns'. Projectpresentatie. VU-ziekenhuis 29 november, Amsterdam, 1989
122. WIJKEL, D. 'Hoe staan de projectparticipanten ten opzichte van het beleid en het onderzoek' IWZ-symposium. Regionale vernieuwings- en ontwikkelingsprojecten, 8 juni, Ede, 1989.

Congressen e.d.

- Werkconferentie naar aanleiding van het project 'Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten', gehouden op 15 december 1989 in Utrecht.
- International Conference on Community Nursing 16-17 March, 1989. 's Hertogenbosch, The Netherlands.
- Studiemiddag naar aanleiding van het rapport 'De zorgbehoefte ontleed', gehouden op 13 december 1989.

8. LIJST VAN MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI TOT EN MET 31 DECEMBER 1989

LEIDING

Functie	Naam	Periode	UPW	FTEQ
Directeur	Mw. Drs. J.M. Bensing	1/1-31/12	38.0	1.00
Waarnemend directeur	Prof. Dr. J. van der Zee	1/1-31/12	38.0	1.00
Hoofd Algemene Zaken	T.J.M. de Jong	1/1-31/12	38.0	1.00
Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek (wnd)	Dr. P.P. Groenewegen	1/1-31/12	38.0	1.00
Adjunct-Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek (wnd)	Dr. P.F.M. Verhaak	1/1-31/12	38.0	1.00

STAF- EN SECRETARIAATSFUNCTIES

Management-assistent	Mr. W.H. van Soeren	1/1-30/9	38.0	0.75
Adviseur automatisering	Drs. A.J. ten Hoopen	1/1-31/12	9.2	0.24
Wetenschappelijk assistent directeur	Mw. Ir. J.M. Bosman	1/1-31/12	30.0	0.79
Wetenschappelijk assistent hoofd WO	Drs. A.B.M. Gloerich	1/1-31/12	32.0	0.84
Wetenschappelijk assistent adjunct-hoofd WO (TEG)	W.J.G. Uunk	6/11-31/12	38.0	0.15
Wetenschappelijk assistent Hoofd WO (TEG)	Drs. J. Hutten	1/1-31/8	38.0	0.67
Wetenschapsjournalist	G.W. Olthof	1/1-31/12	28.0	0.74
Medewerker publiciteit en vormgeving	Mw. M.M. Cornelius	1/1-31/12	32.0	0.84
Medewerker secretariaat PZ en hoofd AZ	Mw. J.D.M. Kerkhof	1/1-31/12	20.0	0.53
Medewerker secretariaat directeur	Mw. M. van Leeuwen	1/1-31/12	29.6	0.78
Medewerker secretariaat (adjunct)hoofd WO	Mw. J. van den Oever	1/1-31/12	36.0	0.95
Medewerker secretariaat publiciteit	Mw. J.A. Kroeze	1/1-31/12	19.0	0.50
Medewerker archief en secretariaat bestuur	Mw. M.W. Brouwer	1/1-31/12	19.0	0.50
Typiste directie secretariaat	Mw. C. Ruiter	1/9-31/12	var.	var.

Functie	Naam	Periode	UPW	FTEQ
ONDERZOEK				
Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg:				
Projectleider	Prof. Dr. J. van der Zee			
Projectleider	Dr. P.P. Groenewegen			
Assistent-Onderzoeker	R. van Haaften	1/11-31/12	38.0	0.17
Verandering honorering huisartsen in Kopenhagen:				
Onderzoeker	Drs. H.A. Flierman	1/1-31/12	38.0	0.41
Vervolgstudie		1/7-31/12	38.0	0.50
EEG-onderzoek verwijzingen huisarts:				
Onderzoeker	Drs. A.B.M. Gloerich	1/9-31/12	6.0	0.05
Measurement, characterisation and control of ambulatory care in Europe (McAce):				
Onderzoeker	Drs. W.G.W. Boerma	1/6-31/12	32/36	0.54
Internationaal Documentatiecentrum:				
Onderzoeker	Drs. W.G.W. Boerma	1/8-31/12	p.m.	p.m.
Themagebied Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg:				
Projectleider	Drs. T.J.J.M.T. Kersten	1/1-31/12	38.0	1.00
Assistent-onderzoeker	Drs. E.J. Hackenitz	15/8-31/12	38.0	0.38
Medewerker secretariaat	Mw. M. Hol	1/1-31/12	16.0	0.42
Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek:				
Onderzoeker	Mw. Drs. J. Chatab	1/6-31/12	30.4	0.47
Arts/onderzoeker	Dr. G.A.H. Berghs	1/7-31/12	18.0	0.24
Taakafbakening huisarts-specialist met betrekking tot behandeling epilepsiepatiënten:				
Onderzoeker	L.J. Stokx, arts	1/1-31/12	38.0	1.00
Evaluatie project samenwerking 1e-2e lijn VU:				
Onderzoeker	Dr. D. Wijkel	1/1-31/12	38.00	1.00
Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten:				
Onderzoeker	Drs. W.C.M. Zijlmans	1/1-31/5	38.0	0.41
Onderzoeker	Mw. Drs. T.A. Wiegers	1/1-31/5	38.0	0.41

Functie	Naam	Periode	UPW	FTEQ
Themagebied Eerste lijn en GGZ:				
Projectleider	Dr. P.F.M. Verhaak			
Onderzoeker	Mw. Drs. J.M. Bensing			
Beheerder videotheek	Drs. Ph. M. Beerendonk	1/1-31/12	20.0	0.53
Arts-onderzoeker	Mw. drs. A.M. van Son	1/4-14/7	20.0	0.15
Medewerker secretariaat	Mw. A.C.A.M. Verweij	1/1-31/12	30.0	0.79
Hulpzoeken bij psycho-sociale problematiek:				
Onderzoeker	Mw. Drs. M.A.R. Tijhuis	1/1-31/1	38.0	0.08
AMW en RIAGG verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze:				
Onderzoeker	Dr. Ir. R.D. Friele	1/12-31/12	30.4	0.07
Themagebied Samenwerking en samenhang in de eerste lijn:				
Projectleider	Dr. D.H. de Bakker	1/1-31/12	38.00	1.00
Medewerker secretariaat	Mw. S.J. Kerkhove	1/1-31/10	36.00	0.89
Registratie en onderzoek naar samenwerkingsverbanden:				
Onderzoeker	Drs. W.G.W. Boerma	1/1-31/5	32.0	0.35
Onderzoeker	Mw. Drs. E.M.A. Hessels	1/1-31/12	30.00	0.37
Administratief medewerker	Mw. H.C. van Dijk	1/1-31/12	19.0	0.50
Medewerker secretariaat	Mw. M. van Geelkerken	1/1-31/12	5.4	0.14
Scenario-onderzoek eerstelijnszorg (incl. Fysiotherapie):				
Onderzoeker	Dr. H.J. Wennink	1/1-31/12	38.0	1.00
Onderzoeker senario-project	Drs. S.E. Kooiker	1/1-31/10	38.0	0.83
Onderzoeker fysiotherapie	Drs. S.E. Kooiker	1/12-31/12	38.0	0.08
Evaluatie gezondheidszorg Almere: Almere/Nationale Studie Wijkverpleegkundige zorg in Almere				
Onderzoeker	Drs. H.J.M. Sixma	1/1-31/12	30.4	0.80
Assistent onderzoeker	Mw. drs. C.E. Thomassen	1/1-31/12	26.0	0.69
Wijkverpleegkundige zorg in Almere de zorgbehoefte bij ouderen:				
Assistent-onderzoeker	Mw. Drs. A. van den Brink-Muinen	1/11-31/12	35.0	0.15

Functie	Naam	Periode	UPW	FTEQ
Evaluatie structuur deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen:				
Onderzoeker	Mw. Drs. D.M.J. Delnoy	1/1-31/12	38.0	1.00
Registratie Innovatieve Projecten:				
Onderzoeker	Mw. Drs. E.M.A. Hessels	1/5-31/12	20.0	0.35
Themagebied Volume- en functie-aanbod:				
Projectleider	Dr. L. Hingstman	1/1-31/12	38.0	1.00
Systeemanalist	P.W.A. Storck	1/1-31/12	12/14	0.35
Medewerker secretariaat	Mw. M. van Geelkerken	1/1-31/12	13	0.34
Registratie Beroepsbeoefenaren en de ELGZ/Registratie fysiotherapeuten:				
Wetenschappelijk assistent (TEG)	Drs. J. Pool	1/3-31/12	38.0	0.84
Coördinator Registratie-systemen	Vacature			
Administratief Medewerker	A.F. Scheepmaker	1/1-31/12	38/24	0.68
Administratief Medewerker	Mw. J.E.M. van Rooijen	1/2-31/12	38.0	0.92
Administratief medewerker	Mw. A.C.T. Nijhof	1/1-30/11	38/19	0.81
Vrouwelijke huisartsen en vestiging in het vrije beroep:				
Onderzoeker	Mw. Drs. D. Kortenhoeven	1/1-31/5	30.4	0.33
Evaluatie invoering indicatielijst verloskunde:				
Onderzoeker	Mw. Drs. J.A. Riteco	1/3-31/12	38.0	0.84
Themagebied Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk:				
Projectleider	Mw. Dr. M.M.E. Foets	1/1-31/12	38.0	1.00
Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk:				
Projectleider	J. van der Velden, arts	1/1-31/12	38.0	1.00
Arts-onderzoeker chron.aand.	F. Schellevis, arts	1/1-31/12	19.0	0.50
Arts-onderzoeker morbiditeit	Mw. Drs. A.A.M.C. Claessens	1/6-31/12	32.0	0.49
Onderzoeker prescriptie	Mw. Ir. G. Doornbos	1/1-31/12	38.0	1.00

Functie	Naam	Periode	UPW	FTEQ
Onderzoeker diagnostiek	Mw. I. Kluijt, arts	1/3-31/12	22.8	0.50
Onderzoeker nationale ST/PSH	Mw. Drs. M.A.R. Tijhuis	6/3-31/12	38.0	0.82
Systeem- en databank- beheerder	Drs. J.N.H.M. van Snellenberg	1/1-31/12	38.0	1.00
Medewerker secre- tariaat	Mw. I.M. Karamat Ali	1/1-31/12	32.0	0.84
Research-medewerker	Mw. Drs. E.T. Wis- meijer	1/1-31/12	38.0	1.00
Research-medewerker	J.V. Gravenstein	15/3-31/12	30.8/22.8	0.58
Research-medewerker	H.P.H. Abrahamse	5/6-31/12	32/38	0.52
Veldwerker chron.aand.	G.P.J.M. Konings, arts	1/1-31/12	32/28/34	0.79
Veldwerker chron.aand.	Mw. Drs. A.C. Huisman	1/1-31/12	38/28	0.75
Veldwerker chron.aand.	Mw. M.A.P.E. Hageman, arts	1/1-31/12	28/24/10	0.55
Data-typiste	Mw. M. Dunsber- gen	1/1-31/7	24	0.37
Arts-onderzoeker	R. Edens, arts	1/1-28/2	19.0	0.08
Data-typiste	Mw. E.W. Engels	1/1-31/7	38.0	0.58
Veldwerker	Mw. A.M.G. Haar- huis	1/1-30/6	34.0	0.44
Data-typiste	Mw. S. Joemman	1/1-31/3	24.0	0.16
Data-typiste	Mw. S.M. de Jong	1/1-30/6	28.0	0.37
Data-typiste	Mw. J.M.G. Kore- vaar	3/1-31/10	24/28	0.59
Veldwerkorganisator	Drs. G. Popkema	1/1-31/5	38.0	0.41
Veldwerker	J.P.C. van der Steen	1/1-31/7	24.0	0.37
Data-typiste	Mw. J.M.G. Ver- meulen	3/1-31/3	28.0	0.18
Data-typiste	Mw. C. Boshoven- Wanne	1/1-31/7	22/24	0.39
Data-typiste	Mw. C.J.E. van de Geer	1/1-31/7	24/28	0.41
Peilstations:				
Arts-onderzoeker	A.I.M. Bartelds, arts	1/1-31/12	12.0	0.32
Medewerker secre- tariaat	Mw. M. van Valen	1/1-31/12	22.8	0.60
Medewerker secre- tariaat	Mw. E.E. Colet	1/1-31/12	16/24	0.46
Medewerker secre- tariaat	Mw. E. Zoer	23/1-31/12	15.0	0.08

Functie	Naam	Periode	UPWFTEQ	
Themagebied Paramedische beroepen:				
Projectleider	Dr. J. Dekker	1/1-31/12	38.0	1.00
Medewerker secretariaat	Mw. M. van Geelkerken	1/1-31/12	7	0.19
Onderzoeker	Drs. D. Kortenhoeven	1/1-31/3	7.6	0.05
Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeuten:				
Onderzoeker	Mw. Drs. E.M. Sluijs	1/1-31/5	32.0/38	0.93
Assistent-onderzoeker	Mw. Drs. I.M.J. Hermans	1/1-31/12	24/38	0.75
Assistent-onderzoeker	Mw. E.B. Kuijper	4/1-31/12	28.0	0.73
Assistent-onderzoeker	Mw. Drs. L. van Triet	6/3-6/9	38.0	0.51
Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie:				
Onderzoeker	Drs. J.J. Kerssens	1/1-31/12	38.0	1.00
Onderzoeker	Drs. E.Chr. Curfs, fysiotherapeut	1/1-31/12	12.0	0.32
Administratief medewerker	Mw. R. de Groot	1/2-31/12	38.0	0.92
Themagebied Extramuraal verpleging:				
Projectleider	Mw. Dr. A. Kerkstra	1/1-31/12	32.0	0.84
Wetenschappelijk assistent (TEG)	Drs. R. Verhey	9/1-31/12	38.0	0.98
Medewerker secretariaat	Mw. M. Hol	1/1-31/12	20,0	0.53
CARA-zorg voor kinderen:				
Onderzoeker	Mw. Drs. Th. A. Wiegens	1/8-31/12	38.0	0.42
Het werk van wijkverpleegkundigen, fase 2:				
Onderzoeker	Mw. Drs. T.M.L. Vorst-Thijssen	1/1-31/12	32.0	0.84
Student-assistent	Mw. A. v.d. Brink-Muinen	1/2-30/9	32/16	0.32
De zorg voor zuigelingen en kleuters fase 2.				
Onderzoeker	Mw. Drs. J. Chatab	1/1-30/4	38	0.33
De zorgbehoefte ontleed:				
Onderzoeker	Drs. C. Picauly	1/1-14/5	38.0	0.37

Functie	Naam	Periode	UPW	FTEQ
Onderzoeker	Mw. Drs. M. Moons	1/1-15/7	38.0	0.54
Themagebied Hulpvraag en hulpvrager in de ELGZ:-				
Projectleider	Drs. L. Peters	1/1-31/12	38.0	1.00
Onderzoeker	Mw. Drs. M.A.W. Moons	11/9-31/12	38.0	0.31
Medewerker secretariaat	Mw. H.A.H. Neomagus	1/4-31/12	19.0	0.38
Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers:				
Onderzoeker	Drs. G.J. Visser	1/11-31/12	32.0	0.14
Psychologen in de eerste lijn:				
Onderzoeker	Dr. J.J.F. van Rooy	1/1-31/1	20.0	0.04
Reumatologen en alternatieve geneeswijzen:				
Onderzoeker	Drs. G.J. Visser	1/1-31/10	32.0	0.70
Europees symposium alternatieve genezers:				
Onderzoeker	Drs. G.J. Visser	1/7-31/8	6.0	0.03
ONDERZOEK ALGEMEEN:				
Systeem-analist	P.W.A. Storck	1/1-31/12	24/26	0.32
Research-medewerker	Mw. M.A. Boschman	1/1-31/12	36.0	0.95
Research-medewerker	Mw. M.H. Duister	1/1-31/12	32.0	0.84
Research-medewerker	M. Winckers	20/3-31/12	32.0	0.66
Research-medewerker	Mw. P. Swords, BSc	1/1-31/12	38.0	1.00
Research-medewerker	J. Gravenstein	1/1-14/3	30.8	0.16
Research-medewerker	J. Hoekstra	1/1-31/12	20.0	0.53
Medewerker secretariaat	Mw. E. Zoer	23/10-31/12	var.	var.
Data-typist Diverse projecten	A.F.D. Leerentveld	1/2-13/3	20.0	0.06
BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE:				
Coördinator	Mw. Drs. A.K. de Leeuw	1/1-31/12	38.0	1.00
Bibliothecharis	Mw. I. de Garde	1/1-31/12	11.4/22.8	0.30
Documentalist	J.A.J. Kuylen	1/1-31/12	24.0	0.63
Plaatsvervangend bibliothecharis, documentalist	Drs. P.M.J.R. van der Heijden	1/1-31/12	38.0	1.00

Functie	Naam	Periode	UPW	FTEQ
Documentalist	Drs. E.C.M. van Campen (TEG)	1/1-31/12	38	1.0
Medewerker secretariaat	Mw. J.V. Luijpers	1/1-31/12	28.0	0.74
Typiste	Mw. R. Persaud	1/1-31/12	var.	var.
Administratief medewerker	M.E. van Loo	1/1-31/3	24.0	0.16
Registratie wetenschappelijk onderzoek: Medewerker	Mw. E. Becht-Melai	1/1-31/12	20.0	0.53
ALGEMENE DIENST:				
Assistent-administrateur	C.H. Franke	1/1-31/12	38.0	1.00
Medewerker F & A	C.P. Sap	1/1-31/12	37.0	0.97
Medewerker F & A	Mw. J.H. de Vlieger	1/1-31/12	16.0	0.42
Medewerker F & A	A. Groenendijk	8/5-31/8	38.0	0.32
Beheerder	B.H.J. Müller	1/9-31/12	22/32	0.25
Beheerder	A. Tournet	1/1-30/6	22.0	0.29
Hoofd huishouding	Mw. L.M. Jurrius	1/1-31/12	38.0	1.00
Assistent Hoofd huishouding	Mw. M. Wind	1/1-31/12	12.0	0.31
Medewerker receptie/verzending	Mw. C.M. Felperlaan	1/1-31/12	38/24	0.68
Medewerker receptie/verzending	Mw. W. Smit	1/1-31/12	24,1/28	0.72
Medewerker receptie/verzending	Mw. H.A.H. Neomagus	1/1-26/2	30.0	0.12
Medewerker receptie/beheer	W.L. Spruit	1/1-31/12	28.0	0.74
Schoonmaker	Mw. Th. Sieders	1/1-31/12	13.8	0.36
Schoonmaker	Mw. C. Drieling	1/1-31/12	10.50	0.28

9.OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Rijksuniversiteit Limburg Vakgroep Huisartsen- geneeskunde	Enquête naar het gebruik van diuretica bij enkeloedeem	Steekproef praktiserende huisartsen, ur- banisatiegraad, prak- tijksoort
Universiteit van Amster- dam - Instituut voor huis- artsengeneeskunde	Apart huisarts-opleiders-be- stand	Adressen huisartsen in toegewezen regio
Katholieke Universiteit Nijmegen Sint Radboudziekenhuis	Berichtgeving over door huis- artsen verwezen patiënten	Namen, adressen van alle werkzame huisartsen
SINEA	Onderzoek naar samenwerk- ing tussen huisartsen en het RIAGG stad Utrecht	Vestigingsvorm en vesti- gingsduur van huisartsen in de stad Utrecht
Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen	Mailing verloskundigen in dienstverband	Verloskundigen werkzaam in ziekenhuis, gezond- heidscentrum of aan- voedvrouwenschool, lid- maatschap NOV, adres
Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit, Project Samenwerking 1e- 2e lijn	Onderzoek naar onderkenning en behandeling groeistoornis- sen bij kinderen	Steekproef huisartsen regio Amsterdam. Ge- slacht, leeftijd, ves- tigingsjaar, praktijksoort
Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit, Project Samenwerking 1e- 2e lijn	Onderzoek naar onderkenning en behandeling groeistoornis- sen bij kinderen	Steekproef fysiotherapeu- ten regio Amsterdam. Geslacht, leeftijd, ves- tigingsjaar, praktijksoort
Integraal Kankercentrum Oost	Verzorging nieuwsbrief	Adressen huisartsen in opgegeven regio
Rijksuniversiteit Groningen Instituut voor Huisartsen Geneeskunde	Werving stageplaatsen	adres van vroedvrouwen in de noordelijke provincies (aanvraag afgewezen)
Rijksuniversiteit Limburg Vakgroep Huisartsen- geneeskunde	Onderzoek naar de rol van huisartsen in de verloskundige zorg	Adressen van alle werk- zame huisartsen

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
IMS Nederland B.V.	Statistische informatie ten behoeve van vaststelling representativiteit huisartsenpanel	Praktijkvorm, geslacht, apotheekhoudend, jaar afstuderen, universiteit afstuderen van huisartsen per economisch geografisch gebied
Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit, Project Samenwerking 1e-2e lijn	Onderzoek naar erfelijkheidsvoorlichting onder zwangere vrouwen	Steekproef uit huisartsen in Noord-Holland. Geslacht, jaar van vestiging, leeftijd praktijkvorm
Rijksuniversiteit Limburg Vakgroep Epidemiologie/ Gezondheidszorgonderzoek	Onderzoek naar geloof in effectiviteit accupunctuur onder huisartsen	Steekproef 400 huisartsen
Katholiek Universiteit van Nijmegen Faculteit der Geneeskunde en Tandheelkunde	Aankondiging afscheid van de heer W. Alting von Geusau	Adressen van in Nijmegen afgestudeerde huisartsen
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in de regio
Stichting Klinische Genetica Amsterdam	Verzending brochure	Adressen van huisartsen in Noord-Holland
Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland	Onderzoek naar gezondheidsverschillen in de eerste lijn tussen regio's van de wet ziekenhuisvoorzieningen	Statistische gegevens over fysiotherapeuten op gemeente-niveau in Zuid-Holland full-time equivalenten functie
Nederlands Huisartsen Genootschap	Onderzoek naar acceptatie NHG-standaarden onder huisartsen	Steekproef 500 huisartsen
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	Statistische gegevens ten behoeve van de Globe Data bank	Aantallen huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten per gemeente
Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen Instituut voor Huisartsengeneeskunde	Werving stageplaatsen 4e-jaars studenten medicijnen	Adressen van huisartsen in de drie noordelijke provincies
Nederlands Huisartsen Genootschap	Aankondiging congres	Adressen van alle werkzame huisartsen

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen West-Nederland	Verzending najaars-nascholingsagenda	Adressen van huisartsen in de regio
Ministerie van WVC, Directie Gezondheidszorg Beroepen en Opleidingen	Controle gegevens van huisartsen met eigen gegevens	Adres, functie (geweigerd)
R.K. Melman	Vestiging als fysiotherapeut	Statistische gegevens op gemeente-niveau over fysiotherapeuten
Integraal Kankercentrum Oost	verzending nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in de regio
Centraal Bureau voor de Statistiek, Hoofdafdeling Gezondheidsstatistieken	periodieke levering adressenbestand ten behoeve van waarneming van financiële gegevens in vrije beroepsbeoefenaren	Naam, adres, praktijkvorm, functie van fysiotherapeuten
Centraal Bureau Fysiotherapie	Onderzoek naar samenwerking in vrijgevestigde fysiotherapiepraktijken	Steekproef uit fysiotherapeutenbestand
Stichting O & O	Interne vergelijking	Aantallen praktizerende huisartsen in opgegeven plaatselijke huisartsenverenigingen
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in de regio
Nederlands Huisartsen Genootschap	Extra mailing congres	Adressen van alle werkzame huisartsen
Centraal Bureau voor de Statistiek, Hoofdafdeling Gezondheidsstatistieken	Periodieke levering adressenbestand ten behoeve van waarneming financiële gegevens in vrije beroepsbeoefenaren	Naam, huisadres, praktijkadres, geslacht, praktijkvorm van verloskundigen
Katholieke Universiteit Brabant, Faculteit Sociale Wetenschappen	Onderzoek naar indicatie van Anorexia Nervosa en Bouleimia Nervosa in de huisartsenpraktijk	Steekproef van 300 huisartsen
Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen West-Nederland	Aankondiging activiteiten	Adressen van huisartsen in de regio

