

JAARVERSLAG 1990



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 - 319946

Telefax : 030 - 319290

INHOUD

1. INLEIDING	5
1.1. Indeling van het jaarverslag	6
2. DE AFDELING ONDERZOEK	7
2.1. Internationaal vergelijkend onderzoek	7
2.2. Relatie tussen eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg	11
2.3. Eerstelijns en Geestelijke Gezondheidszorg	17
2.4. Samenhang en samenwerking in de eerste lijn	25
2.5. Volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg	32
2.6. De huisartspraktijk	38
2.7. Paramedische beroepen	61
2.8. Extramurale Verpleging en Verzorging	70
2.9. Hulpvraag en hulpvrager	73
3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE	79
4. OVERIGE ACTIVITEITEN	83
5. HET BESTUUR	87
6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)	89
7. NIVEL-RAPPORTEN EN OVERIGE PUBLIKATIES	93
8. LIJST VAN MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER 1990	107
9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN	115

1. INLEIDING

Het jaar 1990 is het jaar van de grote projecten; in de eerste plaats natuurlijk de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, maar in de slagschaduw daarvan is ook hard gewerkt aan het Scenario-project 'Eerstelijnszorg'.

Hoogtepunt was de presentatie van de eerste resultaten van de 'Nationale Studie' op een internationale conferentie 'Doctors at Work' op 10 en 11 mei 1990 in de Koninklijke Jaarbeurs te Utrecht.

De conferentie was zo opgezet, dat diverse spelers in het beleids-spel (overheid, financiers, beroepsgroep) konden reageren op de resultaten. Vooral de huisartsen waren onverdeeld positief en formuleerden een 'gevoel van herkenning'. Ze vonden dat de studie recht deed aan de complexe werkelijkheid en bewerkelijkheid van hun praktijksituatie. Een voorbeeld: meer dan 35 procent van de insuline-onafhankelijke suikerpatiënten bleek ook een chronisch hart/vaatlijden te hebben. De huisarts houdt daarmee bij zijn handelen vanzelfsprekend rekening. Tegelijkertijd heeft hij te maken met richtlijnen voor de behandeling van suikerzieken die geschreven zijn met als uitgangspunt, dat dit de enige kwaal is die iemand heeft. Over deze zogenaamde 'co-morbiditeit' is in de Nationale Studie unieke informatie te vinden.

In de discussies werd de huisarts door een van de vergadervoorzitters voorgehouden, dat het qua imago beter is om zich als 'general manager' (altijd een generalist) te profileren dan als 'portier' van de gezondheidszorg; een functie met een laag aanzien. De resultaten van de Nationale Studie geven stof voor een herwaardering van de 'generalistische' elementen in het functioneren van de huisarts.

Met de Nationale Studie heeft het NIVEL zijn positie als leverancier van nationale referentiegegevens versterkt. Er waren al projecten die een dergelijke functie vervulden, zoals de huisartsen 'peilstations'. En ook op het gebied van de fysiotherapie is een peilstationsnetwerk opgezet. Het begin 1990 afgesloten grootscheepse onderzoek naar het 'Werk van Wijkverpleegkundigen' is tevens een voorbeeld van een onderzoek dat nationale referentiegegevens verschaft.

Waar het beleid in de gezondheidszorg in toenemende mate wordt gedecentraliseerd, neemt de behoefte aan centrale informatie sterk toe. Men kan centraal niet meer in detail sturen, maar wil wel graag op de hoogte blijven en, als achtergrond, over gegevens beschikken om incidenten in de juiste verhouding te kunnen blijven zien.

Het NIVEL is in dit kader betrokken bij de plannen om onder auspiciën van het RIVM (het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne) jaarlijks Volksgezondheid Toekomst Verkenningen te publiceren. De inbreng van het NIVEL daarbij zal vooral informatie over ziekten in de huisartspraktijk omvatten.

Op het gebied van de paramedische beroepen is er bij fysiotherapie sprake van een verdieping in het onderzoek na het afsluiten van de beschrijvende fase. Er wordt bijvoorbeeld een onderzoek opgezet naar de meest adequate vormen van pijnbestrijding bij artrose: een vorm van effect-onderzoek, waar heel precies bekeken wordt op welke punten de fysiotherapeut kan aangrijpen.

In het jaar 1990 is het NIVEL niet aan bezuinigingen ontsnapt; op het gebied van de beroepen-studies is de mankracht drastisch verminderd. De registraties van beroepsbeoefenaren zijn wel gehandhaafd en overzichten zullen we blijven produceren, maar in het onderzoek rond de beroepenregistraties (vooral naar oorzaken en gevolgen van verschillen in ruimtelijke spreiding van de eerstelijns-beroepen) is geschrapt.

Onderzoek op nieuwe themagebieden als verloskundige zorg en alternatieve geneeswijzen loopt voorspoedig; een ander zich ontwikkelend onderzoeksterrein is dat van de thuiszorgtechnologie.

1.1. Indeling van het jaarverslag

In het jaarverslag vindt men de negen themagebieden van het instituut en een hoofdstuk over de bibliotheek.

Per themagebied worden eerst de resultaten van het verrichte onderzoek belicht. Hier lijkt het jaarverslag het meest op een jaarboek. Vervolgens wordt beknopt de voortgang van de lopende projecten vermeld. Het jaarverslag bevat bovendien een overzicht van publikaties en voordrachten in het verslagjaar.

Bij de resultaten is geprobeerd zo goed mogelijk aan te sluiten bij de actualiteit. Ook recente vondsten, mits intern getoetst en, indien nodig, aan begeleidingscommissies voorgelegd, worden zelfs vòòr de officiële rapportage vermeld. Vooral bij aan tijdschriften aangeboden artikelen (een toenemende wijze van afsluiten van een onderzoek) is een dergelijke werkwijze noodzakelijk, omdat er jaren kunnen liggen tussen de feitelijke afsluiting van het onderzoek en de uiteindelijke publikatie. Om nu te voorkomen, dat geïnteresseerden te lang moeten wachten op de resultaten van NIVEL-onderzoek, wordt in het jaarverslag al een voorschot genomen op de publikatie ervan.

2. DE AFDELING ONDERZOEK

2.1. Internationaal vergelijkend onderzoek

In 1990 werd een studie afgesloten naar de verandering in de wijze van honoreren van huisartsen in de Deense hoofdstad Kopenhagen. Daar werd een honorering per abonnement veranderd in een gemengd systeem van honorering per verrichting en abonnement; een voornemen dat ook in Nederland sterk leeft. Naast het vaststellen van de veranderingen vòòr en ná de invoering van het gemengde systeem, is veel tijd in het onderzoek besteed aan het zo goed mogelijk vergelijkbaar maken van de Nederlandse en Deense situatie opdat de conclusies uit Denemarken op hun waarde voor het Nederlandse beleid kunnen worden getoetst.

Daarnaast is een studie verschenen over taakprofielen van huisartsen in Europa en is verder gewerkt aan een internationaal vergelijkende studie naar regionale verschillen in ziekenhuisopnamen. Daarbij zijn gegevens uit de Duitse deelstaat Noordrijn-Westfalen toegevoegd aan de bestaande gegevens uit Nederland, België en Noord-Frankrijk.

2.1.1. Resultaten

Huisartsenhonorering in Denemarken en Nederland

Het onderzoek maakt duidelijk dat de Kopenhaagse huisartsen meer zelf zijn gaan doen: het aantal diagnostische en therapeutische verrichtingen bleek sterk te zijn toegenomen (met respectievelijk 66 en 80 procent), terwijl het aantal verwijzingen met een kwart was verminderd. Het aantal consulten was niet toegenomen.

Dit alles geldt voor het totaal aan verrichtingen en verwijzingen.

Voor de afzonderlijke verrichtingen zijn de resultaten minder ondubbelzinnig; per verrichting verschilt de toename nogal en ook de verhouding tussen de toename van de verrichting en de afname van de verwijzing. De toename van het aantal verrichtingen is het geringst bij die verrichtingen, die specifiek voor een bepaalde diagnose zijn. Gaat het om a-specifieke verrichtingen, mogelijk nuttig bij een breed spectrum van diagnoses, dan is de toename veel forser. De afname van het aantal verwijzingen is voor de diagnose-specifieke verrichtingen sterker dan voor de a-specifieke verrichtingen.

Wil men substitutie bereiken, dan moet men zich op deze diagnose-specifieke verrichtingen concentreren.

Voor een vertaling naar de Nederlandse situatie is het van belang om de toestand vòòr de veranderingen vast te stellen.

Wat betreft de positie van de huisarts zijn Nederland en Denemarken min of meer vergelijkbaar, al blijkt dat Nederlandse huisartsen (voor ziekenfonds-patiënten) meer verrichtingen doen dan de Deense en dat laatstgenoemden hogere verwijscijfers hebben. Men moet bedenken, dat waar in Nederland het gemiddelde percentage van in het ziekenhuis opgenomen personen op ongeveer 10 ligt, dit cijfer in Denemarken 80 procent hoger ligt (18). In Denemarken is men, simpel gezegd, òf onder behandeling van de huisarts, òf opgenomen in het ziekenhuis. Poliklinische specialistische zorg uitgaande van het ziekenhuis is minder ver ontwikkeld dan in Nederland. Specialist in ziekenhuizen zijn ook als gesalarieerde werknemers in dienst van de instellingen; de huisarts is zelfstandig ondernemer. Daarnaast kent men, op beperkte schaal, zelfstandig gevestigde specialisten (oogartsen, KNO-artsen e.d.), die niet aan ziekenhuizen zijn verbonden.

Vergelijkt men in Denemarken gebieden met elkaar waar door huisartsen respectievelijk veel en weinig verrichtingen worden gedaan, dan vindt men in gebieden waar huisartsen veel verrichtingen doen minder polikliniek-bezoeken. Dit verband vindt men sterker bij therapeutische dan bij diagnostische ingrepen.

Uit cijfers van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk blijkt dat Nederlandse huisartsen die meer verrichtingen doen (van de groep verrichtingen waarover ziekenfondsen en huisartsen het eens zijn dat ze afzonderlijk gehonoreerd kunnen worden) minder verwijzen. Het gaat hier om therapeutische verrichtingen; bij de diagnostische verrichtingen is er geen verband (behalve tussen de diagnostiek van visus-stoornissen en het aantal verwijzingen naar de oogarts) met het verwijscijfer

Als men alle analyses vòòr en na de verandering in Denemarken in de berekeningen verwerkt dan kan men wel een uitspraak doen, met de nodige slagen om de arm, over hetgeen er in Nederland zou gebeuren als de huisarts (gedeeltelijk) per verrichting zou worden gehonoreerd.

Als dezelfde verrichtingen worden gehonoreerd als in Denemarken kan men voorspellen dat de diagnostische verrichtingen 150 tot 200% zullen stijgen, de therapeutische ingrepen ongeveer 33% hoger zullen worden en dat de verwijzingen met 25% zullen afnemen.

Gaat men uit van die verrichtingen, die tussen ziekenfondsen (VNZ) en huisartsen (LHV) zijn afgesproken, dan zal de stijging van het aantal diagnostische verrichtingen ongeveer gelijk zijn, de therapeutische verrichtingen

zullen iets sterker toenemen, maar het verwijscijfer (dat in Nederland lager is dan in Denemarken) zal minder sterk dalen.

Een belangrijk verschil tussen de VNZ/LHV-verrichtingen en de verrichtingen die in Denemarken worden gehonoreerd is, dat in Denemarken de huisarts ongeveer de helft van zijn inkomen uit verrichtingen put, terwijl in het nu afgesproken toekomstige Nederlandse systeem het aandeel van verrichtingen in het inkomen veel kleiner is. Dit zal het effect in Nederland dempen. Erg belangrijk is, dat de grootste substitutie te vinden is bij diagnose-gebonden verrichtingen.

2.1.2. Voortgang

WHO-collaborating centre for primary health care.

Het 'collaborating centre' is een continue activiteit.

Verwijscijfers in Nederland en Denemarken; evaluatie van de opheffing van het Kopenhaagse systeem van honorering per abonnement van de huisarts.

Het onderzoek is in 1990 afgerond en wordt bewerkt tot proefschrift.

Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen.

Het onderzoek is in 1990 afgerond en de resultaten zullen in boekvorm in 1991 verschijnen.

Internationale vergelijking van de taakverdeling tussen huisarts en specialist; fase 1: deelname aan het EEG-onderzoek naar verwijzingen van huisartsen.

De materiaalverzameling is in 1990 voltooid. De rapportage ervan is vertraagd en wordt doorgeschoven naar 1991.

Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg.

Voor het documentatiecentrum is een basis gelegd door middel van een inventarisatie van gegevens uit bestaande data-banken en documentatiebronnen. De eigen gegevensverzameling zal zich toespitsen op 'primary health care' (PHC) en de relatie tussen PHC en tweedelijnszorg.

Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg: basisgegevens.

Dit project is niet van de grond gekomen.

Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg: culturele verschillen en systeem-verschillen.

In 1990 vond de materiaalverzameling door middel van telefonische interviews plaats.

Measurement, characterisation and control of ambulatory care in Europe - McACE.

Het onderzoek werd in 1990 met enkele rapportages afgesloten.

2.2. Relatie tussen eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg

2.2.1. Resultaten

Onderzoeksresultaten kan men in twee categorieën indelen; nadere analyses en publikaties van reeds afgesloten onderzoek waarover al eerder is gerapporteerd, en resultaten van onderzoek dat in volle gang is of recentelijk is afgerond.

In de eerste categorie valt een nadere analyse van de problemen tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging bij nazorg van uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. In dit onderzoek is een meet-instrument ontwikkeld, om de kwaliteit van de nazorg vast te stellen aan de hand van informatie op de zogenaamde 'overdrachtsformulieren' van ziekenhuis naar wijkverpleging.

In volle gang is het onderzoek naar 'de invloed van de huisarts in de tweede lijn'; het gestaag vorderende proefschrift van de projectleider, evenals een studie naar de invloed van verschillende honoreringssystemen op het werk van de huisarts.

De eerste fase van een onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de keuze van vrouwen om thuis of poliklinisch te bevallen, en de gevolgen van die keuze voor de toestand van moeder en kind is met een rapportage afgesloten.

Een eindrapport is verschenen omtrent de relatie tussen de eerste en tweedelijns met betrekking tot epilepsie.

Problemen bij zorg-overdracht van ontslagen ziekenhuispatiënten

Als men het heeft over problemen bij zorg-overdracht van ontslagen ziekenhuispatiënten, dan hangt het nogal af van degene die men vraagt, welke problemen men krijgt voorgeschoteld. Zo vindt meer dan de helft van de patiënten dat ze in het ziekenhuis onvoldoende zijn voorgelicht over mogelijke hulp na ontslag, terwijl slechts een enkele ziekenhuis-verpleegkundige dit

als een probleem ziet. De ziekenhuisverpleging legt de nadruk op het te laat bekend worden van het tijdstip van ontslag; de wijkverpleging wordt op haar beurt weer geconfronteerd met het gevolg daarvan, namelijk het te laat ontvangen van informatie over de patiënt. Patiënten rapporteren betrekkelijk vaak problemen in verband met de meegegeven (recepten voor) medicijnen na ontslag.

De 'oorzaken' van problemen zoeken wijkverpleegkundigen vooral in de ontslagvoorbereiding in het ziekenhuis; de ziekenhuisverpleging noemt vaak de patiënt die geen hulp wil. Een curieus gegeven is dat men als oplossing van de problemen soms voorstellen doet die in de betreffende regio reeds zijn ingevoerd (een continuïteitsverpleegkundige bijvoorbeeld, of gestructureerd overleg).

Verder bleek uit het onderzoek dat de ziekenhuisverpleging minder problemen noemde naarmate frequenter gebruik werd gemaakt van de officiële overdrachtsformulieren. Aan de kant van het kruiswerk werden naar verhouding meer problemen genoemd in de grotere (erkende) kruisorganisaties. Deze kruisorganisaties (EKO's) hebben relatief minder personeel en bovendien wordt de nazorg niet per EKO maar per (kleinere) 'basiseenheid' georganiseerd. Beide factoren (krappere bezetting en organisatie van de nazorg op het niveau van de basiseenheid) hebben invloed op het aantal dat door de wijkverpleging wordt genoemd.

Kwaliteit van nazorg gemeten

Het doel van bovengenoemd nazorg-onderzoek was niet alleen om problemen te inventariseren, maar ook om vast te stellen of er een verband bestond tussen de wijze waarop de overdracht was georganiseerd en de kwaliteit van de zorg. De basis voor het kwaliteits-oordeel werd gevormd door de 'overdrachtsformulieren', waarop de zorg van ziekenhuis naar wijkverpleging werd overgedragen.

Eerst werd in het onderzoek aandacht besteed aan de wijze waarop kwaliteit van nazorg kan worden vastgesteld. Het kwaliteitsbegrip telde drie onderdelen: 1) goede voorbereiding van de patiënt op het ontslag, 2) zo kort mogelijke tijd tussen ontslag en begin van de thuiszorg, en 3) goede inhoudelijke aansluiting van de zorg.

Door middel van een 'consensus-conferentie' werden deze drie hoofdthema's omgezet in meetbare standaarden. Voorbeeld ad 1): tijdige voorbereiding: minimaal 48 uur van te voren moet met patiënt en/of naaste verwanten zijn overlegd over het ontslagtijdstip enz enz.

Vergelijkt men de aldus geformuleerde criteria met de informatie uit overdrachtsformulieren en enquêtes bij de patiënten, dan valt er wel wat aan de zorg te verbeteren.

Enkele voorbeelden:

- met ongeveer een-derde van de patiënten is voor het ontslag niet besproken welke nazorg-behoefte zij hebben;
- waar als standaard werd geformuleerd, dat patiënten minimaal 48 uur tevoren van het ontslagtijdstip op de hoogte zouden moeten zijn, weet 43% het pas uiterlijk 24 uur van tevoren;
- lang niet altijd (1/3 van de gevallen) krijgen patiënten dieetlijsten of oefenvoorschriften (70%) mee;
- twee dagen na thuiskomst heeft 1 op de 7 patiënten het benodigde verbandmateriaal nog niet en 1 op de 12 de nodige medicijnen niet.

Invloed van de huisarts in de tweede lijn

Zowel huisartsen als specialisten kennen een zeker belang toe aan het uitoefenen van invloed door de huisarts in de tweede lijn. Bezieet men echter de feitelijk uitgeoefende invloed bij een opname in het ziekenhuis, dan beperkt de 'invloed' zich voornamelijk tot overleg met de specialist over de opname-beslissing, met name als het initiatief voor de opname bij de huisarts zelf ligt. Slechts bij 1 op de 20 à 30 opnamen wordt overleg tijdens het verblijf, respectievelijk het ontslag, gevoerd en dan nog in hoofdzaak als de familie van de patiënt daarop aandringt. Het ziekenhuis is het territorium van de specialist, alle retoriek over continuïteit van zorg ten spijt.

Huisartsen oefenen invloed uit door de aard van hun verwijzingen (men zou dat 'selectie-invloed' kunnen noemen) en 'claimen' verantwoordelijkheid voor het bewaken van de continuïteit van zorg, ook na de verwijzing ('continuïteits-invloed'). Desgevraagd hechten huisartsen vrijwel unaniem waarde aan deze laatstgenoemde vorm van invloed, al ziet ongeveer 20% problemen bij de materiële kosten ervan; zorg op het grensvlak tussen eerste en tweede lijn kost tijd waar geen extra honorering tegenover staat. Huisartsen uit gezondheidscentra, en huisartsen die uit meerdere ziekenhuizen en specialisten kunnen kiezen, hechten een grotere waarde aan 'continuïteits-invloed'.

Huisartsen en neurologen over de invloed van de huisarts in de tweede lijn.

In een onderzoek naar de detectie en behandeling van epilepsie werd aan een aantal huisartsen en neurologen gevraagd, wat men van de invloed van de huisarts in de tweede lijn in het algemeen vond en meer toegespitst op

de aard en de duur van respectievelijk de poliklinische en klinische behandeling.

In zijn algemeenheid zijn huisartsen positiever dan neurologen. Neurologen tenderen iets meer naar een scheiding tussen de polikliniek waar de huisarts nog enige invloed wordt toegekend en de kliniek; bij uitstek hun eigen domein.

Huisartsen brengen daarentegen vooral een onderscheid aan tussen invloed op de duur van de behandeling (naar verhouding wat meer invloed) en aard (minder invloed).

Effecten van eigen bijdragen op medische consumptie

In het kader van een onderzoek naar het effect van financiële prikkels op het gedrag van huisartsen en patiënten werd een literatuur-studie verricht naar tot nu toe gevonden resultaten.

De literatuur geeft ambivalente resultaten. Het is duidelijk dat in Nederland de 'medicijnknaak' en het 'specialistengeeltje' een verwaarloosbaar effect op de consumptie van geneesmiddelen en van polikliniek-bezoek heeft gehad, terwijl de uitkomsten van het grote RAND-experiment in de Verenigde Staten wel degelijk op een effect van bijbetaling wijzen.

Het is waarschijnlijk dat de aard van de bijbetaling belangrijk is, evenals de verhouding tussen kostprijs en bijbetaling. Een percentuele bijdrage (co-insurance) is van grotere invloed dan een zogenaamd 'eigen risico aan de voet' (deductible) en dat is weer van grotere invloed dan een vast bedrag (copayment). Naarmate de eigen bijdrage een meer dan symbolisch deel van de werkelijke kosten omvat, is de invloed duidelijker zichtbaar. De 'medicijnknaak' voldeed aan geen van de voorwaarden. Het is een vast en gering bedrag; naarmate de voorgeschreven hoeveelheid geneesmiddelen per recept groter is, is de bijdrage naar verhouding lager.

Bovendien blijkt uit sommige studies, dat eigen bijdragen vooral de neiging beïnvloeden om überhaupt naar een dokter te gaan en niet de hoeveelheid zorg als men eenmaal de stap naar een hulpverlener heeft gezet. Dat laatste zal vooral van invloed zijn geweest op het feit dat voorschrijven van geneesmiddelen en verwijzingen niet door financiële barrières worden beïnvloed; men is immers al bij een dokter geweest.

Thuis of poliklinisch bevallen

Er is iets paradoxaals aan de hand met de keuze 'thuis of poliklinisch bevallen' onder leiding van een verloskundige. Verloskundig gesproken is er geen of nauwelijks risico, want anders zou er wel een indicatie voor een verwijzing naar een gynaecoloog of voor een klinische bevalling zijn. In feite

zou men met een experiment, waarin vrouwen op toevalsbasis aan een van beide situaties worden toegewezen, haarfijn kunnen uitzoeken welke gevolgen de ene dan wel de andere situatie heeft op de toestand van moeder en kind. Zo'n experiment wordt echter als niet ethisch beschouwd, omdat er wellicht toch wel sprake is van enige risico-selectie, maar dan vallend buiten de officiële normen ('low risk' in plaats van 'no risk') en omdat ook emotionele voorkeuren bij de keuze een rol spelen.

Wil men toch iets weten over de factoren die de keuze 'thuis' of 'poliklinisch' beïnvloeden, dan moet men van een vrij groot aantal vrouwen de redenen weten waarom men voor de ene of andere situatie kiest. Verder moet een inventarisatie gemaakt worden van factoren die in z'n algemeenheid het verloop en de uitkomst van een bevalling beïnvloeden (de belangrijkste is het feit of het een eerste of volgende bevalling betreft - een 'priem' of een 'mult' zoals dat in het verloskundige spraakgebruik heet). En men moet over een betrouwbaar instrument beschikken om het 'verloskundig resultaat' zowel bij moeder als kind te kunnen vaststellen.

Aan de eerste voorwaarde - voldoende aantal vrouwen - kon worden voldaan dankzij de enthousiaste en volhardende medewerking van de verloskundigen in de provincie Gelderland. Een instrument om het resultaat van de verloskundige ingreep te meten was niet zo eenvoudig te vinden. Een van de eisen was namelijk dat de meting ook in de thuis-situatie kon worden uitgevoerd (dat is bijvoorbeeld lastig voor een maat als 'de zuurgraad van het bloed in de navelstreng'). Door de gynaecoloog Touwen is een checklist ontworpen om het resultaat van verloskundige zorg te meten. Nadere studie wijst uit dat een deel van de lijst (bestaande uit gegevens over de sociale, de medische en verloskundige achtergrond van de zwangere en het verloop van de zwangerschap zelf) beter als vòormeting van het verloskundig resultaat, dan als onderdeel ervan kan worden gebruikt. Ook ontbreekt een criterium voor de lichamelijke en psychische toestand van de moeder na de bevalling. Deze maten zijn aan de lijst toegevoegd. Tenslotte is een wijziging aangebracht in één van de criteria: het al dan niet ingeknipt zijn (episiotomie). In de klassieke verloskunde is het een kunstfout als de vrouw niet is ingeknipt. Modernere opvattingen gaan ervan uit dat deze voor de vrouw uiterst pijnlijke ingreep zoveel mogelijk vermeden moet worden; 'wel ingeknipt' is een negatief punt.

Een methodisch (gelukkig alleen een methodisch) probleem is, dat de verloskundige optimaliteit na de bevalling nogal scheef is verdeeld in deze groep met zeer lage risico's; de toestand van het kind is bijna altijd goed tot uitstekend. Kinderen (en moeders) kunnen blijkbaar wel een stootje hebben. Een analyse per onderdeel kan hier wellicht toch nog wel enige differentiatie

aan het licht brengen; het moge ook duidelijk zijn waarom men in dit type onderzoek zulke grote aantallen bevallingen nodig heeft.

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

Het onderzoek naar taakafbakening huisarts-specialist met betrekking tot de behandeling van epilepsie-patiënten bestond uit twee delen.

1. Resultaten van een schriftelijke enquête laten zien dat zowel huisartsen als specialisten het vaststellen van de diagnose epilepsie en het starten met anti-epileptica zien als een taak voor de specialist. De zorg voor aanvallen in de thuissituatie wordt door beide beroepsgroepen aan de huisarts voorbehouden. Er zijn verder een groot aantal taken waarover men het niet met elkaar eens is. Huisartsen claimen een grotere rol dan specialisten bereid zijn hen te laten spelen.
2. De feitelijke rol van de Nederlandse huisarts werd ook nog onderzocht met behulp van materiaal uit de contactregistratie van de Nationale Studie. Belangrijkste resultaten: de gemiddelde Nederlandse huisartspraktijk heeft per jaar ongeveer 40 contacten in verband met epilepsie. Voor drie kwart van deze contacten gaat het om prevalentie patiënten. De meeste van deze patiënten worden door de praktijkassistente gezien in verband met herhaalprescriptie. In het geval van patiënten verdacht van epilepsie is de rol van de huisarts actief en neemt hij de beslissing om de patiënt al dan niet te verwijzen voor verdere diagnose en behandeling.

2.2.2 Voortgang

Invloed van de huisarts in de tweede lijn

Met name op basis van het materiaal van het deelproject 'Nazorg en continuïteit van zorg' van de Nationale Studie zijn artikelen vervaardigd over diverse aspecten van de invloed van de huisarts in de tweede lijn. De artikelen vormen tevens hoofdstukken in het proefschrift van de projectleider.

Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek (fase 1)

Via literatuurstudie en een pilot-studie zijn vragenlijsten ontwikkeld, onder andere om een meetinstrument beschikbaar te hebben voor het meten van het verloskundig resultaat. De pilot-studie diende tevens om de procedure van dataverzameling uit te testen. Verder is het eerste deel van het veldwerk uitgevoerd met betrekking tot 525 van de in totaal 1600 in de studie te betrekken zwangerschappen. Tenslotte is bij het Praeventiefonds een subsidie-aanvraag ingediend voor de tweede fase van het project.

Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering

Er is vooral gewerkt aan het opbouwen van data-bestanden op basis waarvan de effecten van de uitgevoerde interventie getoetst kunnen worden. Voor de aanlevering van de daarvoor benodigde gegevens zorgt het betrokken ziekenfonds 'Het Groene Land'. Geanalyseerd zijn de verschillen tussen de experimentele en de controlegroep in de Ausgangssituatie. Verder is een analyseplan gemaakt en is geschreven aan de inleidende hoofdstukken van het onderzoeksverslag. De interventie-periode zal in februari 1991 eindigen waarna tot definitieve analyse kan worden overgegaan.

Evaluatie Project Samenwerking 1e-2e lijn van de VU

De onderzoeker is in dienst getreden van de Vrije Universiteit van Amsterdam.

Versterking van de eerstelijnszorg door technologische vernieuwing

Geen activiteiten

Project combinatie inzichten huisartsenhonorering

Er is een plan gemaakt voor de uit te voeren literatuurstudie en voor de secundaire analyse van gegevens uit het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' en het Leidse experiment met gedeeltelijke verrichtingen-honorering. Verder is overleg gevoerd met de Leidse onderzoekers en de betrokken ziekenfondsen om de benodigde gegevens te verkrijgen, die ten dele ook reeds beschikbaar zijn gekomen. De literatuurstudie is gedeeltelijk uitgevoerd.

Zorgverschuiving tussen eerste en tweede lijn als gevolg van de opening van een ziekenhuis

Deze studie is bedoeld om de gevolgen van de opening van het Almeerse ziekenhuis te bestuderen voor de consumptie van zorg in eerste en tweede lijn. Er is overleg gevoerd over het kunnen beschikken over de door huisartsen geregistreerde gegevens over hun verwijzingen. Deze gegevens zullen beschikbaar komen.

Determinanten van en alternatieven voor het verwijzen van huisarts naar specialist

Een eerste studie naar alternatieven voor het verwijzen naar fysiotherapie, orthopedie en revalidatiegeneeskunde is uitgevoerd.

2.3. Eerstelijns en Geestelijke Gezondheidszorg

2.3.1. Resultaten

De eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) hebben een wat merkwaardige verhouding met elkaar. De eerstelijns, en dan vooral de huisartspraktijk, is een van de belangrijkste 'toeleveranciers' van de verschillende onderdelen van de GGZ, maar het is zeker niet zo dat er een ondubbelzinnige relatie tussen beide bestaat.

De meeste psychische problemen verlaten het domein van de huisartspraktijk niet, of ze nu als zodanig door de huisarts worden ontdekt en benoemd of niet.

Het signaleren en behandelen van zogenaamde 'psychosociale problematiek' in de huisartspraktijk is onderwerp van een slepende, somtijds veenbrandachtige discussie tussen beide sectoren van de gezondheidszorg, waarbij de competentie van de huisarts enerzijds en de beperkte zienswijze van de (sociale) psychiatrie anderzijds het onderwerp van discussie vormen.

In het NIVEL-onderzoek in deze sector staat de relatie centraal tussen hetgeen de huisarts als psychosociale problemen bij zijn patiënten definieert, hetgeen door middel van gestandaardiseerde vragenlijst bij de patiënt wordt geconstateerd en, in enkele onderzoeken, de bevindingen van observatoren naar aanleiding van op video vastgelegde spreekuur-consulten .

Over de volgende onderzoeken wordt gerapporteerd:

- Algemeen Maatschappelijk Werk en RIAGG; overeenkomsten en verschillen.
- Psychosociale problemen in de huisartspraktijk; het oordeel van de huisarts versus de uitslag van een vragenlijst.
- Psychische problemen in de bevolking en de presentatie in de huisartspraktijk.
- Het beloop van psychosociale problemen in de huisartspraktijk.
- Instrumentele en affectieve aspecten van de arts-patiënt communicatie.

AMW en RIAGG; overeenkomsten en verschillen.

Onderzoek naar verschillen in werkwijze tussen verschillende onderdelen van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening vindt vaak plaats door het vergelijken van cliënten- en patiëntenbestanden naar samenstelling, aard van de aangeboden problemen en naar gepleegde interventies. Een probleem daarbij is, dat de behandelende instantie de definitie van bijvoorbeeld de aard van het probleem aardig kan beïnvloeden. (Als je een hamer hebt, zie je alleen maar spijkers). In dit onderzoek is gepoogd dit probleem te ondervangen door cliënten van het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en het RIAGG vòòr de behandeling een gestandaardiseerd interview af te

nemen en zo, onafhankelijk van de behandelende organisatie, tot een oordeel over de aard en de ernst van de hulpvraag te komen.

Tussen de cliënten van het AMW en het RIAGG vindt men verschillen in opleiding en arbeidssituatie. Mensen met een baan en hogere opleiding lopen bij het RIAGG; mensen zonder baan en met een lagere opleiding bij het AMW.

De ernst van de aangetroffen problemen verschilt niet systematisch tussen beide instellingen en ook wat de aard van de hulpvraag betreft zijn er meer overeenkomsten dan verschillen. In 80% van de gevallen overlappen de problemen; slechts in 20% is er sprake van duidelijk verschillende problematiek sprake in de richting die men zou verwachten, dat wil zeggen meer complexe en, zoals dat heet, 'intrapsychische' problematiek bij RIAGG-clieënten en materiële problemen bij cliënten van het algemeen maatschappelijk werk.

Is het AMW dan toch een 'poor man's RIAGG'?

Psychosociale problemen in de huisarts praktijk: het oordeel van de huisarts versus de uitslag van een vragenlijst.

De basis van het meningsverschil tussen huisartsen en psychiaters over de kwaliteit van de psychosociale hulpverlening in de huisartspraktijk wordt gevormd door de volgende cijfers: als men onder patiënten die de huisarts bezoeken een vragenlijst afneemt die geacht wordt te meten of de patiënt ook psychische problemen heeft, en men vraagt de huisarts bovendien aan te geven of en in welke mate de aan hem gepresenteerde klacht 'psychisch' is, dan vindt men in een aantal gevallen overeenstemming tussen beide metingen, maar lang niet altijd. In 30% van de gevallen worden de aan de huisarts gepresenteerde problemen als zuiver 'somatisch' beschouwd bij patiënten van wie de vragenlijst een verhoogde kans op psychische problemen aangeeft. En bij patiënten met een lage kans op psychische problemen is in de helft van de gevallen de huisarts van mening dat de gepresenteerde klacht wel degelijk psychische elementen bevat.

Psychiaters reageren op het eerste resultaat (30% 'somatisch' bij patiënten met verhoogde kans op psychische problematiek) in de trant van '30 procent gemist; huisartsen zijn niet goed in staat om psychische problemen te ontdekken'. Nadere analyses wijzen uit, dat het aantal 'gemiste' gevallen terugloopt als men aan de huisarts vraagt of deze met psychische problematiek bekend is; dan halveert het aantal 'gemiste' gevallen. Bovendien blijkt de huisarts de ernstiger gevallen er wel uit te pikken; als men iets laat zitten betreft het vaak grensgevallen. Ook hebben huisartsen meer moeite met het

ontdekken van introverte depressieve gevallen dan met personen onder stress die klagen over zenuwachtigheid of slapeloosheid.

De andere in het begin genoemde categorie,; mensen die volgens de vragenlijst geen verhoogde kans op psychische problemen hebben, maar van wie de huisarts wel aangeeft dat de klacht psychosociale elementen bevat, is minstens even interessant.

Deze discrepantie komt vooral voor bij vrouwelijke patiënten, vooral als ze voldoen aan het stereotiep van de patiënt met psychische problemen: vaak komen met veel klachten. Waar psychische problemen van mannen eerder te weinig dan te veel worden herkend is dat bij vrouwen precies omgekeerd.

Psychosociale problemen in de bevolking en presentatie in de huisartspraktijk

In het hierboven genoemde onderzoek ging het om het meten van psychosociale problemen (via het oordeel van de huisarts en door middel van een vragenlijst) van mensen die op het spreekuur komen. Onderzoekt men hetzelfde onder de bevolking, in dit geval de mensen die bij een huisarts staan ingeschreven, dan krijgt men wat andere getallen.

De helft van mensen die volgens de vragenlijst een verhoogde kans op psychische problemen hebben, bezoekt de huisarts in een periode van drie maanden niet. Bezoekt men de huisarts wel, dan wordt bij de helft van de mensen alleen een lichamelijke klacht genoteerd, terwijl omgekeerd in een groot aantal gevallen door de huisarts psychosociale aspecten aan de klachten van mensen met een lage kans op psychische problematiek wordt vastgesteld.

De mensen met een verhoogde kans op psychische problemen kan men nu in vier groepen indelen:

- zij die hun huisarts niet bezochten (de helft);
- zij die hun huisarts met somatische klachten bezochten waarvan ook de huisarts vond dat het somatische klachten waren (22%);
- zij die hun huisarts met somatische klachten bezochten waarvan de huisarts vond dat er psychosociale elementen aanwezig waren (16%);
- zij, die hun huisarts met expliciet psychische klachten bezochten (12%).

Vergelijkt men deze vier groepen met elkaar dan vallen ze eigenlijk uiteen in twee hoofdgroepen: de patiënten die de huisarts niet bezoeken of bezoeken met louter, ook door de huisarts als zodanig beoordeelde, lichamelijke klachten enerzijds; en anderzijds mensen die met expliciet psychische klachten de huisarts bezoeken, of met lichamelijke klachten die de huisarts als psychosociaal beoordeelt.

De eerste groep bestaat vaker uit mannen (10% meer), is beter opgeleid, is minder sociaal geïsoleerd en heeft minder nare dingen ('stressfull life events', zoals dat in het jargon heet) meegemaakt dan de tweede groep. In deze groep zijn de mensen die helemaal niet bij de huisarts zijn geweest weer beter opgeleid dan zij die alleen voor een lichamelijke probleem op bezoek zijn geweest.

Vooraf de groep personen die expliciet psychische klachten presenteert heeft het nodige meegemaakt, is verzuwd of gescheiden (meestal vrouw) en sociaal geïsoleerd. De groep die lichamelijke klachten aan de huisarts voorlegt, die als 'psychisch' worden beoordeeld neemt een tussenpositie in, maar lijkt toch het meest op de expliciet 'psychische' groep.

Het beloop van psychische problemen in de huisartspraktijk

In deze studie is vooral een onderscheid gemaakt tussen patiënten die hun psychische problemen expliciet bij de huisarts aan de orde stellen, en patiënten die lichamelijke problemen presenteren waarvan de huisarts vindt dat er psychosociale elementen een rol spelen.

Van deze twee groepen patiënten is gedurende een jaar bijgehouden wat men aan de huisarts presenteerde, en bovendien zijn ze aan het eind van dat jaar nog eens geïnterviewd.

Ten eerste is onderzocht hoe beide groepen van een doorsnee-patiënten-groep verschillen. In vergelijking daarmee zijn de geselecteerde patiënten vaker vrouw, vallen vaker in de leeftijdsgroep 25-45 jaar, zijn vaker gehuwd, maar ook gescheiden dan de overigen, ze hebben meer meegemaakt aan problemen, een verhoogd risico voor psychische stoornissen en hebben minder het idee dat ze hun lot in eigen hand hebben. Qua opleidingsniveau verschilt men niet van de doorsnee bevolking.

Vergelijkt men de twee onderzochte groepen (waarvan het aantal mannen gelijk gemaakt is aan het aantal vrouwen) met elkaar, dan is de groep die psychische problemen expliciet presenteert gemiddeld ouder, vaker gescheiden of verzuwd, men heeft meer nare dingen meegemaakt en een hogere score op een screeningsvragenlijst voor psychiatrische problematiek (GHQ) dan de groep die psychische problemen niet expliciet aan de huisarts presenteert.

De behandeling van de huisarts verschilt in beide groepen. Bij patiënten die hun psychische problemen expliciet presenteren wordt vaker een gesprek gevoerd (75 versus 50%), en wordt vaker verwezen (10% versus nooit) dan in de groep patiënten die alleen lichamelijke problemen presenteren. Heeft de patiënt volgens de vragenlijst bovendien een verhoogde kans op psychische problemen, dan volgt er vrijwel altijd een behandeling van de huisarts

(gesprek, verwijzing, consultatie) bij diegenen die de problemen expliciet presenteren terwijl bij degenen die alleen lichamelijke klachten presenteren de behandeling niet wordt aangepast. De huisarts vermoedt hier psychische problemen, maar weet niet hoe ernstig ze zijn en past dus zijn behandeling niet aan. Is de psychische problematiek wèl expliciet onderwerp van gesprek, dan is de behandeling beter op de problemen afgestemd.

Hoe is de situatie na een jaar?

Er is één groep waarvan de klachten duidelijk waren afgenomen: namelijk van hen, die psychische klachten expliciet aan de huisarts presenteerden, maar toch volgens de vragenlijst geen verhoogde kans op psychische problemen hadden. Misschien waren dit wel mensen in de eindfase van een psychisch probleem.

Verder vindt men een afname van het aantal klachten naarmate de patiënt minder nare dingen heeft meegemaakt, en ook bij mannen neemt het aantal klachten af. De behandeling van de huisarts heeft geen invloed op de afname van de klachten; dat zou kunnen komen omdat de huisarts juist bij de ernstiger problemen sterker ingrijpt, terwijl de afname van de klachten vooral te zien is bij mensen met minder en minder ernstige problemen.

Patiënten die problemen als 'verslaving', 'hyperventilatie', 'depressie' en 'slaapstoornissen' aan de orde brachten zien hun klachten niet afnemen. Bij overspannenheid, irritatie en agitatie nemen de klachten wel af.

Komt men terug op de vraagstelling van het begin: verschilt het beloop van psychische problemen tussen mensen die er wel of niet expliciet met hun huisarts over spreken, als de huisarts ook vindt dat psychische problemen een rol spelen, dan kan men het volgende constateren:

van de groep die expliciet met de huisarts over psychische problemen praat en een verhoogde kans heeft op psychiatrische problematiek (hoge GHQ), praat 45% een jaar later daar nog steeds over. Had men aan het begin van het onderzoek géén verhoogde kans op psychiatrische problemen (lage GHQ), dan praat een jaar later nog een derde met de huisarts over psychische problemen.

Van de groep die niet expliciet met de huisarts over deze problemen praatte en een verhoogde kans op psychiatrische problemen had noteerde de huisarts bij een derde nog steeds psychische problemen en had men in deze groep geen verhoogde kans op psychische problematiek (lage GHQ) dan noteerde de huisarts bij slechts 22% na een jaar nog steeds psychische problemen.

Het expliciet met de huisarts over psychische problemen praten heeft een negatieve invloed op de kans dat de problemen na een jaar weer over zijn; een intrigerend resultaat, omdat de huisarts juist bij patiënten die expliciet

met hem over psychische problemen spraken en een verhoogde kans op een psychiatrische stoornis hebben op zichzelf adequaat ingrijpt (gesprekken, verwijzen), terwijl hij dit bij somatiserende patiënten niet doet.

Instrumentele en affectieve aspecten van de arts-patiënt communicatie.

In een eerder verslagen onderzoek is een verband gelegd tussen geobserveerde kenmerken van de communicatie tussen huisarts en patiënt bij 103 op video vastgelegde consulten met patiënten met hypertensie-klachten, en de kwaliteit van het handelen van de huisarts op medisch, psychosociaal en relationeel gebied. De kwaliteit bestond uit rapportcijfers die een groep van twaalf beoordelaars (collega-huisartsen) aan de consulten toekende.

Het op het Nivel ontwikkelde observatie-instrument bleek vooral geschikt om de kwaliteit van het psychosociale handelen van huisartsen te meten; voor het meten van de kwaliteit van het geneeskundige handelen waren de observatie-begrippen minder geschikt.

Daarom is gezocht naar een observatie-instrument, dat ook geschikt was om de medische kwaliteit vast te leggen; dit werd gevonden bij Amerikaanse onderzoeker Debra Roter: het Roter's Interaction Analysis System: RIAS.

Het instrument was ontwikkeld aan de hand van audio-banden van gesprekken tussen Amerikaanse artsen en gesimuleerde patiënten; het werd nu toegepast bij de observatie van videotapes van reële consultaties in de Nederlandse huisartspraktijk.

Het RIAS-observatie systeem maakt een onderscheid tussen taakgerichte (instrumentele) en affectieve (emotionele) gedragingen van artsen. Er zijn vier taakgerichte groepen van gedragingen (geven van informatie, vragen van informatie etc) en één affectieve. Bovendien wordt een onderscheid gemaakt tussen verbale uitingen (het merendeel; het gaat immers om audio-banden) en non-verbale.

Allereerst werd in het onderzoek de ene categorie van socio-emotionele uitingen in vier groepen uiteen gerafeld; de oorspronkelijke categorie bleek te heterogeen. Een onderscheid wordt gemaakt in: verbale aandacht (instemming tonen, hummen), bezorgdheid tonen (het is me wat, wat U zegt, geruststellen), sociaal gedrag (persoonlijke opmerkingen, grappen, complimentjes) en tenslotte 'het tonen ergens niet mee eens te zijn'.

Het geven van informatie door de huisarts bleek het best samen te vallen met het oordeel over de kwaliteit van het consult, zowel van het medisch als van het psychosociaal handelen. Het 'tonen van instemming' (empathie) werd door de collega-beoordelaars ook hoog gewaardeerd; 'sociaal gedrag' van de huisarts hing wel samen met het oordeel over de kwaliteit van de arts-patiënt relatie, maar niet met de kwaliteit van het medisch of psychosociaal

handelen. Grapjes maken leidt wel tot een goede sfeer, maar niet tot betere consulten.

Als men alle observatie-kenmerken, verbale en non-verbale, bij elkaar neemt en in verband brengt met de drie genoemde vormen van kwaliteit, dan blijkt vooral hoe belangrijk de globale affectmaten zijn, zowel voor de verklaring van de kwaliteit van het medisch handelen als voor het psychosociale handelen. Als de arts interesse toont en veel informatie geeft dan vinden zijn collega's dat hij het goed doet, zowel op medisch als psychosociaal gebied. Dat laatste wordt ook nog beïnvloed door de verbale aandacht die de huisarts toont.

De tevredenheid van de patiënt (ook een kwaliteitsmaat!) hangt veel minder sterk samen met de geobserveerde gedragingen; alleen wanneer de huisarts geïrriteerd is of toont het niet met de patiënt eens te zijn, is men minder tevreden over het consult. Vooral de relatie tussen de door de collega's beoordeelde medische kwaliteit en de tevredenheid van de patiënt ontbreekt. Patiënten zijn niet tevredener over goede dan over minder goede dokters en consulten.

2.3.2. Voortgang

Psychische problemen in de huisartspraktijk

Dwarsdoorsnede onderzoeken uit de Nationale Studie leidden tot publicaties in het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid en Family Practice in 1990. Ook werd hierover door middel van lezingen en posters gerapporteerd op het Europees congres van de World Epidemiological Association in Granada, het NIVEL congres 'Doctors at Work' en de NHG/NUHI-referatendag te Nijmegen.

De conceptrapportage van het longitudinale onderzoek kwam gereed. Resultaten hiervan zijn gepresenteerd op het congres 'Doctors at Work'. Artikelen hierover zijn nog in voorbereiding.

Het voorgenomen onderzoek uit de werkplannen 1986-1990 is hiermee afgerond. Het materiaal is echter bij lange nog niet uitgeput. Op basis van het Nationale Studie materiaal zijn daarom in het werkplan 1991-1992 nieuwe voornemens tot verder onderzoek opgenomen.

Arts-patiënt communicatie

De activiteiten rond het thema arts-patiënt communicatie hebben in het licht gestaan van de afronding van het proefschrift 'Doctor-patiënt communication and the quality of care'. Hiertoe zijn onder andere de observatiewerkzaamheden ten behoeve van een vergelijking van het NIVEL-observatie systeem met het in de V.S. ontwikkelde observatiesysteem van Roter afgerond. De

conclusies naar aanleiding van deze vergelijking zijn verwerkt in het artikel dat de afsluiting vormt van het proefschrift. Voorts werden de in de loop van de afgelopen jaren op dit gebied geschreven artikelen bewerkt, en van een inleiding en samenvattend hoofdstuk voorzien, en daarmee tot een samenhangend geheel geïntegreerd.

Naast deze activiteiten werden in 1990 nieuwe contacten gelegd en bestaande uitgebouwd met andere onderzoekers op het terrein van de arts-patiënt communicatie in Nederland en het buitenland.

Huisarts en psychogeriatricie

Er is een bibliografie vervaardigd als onderbouwing voor een te schrijven onderzoeksvorstel om het huisartsgeneeskundig handelen op het terrein van de psychogeriatricie te verbeteren.

Consultatie volgens het bio-psychosociaal model

Er is in samenwerking met F. Huyse, psychiater, en verbonden aan de vakgroep psychiatrie van de Vrije Universiteit te Amsterdam een onderzoeksvorstel geschreven dat ter subsidiëring is aangeboden aan WVC en het Praeventiefonds.

Cliënten van AMW en RIAGG vergeleken

In 1990 zijn bij 660 cliënten van AMW-instellingen en RIAGG's vragenlijsten tijdens de intake afgenomen. Bij ruim 60 werd tevens een (DIS-)interview afgenomen, teneinde de gebruikte screeningslijsten te kunnen ijken. Vragenlijsten en interviews zijn verwerkt; aan de begeleidingscommissie is erover gerapporteerd. Ook is hierover een lezing gehouden tijdens de internationale GZO-dagen in Keulen, december 1990.

Na afloop van de behandeling werden nieuwe lijsten ingevuld, deze worden op het ogenblik verzameld.

Naar aanleiding van de eerste resultaten is in een der deelnemende regio's het plan gerezen om hieraan consequenties te verbinden met betrekking tot de plaatselijke samenwerking tussen het AMW en het RIAGG. Over de vormgeving hiervan en een mogelijke onderzoeksmatige betrokkenheid van het NIVEL daarbij wordt thans overleg gevoerd.

2.4. Samenhang en samenwerking in de eerste lijn

2.4.1. Resultaten

Binnen dit themagebied wordt traditiegetrouw het aantal multidisciplinaire gezondheidscentra en groepspraktijken van huisartsen bijgehouden, evenals een overzicht van het aantal en de samenstelling van 'home-teams' in de eerstelijns-gezondheidszorg.

Een belangrijk lopend onderzoek betreft de evaluatie van de voor Nederland bijzondere structuur van de gezondheidszorg in Almere. In het verslagjaar is gedetailleerd vergeleken op welke punten het gedrag van de Almeerse bevolking en van de Almeerse huisartsen afwijkt van de rest van Nederland. Binnen het themagebied wordt ook de scenariostudie 'Thuiszorg in de Toekomst' uitgevoerd.

Gezondheidscentra

Als de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra zijn doelstelling wil halen en in het jaar 2000 zijn aantal van 150 centra verdubbeld wil zien, zal het aantal centra toch sneller moeten stijgen dan in het afgelopen jaar. In 1990 kwamen er slechts 5 centra bij; het aantal steeg van 153 naar 158. Het aantal huisarts-groepspraktijken nam toe van 136 tot 142.

In het verslagjaar waren er 755 home-teams in Nederland. Dat zijn samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers (en eventueel anderen), waarbij men niet, zoals in gezondheidscentra, samen onder één dak zit, maar ieder op zijn eigen lokatie. In deze home-teams is nogal wat verloop; in 1989 zijn 76 teams gestopt en kwamen er 74 bij.

Evaluatie-onderzoek Almere

De gezondheidszorg in Almere wijkt sterk af van de rest van Nederland; ziekenhuisvoorzieningen waren tot 1991 afwezig en zijn bewust aan de krappe kant gehouden. De eerstelijns-hulpverleners zijn allen in dienst van één grote organisatie en werken multidisciplinair samen in, per wijk opgezette, gezondheidscentra.

De gevolgen van deze afwijkende opzet worden in een langjarig programma in kaart gebracht.

In een van de deelstudies is onderzocht of de Almeerse bevolking nu méér, of andere problemen aan de huisartsen voorlegt. Als men rekening houdt met het feit dat de Almeerse bevolking jonger is dan de doorsnee Nederlandse bevolking, dan worden er in Almere meer ziekten (incidentie; 'nieuwe gevallen' en prevalentie 'bestaande ziektegevallen') aan de huisartsen gepre-

senteerd. Qua problematiek onderscheidde de Almeerse bevolking zich niet of nauwelijks van de rest van Nederland (althans na correctie voor de leeftijdsverdeling); men mag dus concluderen dat in Almere de drempel voor de presentatie van problemen aan de huisarts lager is. Het grotere aantal contacten met de huisarts resulteert ook in meer verrichtingen in de huisartspraktijk; er zijn wat minder contacten die 1-5 minuten duren (120 versus 177 per 1000 contacten), maar het aantal huisbezoeken is kleiner in Almere: het percentage visites per 1000 contacten is in Almere 11% tegenover landelijk 18%. Huisartsen werkend in gezondheidscentra in de rest van het land komen uit op 13%. De huisarts doet meer aan laboratorium-diagnostiek in de eigen praktijk en vraagt meer aan, maar er worden niet meer medisch-technische verrichtingen gedaan (wel meer gespreksvoering). Het voorschrijven van geneesmiddelen lijkt sterk op hetgeen men elders doet. De verwijscijfers naar de tweede lijn zijn wat lager (55 versus 61 verwijzingen per 1000 contacten) en naar de eerstelijns-disciplines wat hoger (16 versus 9 patiënten per 1000 contacten).

Al met al zou men, gegeven de sterk afwijkende organisatie-structuur, meer en sterkere verschillen hebben verwacht.

Ouderenzorg in Almere

Al kan men ouderen in Almere beschouwen als de spreekwoordelijke witte raven, toch zijn zij onderwerp van diepgaande studie geweest. Eerst is met behulp van vragenlijsten vastgesteld of, en in welke mate, zij zichzelf kunnen redden (in het dagelijks leven en in het huishouden). Vervolgens zijn twee groepen ouderen gevormd (op statistische wijze) die overeenkomen in de mate van zelfredzaamheid (of, liever gezegd, in het gebrek daaraan), maar die verschillen in de mate waarin men een beroep doet op professionele hulp.

De belangrijkste factor die het al dan niet beroep doen op professionele zorg verklaart, is het feit of men al dan niet een partner heeft. Bijna al het andere valt daarbij in het niet. Een aanvullende verklaring voor het al dan niet gebruik maken van professionele hulp vormt de omvang van het sociale netwerk. Hoe uitgebreider dat is, hoe vaker een beroep op professionele hulp wordt gedaan. Mogelijk weten mensen met veel familie, vrienden en kennissen beter de weg in de hulpverlening, maar dat laatste is speculatie.

Thuiszorg-scenario

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

van de studie is 'Thuiszorg'. Allereerst is geprobeerd enige helderheid te scheppen in de verwarring die rond dit begrip is ontstaan.

De oorzaak van de verwarring ligt in het feit dat de werkelijkheid complex is, maar wordt ook in verband gebracht met claims die vanuit een bepaald belang op de 'thuiszorgmarkt' worden gelegd. Teneinde uit de begripsmatige verwarring te geraken wordt in deze scenariostudie 'eerstelijnszorg' omschreven als die zorg die niet noodzakelijkerwijs specialistisch of intramuraal moet worden behandeld. De zorgverlening richt zich op tekorten in gezondheid en redzaamheid van de patiënt (inclusief de sociale omgeving) en kijkt vooral naar het 'functioneren'. Vooral als er sprake is van tekorten op meerdere gebieden dient een ingewikkelder 'mix' van zorg of van zorgfuncties te worden aangeboden.

Er worden enkele scenario's geschetst die een oplossing kunnen bieden voor de huidige versnippering van de eerste lijn.

1. Het federatie-scenario; de bestaande eerstelijns-instellingen en beroepsgroepen verstrekken thuiszorg op federatieve basis.
2. Het zorgcentrum-scenario; alle eerstelijns-disciplines werken centraal vanuit één organisatie met één financiering.
3. Decentraal instellings-scenario; thuiszorg wordt mede vanuit de tweede lijn verstrekt, die hierbij op federatieve wijze samenwerkt met eerstelijns-organisaties.
4. Het instellings-scenario; thuiszorg wordt vanuit het ziekenhuis verstrekt.

Als basis voor de scenario's dient een zogenaamde 'trendstudie'. Hierin worden de ontwikkelingen in het gebruik van eerstelijnszorg in verschillende relevante bevolkingsgroepen naar de toekomst doorgetrokken. Bovendien wordt daarin de ontwikkeling van de omvang van de verschillende bevolkingsgroepen in de berekening meegenomen.

Meestal levert een dergelijke studie op dat de vergrijzing van de bevolking sterker wordt, het aantal bejaarden en hoogbejaarden dramatisch toeneemt en dat er dus vooral meer gezondheidszorg nodig is. In dit geval zijn de uitkomsten genuanceerder. Natuurlijk, de vergrijzing neemt toe, maar de groep 'jong-bejaarden' in de leeftijd van 55-74 jaar wordt steeds gezonder en zal minder behoefte aan (eerstelijns)gezondheidszorg hebben dan voorheen. Dit effect is zelfs zo sterk dat het de grotere zorgbehoefte van de groep 75-plussers voor een belangrijk deel neutraliseert. Dat geldt overigens niet voor alle soorten hulpverlening. De gezinszorg en, in mindere mate, de wijkverpleging hebben meer last van de vergrijzing dan de huisarts of specialist. Bovendien heeft de gezinszorg meer last van de krapte op de arbeidsmarkt door het afnemen van het aantal jongeren.

In de trendstudie is ook gekeken naar de mate waarin ontwikkelingen in het aanbod van zorg het gebruik ervan hebben beïnvloed. Behalve bij de fysiotherapie, waar het toenemend gebruik sterk samengaat met het toegenomen aanbod aan fysiotherapeuten, is nergens duidelijk sprake van een door het toegenomen aanbod beïnvloed gebruik. Als bron voor de trendstudie fungeerden de 'Leefsituatie onderzoeken' van het Sociaal en Cultureel Planbureau en de 'Gezondheidsenquêtes' van het CBS.

Als men in de toekomst wil kijken en het gevoel heeft dat toekomstvoorspellen meer zou moeten zijn dan trends doortrekken, wordt vaak de 'Delphi Methode' gebruikt. Simpelweg komt het erop neer dat aan een aantal deskundigen systematisch wordt gevraagd hoe men toekomstige ontwikkelingen taxeert. Deze beredeneerde koffiedik-kijkerij levert soms interessante doorkijkjes naar de toekomst op.

De belangrijkste vraag aan de deskundigen betrof de mogelijke substitutie van instellingenzorg door thuiszorg bij een zestal categorieën chronische patiënten, die systematisch varieerden naar leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm en subjectieve gezondheid. Volgens de deskundigen kan in een aantal gevallen instellingenzorg naar thuiszorg verschuiven als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden: de beschikbaarheid van mantelzorg, een flexibele en goed op elkaar afgestemde zorg, de aanwezigheid van voldoende hulpmiddelen en een flexibele financiering.

2.4.2 Voortgang

Registratie en onderzoek van samenwerkingsverbanden

Dit is een continu project. De registratie betreft gezondheidscentra, groepspraktijken en home-teams. Gezondheidscentra zijn multidisciplinaire samenwerkingsverbanden waar minimaal de eerstelijnsdisciplines huisartsen, wijkverpleegkundigen en algemeen maatschappelijk werkenden aan deelnemen en die gemeenschappelijk zijn gehuisvest. Home-teams zijn ook multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, maar dan niet gemeenschappelijk gehuisvest en minder geformaliseerd. Groepspraktijken zijn huisartspraktijken met minimaal drie huisartsen.

Voor wat betreft het onderzoek is in het verslagjaar gewerkt aan twee deelprojecten. Op basis van materiaal uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is nagegaan of er verschillen in werkstijl tussen huisartsen in gezondheidscentra en 'gewone' huisartsen zijn te ontdekken. Verder is gewerkt aan een onderzoeksvoorstel voor een onderzoek, waar op het niveau van patiënten wordt nagegaan of er effecten van samenwerking op de kwaliteit van de zorg (in termen van zorg op maat) te vinden zijn.

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 1990 heeft de eindrapportage van het onderzoek plaatsgevonden.

Evaluatie gezondheidszorg Almere

Het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen is in Almere essentieel anders opgezet dan in de rest van Nederland. Alle eerstelijns hulpverleners zijn in loondienst van één organisatie, de eerste lijn is versterkt en de tweede lijn krap bemeten; samenwerking vindt plaats vanuit wijkgericht werkende gezondheidscentra en patiëntenparticipatie vindt plaats op het bestuurlijke en uitvoerende vlak. Het Experiment Gezondheidszorg Almere wordt geëvalueerd door het NIVEL en het Nationaal Ziekenhuis Instituut. Het NIVEL richt zich hierbij vooral op de inhoudelijke aspecten van de eerstelijnsgezondheidszorg en het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen.

In het verslagjaar is gewerkt aan de volgende deelprojecten:

- Patiënten met rugklachten

Een groep mensen met rugklachten is gedurende een aantal maanden gevolgd op hun tocht door het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. Door problemen bij de werving is het aantal gevolgde mensen echter gering. De gemaakte concept-rapportage dient daarom te worden aangevuld met materiaal uit de Nationale Studie over mensen met rugklachten.

- Almere - Nationale Studie

Parallel aan de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is in Almere een vergelijkbaar project uitgevoerd. Hierdoor konden voor Almere en Nederland vergelijkbare gegevens worden verkregen over de morbiditeit in de bevolking, de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit en de verrichtingen van huisartsen. Evenzovele concept-rapportages zijn in concept gereed gekomen en er is een samenvattend rapport gemaakt waarin de drie deelrapporten met elkaar zijn verbonden.

- De zorg voor ouderen in Almere

In het verslagjaar is een onderzoek naar de zorg voor ouderen afgerond met een rapport. Het onderzoek bestond uit twee fasen. In de eerste fase is door middel van een schriftelijke enquête de zorgbehoefte en de zorgconsumptie van een grote steekproef van de oudere Almeerse bevolking onderzocht. In de tweede fase is gezocht naar verklaringen voor het al dan

niet gebruiken van zorg gegeven een bepaalde zorgbehoefte, door bij twee groepen die qua zorgbehoefte gelijk zijn, maar qua zorggebruik verschillen, een uitgebreide telefonische enquête af te nemen.

- Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere

In het verslagjaar is begonnen met een onderzoek naar de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg in Almere. Als meetlat worden de tot nu toe verschenen NHG-standaarden gebruikt, en als onderzoeksmateriaal de gegevens uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Aan het project wordt meegewerkt door een stagiaire van het EMGO (Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek van de VU Amsterdam).

- Thuiszorg in Almere

In Almere is in 1990 een nieuwe organisatie van de intensieve thuiszorg opgezet. Een belangrijk element hierin speelde de aanstelling van zorgcoördinatoren. Voorzien was in een evaluatie van deze nieuwe opzet door het registreren en enquêteren van patiënten die thuiszorg kregen. Omdat echter bleek dat de nieuwe opzet zeer langzaam van de grond kwam, en bij sommige coördinatoren nog slechts zeer weinig patiënten in zorg kwamen, is dit onderzoek stilgelegd. Wel is door een stagiaire gewerkt aan een onderzoek naar de implementatie van de functie van zorgcoördinator.

- EHBO in Almere

In plaats van het onderzoek naar thuiszorg is gestart met de voorbereiding van een onderzoek naar de EHBO-functie in Almere. Dit betreft een tweede meting van EHBO-patiëntenstromen en de tevredenheid over de verleende zorg rond de opening van het Almeerse ziekenhuis in maart 1991.

Scenarioproject eerstelijnszorg

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

In het verslagjaar zijn twee deelstudies in concept afgerond:

- een onderzoek naar trends in het gebruik van de eerstelijnsdisciplines en de medisch specialist;
- een onderzoek naar complexe thuiszorg bij gespecificeerde categorieën chronische patiënten (met behulp van een Delphi-panel).

Ook is gewerkt aan een derde deelstudie dat gericht is op het ontwerpen van organisatiescenario's voor de thuiszorg.

Werkconferentie zorgvernieuwingsprojecten thuiszorg

In het kader van het beleidsprogramma zorgvernieuwingsprojecten van het ministerie van WVC heeft het NIVEL in 1990 een werkconferentie 'Zorgvernieuwing in de thuiszorg' georganiseerd. De conferentie markeerde de start van het beleidsprogramma zorgvernieuwingsprojecten van het ministerie van WVC. In het kader van dit programma ondersteunt het ministerie een tiental om uiteenlopende redenen interessante projecten op het terrein van zorgvernieuwing. De conferentie diende om de projecten een betere bekendheid te geven en om de onderlinge uitwisseling van ervaringen mogelijk te maken.

Registratie innovatieve projecten

In samenwerking met het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) en het Landelijk Bureau Coördinatie eerste/tweede lijn is een registratie opgezet van innovatieve projecten in de Nederlandse gezondheidszorg. Het afgelopen jaar heeft de eerste inventarisatieronde plaatsgevonden die bestond uit twee fasen. In de eerste fase zijn via de organisaties in de gezondheidszorg projecten opgespoord, en in de tweede fase is bij deze projecten een schriftelijke enquête afgenomen. De verzamelde gegevens zijn opgeslagen in een speciaal daarvoor ontwikkeld 'online'-documentatiesysteem.

Evaluatie HMO-achtige experimenten

Het afgelopen jaar zijn voorstellen gemaakt voor de evaluatie van een tweetal Health Maintenance Organisation (HMO-)achtige experimenten. Het eerste betreft een experiment in het gezondheidscentrum Lewenborg in Groningen. Het onderzoek hiernaar wordt gesubsidieerd door WVC.

Het tweede betreft een experiment van een huisartsgroep in Goes, waarvoor subsidie is aangevraagd bij de Ziekenfondsraad.

Onderzoek naar implementatie huisartsgroepen

Hiervoor is een voorstel ontwikkeld, maar nog niet ingediend.

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

Geen activiteit.

2.5. Volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg

2.5.1. Resultaten

Het jaar 1990 is het laatste jaar dat het themagebied 'Volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg' als zodanig functioneert. Bezuinigingen dwingen ons het themagebied op te heffen en de verschillende registratie-systemen van beroepsbeoefenaren in de eerste lijn bij de andere themagebieden (fysiotherapie, verloskunde, etc.) onder te brengen. Aangezien deze verandering ongeveer halverwege 1990 moest worden doorgevoerd, is het onderzoeksprogramma binnen het themagebied gestagneerd en voor 1991 en verder geschrapt. Het blijft wel de bedoeling om uit de verschillende registraties overzichten te blijven publiceren van omvang, samenstelling en spreiding van de verschillende beroepsbeoefenaren. Deze overzichten worden ook over 1990 vermeld. Het betreft hier de registraties van gevestigde en nog niet gevestigde huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten. Daarnaast zijn ramingen gemaakt van de toekomstige behoeften aan huisartsen en fysiotherapeuten en is een proefschrift over de positie van vrouwelijke huisartsen afgerond.

Huisartsen en aspirant-huisartsen

Per januari 1990 telde Nederland 6389 huisartsen; 1 huisarts op elke 2330 inwoners. Van de West- Noord- en Zuideuropese landen heeft Nederland daarmee naar verhouding de minste huisartsen, als men Zweden, waar de huisarts geen 'standaard-voorziening' is, even niet meerekent.

Sinds de invoering van een wettelijk vestigingsbeleid is het aantal huisartsenplaatsen in Nederland slechts mondjesmaat toegenomen. Op 1 januari 1986 telde Nederland 6139 huisartsen; drie jaar daarvoor nog 5591. Stelt men het aantal huisartsen per 100, dan waren er in 1983 91 en per 1990 104. Nieuwe vestigingen van huisartsen in de periode 1986 tot heden hebben vooral plaatsgevonden waar nog ruimte was; de ongelijke spreiding is afgenomen. Het is niet zo dat het vestigingsbeleid, waar gemeentelijke commissies de beslissing nemen, nu voor een sterke toename van vestigingen van vrouwelijke huisartsen hebben gezorgd; het percentage vrouwelijke huisartsen was 9 in 1986 en 12 in 1990.

Nog steeds praktizeert iets meer dan de helft van het aantal huisartsen (55%) in een solo-praktijk. Het percentage solisten was in 1970 86, in 1980 66 en in 1985 59. Het percentage huisartsen in groeps-praktijk (3 of meer huisartsen) en (multidisciplinair) gezondheidscentrum was in 1990 respectievelijk 8 en 8½%.

Toekomstige behoefte aan huisartsen

Even afgezien van het probleem, dat voorspellen moeilijk is, vooral als het om de toekomst gaat, is het toch wel zinvol om zo nu en dan te bezien of bijvoorbeeld het huidige (gereduceerde) aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen voldoende is om aan de te verwachten vraag te voldoen.

Stel, dat de huisarts de aangewezen coördinator wordt voor de thuiszorg, dan zouden er per waarneemgroep 1 à 2 huisartsen bij moeten komen; een groei van 15 à 25 %.

Ook de vergrijzing en de toename van de bevolking eisen de nodige extra verzorging; een groei van 12 procent tot het jaar 2000 is hier voorzien. Als men er dan bovendien van uitgaat, dat ook in de huisartspraktijk misschien een VUT-regeling zou moeten worden ingesteld (al is dat in de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, waar de steeds duurder wordende VUT-voorzieningen kritisch worden bekeken, niet zo waarschijnlijk) en dat wellicht een 38-urige in plaats van de huidige 48-urige werkweek zou moeten worden ingevoerd, dan heeft men wel 700 opleidingsplaatsen nodig in plaats van de huidige 260. Ook al is het niet waarschijnlijk dat alle genoemde ontwikkelingen zich zullen voordoen; men zal zich dienen te realiseren, dat het huidige aantal opleidingsplaatsen marginaal is en geen ruimte biedt voor versterking van de positie of verzwaring van de taak van de huisarts. Verhoging van het aantal opleidingsplaatsen naar ten minste 400 lijkt geen overbodige luxe.

Vrouwelijke huisartsen

Het is een gegeven dat vrouwelijke huisartsen er minder vaak in slagen om zich zelfstandig als huisarts te vestigen, dan hun mannelijke collega's. Komt dat nu omdat ze een voorkeur hebben voor schaarsere posities als huisarts in dienstverband of in een associatie, liefst part-time, of willen mannelijke en vrouwelijke huisartsen eigenlijk hetzelfde (zich gewoon zelfstandig vestigen), maar lukt het vrouwen niet om dat te realiseren door de belemmeringen die in het zoeken naar een praktijk worden opgeworpen.

De resultaten van het onderzoek wijzen niet in de richting van de belemmeringen; vrouwen geven de voorkeur aan de ietwat beschermde posities en als men bijvoorbeeld een zelfstandige vestiging ambieert, dan zijn het niet de sociaal-economische doelstellingen (inkomen, zelfstandigheid) die bij vrouwen de voorkeur voor een dergelijke vestiging bepalen; voor mannen wel.

In de sfeer van de belemmeringen worden huwelijk en kinderen niet als zodanig gezien; wel is het zo dat de vrouwelijke artsen vaker ongehuwd zijn. Misschien loopt men al op de belemmeringen vooruit. Als men begint met zoeken naar een praktijk dan willen mannen en vrouwen hetzelfde. In de loop van het zoekproces verdwijnt voor de vrouwen de zelfstandige vestiging

uit hun zoekgedrag en komt men bijna vanzelf terecht op de markt voor meer beschermde praktijkvormen.

Voor vrouwen met een partner is de partner niet automatisch tot steun. In tegenstelling tot de situatie voor mannelijke huisartsen is het veel minder waarschijnlijk dat de partner als achterwacht kan worden ingeschakeld. En wil men een praktijk overnemen, dan was tot voor kort (en wellicht weer in toenemende mate) de voorkeur van de vertrekkende arts van belang. Deze voert zijn patiënten nog wel eens sprekend op als het gaat om een voorkeur voor een mannelijke opvolger. Voor vrouwen en mannen geldt, dat het vinden van een praktijk makkelijker gaat als er al huisartsen in de naaste familie zijn.

Het algemene beeld is, dat vrouwelijke huisartsen niet fanatiek genoeg zijn en hun verwachtingsniveau wat sneller aanpassen na teleurstellende ervaringen. Het is niet zo dat ze geen zelfstandige praktijk zouden willen. Toch zou een groter aantal plaatsen in maatschappen en in dienstverbanden voor die artsen (man en vrouw), voor wie het solistisch zelfstandig ondernemerschap teveel extra rompslomp is, een uitkomst zijn. Veel jonge artsen willen liever op die wijze functioneren.

Verloskundigen

Het aantal werkzame verloskundigen bedroeg per januari 1990 1075; ongeveer 1 op elke 3900 vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Per jaar studeren ongeveer 65 verloskundigen af van de drie academies. Naar verhouding zijn dat er meer dan bij de huisartsen (er zijn ongeveer 6500 huisartsen; dat zou betekenen dat er 400 huisartsen per jaar zouden afstuderen; het zijn er 260). Er zijn 485 verloskundigen-praktijken; ongeveer 60% werkt solistisch. Van de 1075 verloskundigen zijn er 34 man (3%); dit aantal blijft tamelijk stabiel. De provincies met naar verhouding het minste verloskundigen zijn Friesland en Zeeland; het is bekend dat op het platteland vooral de huisarts de verloskunde bedrijft.

Het aandeel van thuisbevallingen in het totaal aantal bevallingen blijft stabiel (1989: 33,4%). Van alle bevallingen namen de verloskundigen 45,7% voor hun rekening, de huisartsen 11,3% en de gynaecologen 43,0%.

Fysiotherapeuten

Gegevens over het aantal fysiotherapeuten werkzaam in de extramurale gezondheidszorg worden eens per twee jaar met behulp van enquêtes verzameld. In 1990 werd bekend hoeveel fysiotherapeuten er in 1989 waren. Vergeleken met 1987 nam het aantal fysiotherapeuten toe met 7% tot 9640. Omgerekend naar volledige arbeidsplaatsen is er één fysiotherapeut per 1750

inwoners beschikbaar. Verreweg de meeste fysiotherapeuten vindt men in Noord-Holland (gemiddeld 1 op 1450 inwoners); in Drenthe zijn er meer dan de helft minder en vindt men er 1 op 2370 inwoners). In 38% van de ruim 3500 fysiotherapie-praktijken is slechts één fysiotherapeut aanwezig. In 17% van de praktijken vindt men vijf of meer therapeuten. Het gemiddelde aantal fysiotherapeuten per praktijk is 2,84. Van alle fysiotherapeuten is 47 procent van het vrouwelijk geslacht. Gemiddeld werken de vrouwen 27 uur per week en hun mannelijke collegae 42 uur. Van de fysiotherapeuten werkt 30% meer dan 40 uur per week.

Fysiotherapie in de toekomst

Als men de lijn zou doortrekken van de groei in het gebruik van diensten van de fysiotherapie van de laatste vijftien jaar, dan zou men tussen nu en 2000 over een verdubbeling spreken. De meerderheid van de deelnemers aan het 'beleids-symposium 100 jaar fysiotherapie en nu verder' verwacht, desgevraagd, niet dat deze trend zich zal voortzetten. Men gaat ervan uit, dat eigen bijdragen van de patiënt het gebruik zullen afremmen. Men denkt overigens wel dat fysiotherapie in het basispakket van de ziektekostenverzekering blijft. Een toename van het gebruik van de diensten van de fysiotherapeut verwacht men door een grotere bekendheid bij de huisarts en de toename van het aantal aandoeningen van het bewegingsapparaat. Voorts verwacht men dat de belangstelling voor de fysiotherapie-opleiding zal afnemen, dat het aantal part-time functies zal toenemen en dat er een grotere contracteervrijheid tussen verzekeraars en fysiotherapeuten komt.

Beroepsprestige huisarts

In het verslagjaar is een artikel geschreven ten behoeve van Huisarts en Wetenschap over het beroepsprestige van de huisarts onder de titel 'De huisarts: een heer van stand of middenklasser?'. Hieruit blijkt dat de huisarts een lichte daling op de beroepsprestigeladder heeft doorgemaakt, vooral ten gunste van ondernemers en hoge administratieve functies. Niettemin kan de huisarts anno 1990 nog steeds worden gekarakteriseerd als een 'heer of dame van stand' gezien haar positie in de subtop van de beroepsprestigeladder. Bovendien blijkt de huisarts voor veel mensen een aantrekkelijk beroep te zijn. bij het laten rangschikken door mensen van 28 beroepen naar aantrekkelijkheid wordt de huisarts hoog ingedeeld. Als het gaat om de aantrekkelijkheid zoals men veronderstelt dat die in de maatschappij aanwezig is dan wordt de huisarts helemaal bovenaan gezet. Gaat het om de aantrekkelijkheid voor de respondent zelf dan komt het beroep huisarts op de zevende plaats terecht.

2.5.2 Voortgang

Huisartsenregistratie

In 1990 heeft de rationalisatie van de huisartsenregistratie veel tijd gekost. Een en ander had tot gevolg dat een deel van de mutaties (nieuwe vestigingen) nog niet verwerkt zijn en derhalve nog geen statistische overzichten gemaakt kunnen worden. Overigens is in 1990 een aantal lezingen gegeven over de vestigingsmogelijkheden voor huisartsen.

Registratie nog niet gevestigde huisartsen

In 1990 zijn alle enquêtes verwerkt. Door de bezuinigingen in 1990 was er geen tijd om de gegevens te analyseren en te beschrijven in een brochure. Voor de peiling 1 januari 1991 wordt een enigszins aangepaste enquête gemaakt, waarin een aantal vragen wordt opgenomen over het waarnemen en vestigingsvoorkeuren.

Verloskundigenregistratie

Voor deze registratie zijn op 1 januari 1990 enquêtes verstuurd naar alle verloskundigen. De gegevens zijn verwerkt, geanalyseerd en beschreven in een brochure en in het jaarlijks statistische overzicht. Verder zijn, zoals gebruikelijk, de voorbereidingen getroffen voor de jaarlijkse peiling 1991.

Registratie pas afgestudeerde verloskundigen

Voor deze registratie zijn op 1 januari 1990 alle pas afgestudeerde verloskundigen geënuquêteerd. Deze gegevens zijn verwerkt, geanalyseerd en beschreven in een brochure en in het jaarlijkse statistische overzicht. Ten behoeve van de peiling 1991 zijn weer de nodige voorbereidingen getroffen.

Registratie werkzame fysiotherapeuten

De groep fysiotherapeuten wordt om de twee jaar geënuquêteerd. In 1990 is een deel van de tijd gebruikt om de peiling 1989 te verwerken. Toen de verwerking achter de rug was, zijn de gegevens geanalyseerd en beschreven in een brochure en in het jaarlijkse statistische overzicht (dit laatste is in concept gereed). Ten behoeve van de peiling 1991 zijn weer de nodige voorbereidingen getroffen. Bij deze laatste peiling zullen, in tegenstelling tot voorgaande peilingen, niet alle fysiotherapeuten geënuquêteerd worden, maar alleen de praktijken.

Onderzoek pas afgestudeerde fysiotherapeuten

De gegevens uit de enquête 1989 zijn verwerkt en zijn voor analyse gereed. Vanwege de bezuinigingen is de analyse enigszins vertraagd, terwijl de peiling 1991 wat naar achteren is geschoven.

Apothekersregistratie

Vanwege de bezuinigingen is de opzet van deze registratie op de lange baan geschoven.

Verloskundige activiteiten van huisartsen

In 1984 zijn voor de laatste maal gegevens verzameld over de verloskundige activiteiten van huisartsen. Om inzicht te krijgen of er in de loop der tijd veranderingen zijn opgetreden, is in 1990 een vergelijkbare enquête verstuurd naar een steekproef van huisartsen. De analyse van deze gegevens zal in 1991 plaatsvinden.

Evaluatie Invoering Verloskundige Indicatielijst

In 1990 zijn alle verloskundigen, gynaecologen en een deel van de huisartsen geënquêteerd omtrent hun oordeel over de Verloskundige Indicatielijst en het gebruik daarvan. Op basis van deze gegevens is reeds een groot aantal analyses uitgevoerd en besproken binnen de begeleidingscommissie. Verder zijn in 1990 de interviews (gehouden in 1989) onder alle medisch adviseurs van de ziekenfondsen geanalyseerd en beschreven.

Evaluatie Experimentele Verloskundige Indicatielijst

In 1990 is een onderzoeksvoorstel geschreven omtrent het opzetten en evalueren van verloskundige samenwerkingsverbanden. Voor de uitvoering van dit onderzoek (vanaf 16 oktober 1990 gestart) is een samenwerking opgezet tussen het Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing (CBO) en het NIVEL. Het CBO zorgt voor het opzetten en ondersteunen van de samenwerkingsverbanden, terwijl het NIVEL de proces- en effect-evaluatie voor haar rekening neemt. In 1990 hebben gesprekken plaatsgevonden met een aantal samenwerkingsverbanden, terwijl er oproepen voor deelname zijn geplaatst.

2.6. De huisartspraktijk

2.6.1. Resultaten

Het jaarverslag 1990 biedt een eerste overzicht van resultaten uit de Nationale Studie. Eerst worden de resultaten van de 12 oorspronkelijke deelprojecten weergegeven en vervolgens de resultaten van nieuwe projecten, al dan niet in samenwerking met anderen uitgevoerd.

Deelproject 1 Morbiditeit in de huisartspraktijk

Het afgelopen jaar is door dit deelproject meer inzicht ontstaan in het voorkomen van ziekten in de bevolking en wat daarvan aan de huisarts gepresenteerd wordt. Deze vergelijking is het zuiverst te trekken voor de (ernstige) chronische aandoeningen. Dan blijkt de huisarts in 3 maanden meer dan 60% van de patiënten met neurologische aandoeningen (b v. ziekten van Parkinson, epilepsie, multiple sclerose), met maag-darmaandoeningen (b v. maagzweer/ziekte van Crohn) met kanker en met suikerziekte te zien. Patiënten met frequent voorkomende aandoeningen als CARA en reuma blijken slechts in 20 tot 30% van de gevallen de huisarts voor deze aandoeningen te bezoeken. Patiënten met psychische problemen komen relatief het minst met dit probleem bij de huisarts: men komt wel bij de huisarts maar voor andere aandoeningen.

Er zijn wat betreft de presentatie van gezondheidsproblemen aan de huisarts verschillen geconstateerd tussen stad en platteland. In het algemeen mag gesteld worden dat de huisarts op het platteland vaker patiënten met ernstige chronische somatische aandoeningen op bezoek krijgt, terwijl het accent in de grote stad meer ligt op psychosociale klachten binnen vaak complexe problematiek. Als bewijs hiervan mag gelden dat de huisarts in de stad veel vaker constateert dat het aangeboden probleem "géén ziekte" betreft dan de plattelandshuisarts. Aan de andere kant kunnen eigenaardigheden binnen bevolkingsgroepen en/of groepen huisartsen ook een rol spelen: zo wordt de diagnose 'depressie' vaker op het platteland en de diagnose 'acute stress/nervositeit' vaker in de stad gesteld. Verloskunde is vooral plattelandswerk, verslavingszorg een taak in de stad. Men moet daarbij beseffen dat binnen de grotestadsbevolking (ernstig) chronische aandoeningen en psychische problemen vaker voorkomen dan binnen de plattelandsbevolking.

Indien we aan deze stad-platteland verschillen variaties in sociale positie toevoegen, worden de verschillen in gezondheid(szorg) nog groter. Terwijl de laag-opgeleiden aanzienlijk ongezonder zijn dan de hoog-opgeleiden, is men in de stad bovendien ongezonder dan op het platteland. Dit resulteert voor wat betreft (ernstige) chronische somatische aandoeningen in een 3-voudig

verschil tussen de hoog-opgeleide op het platteland en de laag-opgeleide in de grote stad. Dit patroon gaat evenzeer op voor psychische problematiek, zij het dan onder de hoog-opgeleiden in de grote stad veel meer psychische problemen voorkomen dan elders en evenveel als onder de laag-opgeleiden in de grote stad. In het algemeen komen de laag-opgeleide mensen vaker met hun problemen bij de huisarts dan de hoog-opgeleide mensen.

Evenwel komen de hoog-opgeleiden met psychische problematiek in de grote stad relatief minder frequent met hun problemen bij de huisarts dan dezelfde personen op het platteland.

Kortom de huisarts in de stad ziet een ander morbiditeitspatroon gepresenteerd dan zijn collega op het platteland, maar dit geldt evenzeer voor een huisarts met een praktijk met weinig hoog-opgeleiden ten opzichte van zijn collega met bijvoorbeeld een grote particuliere praktijk.

Deelproject 2 Huisarts en Chronische aandoeningen (samen met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut)

Het gegeven dat de huisarts 'specialist in comorbiditeit' is, is binnen dit deelproject nader onderzocht. Zowel analyses naar incidentie als prevalentie comorbiditeit zijn verricht. Een opvallend resultaat is dat onder patiënten met de geregistreerde chronische aandoeningen (CARA/hart-vaat/bewegingsapparaat/diabetes mellitus) zich veel acute maagdarmproblematiek manifesteert.

Bij analyses rond comorbiditeit bij diabetes mellitus type II kwam het hoge percentage acute infecties, hart-vaataandoeningen en psychosociale problemen naar voren terwijl de klassieke complicaties veel minder frequent optreden.

Het hanteren van diagnostische criteria bij het stellen van diagnoses is ook aan een nader onderzoek onderworpen. Zonder dat van een of andere interventie sprake is geweest, blijkt door de deelnemende huisartsen gemiddeld 74% van de relevante diagnoses (CARA/hart-vaat/bewegingsapparaat/diabetes) volgens diagnostische ICHPPC-2 criteria gesteld te worden. De minste problemen treden op bij hypertensie en diabetes, aandoeningen waarvoor expliciete numerieke criteria beschikbaar zijn. Bij CARA treden de meeste problemen op; het woord zegt het eigenlijk al: chronische a-specifieke respiratoire aandoeningen.

Er is in het jaar een begin gemaakt met de analyses voor de vraag in hoeverre huisartsen volgens een afgesproken beleid hun patiënten met voornoemde chronische aandoeningen vervolgden en welke consequenties dit had. Opnieuw beet de diabetespatiëntenpopulatie het spits af. Het ziet ernaar uit dat huisartsen, die zich beter houden aan het afgesproken beleid, enerzijds meer diabetes-gerelateerde problemen en/of complicaties opsporen,

anderzijds hebben hun patiënten aanzienlijk minder maagdarmproblemen en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Deelproject 3 Huisarts en preventie

De eerste vraag die in het kader van het deelonderzoek 'preventie' geformuleerd wordt, luidt: welke mogelijkheden hebben huisartsen om preventie te bedrijven. Letten we op de hoeveelheid assistentie waarover de gemiddelde huisartspraktijk kan beschikken en het type patiëntenregistratie waarmee gewerkt wordt, dan is de gemiddelde huisartspraktijk zeker niet toegerust op grootscheepse campagnes waarbij patiënten worden opgeroepen zich aan onderzoek te onderwerpen. De huisartspraktijk is beter ingericht om eenmaal vastgestelde 'gevallen' verder goed te vervolgen. De noodzakelijke gegevens blijken in zo'n geval meestal vastgelegd te worden. Noodzakelijke gegevens worden echter niet routinematig van iedere patiënt verzameld, eerst moeten de klachten aanleiding tot dergelijke registratie geven.

In de huisartspraktijk worden patiënten met een zekere regelmaat gezien, zodat deze plaats zich in principe goed zou lenen voor het en passant uitoefenen van een aantal preventieve taken tijdens het spreekuur. Gemiddeld bleek 38% van de bij de huisarts ingeschreven patiënten in een periode van 3 maanden minstens een spreekuurcontact te hebben gehad. Toch geven de hier weergegeven resultaten aanleiding tot enige relativering van deze stelling. Zo lijkt de trefkans via het spreekuur van jongere mannen (30 tot 40 jaar) relatief gering (ongeveer 30%). Dit effect wordt nog versterkt wanneer het gaat om hoger opgeleide jonge mannen dan wel jonge mannen die niet verzekerd zijn voor huisartsenhulp. Eenzelfde effect in wat mindere mate kan voor vrouwen geconstateerd worden.

Oudere vrouwen (vanaf 55 jaar) die nooit gehuwd geweest zijn worden in wat mindere mate (40-45 %) door de huisarts op het spreekuur gezien dan gehuwde, gescheiden of verweduwde vrouwen (50%).

Particulier verzekerden ziet de huisarts systematisch wat minder dan ziekenfondsverzekerden. Zoals gezegd wordt dit effect versterkt wanneer de particulier verzekerde niet voor huisartsenhulp is verzekerd.

Allochtonen worden niet minder door de huisarts gezien dan Nederlanders. Ook stads-plattelandsverschillen zijn wat betreft het aantal spreekuurcontacten met de huisarts nauwelijks geconstateerd in het aantal contacten met de huisarts.

Als volgende vraag voor dit deelonderzoek werd gesteld: welke preventieve activiteiten worden met welke frequentie door de onderzochte huisartsen uitgevoerd.

In het algemeen laten zich de volgende conclusies formuleren:

1. screening van risicogroepen op hypertensie, baarmoederhalskanker of borstkanker vindt niet spontaan door de huisarts plaats maar pas als de klacht aanleiding geeft of de patiënt er om vraagt.
2. Hoewel met name jongeren uit de hogere sociale klassen (hoger opgeleiden, particulier verzekerden) minder vaak contact met hun huisarts hebben, worden deze groepen vaker 'gescreend' dan leeftijdsgenoten uit lagere sociale milieus.
3. Screening op baarmoederhalskanker en borstkanker vindt relatief vaak plaats binnen leeftijdsgroepen waarvoor dit, volgens de officiële richtlijnen, (nog) niet zo nodig is.

Men zou kunnen vermoeden dat de twee laatste conclusies voortspuiten uit de eerste, namelijk dat screening vooral plaats vindt op verzoek van de patiënt en dat jongere patiënten uit hogere milieus mondiger zijn dan ouderen of patiënten uit de lagere milieus.

Per onderzochte activiteit laten zich de volgende conclusies formuleren.

- Hypertensie:

Percentage spreekuurcontacten in 3 maanden waarin bloeddruk wordt gemeten is 15,6%, maar het is moeilijk vast te stellen in hoeverre men hier van preventie in de zin van vroegtijdige opsporing van een onbekend risico kan spreken. Een belangrijk deel van de bloeddrukcontroles betreft bekende hypertensieven; het is echter verdedigbaar om de controle hiervan ook tot een vorm van preventief handelen te bestempelen. Andersom kan men stellen dat een belangrijk deel van de gedefinieerde risicogroep, de 30 tot 60-jarigen, buiten de regelmatige controle door de huisarts vallen. Het deel van de populatie tot 45 jaar dat in drie maanden gecontroleerd wordt, ligt beneden de 10% (mannen) of 15% (vrouwen).

Hoe jonger men is, des te minder vaak vindt bloeddrukmeting plaats; het geschiedt meer bij hoger opgeleide jongeren (maar die hebben een zeer geringe trefkans), en meer bij particulieren (idem). Veelal geschiedt de tensiemeting naar aanleiding van de klacht. Dit is conform hetgeen de huisartsen zelf over het eigen gedrag rapporteerden, maar tegen het ideaal van de helft van de deelnemende artsen. De huisarts ziet een bloeddrukmeting zelden als screening van een risicogroep, indien dit wel zo is, dan betreft het erg vaak een pilcontrole.

- Baarmoederhalskanker:

Het percentage spreekuurcontacten waarin een uitstrijkje wordt gemaakt is 1,1%. Hiervoor geldt hetzelfde als bij de bloeddrukmeting, hoeveel hiervan is preventie?

Uitstrijkjes worden relatief veel gemaakt bij de nog niet als risicogroep beschouwde groep 30 tot 34-jarigen. Boven de 50 jaar neemt het aantal uitstrijkjes af. Hoger opgeleide en particulier verzekerde vrouwen worden vaker gescreend. In de grote steden worden vrouwen minder vaak gescreend, met als uitzondering de jongste onderzochte categorie in de grootste steden.

Een uitstrijkje is opnieuw geen initiatief van de arts: de klacht geeft er aanleiding toe of het geschiedt op verzoek van de vrouw. Dit stemt opnieuw overeen met wat de artsen rapporteren over hun gedrag maar niet met hun ideaal: screening van risicogroepen.

- Borstonderzoek:

Het percentage spreekuurcontacten waarin borstonderzoek heeft plaatsgevonden is ongeveer 2,5%. Bovendien wordt in 0,5% van de contacten van de vrouwen tussen 50 en 70 jaar een mammografie aangevraagd. Voor deze vorm van screening geldt ongeveer hetzelfde als voor baarmoederhalskanker: relatief geschiedt dit vaker voor de groep die (nog niet) als risicogroep wordt beschouwd. Het gebeurt vaker bij hoger opgeleiden en particulier verzekerden.

Het gebeurt naar aanleiding van de klacht of op verzoek van de vrouw. De artsen zeiden dit zelf ook al. Mammografie wordt slechts zelden waargenomen en hoofdzakelijk bij de jongste onderzochte categorie. Oudere vrouwen op het platteland blijven achter.

- Spontane visites bejaarden:

Bejaarden worden in het algemeen veel door de huisarts gezien; hoewel ze boven de 75 jaar beduidend minder op het spreekuur verschijnen wordt dit meer dan gecompenseerd door andere vormen van contact, met name huisbezoek.

Spontaan op visite gaat de huisarts bij ongeveer 5% van zijn patiënten boven de 65 jaar. Bezien we de groep boven de 85 jaar, dan wordt bij ongeveer één op de acht wel eens een spontaan huisbezoek afgelegd in een periode van drie maanden. Spontaan huisbezoek wordt minder in de grote steden afgelegd dan in suburbaan of ruraal gebied. Hoewel bij het begrip 'spontaan' het initiatief duidelijk bij de arts legt, is er meestal toch sprake van klachten. Waar we spreken van preventie, zal het hier dan gaan om tertiaire preventie: in de gaten houden of het niet erger wordt.

- Patiëntenvoorlichting:

Dit is in 3,7% van de spreekuurconsulten opgetekend. Het is door de artsen als handeling in het consult genoteerd bij 1,7% van de mannelijke en 2,6% van de vrouwelijke populatie. 5,2% van de mannelijke en 6,2% van de vrouwelijke bezoekers werd hier tenminste eenmaal in drie maanden mee geconfronteerd.

Behalve deze, in het voorgaande uitvoerig geanalyseerde handelingen, zijn er nog andere activiteiten van huisartsen die als preventief zijn te duiden.

Hierbij valt te denken aan:

- preventieve immunisatie, vaccinatie en profylactisch medicijn

In de registratieperiode werd:

* 1339 maal BMR/DKTP gevaccineerd en/of malaria profylaxe voorgeschreven;

* 236 maal tegen tyfus/cholera gevaccineerd en/of diarree profylaxe voorgeschreven;

* 326 maal tegen tetanus, polio en/of rabies gevaccineerd;

* 3907 maal tegen influenza gevaccineerd;

* 5 maal tegen rubella gevaccineerd.

- consultatiebureau voor zuigelingen: 1/3 deel van de artsen gaf aan dat ze ook als consultatiebureau arts werkzaam waren.

- pre- en postnatale zwangerschapscontrole: 2118 consulten konden worden aangemerkt als zwangerschapscontrole

- tertiaire preventie/monitoring bij onder andere diabetes, en overige chronische aandoeningen. Men raadplege hiervoor de rapportage van de deelonderzoeken 'standaarden' en 'chronische ziekten'.

Al met al blijft het fenomeen preventie in zijn zuivere vorm moeilijk te vangen binnen de huisartspraktijk, maar zou men kunnen stellen dat in een kwart van zijn contacten sprake is van een zekere preventieve activiteit: omdat een bloeddruk wordt gemeten, een goede raad wordt gegeven, een uitstrijkje wordt gemaakt, of eens langs gegaan wordt bij een oudere bedlegerige patiënt.

Of het altijd even zinvol is, kan men zich afvragen: we zagen dat verschillende vormen van screening vooral bij die groepen plaatsvindt waar de trefkans van een afwijking gering is; over de kwaliteit van de gegeven goede raad is een uitspraak niet mogelijk.

Voldoende systematisch is het zeker niet. Het is een werkwijze die in het algemeen pas tot opsporing leidt als de patiënt zelf al het idee begint te krijgen dat er wel eens iets mis zou kunnen zijn.

Ten slotte werd nagegaan in hoeverre meningen van huisartsen en de mogelijkheden die ze tot hun beschikking hebben van invloed zijn op de mate waarin ze preventieve activiteiten ondernemen.

De idealen die men uitspreekt over systematische vroegtijdige opsporing en het feitelijk geconstateerde gedrag hebben geen verband met elkaar. Ook kon geen verband worden aangetoond tussen de aanwezigheid van relevante randvoorwaarden als een op screening ingericht registratiesysteem of assistentes met speciale taken enerzijds, en de mate waarin men de betreffende activiteiten uitvoerde. Het enige verband dat gevonden werd had te maken met praktijkgrootte. Artsen die minder patiënten op hun naam hebben staan zien relatief een groter deel van hun populatie in 3 maanden tijd en ondernemen daarnaast relatief (dus per bezoeker) meer preventieve activiteiten.

Deelproject 4 Diagnostiek in de huisartspraktijk (samen met de vakgroep huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde van de Vrije Universiteit)

De Nederlandse huisarts laat voor ongeveer 75 miljoen gulden aan klinisch chemisch, hematologische en serologische bepalingen verrichten. Door de huisartsen in de Nationale Studie werden 51.043 (klinisch-chemische, hematologische en serologische) bepalingen aangevraagd bij 16.002 problemen (4% van alle aangeboden problemen). Per probleem waarbij laboratoriumdiagnostiek plaatsvond, werden gemiddeld 3,2 bepalingen verricht of aangevraagd. Bij de helft van de problemen met bloedonderzoek ging het om één bepaling per probleem, bij 25% om twee tot vier bepalingen per probleem, en in de overige gevallen werden meer dan vier bepalingen per probleem verricht of aangevraagd. Het is dus niet zo dat huisartsen 'maar raak aanvragen'.

Bij de helft van het aantal problemen waarbij bloedonderzoek plaatsvond, werden de bepalingen in de eigen praktijk verricht (8.258 bepalingen, gemiddeld 1,1 bepaling per probleem). Bij de overige problemen werd onderzoek aangevraagd (42.785 bepalingen, gemiddeld 4,7 bepalingen per probleem).

De top-10 van het verrichte of aangevraagde bloedonderzoek omvat 68% van alle bloedonderzoeken, maar slechts 51% van het totaal aantal zogenaamde 'Spaanderpunten' (en 41% van de kosten, wanneer de toeslagen worden meegerekend). De duurste bepalingen vallen dus buiten de top-10.

'Mononucleosis infectiosa' is de werkhypothese waarbij relatief gezien de meeste bepalingen zijn aangevraagd. Deze bepalingen werden voornamelijk in een extern laboratorium verricht. Anders is de verhouding interne/externe diagnostiek bij problemen als diabetes mellitus en anemie waarbij de bepa-

lingen in de helft van de gevallen in de eigen praktijk werden verricht. In absolute zin werden de meeste bepalingen verricht bij de vaak gestelde (waarschijnlijkheids)diagnose 'diabetes mellitus'. Het percentage van de problemen waarbij de huisarts bloedonderzoek aanvroeg, varieert van 2% bij (verdenking op) bronchitis en cystitis tot 62% bij verdenking op mononucleosis infectiosa en 64% bij verdenking op anemie NNO. De werkhypothese 'geen ziekte' werd geformuleerd bij diverse contactredenen, zoals algemene malaise, vertigo, verzoek om bloedonderzoek, algehele keuring of onderzoek na een trauma.

Eenvoudige bepalingen als Hb/Ht en leukocytentellingen komen bij vrijwel alle werkhypothesen in de top-12 voor. Bij elke werkhypothese is er echter een enorme variatie in de soort bepalingen die werden aangevraagd: gemiddeld 45 verschillende bepalingen per probleem, variërend van 28 bepalingen bij vetverteringsstoornissen tot 63 bepalingen bij algemene malaise.

Deelproject 5 Voorschrijven van geneesmiddelen

De basisgegevens van dit deelproject zijn nog niet beschikbaar (het project is verlengd tot oktober 1991), maar er is wel een studie verricht naar de kwaliteit van het voorschrijven van geneesmiddelen met behulp van standaarden die zijn vastgesteld met betrekking tot de effectiviteit van geneesmiddelen, en door de deelnemende huisartsen een zestal 'vignetten' voor te leggen en hun reacties in de medicatie als adequaat of inadequaet te laten beoordelen. Even afgezien van de kanttekeningen die men bij deze (op zichzelf niet ongebruikelijke) methode kan plaatsen kan men de volgende resultaten vermelden.

Volgens de aangelegde standaarden is het voorschrijfgedrag van huisartsen in de Nationale Studie van redelijke kwaliteit (10% niet acceptabel, terwijl in andere studies zo'n 20% werd gevonden). Dit komt overigens omdat in de Nationale Studie betrekkelijk vaak niet werd voorgeschreven. Er is een duidelijk verband tussen enkele kenmerken van huisartsen en de mate waarin vooral symptoomgericht wordt voorgeschreven.

Huisartsen die denken dat psychosociale klachten vaak een rol spelen schrijven minder vaak geneesmiddelen voor evenals huisartsen die positief ten opzichte van alternatieve geneeskunde staan. Schrijven ze daarentegen vaker placebo's voor, dan schrijven ze in het algemeen vaak een geneesmiddel voor. Een niet goed interpreteerbaar resultaat is, dat een arts die niet erg tevreden met zich zelf in zijn werk is minder vaak geneesmiddelen voorschrijft. Huisartsen die het percentage patiënten dat naar hun mening onnodig naar het spreekuur komt hoog inschatten, schrijven vaker een geneesmiddel voor.

Lezers van vakbladen als 'Huisarts en Wetenschap' schrijven beter voor; de hoeveelheid informatie van de farmaceutische industrie die men zegt te bestuderen heeft geen invloed op de kwaliteit van het voorschrijven. Jongere artsen schrijven minder vaak een geneesmiddel voor dan oudere; artsen in solopraktijken schrijven vaker en minder goed voor dan huisartsen in samenwerkingsverbanden.

Deelproject 6 Verloskundige zorg door huisartsen

Van dit deelproject is één onderdeel afgesloten; een studie naar de meningen van de 'consument' over de meest wenselijke plaats en leiding van de bevalling. De studie naar verloskundige en perinatale zorg in de huisartspraktijk wordt in 1991 afgerond.

Een van de belangrijkste conclusies van de 'consumenten-studie' is, dat de thuisbevalling - ondanks alle discussies rond dit specifiek Nederlandse fenomeen - nog steeds op een duidelijke steun in de bevolking kan rekenen. Bijna 39% van alle personen in de leeftijdsgroep van 20 tot 44 jaar geeft de meeste voorkeur aan een thuisbevalling, terwijl 36% zich uitspreekt voor een ziekenhuisbevalling en 25% geen specifieke voorkeur heeft. Tussen mannen en vrouwen bestaan vrijwel geen verschillen in voorkeuren.

Als alleen de voorkeuren van gehuwde vrouwen met kinderen wordt geanalyseerd, dan moet men in de eerste plaats constateren dat de voorkeur voor een thuisbevalling naar verhouding vaker voorkomt bij vrouwen jonger dan 30 jaar (41%), dan bij vrouwen ouder dan 30 jaar (37%). Van deze laatste groep kiest 34% voor een klinische setting tegen 25% van de jongste groep vrouwen. Wellicht dat dit soort verschillen worden ingegeven door het feit dat vrouwen boven de 30 jaar voor zichzelf inschatten dat het krijgen van kinderen op oudere leeftijd waarschijnlijk meer risico met zich meebrengt.

Verder is de bevallingslokatie van het laatste kind van grote invloed op de voorkeuren. Van degenen die de laatste keer thuis zijn bevallen geeft 57% de voorkeur aan een thuisbevalling, terwijl van degenen die de laatste maal in het ziekenhuis zijn bevallen 48% wederom in het ziekenhuis zou willen bevallen.

Een andere conclusie uit deze studie is dat de thuisbevalling vooral bij de hogere sociaal-economische klassen (en dus bij particuliere patiënten, die in principe meer keuze vrijheid hebben) de meeste voorkeur heeft. En tot slot moet nog worden geconcludeerd dat de thuisbevalling vooral op het platteland - dus op wat grotere afstand van het ziekenhuis - de meest gewenste bevallingslokatie is. Dit geldt dan met name in de drie noordelijke provincies van ons land.

Deelproject 7 Fysiotherapie

Zie themagebied paramedische beroepen (hoofdstuk 2.7).

Deelproject 8 Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk

Zie themagebied Huisarts en geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 2.3).

Deelproject 9 Verwijzen in de huisartspraktijk

Er komen twee belangrijke dingen uit het deelproject 'verwijzen'. Ten eerste wordt een groot aantal verbanden die men vindt tussen het aantal verwijzingen per patiënt en verschillende andere variabelen (vrouwen hogere verwijscijfers dan mannen, ziekenfondsverzekerden hoger dan particulieren) vooral verklaard door het grotere aantal contacten van respectievelijk vrouwen en ziekenfondsverzekerden. Tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden vindt men geen verschil in het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts per contact (voor particulieren die niet voor huisartsenhulp zijn verzekerd vindt men zelfs meer verwijzingen op initiatief van de huisarts per contact, dan voor particuliere patiënten die wél voor huisartsenhulp verzekerd zijn).

Ten tweede vindt men niet zozeer verschillen bij de zogenaamde 'actieve' verwijsbeslissingen van de huisarts (zie boven), maar vooral bij de routinematige, administratieve verwijzingen.

Dit zijn met name verwijzingen in de ziekenfondssfeer, omdat daar bij een contact met de EHBO het ziekenfonds achteraf een verwijskaart vraagt, en omdat specialisten bij behandelingen die langer duren dan een jaar een nieuwe verwijskaart nodig hebben. Ook routineverwijzingen naar de oogarts vallen hieronder.

Uit de studie blijkt ook waarom gezondheidscentra lagere verwijscijfers (verwijzingen per patiënt) hebben. En waarom verschillen tussen solo-praktijken enerzijds, en groepspraktijken en gezondheidscentra anderzijds, niet naar voren komen als men door middel van enquêtes aan patiënten vraagt of en hoe vaak men naar de specialist verwezen is.

Het zijn de routinematige, passieve verwijzingen waar de praktijkvormen op verschillen, nog versterkt doordat patiënten van solopraktijken hun huisarts wat vaker zien dan patiënten van meermanspraktijken.

In grotere steden nemen huisartsen vaker het initiatief tot een verwijzing dan in minder geurbaniseerde gebieden, vooral in gebieden die meer dan 15 km van een ziekenhuis af liggen. Hier gaat het om verwijsbeslissingen, verwijzingen op initiatief van de huisarts per contact.

Een nog nader te ontleden verband wordt gevonden tussen het verwijscijfer (actief en passief) per contact en het al dan niet apotheehoudend zijn van de praktijk. In apotheehoudende praktijken zijn minder contacten (vooral op

initiatief van de huisarts) dan in niet-apotheekhoudende praktijken, maar méér verwijzingen.

Tenslotte wordt nog een sterke relatie gevonden (onafhankelijk van de lokatie van de praktijk en de afstand tot het ziekenhuis) tussen de technische uitrusting van de huisarts (vooral het therapeutisch instrumentarium), en de hoogte van het verwijscijfer. Hoe meer instrumenten, des te lager is het aantal actieve verwijzingen per contact. Ditzelfde verband wordt gevonden tussen het verwijscijfer per contact, en de mate waarin de huisarts niet alleen vindt dat bepaalde verrichtingen tot zijn werkterrein behoren, maar de mate waarin hij ze daadwerkelijk uitvoert.

Deelt men verwijzingen in naar soort: verwijzingen ter geruststelling, diagnose, behandeling en combinaties daarvan (de meest voorkomende is diagnose+behandeling), dan worden verwijzingen 'ter behandeling' vooral verder van het ziekenhuis minder vaak uitgevoerd, èn in praktijken met betrekkelijk weinig ouderen en vrouwen in de leeftijd tussen 15 en 44 jaar.

Verwijzingen 'ter diagnose' (per contact) worden vaker uitgevoerd bij particulier verzekerden, door huisartsen die betrekkelijk vaak vinden dat de behandeling van een bepaalde aandoening tot zijn terrein en niet dat van de specialist behoort, en bij huisarts die zich op een breed terrein competent achten.

Deelproject 10 Nazorg en continuïteit van zorg

Dit deelproject werd reeds in 1989 afgesloten; de resultaten ervan staan in het vorige jaarverslag. Voor de volledigheid worden ze nogmaals weergegeven.

Een deel van dit deelonderzoek wordt vermeld bij het themagebied 'Relatie eerste-tweedelijfn'. 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 had 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 psychosociale 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, algemene dagelijks leven(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 eerste beschrijvende gegevens over werkbelasting in de huisartspraktijk, die in het vorige jaarverslag stonden en die in mei 1989 in Medisch Contact gepubliceerd zijn, hadden een voorlopig karakter. Er was namelijk nog geen rekening gehouden met de specifieke vorm van steekproeftrekking en werving van huisartsen, waardoor bepaalde groepen huisartsen oververtegenwoordigd waren bij de deelnemende huisartsen. Door een wegingsprocedure toe te passen is daar nu wel rekening meegehouden.

Het totaal aantal uren, inclusief de beschikbaarheidsdiensten, is 85 uur. Het aantal uren dat feitelijk gewerkt wordt (bij gebrek aan een betere term, beschikbaar zijn is immers ook een vorm van werken die ook belasting met zich meebrengt), bedraagt 50 uur. Dat is twee uur meer per week dan in de eerder genoemde ruwe cijfers. Het verschil is vooral terug te voeren op het feit dat solo huisartsen gemiddeld meer uren werken dan samenwerkende huisartsen.

De contactfrequentie in een periode van drie maanden (het aantal contacten gedeeld door de praktijkpopulatie) bedraagt 1,06. Hiervan is ruim driekwart een contact met de huisarts en bijna een kwart een contact met de praktijk-assistente.

Als contacten zijn ook telefonische contacten meegerekend, maar alleen als deze tot prescriptie of verwijzing leidden. Omdat een deel van de telefonische contacten tot een geruststelling of een eenvoudig advies leidt (even aankijken, rust nemen etc.), is de totale contactfrequentie dus iets onderschat.

De contactfrequentie van ziekenfondspatiënten is hoger dan van particuliere patiënten (resp. 1,15 en 0,86) en van vrouwen is hoger dan van mannen (resp. 1,23 en 0,87).

- Praktijkgrootte en praktijksamenstelling

Huisartsen met een groter aantal patiënten werken meer uren. De praktijkgrootte bepaalt een vijfde van de variantie in het aantal gewerkte uren. Voor de patiënt-gerichte activiteiten (gemiddeld 70% van de gewerkte uren) geldt dat nog sterker. De niet-patiënt gerichte activiteiten worden niet door de praktijkgrootte beïnvloed. Het zijn een soort 'vaste lasten'; ongeacht de praktijkgrootte moet er een zekere hoeveelheid tijd besteed worden aan praktijkorganisatie en -administratie, overleg, het vak bijhouden etc. Er is geen relatie tussen praktijkgrootte en het aantal contacten per patiënt op

initiatief van de huisarts. Ook de contacten op initiatief van de patiënt (per 1000 patiënten) vertonen geen relatie met de praktijkgrootte. Klaarblijkelijk zijn grotere praktijken niet minder toegankelijk voor de patiënten dan kleinere praktijken.

Wel is de gemiddelde duur van de spreekuurcontacten korter in grotere praktijken. Dat kan ook niet anders als de relatie tussen praktijkgrootte en aantal werkuren positief maar verre van perfect is en er geen relatie is tussen praktijkgrootte en contactfrequentie.

Wat betreft de samenstelling van de praktijk wordt bevestigd wat iedereen al dacht: het percentage bejaarden in de praktijkpopulatie is van belang (meer uren in patiënt-gerichte activiteiten, minder in niet-patiënt-gerichte activiteiten, hogere visite ratio en lagere spreekuur ratio en meer contacten op initiatief van de huisarts bij een groter percentage bejaarde patiënten). Andere aspecten van de praktijksamenstelling zijn in mindere mate van belang, maar hangen wel significant samen met aspecten van de werkbelasting: het percentage vrouwen in de praktijk (hogere spreekuurcontactfrequentie en hogere contactfrequentie op initiatief van de patiënt), het percentage mensen met lage opleiding (hogere spreekuurcontactfrequentie) en het percentage ziekenfondspatiënten (minder tijd aan niet-patiënt-gerichte activiteiten).

- Praktijkorganisatie

Wat betreft de manier waarop huisartsen met hun tijd omgaan blijkt dat praktijkvorm, delegatie aan de praktijk-assistente en extra-activiteiten, zoals het voeren van een apotheek en het opleiderschap, van belang zijn. Huisartsen in associaties lijken meer mogelijkheden te hebben om werkbelasting op te vangen; huisartsen die meer delegeren, werken wat minder uren; en huisartsen die extra-activiteiten hebben in de vorm van een apotheek of opleiderschap, besteden vooral meer tijd aan niet-patiënt-gerichte activiteiten.

- Betaling per verrichting en per abonnement

Huisartsen worden voor particuliere patiënten per verrichting of consult betaald en voor ziekenfondspatiënten per abonnement. Gaat dit verschil in betalingswijze samen met een verschil in tijdsbesteding door huisartsen? Waarschijnlijk door het feit dat alle huisartsen een afspraakspreekuur hebben waar ziekenfonds- en particuliere patiënten door elkaar komen en dezelfde tijd in het afspraakboek hebben, vinden we nauwelijks verschillen. Het meest opvallende is eigenlijk wel dat bij contacten op initiatief van de huisarts (waarbij men de duidelijkste verschillen onder invloed van de

honorering zou mogen verwachten) de huisarts veel meer visites op eigen initiatief heeft bij ziekenfondsverzekerden. En dat is iets wat men op basis van een simpel economisch model (als de huisarts afzonderlijk voor iets betaald wordt, doet hij het vaker) niet zou verwachten. Huisartsen schromen op eigen initiatief visites af te leggen bij patiënten die daar zelf voor moeten betalen.

Deelproject 12 Zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg

Het verslagjaar heeft de beschrijvende resultaten van de patiëntenquête opgeleverd. Informatie kwam beschikbaar over de meningen en attitudes van patiënten, over hun gezondheidsgedrag, over de ervaren morbiditeit en over ziektegedrag en medische consumptie.

- Meningen en attitudes van patiënten

Ruim 80% van de respondenten was tevreden over de huisarts: het betrof hier zaken zoals de bereikbaarheid en het informatieve, communicatieve en instrumentele optreden.

Ouderen, ziekenfondsverzekerden en vrouwen zijn meer geneigd hulp te zoeken bij een huisarts voor alledaagse medische problemen.

- Gezondheidsattent gedrag

Tussen de 35 en 40% van de bevolking rookt (voornamelijk sigaretten). Het hoogste percentage (ruim 50%) rokers vinden we bij ziekenfondsverzekerde mannen in de leeftijdsklasse van 25-65 jaar. Het gemiddeld aantal sigaretten per dag bedraagt 15 (voor de rokers).

Ruim 70% van de bevolking drinkt incidenteel of regelmatig alcohol. Meer mannen dan vrouwen geven aan alcohol te drinken; het hoogste percentage wordt gevonden bij de groep 25-45 jarigen.

Op basis van de Quetelet-index kan worden vastgesteld dat circa 6% van de respondenten veel tot aanzienlijk veel te zwaar is.

Het gemiddeld aantal uren slaap bedraagt 8,8 op doordeweekse dagen. 39% van de respondenten zijn actieve sporters.

- Ervaren morbiditeit

Bij de vraag naar een algemeen oordeel over de eigen gezondheid, taxeert circa 85% van de respondenten deze als goed of zeer goed.

De meest genoemde gezondheidsklachten waren hoofdpijn, moeheid, hoesten, verstopte neus en nervositeit. Het gemiddeld aantal gerapporteerde klachten bedroeg ruim 3,5 over een periode van 2 weken. De meest genoemde chronische gezondheidsproblemen zijn rugklachten,

migraine/ernstige hoofdpijn, hoge bloeddruk, aambeien en spataderen. Meer vrouwen dan mannen rapporteren klachten en chronische aandoeningen (resp. 81% versus 74% en 53% versus 46%).

De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn nog opvallender op het vlak van de psychische/psychosociale problematiek. Zo heeft 16% van de vrouwelijke respondenten een GHQ-score (een maat voor geestelijk welbevinden) van 5 of hoger tegenover maar 9% van de mannelijke respondenten. De meest genoemde psychosociale problemen zijn toekomstproblematiek, snelle maatschappelijke ontwikkelingen, het zelfbeeld, de ontplooiings- en ontwikkelingskansen.

Over een periode van 2 maanden heeft bijna 20% van de bevolking 1 of meer dagen verzuimd te werken ten gevolge van ziekte. Het gemiddeld aantal verzuimdagen is bij deze groep circa 13. Daarnaast heeft ruim 31% van de respondenten in de 2 maanden voorafgaand aan het interview wel eens, terwijl men zich ziek voelde, gewerkt, of is naar school geweest of heeft huishoudelijke taken uitgevoerd.

- Medische consumptie

Over een periode van 2 maanden heeft 37% van de ondervraagde personen contact gehad met de huisarts (41% bij de vrouwen versus 32% bij de mannen). Het gemiddeld aantal contacten bedraagt bij deze groep 1,6. 15% heeft contact gehad met een specialist (vooral internisten, chirurgen en oogartsen), met een gemiddeld aantal contacten van 1,8 bij deze groep. Over een periode van een jaar is 13% bij de fysiotherapeut geweest, 6,5% bij de wijkverpleging, 67% bij een tandarts, 3% bij de GGZ, 7,5% bij een alternatieve genezer en 8% is opgenomen geweest in een ziekenhuis.

Circa 30% van de respondenten heeft in een periode van 14 dagen voorgeschreven medicijnen gebruikt; 25% heeft vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt.

Overige projecten in de Nationale Studie

1. Huisarts en geografische verschillen in morbiditeit

In het kader van de Nationale Studie is onderzoek gedaan naar geografische variatie in morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk. In een analyse van verschillen naar huisartspraktijken werd een verband gelegd tussen de gezondheidstoestand van de bevolking en de in de huisartspraktijk gepresenteerde ziekten en problemen. Het meest in het oog springende resultaat was, dat huisartsen in de grote steden gemiddeld een hoger percentage patiënten met verschillende chronische ziekten in hun praktijk hadden, terwijl er aan de andere kant een geringer percentage van die patiënten met hun chronische

ziekte bij de huisarts kwamen. De attractie van een overvloedig aanbod aan specialistische zorg lijkt hiermee van doen te hebben.

De aandacht is hierbij gericht op wat huisartsen doen bij mensen met infecties. Er blijken duidelijke geografische verschillen te zijn. Dokters op het platteland blijken vaker kleine chirurgische ingrepen te verrichten, vaker antibiotica voor te schrijven en meer thuisvisites af te leggen. Aan de andere kant hebben dokters in de grote stad langduriger consulten. Deze verschillen worden niet veroorzaakt door verschillen in soort infecties. De gevonden verschillen bleken wel samen te hangen met kenmerken van de huisartsen en hun praktijkpopulaties. Het aantal kleine chirurgische ingrepen is vooral hoog in relatief gezonde praktijkpopulaties, hetgeen een grotere werkbelasting met zich mee brengt. Het voorschrijven van antibiotica is hoog in grote praktijken en bij huisartsen die niet geneigd zijn risico's te nemen. Het aantal huisbezoeken wordt vooral bepaald door de leeftijdsopbouw van de praktijk.

2. Verschillen in gezondheid en medische consumptie: een kwestie van sexe, sociaal-economische status of maatschappelijke rol?

Gezondheid is niet gelijk verdeeld in de samenleving, ook niet in de Nederlandse. Sinds de 'World Health Organization' in 1985 het opheffen van gezondheidsverschillen als eerste doelstelling formuleerde van het ambitieuze programma: 'Health for all by the year 2000', is ook in ons eigen land meer aandacht ontstaan voor groepen burgers die een slechtere gezondheid hebben of minder gebruik maken van medische voorzieningen dan wenselijk is. In de Nota 2000 is dit expliciet tot doelstelling gemaakt van het Nederlandse overheidsbeleid.

Een deel van de aandacht gaat uit naar specifieke minderheidsgroeperingen als allochtonen, prostituées, drugverslaafden, dak- en thuislozen. Daarnaast is aandacht voor twee factoren die een rol lijken te spelen in verschillen in gezondheid en medische consumptie, waar in principe iedere burger mee te maken heeft: man-vrouw verschillen, en verschillen in sociaal-economische status. Op beide terreinen bestaan uitgebreide onderzoeksprogramma's. Opvallend is, dat deze beide factoren zelden tegelijkertijd onderwerp van studie zijn.

Mogelijke verklaringen voor de in epidemiologisch onderzoek gevonden sexeverschillen in gezondheid en medische consumptie worden deels gezocht in:

- * biologische factoren: met name het extra risico in verband met zwangerschap en de complexe anatomie van het vrouwelijk geslachtsorgaan
- * psychologische factoren: met name persoonlijkheidskenmerken als zelfwaardering en afhankelijkheid, en wellicht een groter risico op bepaalde vormen van psychopathologie als hypochondrie en depressie, en

* culturele factoren: met name het frustrerende karakter van de traditionele vrouwenrol, die leidt tot het somatiseren van problemen die ontstaan door onderdrukte conflicten en emoties; en het niet toekomen aan eigen verzorging, vanwege de verzorgende rol jegens anderen.

In het onderzoek naar verschillen in gezondheid en medische consumptie tussen mensen met een verschillende sociaal-economische status is vooral aandacht besteed aan de vraag of een lagere sociaal-economische status (SES) leidt tot een slechtere gezondheid, of dat een slechtere gezondheid leidt tot een lagere SES. Vooralsnog gaat men er vanuit dat (in de Nederlandse situatie) de eerste verklaring het meest plausibel is.

Het is opmerkelijk dat het onderzoek naar verschillen in gezondheid en medische consumptie plaatsvindt in strikt gescheiden onderzoeksprogramma's binnen eigen onderzoekstradities. Zelden wordt geprobeerd beide soorten factoren tezamen in beschouwing genomen. In dit deelproject van de Nationale Studie wordt een eerste aanzet hiertoe gegeven. Wetende dat vrouwen een slechtere gezondheid rapporteren dan mannen (hoewel mannen een hogere mortaliteit hebben), en wetende dat mensen met een lagere sociaal economische status een slechtere gezondheid hebben dan mensen met een goede opleiding, een hoog gezinsinkomen, en een werkkring met een hoog beroepsprestige, is het een belangrijke vraag om na te gaan, hoe deze factoren op elkaar inwerken. Deze vraag is des te meer belangrijk, omdat vrouwen in zijn algemeenheid een lagere SES hebben dan mannen. Naast sexe en SES wordt een derde serie factoren die in het deelproject meegenomen: de invloed van de maatschappelijke rol van mensen op hun gezondheid en medische consumptie. Het hebben van betaald werk (ten opzichte van: werkloosheid, WAO, huisvrouwenbestaan, militaire dienst, onderwijs), en het al dan niet hebben van een vaste rol met een gestructureerde tijdsbesteding blijken in de literatuur genoemd te worden als mogelijke verklaringen voor verschillen in gezondheid en medische consumptie.

De eerste resultaten van het project zijn nu beschikbaar. Om de invloed van de biologische factoren rond de voortplantingsfunctie van de vrouw uit te schakelen is in tweede instantie alleen gekeken naar de niet-geslachtsgebonden aandoeningen.

Zoals te verwachten was op basis van de beschikbare literatuur blijken vrouwen volgens de meeste gebruikte indicatoren inderdaad een slechtere gezondheid te rapporteren/claimen dan mannen. Ze rapporteren een slechtere subjectieve gezondheidsbeleving, hebben een slechtere psychische gezondheid, ervaren meer psychosociale problemen, hebben wat meer

handicaps, acute gezondheidsproblemen en lichte chronische aandoeningen. Mannen daarentegen hebben meer last van ernstige chronische aandoeningen; bij de matig ernstige aandoeningen werden geen verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden.

Dit algemene resultaat geldt voor alle sociaal-economische klassen. Met andere woorden: onder de laag opgeleide burgers zijn vrouwen volgens de meeste gezondheidsindicatoren ongezonder dan mannen; onder de hoog opgeleide burgers eveneens.

Met het toenemen van de sociaal-economische status neemt de gezondheid ook toe. Dit geldt voor vrijwel alle indicatoren. Opvallend is dat het verschil in gezondheid tussen mannen en vrouwen in de hoogste SES-groep veel kleiner is dan in de lage SES-groepen.

Wanneer we de maatschappelijke factoren in de analyses betrekken (het al dan niet hebben van een baan, en het al dan niet hebben van een vaste rol), zien we een interessant resultaat: mannen blijken vooral gezonder te zijn als ze een baan hebben, en als ze een vaste rol hebben. Voor vrouwen geldt het omgekeerde: zij zijn juist relatief gezonder, wanneer ze géén vaste rol hebben: het lijkt erop of gezondheid samenhangt met de traditionele rollen: voor mannen is dat een baan; voor vrouwen het huisvrouwenbestaan.

Deze gegevens komen allemaal uit de gezondheidsenquête, die bij een steekproef uit de gewone populatie is genomen. Wanneer we kijken naar de problematiek die aan de huisarts wordt aangeboden (informatie uit de contactregistratie van de Nationale Studie) zien we in grote lijnen hetzelfde resultaat. Dit betekent dat de morbiditeit die in de huisartspraktijk wordt aangeboden een goede weerspiegeling is van wat in de populatie leeft: de bestaande verschillen worden in de huisartspraktijk niet geaccentueerd; ze worden echter ook niet kleiner gemaakt. Een beleidsaanbeveling zou dan ook kunnen zijn dat huisartsen speciaal aandacht besteden aan de risicogroepen in hun praktijk: mensen met een lagere SES, (in zijn algemeenheid) vrouwen en (specifiek) mannen met ernstige chronische aandoeningen. Verder zou de huisarts speciaal aandacht moeten besteden aan mensen die buiten het geijkte patroon vallen: werkeloze mannen en huismannen; en werkende vrouwen. Zou voor deze laatste groep dan toch de dubbele belasting een doorslaggevende rol spelen?

3. Kindergeneeskunde in de huisartspraktijk (samen met de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit)

Sinds 1988 werkt het NIVEL samen met de vakgroepen Huisartsgeneeskunde en Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit te Rotterdam op het

gebied van het zieke kind. In het kader van deze samenwerking wordt met behulp van het gegevensbestand van de Nationale Studie aan verschillende vraagstellingen gewerkt, allen met betrekking tot het zieke kind in de huisartspraktijk. Hieronder komen enkele van deze deelstudies aan de orde.

Het kind met koorts is een veel voorkomend probleem voor de huisarts. Achter dit symptoom kan een veelheid van aandoeningen schuilgaan. Diverse vragen met betrekking tot deze groep zijn in het verslagjaar beantwoord. In de eerste plaats werd nagegaan hoe vaak de huisarts een kind met koorts tegenover zich ziet, met welke klachten en welke diagnose hij stelt. In een standaard huisartspraktijk melden zich maandelijks tien kinderen met koorts, met gemiddeld twee klachten. Tweederde van de diagnose betreffen de luchtwegen en/of het oor. In 57% van de eerste contacten werd medicatie voorgeschreven. In de groep met een respiratoire diagnose werd in 52% van de eerste contacten een antibioticum gegeven.

In het verslagjaar werd ook een onderzoek afgerond naar de incidentie van koortsconvulsies. Over deze aandoeningen waren tot nu toe geen betrouwbare gegevens voorhanden voor ons land. Op basis van de in de Nationale Studie aangetroffen gevallen van koortsconvulsie werd een incidentie berekend van 4,7 per 1000 persoonsjaren (kinderen van drie maanden tot zes jaar). De kans dat een kind gedurende deze levensfase tenminste eenmaal met een koortsconvulsie te maken krijgt (cumulatieve incidentie) is 2,6%. Deze gegevens liggen in dezelfde orde van grootte als die in andere westerse landen. Het percentage kinderen, dat in verband met een koortsconvulsie in het ziekenhuis belandt, ligt echter aanmerkelijk lager.

Een tweede onderzoek betreft het voorkomen van coxitis fugax, een voorbijgaande ontsteking van het heupgewricht. Voor de huisarts is het van belang dit beeld te onderscheiden van andere, invaliderende aandoeningen. Wat het voorkomen betreft, waren tot nu toe alleen gegevens uit Scandinavië voorhanden. Van de 65000 kinderen tot 15 jaar waren er 19 waarbij de huisarts de werkhypothese coxitis fugax aannam. De incidentie van nieuwe gevallen werd berekend op 1,1 per 1000 persoonsjaren. Het handelen van de huisarts blijkt in de meeste gevallen afwachtend van karakter.

Het voorschrijven van antibiotica door de huisarts was een ander onderwerp van onderzoek. De grote spreiding van dit kenmerk maakt een uitgebreide analyse noodzakelijk.

Het belangrijkste doel van het beleid bij urineweginfecties op de kinderleeftijd is het voorkomen van chronisch nierfalen op latere leeftijd. Er bestaan geen duidelijke richtlijnen voor de huisarts voor het vroegtijdig opsporen van afwijkingen van de urinewegen. Onderzocht wordt wat het beleid van de Nederlandse huisarts is.

Kindergeneeskunde is een specialisme waarvan bekend is, dat veel verwijzingen tot stand komen op geleide van de ongerustheid van ouders. Onderzoek op dit terrein was tot nu toe kleinschalig en lokaal georiënteerd. Met behulp van het materiaal van de Nationale Studie is het mogelijk dit beeld te verfijnen en kunnen variabelen als verzekeringsvorm, afstand tot het ziekenhuis en aard van de verwijzing met elkaar in verband worden gebracht. In het verslag jaar is begonnen met de analyses.

In het verslagjaar zijn ook voorbereidingen getroffen voor de rapportage van epidemiologische basisgegevens van een groot aantal aandoeningen op de kinderleeftijd.

4. Patiënten met epilepsie in de huisartspraktijk

Zie hoofdstuk 2.2.1: Taakafbakening huisarts-specialist met betrekking tot de behandeling van epilepsie-patiënten

5. De assistente in de huisartspraktijk

De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk is ook aangegrepen als mogelijkheid om meer inzicht te krijgen in de kenmerken en taken van de belangrijkste medewerkster van de Nederlandse huisarts: de doktersassistente.

Terecht is hier gekozen voor de vrouwelijke vorm: van de 177 doktersassistenten, die meewerkten aan de Nationale Studie was slechts één van het mannelijk geslacht. De modale doktersassistente is een vrouw van 33 jaar, ruim 8 jaar werkzaam, waarvan 6,5 jaar bij de huidige werkgever. In een gewone normpraktijk (zonder apotheek) heeft ze een 0,8 aanstelling (= 32 uur per week). Deze cijfers komen overeen met vergelijkbare gegevens uit een enquête, die in dezelfde periode werd gehouden onder doktersassistenten die een ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) bijwoonden (n=477), hetgeen kan worden opgevat als een indicatie voor de betrouwbaarheid van de gegevens. In vergelijking met een onderzoek dat in 1981 werd uitgevoerd, zijn de doktersassistenten momenteel gemiddeld wat ouder en langer werkzaam dan 10 jaar geleden. Op dit moment wordt bij het vaststellen van de kostenpost 'assistentie' in het kostenbudget voor de huisarts uitgegaan van een vergoeding voor een

vierdejaarsdoktersassistente en een aanwezigheid van gemiddeld 4,3 uur per dag (= 21,5 uur per week). Er lijken dus gronden aanwezig om de post 'assistentie' in het kostenbudget te herzien.

Het beroep van doktersassistente is nog niet erg geprofessionaliseerd. Slechts een kleine meerderheid is gediplomeerd, echter niet altijd van een door de KNMG erkende opleiding. Eenderde van de assistenten heeft geen schriftelijke arbeidsovereenkomst, en slechts 65% wordt betaald volgens de richtlijnen van de KNMG (14% van de doktersassistenten kenden de KNMG-richtlijnen op dit punt niet).

Toch lijkt het van groot belang dat de doktersassistente een goede opleiding genoten heeft. Immers al jaren lang wordt er voor gepleit dat huisartsen meer taken delegeren aan hun assistente (voormalig NHI-directeur Chris Bruins hield in 1976 hier reeds een warm pleidooi voor). Dat kan voor een aantal taken echter alleen wanneer de assistente daarvoor voldoende is gekwalificeerd.

Doktersassistenten hebben een uitgebreid takenpakket, wat varieert van het schoonhouden van de praktijkruimte tot het maken van ECG's. Vrijwel alle assistenten nemen de telefoon aan, werken aan de balie en schrijven nieuwe patiënten in. Ook verrichten de meeste een aantal administratieve- en managementfuncties (o.a. patiëntenadministratie, planning van spreekuur en visites, schrijven van verwijfskaarten en herhaalrecepten). Er is echter een grote variatie in de mate waarin allerlei medisch-technische taken worden uitgevoerd; opvallend is bovendien dat doktersassistenten allerlei medisch-technische functies, als het verzorgen van wonden, geven van injecties en doen van diagnostisch onderzoek, ofwel regelmatig doen, ofwel helemaal niet. Juist hier blijkt een goede opleiding van belang. Inderdaad delegeren huisartsen veel meer medisch-technische verrichtingen aan hun assistente, wanneer die gediplomeerd is. Ook de praktijkvorm is van belang: in gezondheidscentra worden meer taken aan de assistente gedelegeerd. Als derde belangrijke factor komt naar voren dat de assistente over een eigen werkruimte moet beschikken om zelfstandig patiënten te kunnen behandelen tijdens het spreekuur van de huisarts. Overigens blijkt tweederde van de assistenten ook over een eigen werkruimte te beschikken.

Niet alle huisartsen delegeren evenveel taken aan hun assistente. Leeftijd, geslacht of aantal jaren beroepservaring van de huisarts spelen geen rol van betekenis. Wel is het zo dat huisartsen in gezondheidscentra de neiging hebben om meer taken te delegeren dan hun collega's in solo- of duopraktijken. Voorts hebben ze minder vaak een 'traditionele' werkstijl en hebben ze de neiging in zijn algemeenheid meer verschillende medisch-technische verrichtingen uit te voeren. Of een huisarts veel of weinig taken delegeert lijkt

van weinig invloed op het totaal aantal uren dat hijzelf werkt: hij besteedt meer tijd dan zijn collega's aan spreekuurcontacten (overigens minder aan visites). Of dit ook de kwaliteit van zijn werken ten goed komt, kan op dit moment nog niet worden geconcludeerd. De arbeidssatisfactie is groter bij huisartsen die veel delegeren. Toch blijkt hij wel ontevreden over de beschikbare tijd. Bij deze artsen lijkt ruimte voor verdere praktijkverkleining.

2.6.2. De Peilstations

Buiten de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk werden ook gegevens verkregen uit de Continue Morbiditeits Registratie 'Peilstations Nederland', waarover ook een afzonderlijk jaarverslag werd uitgebracht. Dit zijn de belangrijkste resultaten:

- Onderzoek op baarmoederhalskanker

In 1988 werd tussen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de beroepsorganisaties van de huisartsen overeenstemming bereikt over de vergoeding voor het maken van uitstrijkjes bij ziekenfondspatiënten in het kader van het bevolkingsonderzoek. Aan een van de voorwaarden voor het starten van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhals kanker was daarmee voldaan. In 1989 vond dit onderzoek plaats in 37 van de peilstations; in 1988 was dat in 22 van de peilstations.

De nieuwe opzet van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker lijkt tot gevolg te hebben dat een toenemend aantal van de uitstrijkjes afgenomen wordt bij vrouwen in de leeftijdsgroep van 35 t/m 54 jaar. In 1984 werden 47 op de honderd uitstrijkjes bij vrouwen in deze leeftijdsgroep afgenomen, in 1988 57 op de honderd en in 1989 66 op de honderd. Het afnemen van uitstrijkjes van de baarmoederhals lijkt rationeler te worden, in die zin dat de relatieve toename vooral bij de 'doelgroepen' van de screening terechtkomt.

- Sterilisaties

Bij de jongere mannen vertoonde het percentage ooit gesteriliseerde mannen de laatste jaren al een duidelijke daling. In 1981 was 5,5% van de mannen tussen 22 en 31 jaar gesteriliseerd, terwijl dat in 1989 nog maar 2,5% is. Het percentage ooit gesteriliseerde mannen in de Nederlandse bevolking dat - statistisch gesproken - tot de vruchtbare leeftijd behoort, steeg echter in 1988 nog tot 12,4. In 1989 is dit percentage voor het eerst afgenomen, namelijk naar 12,3.

Nu ook bij mannen het percentage ooit gesteriliseerden lijkt te gaan afnemen, kan gesproken worden van een duidelijk dalende populariteit van

deze vorm van geboorteregeling. Bij de vrouwen was er al vanaf 1985 sprake van een afname van het percentage ooit gesteriliseerden. De daling vond vooral plaats bij de jongere leeftijdscategorieën.

- Influenza 1989-1990

Het influenzaseizoen 1989-1990 was in twee opzichten opmerkelijk. Voor het eerst sinds een aantal jaren werden incidenties gemeld die boven de 50 per 10.000 inwoners lagen. Daarnaast was er sprake van een ongewoon hoge mortaliteit gedurende de weken dat de epidemie heerste en enkele weken erna. De piek van de epidemie lag rond de jaarwisseling 1989-1990 (CBS).

- Verzoeken om toepassing van euthanasie

Het absolute aantal verzoeken om toepassing van euthanasie dat door de peilstationarissen wordt gemeld, schommelt de laatste jaren rond de 35 bij de 62 deelnemende huisartsen. Er is geen sprake van een toename.

Van de patiënten die vragen om euthanasie lijdt 75-80% aan een ongeneeslijke vorm van kanker. Het gebruik van de zogenaamde 'euthanasieverklaring' nam toe van 15% in 1984 tot 64% in 1989.

- Eetstoornissen

Vanaf 1985 t/m 1989, over een periode van vijf jaar, zijn door de peilstationarissen de hen bekende patiënten met een eetstoornis gemeld.

Het voorkomen van eetstoornissen is in deze vijf jaar niet toegenomen. Eetstoornissen komen vooral voor bij vrouwen in de leeftijd van 15 tot 44 jaar.

2.6.3. Voortgang

Een twaalftal onderwerpen stond in 1990 op de weekstaat. Nieuw en veeleisend was de registratie van de incidentie en prevalentie van diabetes mellitus op verzoek van het R.I.V.M. (Centrum voor epidemiologie).

Op verzoek van de Project Management Group van Eurosentinel werden gegevens verzameld over mazelen en bof.

Voortgezette registratie vond plaats van influenza(-achtig) ziektebeeld, cervixuitstrijkjes, verwijzingen voor logopedie, verrichte sterilisaties, voorschrijven morning-after pil, suïcide(poging), acute ongewone hoofdpijn, zwangerschap ondanks anticonceptie, mammografie en angst voor AIDS.

Evenals in voorgaande jaren zullen de verzoeken om toepassing van euthanasie worden gemeld.

2.7. Paramedische beroepen

2.7.1. Resultaten

Tot dusver dekte de vlag 'paramedische beroepen' de lading van het onderzoek eigenlijk niet geheel en werd vooral onderzoek binnen de fysiotherapie verricht. In 1990 kon het onderzoeksprogramma worden uitgebreid naar oefentherapie-Cesar,-Mensendieck, podotherapie en ergotherapie en leek het er zelfs op, dat er bij beleidmakers serieuze belangstelling ontstond voor het wedervaren van de logopedisten. In het volksgezondheidsbeleid lijkt de fysiotherapie wel een sluitpost; wel of niet in een basisverzekering, honorering per zitting of verrichting, de voornemens lijken wel per dag te wisselen. Kijkt men naar de feitelijke veranderingen, dan is er eigenlijk weinig gebeurd.

Dit heeft zijn invloed op het onderzoeksprogramma voor een 'peilstations-systeem' in de fysiotherapie (BEEF, Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie), dat in beginsel was opgezet om (de gevolgen van) de op stapel staande, ingrijpende, veranderingen in de fysiotherapie te meten. Bij gebrek aan veranderingen krijgt men nu wel een buitengewoon solide uitgevoerde 'nul-meting', al moet gezegd worden dat het netwerk ook een belangrijke bron van klinisch-epidemiologische informatie over de fysiotherapie vormt. Een verandering in de wijze van honorering in de fysiotherapie is overigens nog steeds aan de orde.

Resultaten zijn er uit het peilstationsnetwerk, over de positie van paramedische beroepen in onze buurlanden en, in meer wetenschappelijke zin, over het ontstaan van pijn bij gewrichtsslijtage. In het wetenschappelijke programma van het themagebied nemen 'pijn' en 'pijnbestrijding' een voorname plaats in. Daarnaast is, met behulp van gegevens uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, verder onderzoek verricht naar de aard van de verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten en is het onderzoek naar 'Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapie' in het verslagjaar afgerond.

Deelstudie BEEF, geneigdheid tot aanvullende verzekering voor fysiotherapie; een onderzoek onder fysiotherapie-patiënten.

In de inleiding is al gezegd, dat het niet zeker is, dat de fysiotherapie onder een basis- (volks-)verzekering voor ziektekosten zal vallen. Aan een aantal patiënten onder behandeling bij de fysiotherapeut zijn enkele hypothetische mogelijkheden voorgelegd om zich aanvullend te verzekeren.

Verwacht werd, dat deze patiënten onder behandeling betrekkelijk positief tegenover aanvullende verzekering zouden staan.

Men had de keus tussen een breed pakket (geneesmiddelen, tandarts, fysiotherapie) en fysiotherapie afzonderlijk. Per pakket waren er drie mogelijkheden: a) wil men het zonder prijskaartje b) met een prijs die reëel is bij 100% deelname en een prijs bij 50% verzekeringsdekking. Voor het brede pakket is dat 400 gulden bij 100% dekking en 800 gulden bij 50%; voor de fysiotherapie alléén respectievelijk 80 en 160 gulden.

Praat men niet over de kosten dan wil 70% zich wel voor het brede pakket verzekeren; dat percentage daalt tot 36 als het bedrag van 400 gulden wordt genoemd en tot 16 als de prijs 800 gulden is.

Alleen personen die nu particulier verzekerd zijn en een hoog inkomen hebben achtten de 400 gulden geen barrière; hoe lager het inkomen hoe minder men zich aanvullend wilde of kon verzekeren, ook bij diegenen met ernstige klachten en langdurige behandelingen. De belangstelling voor een aanvullend pakket voor 800 gulden (een reële prijs bij selectieve dekking) is zelfs onder de meest kapitaalcrachtige groepen minimaal. Voor de aparte fysiotherapie-verzekering hebben eigenlijk alleen zij belangstelling, die nu particulier verzekerd zijn. Ziekenfonds-verzekerden willen een zo breed mogelijke dekking. Het voornaamste resultaat van het onderzoek is, dat ook bij personen die medisch gesproken risico's lopen de neiging tot aanvullende verzekering gering is, als hun inkomen laag is.

Paramedische beroepen in Duitsland, Engeland en Nederland

De betekenis van Europa-1992 voor de gezondheidszorg is gering - gezondheidszorg en sociale zekerheid horen niet tot de bevoegdheden van de Europese Commissie - op één uitzondering na: het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren met ingang van 1993.

Dat is de reden dat er bij de Nederlandse overheid belangstelling ontstond voor positie en kwalificaties van met name paramedische beroepsbeoefenaren. Over artsen, hun positie en kwalificaties is voldoende bekend; over paramedici veel minder.

De vraagstelling van het onderzoek luidde: wat is de mate van autonomie van een vijftal paramedische beroepen (fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, orthoptie en podotherapie), en hoeveel zeggenschap hebben ze in de vraag naar hun diensten (beheersing van de markt) in Engeland en Duitsland vergeleken met Nederland.

Op het gebied van de 'autonomie' werd gekeken naar de noodzaak van een verwijzing door een arts, de aanwezigheid van een behandelvoorschrift en de mate waarin men zelfstandig is gevestigd of in dienst is van medicus en/of instelling.

Marktbeheersing is afgemeten aan beroeps- of titelbescherming, opleidingsniveau en de wijze waarop en de mate waarin de diensten van de beroepsbeoefenaren zijn opgenomen in de sociale ziektekostenverzekering.

Wat betreft de verwijzing en het behandelvoorschrift hebben de Engelse paramedici (orthoptisten uitgezonderd) meer vrijheid dan in Duitsland en Nederland. Daar staat tegenover dat zelfstandige beroepsuitoefening in het Verenigd Koninkrijk in tegenstelling tot Nederland en Duitsland niet of nauwelijks voorkomt. Een algemene uitzondering vormt de orthoptist, die meestal in dienst van de oogarts is in alle drie de landen.

Beroeps- en titelbescherming is in alle drie landen aanwezig, al speelt in Nederland en Duitsland de staat een belangrijker rol dan in het Verenigd Koninkrijk waar de beroepsorganisaties belangrijker zijn.

Wat de opleiding betreft, zijn de eisen van vooropleiding en de duur van de opleidingen in Duitsland lager dan in Engeland en Nederland.

Met uitzondering van podotherapie in Nederland zijn de diensten van alle vijf beroepen opgenomen in de sociale ziektekostenverzekering; in geen van de drie landen hoeft te worden bijbetaald.

Pijn en pijnbestrijding bij artrose

Aandoeningen van botten en gewrichten gaan altijd gepaard met pijn en functieverlies.

De oorzaken van de pijn vallen bij artrose niet of nauwelijks te bestrijden; verlichten van de pijn en voorkomen dat het erger wordt, zijn de voornaamste therapieën.

Pijnbestrijding vindt plaats met behulp van medicijnen, lokale warmte-behandeling, oefeningen en met behulp van psychologische interventies. In de laatste twee gevallen is het van groot belang om precies te weten hoe respectievelijk de beschadigde spierfunctie en psychologische toestand (angst) de pijn veroorzaken en beïnvloeden, en hoe deze invloeden zich verhouden tot de invloeden van vervorming in bot en kraakbeen.

Met deze laatste vraagstelling voor ogen is de literatuur doorgenomen, waarin verschillende typen determinanten van pijn en het daarbij behorend gedrag worden onderzocht.

Wat betreft de invloed van afwijkingen van bot en kraakbeen is er een verband met op röntgenfoto's aangetroffen misvormingen, behalve bij de wervelkolom. Overigens is dit verband verre van volmaakt; vermoedelijk is dit te wijten aan het feit dat het 'pijn-registrerende' systeem niet altijd op dezelfde wijze op botvervormingen reageert. Veranderingen in het kraakbeen worden (indirect) vastgesteld met behulp van röntgenfoto's, maar deze dragen niet direct bij aan pijn-gewaarwording

Vervormingen en letsels van het spierweefsel hebben ook aantoonbare pijnlijke gevolgen. De meest voor de hand liggende verklaring is, dat spierzwakte leidt tot instabiele gewrichten en belasting van instabiele gewrichten tot pijn en ongemak. Vermijding van handelingen die met pijn gepaard gaan leidt tot een vicieuze cirkel van vermijden, spierzwakte, pijn en belemmering van de bewegingsvrijheid. Bovendien is er een verband aangetoond tussen 'pijn' en bewegingsbeperking.

Komt men bij psychologische benaderingen, dan vindt men verbanden tussen pijn en angst, probleemoplossend gedrag ('coping behavior) en depressiviteit. Het vinden van een verband is niet hetzelfde als een verklaring; het verst komt men met gedragstheorie, waarbij de neiging om pijn te vermijden (een soort gebrek aan 'flinkheid') verband houdt met het ontstaan van spierzwakte en dit leidt weer, zoals we hebben gezien, tot instabiele gewrichten, pijn en invaliditeit.

Een kritische beschouwing van de literatuur geeft aanleiding tot de opmerking, dat de verschillende soorten oorzaken niet altijd uit elkaar worden gehouden. Vooral studies naar spierzwakte houden weinig rekening met de misvorming aan kraakbeen en gewrichten, waardoor niet goed is vast te stellen hoe bewegings-mechanismen bijdragen tot de pijn en dus ook wat het nut van fysiotherapeutische interventies is.

Studies naar psychologische mechanismen houden overigens wèl rekening met de mate waarin de gewrichten zijn aangetast.

Het is bovendien opvallend dat verbanden die men in bevolkingsonderzoek vindt, niet worden teruggevonden bij onderzoek onder behandelde patiënten, vooral als het gaat om het verband tussen aantoonbare misvormingen van de gewrichten en de beleving van pijn. Men vermoedt dat bij patiënten in behandeling de spreiding van de pijnklachten te beperkt is.

Gepleit wordt voor longitudinaal onderzoek en voor grondiger theorievorming, waarbij de verschillende oorzaken van pijn en pijnbeleving enerzijds goed van elkaar worden gescheiden (en dat wil vooral zeggen: niet door elkaar worden gehaald), maar, nog belangrijker, ook op zinvolle wijze met elkaar in verband worden gebracht. Doelmatige pijnbestrijding is hiermee gebaat.

Van belang voor verder wetenschappelijk onderzoek is vooral, dat psychologische factoren vermoedelijk 'werken' via het ontstaan van spierzwakte; een experiment waarin dit zou worden aangetoond, is van groot nut voor de doelmatige bestrijding van pijn bij gewrichtsaandoeningen.

Pijn, kwaliteit van leven en chronische ziekten

Op 16 november 1990 vond een door de Nederlandse Behavioral Medicine Federatie in samenwerking met het NIVEL georganiseerd congres met de

gelijknamige titel plaats. Het bijzondere van dit congres was, dat het interdisciplinair was opgezet. Artsen, psychologen en fysiotherapeuten zetten hun standpunten en bevindingen op het gebied van oorzaken en bestrijding van pijn uiteen. De problematiek werd toegelicht aan de hand van pijnbestrijding bij kanker, reumatische aandoeningen en bij rugklachten telkens door een arts, een psycholoog en een fysiotherapeut.

Uit de diversiteit en veelheid van voordrachten kan men maar één conclusie trekken: pijn en pijnbestrijding kunnen alleen multidisciplinair worden begrepen, of dit ook betekent dat pijn altijd multidisciplinair moet worden behandeld, is echter de vraag.

Huisarts en fysiotherapeut

In aanvulling op eerder verricht onderzoek, waarin alleen verwijzingen naar de fysiotherapeut werden genoteerd, maar geen informatie bestond over de gevallen waarin een huisarts in vergelijkbare situaties besloot niet te verwijzen, beschikken we in de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk over verwijzingskansen per diagnose.

Uit dit materiaal komt naar voren dat verwijzingen naar fysiotherapie vooral voorkomen bij, uiteraard, klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, maar dat voor verschillende sub-categorieën het relatieve aantal verwijzingen varieert.

Naar verhouding veel verwijzingen naar fysiotherapie vindt men bij nekklachten en bij aandoeningen van de wervelkolom.

Vergelijkt men de verwijzingen naar de fysiotherapeut met die naar de medisch specialist voor dezelfde aandoeningen, dan is de verhouding nogal scheef in die zin dat veel vaker naar de fysiotherapeut wordt verwezen. Behalve bij hernia's (HNP), waar er een zekere keuzevrijheid voor de huisarts lijkt te zijn om de patiënt naar specialist of fysiotherapeut te verwijzen. Dit vraagt als het ware om een experiment.

Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapie

Uit een inventarisatie van opvattingen over patiënten-voorlichting bij fysiotherapeuten, gecombineerd met geluidsopnamen van behandelingen en vragenlijsten ingevuld door behandelde patiënten, is gepoogd een beeld te schetsen van de mate waarin en de wijze waarop patiënten-voorlichting in de fysiotherapie plaatsvindt. En bovendien om aangetroffen verschillen in mate en wijze van voorlichting op zinvolle wijze in verband te brengen met kenmerken van patiënten en van fysiotherapeuten. Het, door het Praeventiefonds gesubsidieerde, onderzoek is in 1990 afgerond en vormt de basis van een proefschrift van de onderzoeker.

Voorlichting is een wezenlijk onderdeel van elke fysiotherapie behandeling en is daar onlosmakelijk mee verbonden. Blijkens het onderzoek wordt in 97% van de gevallen voorlichting gegeven. De meeste voorlichting betreft informatie over de diagnose en klachten: in 80% van de zittingen geven de fysiotherapeuten uitleg over de diagnose en de klachten. In 69% van de zittingen worden patiënten geadviseerd over het omgaan met de klachten, bijvoorbeeld rust nemen, de houding corrigeren, anders gaan tillen, betere schoenen dragen, enzovoort. Deze adviezen hebben zowel een curatief als een preventief karakter. In 64% van alle zittingen geven de fysiotherapeuten instructies aan de patiënt over de wijze waarop zij thuis oefeningen moeten doen.

Twee voorlichtingsthema's komen minder vaak voor: in 23% van de zittingen wordt algemene gezondheidsvoorlichting en -opvoeding gegeven en, eveneens in 23% van de zittingen wordt psychosociale begeleiding gegeven. Hoewel gesteld wordt dat de fysiotherapeutische werksetting bijzonder geschikt is voor het geven van algemene gezondheidsvoorlichting en -opvoeding blijkt dit niet uit de cijfers. Wel blijkt dat fysiotherapeuten de massagetijd - en vermoedelijk ook het intieme contact met de patiënt - benutten om psychosociale gesprekken te voeren. In dit opzicht is het interessant om te zien dat de psychosociale begeleiding in de fysiotherapie niet samenhangt met de tijdsduur van de zitting, dit is tegengesteld aan de situatie in de huisartsgeneeskunde waar deze twee factoren doorgaans sterk samenhangen.

- Patiënt moet vragen stellen.

De belangrijkste bevinding is dat de voorlichting die fysiotherapeuten geven sterk samenhangt met de vragen die de patiënt stelt. Tussen het aantal vragen dat de patiënt stelt en de hoeveelheid voorlichting die gegeven wordt vinden we een sterke samenhang. Ruim 30% van de variantie in de hoeveelheid voorlichting die fysiotherapeuten geven kan hiermee worden verklaard. Enerzijds ligt deze relatie voor de hand, wie vraagt krijgt doorgaans antwoord, anderzijds blijkt de relatie ook andersom te liggen: het geven van voorlichting blijkt vaak voor de patiënt de aanleiding te zijn om vragen te stellen. Op die manier gezien is het geven van voorlichting een kenmerk van de interactie tussen fysiotherapeut en patiënt en geen eenrichtingverkeer.

Het lijkt belangrijk dat fysiotherapeuten patiënten expliciet stimuleren of uitnodigen tot het stellen van vragen (of de vragen thuis op laten schrijven), omdat dit een belangrijke factor in het geven van voorlichting blijkt te zijn.

- Verschillen tussen fysiotherapeuten

Tussen fysiotherapeuten onderling bestaan zowel grote verschillen in het geven van voorlichting als in hun opvattingen over patiëntenvoorlichting. Het meest opvallende verschil is hier de mate waarin men denkt dat patiënten 'therapie-trouw' zijn. Gemiddeld schatten de fysiotherapeuten dat 64% van hun patiënten de opgegeven huiswerk oefeningen ook inderdaad thuis doet en dat 36% dat niet doet. Over therapietrouw (compliance) op de lange termijn is men zeer pessimistisch: de fysiotherapeuten schatten dat slechts 23% van hun patiënten de opgegeven huiswerk oefeningen blijft doen als de behandeling afgelopen is.

Men verschilt ook van mening over de psychosociale begeleiding van patiënten: 54% van de fysiotherapeuten acht het geven van psychosociale begeleiding ondergeschikt aan de fysiotherapeutische behandeling terwijl 46% het een wezenlijk onderdeel van de fysiotherapeutische behandeling acht.

Uit het onderzoek blijkt dat fysiotherapeuten die meer effecten van voorlichting verwachten (meer 'compliance', sneller herstel, kostenvermindering in de gezondheidszorg), méér voorlichting geven dan zij die pessimistisch zijn over effecten van voorlichting.

- Houdt de patiënt zich aan zijn opdracht?

In de patiëntenenquête geeft 22% van de patiënten aan de opgegeven huiswerk oefeningen niet te doen en zegt 35% van de patiënten de oefeningen zeer regelmatig te doen. De overige 43% van de patiënten zegt de oefeningen 'vrij regelmatig' te doen. Het gaat hier om 'korte termijn compliance' dat wil zeggen, compliance gedurende de periode dat de patiënt in behandeling is.

Oudere patiënten houden zich beter aan de instructies dan jongere patiënten; hoger opgeleide patiënten daarentegen zijn minder volgbaar dan patiënten met een lagere opleiding. Het zijn vooral hoog opgeleide vrouwen jonger dan 45 jaar die de huiswerk oefeningen minder vaak doen dan laag opgeleide vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep. Ook blijkt - in overeenstemming met de algemene literatuur - dat patiënten met chronische klachten minder therapietrouw zijn.

De belangrijkste verklaring voor 'non-compliance' blijken de barrières of problemen te zijn die patiënten ervaren, bijvoorbeeld: tijdgebrek of het feit dat de oefeningen niet passen in de dagelijkse routines, het feit dat oefenen pijn veroorzaakt, enzovoorts. Deze gegevens vormen een belangrijk aanknopingspunt voor het verbeteren van de voorlichting in de fysiothe-

rapie. Het aanpassen van de oefeningen aan de levenssituatie en de dagelijkse routines van de patiënt en de oefeningen functioneel maken (bewegingen benutten die de patiënt toch al maakt) kunnen ongetwijfeld bijdragen aan verhoging van de therapietrouw.

2.7.2. Voortgang

Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten

Onderzoek is afgerond: wordt afgesloten met dissertatie.

Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF)

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 conform de planning het onderzoek naar de geneigdheid tot het afsluiten van een aanvullende verzekering tegen de kosten van fysiotherapeutische hulp afgerond. Het onderzoek naar de gevolgen van de verandering van de honorering van fysiotherapeuten is getemporiseerd, in verband met vertraging bij de desbetreffende onderhandelingen tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars. Conform de aangepaste planning is het onderzoek naar verwijzingen vanuit de tweede lijn naar fysiotherapeuten in de eerste lijn vervroegd van start gegaan (uitwerking van het onderzoeksvoorstel, start van gegevensverzameling). Door de peilstations is een grote hoeveelheid basisgegevens verzameld. In verband met hard- en software-problemen is vertraging opgetreden bij de verwerking van en rapportage over deze gegevens.

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

Een subsidie-aanvraag voor dit project is afgewezen door het Nationaal Reumafonds. De aanvraag zal nu ingediend worden bij Ontwikkelingsgeneeskunde (Ziekenfondsraad). In het kader van dit project wordt onderzoek gedaan naar een methode om pijngedrag te meten, hetgeen gestaag vordert.

Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek (CFO)

Door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie is een projectvoorstel ontwikkeld betreffende de effecten van het consultatief fysiotherapeutisch onderzoek. Aan het NIVEL is gevraagd het bijbehorende evaluatie-onderzoek uit te voeren. De eerste fase van dit project, waarin het CFO ontwikkeld

wordt en meetinstrumenten uitgeprobeerd worden, is in het verslagjaar van start gegaan. Deze fase is primair de verantwoordelijkheid van de SWSF; het NIVEL participeert.

Overzichtsartikel: pijn bij artrose

Ter voorbereiding op het onderzoek naar het effect van oefentherapie bij artrose is een literatuuronderzoek gedaan naar processen die een rol spelen bij het ontstaan van pijn bij artrose. Dit onderzoek is afgerond.

Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg

Financiering van dit onderzoek is door WVC getemporiseerd.

Effecten van logopedische behandelingen

Een voorstel voor een inventarisatie van structurele aspecten van stotterbehandelingen bleek bij de Ziekenfondsraad niet subsidiabel. Over de nu te volgen strategie zijn nog geen beslissingen genomen.

Ergotherapie voor vermoeidheid bij kankerpatiënten

In verband met het ontbreken van vorderingen bij de voorbereiding is het project afgevoerd.

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

Conform de planning is gewerkt aan het ontwikkelen van een enquête over de relatie tussen verwijzers en therapeuten. Tevens is gewerkt aan het ontwikkelen van een registratieformulier, waarmee klachten van patiënten en de toegepaste behandeling vastgelegd kunnen worden.

Verwijzingen voor logopedie door huisartsen

In het kader van de Continue Morbiditeits Registratie door de Peilstations zijn in 1989 en 1990 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.

Een programma voor onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen

Als onderdeel van deze programmeringsstudie zijn overzichten gemaakt van het bestaande onderzoek op het gebied van de betreffende paramedische beroepen.

De positie van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen
Conform de planning is informatie verzameld in Nederland, de Bondsrepubliek Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

Huisarts en fysiotherapeutische zorg

Er is gewerkt aan de analyse en rapportage. Daarbij is echter vertraging opgetreden als gevolg van wijzigingen die in het gegevensbestand aangebracht werden.

Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg

Dit project wacht op afronding van het project 'Huisarts en fysiotherapeutische zorg'.

Aanbod van zorg door fysiotherapeuten in de eerste lijn

Conform de planning is het projectvoorstel uitgewerkt. Thans vindt de dataverzameling plaats.

Congres 'Pijn, kwaliteit van leven en chronische ziekten'

Als lid van de Nederlandse Behavioral Medicine Federatie participeerde het NIVEL in de commissie die het congres voorbereidde (voorzitter congrescommissie). Het congres verliep bijzonder succesvol.

2.8. Extramurale Verpleging en Verzorging

2.8.1. Resultaten

Eind 1989/begin 1990 kwam de tekst gereed van een brede beschrijvende studie over het 'werk van wijkverpleegkundigen'. De kort samengevatte resultaten staan in het jaarverslag 1989 vermeld. In 1990 zijn enkele onderwerpen nader onderzocht; een onderzoek naar 'preventieve bezoeken bij ouderen' werd afgerond. Nader onderzoek naar de betrekkelijk geringe verschillen in taakuitoefening tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is nog in uitvoering.

Ook in het in 1989 afgesloten onderzoek naar verschillende organisatievormen van consultatiebureaus werden nadere analyses verricht.

Preventief bezoek aan ouderen

Zogenaamd 'preventief ouderenbezoek', een bezoek van een wijkverpleegkundige aan oudere mensen zonder dat deze verzorgd of behandeld worden, blijkt, volgens elders verricht onderzoek, een gezondheidsbevorderende

werking te hebben. Reden genoeg om te zien in welke mate dit type bezoeken in het Nederlandse kruiswerk worden uitgevoerd. Veel tijd gaat er niet mee heen; wijkverpleegkundigen besteden minder dan 1 procent van hun tijd aan dit type bezoeken. Er is wel variatie, maar die betreft vooral variatie tussen instellingen en niet tussen verpleegkundigen; blijkbaar wordt op instellings-niveau de beslissing genomen om preventieve ouderenbezoeken te gaan afleggen. Naast het signaleren van dreigende problemen (dreigende 'zelfzorgtekorten' zoals dat in het verplegingswetenschappelijk taalgebruik heet), vooral een activiteit van verpleegkundigen, houden verpleegkundigen en ziekenverzorgenden zich bezig met het 'versterken van het zelfzorgvermogen'.

Consultatiebureaus.

Als 'toegift' van het al eerder afgesloten onderzoek naar verschillende organisatievormen van jeugdgezondheidszorg, is nog eens aan de hand van een in 1979 door de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid opgestelde Nota Jeugdgezondheidszorg vastgesteld, of de huidige zorg aan de toenmalige normen en wensen voldoet.

Vastgesteld werd, dat punten die bij ieder kind aan de orde zouden moeten komen, zoals anamnese, lichamelijk onderzoek, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en het volgen van de groei, in ieder consult aan de orde komen maar dat bij leeftijdsgebonden zorgverlening (volgen van psychomotoriek, vaccinatie, test gezichtsvermogen, voelen fontanel, meten hoofd-omtrek) minder sprake is van een gestandaardiseerde aanpak.

2.8.2. Voortgang

Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland

Het doel van dit landelijk onderzoek is een representatief beeld te krijgen van de inhoud van het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, 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 wijkziekenverzorgenden hun werkzaamheden gedurende twee maanden geregistreerd. Daarnaast is een enquête gehouden onder 400 wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden waarmee het verrichten van de minder frequent voorkomende werkzaamheden werd onderzocht. In het verslagjaar is het basisrapport afgerond en gepubliceerd. Tevens zijn er nadere analyses uitgevoerd op

grond waarvan één Nederlandstalig en twee Engelstalige artikelen zijn geschreven.

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 geobserveerd. Dit project werd in 1989 afgerond. In 1990 werden twee artikelen over dit onderzoek geschreven, waarvan één artikel reeds is gepubliceerd.

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. In het verslagjaar is een consensusconferentie gehouden over de opgestelde 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. Daarnaast zijn de meetinstrumenten ontwikkeld en is de dataverzameling gestart. Tot slot is er een interim-rapportage geschreven en een artikel.

Extramurale verpleging in verschillende landen

Het doel van het onderzoek is informatie te verzamelen over de organisatie, het functioneren en de financiering van de extramurale verpleging in verschillende (geïndustrialiseerde) landen. Het betreft informatie die waardevol is voor beleidsmatige knelpunten binnen de thuiszorg in Nederland. De aandacht is daarbij gericht op het per land in kaart brengen van onder andere de verschillende deskundigheidsniveaus van extramurale verpleegkundigen en de bevoegdheden die deze hebben; de wijze waarop de indicatiestelling geschiedt en of daarbij afstemming plaats vindt met de gezinsverzorging; de mate van samenwerking met de huisarts en de gezinsverzorging binnen de

thuiszorg; de zorg die wordt geboden door de verschillende extramurale verpleegkundigen; en de wijze van financiering van de extramurale verpleging, bijvoorbeeld of er sprake is van een eigen bijdrage voor de consument. Het onderzoek is per 1 september gestart met een literatuurstudie. Daarnaast zijn contactpersonen geworven in de diverse landen en is er een vragenlijst voor deze contactpersonen opgesteld.

Evaluatie transmurale diabetesverpleegkundigen

Op verzoek van de kruisverenigingen in Twente en het kruiswerk Midden-Holland te Gouda is een onderzoeksvoorstel geschreven dat ter subsidiëring is ingediend bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

De zorgbehoefte ontleed: een vervolgonderzoek

In het verslagjaar is een voorstel geschreven voor een onderzoek naar patiënten die met een ernstige zorgbehoefte thuis verblijven. Onderzocht zal worden wat de aard en omvang van het gebruik van thuiszorg is van deze groep patiënten en hoe deze patiënten en hun omgeving de thuiszorg ervaren. Het onderzoeksvoorstel is ter subsidiëring ingediend bij het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

2.9. Hulpvraag en hulpvrager

2.9.1. Resultaten

Kraamzorg

Als onderdeel van het project Consumentenpanel is een onderzoek uitgevoerd naar het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg. Al enige tijd kampen de erkende kraamcentra met problemen om aan de vraag naar kraamzorg te voldoen. In overleg met betrokken partijen is een vragenlijst samengesteld met het doel inzicht te krijgen in de omvang van alle problemen en na te gaan hoe de kwaliteit van de zorg beoordeeld wordt.

Problemen met de vraag naar kraamzorg doen zich vooral voor bij volledige dagkraamzorg. Ruim 20% van de beoogde gevallen met volledige dagkraamzorg werden eerst enkele dagen wijkkraamzorg gegeven. De gemiddelde verzorgingsduur is zeven dagen. 40% van de kraamvrouwen krijgt minder dagen kraamzorg dan zij verwachten (de afgesproken verzorgingsduur is veelal 8 dagen). De kwaliteit van de kraamzorg wordt over het algemeen als goed beoordeeld.

Al met al kan geconcludeerd worden dat de afgenomen beschikbaarheid van kraamzorg meer een kwantitatief dan een kwalitatief effect heeft. Begin van

de jaren tachtig is, door bezuinigingen, de gemiddelde verzorgingsduur teruggebracht van negen naar acht dagen. Momenteel is de verzorgingsduur gemiddeld zeven dagen. De erosie van de kraamzorg kan een belangrijk probleem gaan vormen voor het in stand houden van de verloskundige organisatie in ons land.

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, 1989 en 1990 bij hoe vaak zij met vragen over AIDS werden geconfronteerd. De cijfers voor 1990 moeten nog worden verwerkt.

Na anderhalf jaar registratie kan worden geconcludeerd dat zo'n tachtig procent van deze gelijkmatig over Nederland verspreide huisartsen één of meer vragen over AIDS hebben gerapporteerd. In tegenstelling tot wat zou kunnen worden verondersteld blijken de grootste aantallen contacten niet te zijn geregistreerd in de praktijken van de vier grote steden. Gelet op de prevalentiecijfers van AIDS en seropositiviteit, zijn het niet de groepen met het meest risicovolle gedrag (homosexuele contacten, IV-druggebruik) die de huisarts bezoeken. Driekwart van alle vragen is afkomstig uit de leeftijdsgroep 20 tot 44 jaar, 60% van alle vragen wordt gesteld door een man. Er komen weinig algemene kennisvragen over AIDS bij de huisarts; de gestelde vragen gaan met name over de HIV-antistoffen-test, over klachten of over mogelijke risico's van seksuele contacten. Het belangrijkste motief om een HIV-antistoffen test aan te vragen is de behoefte aan geruststelling. Geen van de aangevraagde testen was positief.

Huisartsen en AIDS

In samenwerking met de Consumentenbond heeft in het verslagjaar een kort onderzoek plaatsgevonden waarin is nagegaan hoezeer AIDS onder de bevolking leeft, en welke rol de huisarts speelt bij de beantwoording van vragen op dit gebied.

Medio maart/april is een oproep verschenen in diverse kranten en tijdschriften. De personen die hierop reageerden ontvingen een schriftelijke vragenlijst. In totaal zijn er 158 bruikbare reacties teruggestuurd.

Hoe besmetting te voorkomen, angst voor AIDS of gelopen risico's en het dilemma om al dan niet een AIDS-test aan te vragen, houden de mensen het meest bezig.

In totaal heeft slechts 30% van de respondenten met deze vragen contact opgenomen met de huisarts. Degenen die de huisarts wel consulteerden

hebben over het algemeen positieve ervaringen. Men vindt de gesprekken open, heeft het idee dat men serieus wordt genomen en dat de huisarts voldoende kennis van zaken heeft.

Hulpzoeken bij psychosociale problematiek

Als onderdeel van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is onderzoek verricht naar de neiging tot hulpzoeken bij psychosociale problematiek. Hieruit kwam naar voren dat mensen met een relatief hoge geneigdheid tot hulpzoeken over het algemeen jonger zijn, hoger opgeleid zijn, en een hoger inkomen genieten. Ze hebben vaker kennissen die in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werkzaam zijn. Binnen deze groep onderscheiden degenen die vooral gericht zijn op GGZ-voorzieningen zich van degenen die meer op de huisarts of het algemeen maatschappelijk werk gericht zijn door een hogere opleiding.

2.9.2. Voortgang

Experiment samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten

Het doel van het experiment samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten is na te gaan of, en zo ja in hoeverre, een integratie van reguliere en alternatieve geneeswijzen in de praktijk gerealiseerd kan worden. Van integratie is sprake als de communicatie tussen huisartsen en alternatieve therapeuten goed is, als de zorg die beiden aan gemeenschappelijke patiënten geven op elkaar is afgestemd, en als er een duidelijke indicatiestelling bestaat voor behandeling door een alternatieve therapeut. Van belang is voorts de tevredenheid van de deelnemende hulpverleners en patiënten; niet alleen over de communicatie, maar ook over de aan de patiënten geboden alternatieve hulp. In het experiment wordt de samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten opgevat als het middel om het doel (integratie) te bereiken. Samenwerking vindt plaats volgens een door het NIVEL opgesteld protocol, waarin de berichtgeving over en weer, zowel bij het begin als het einde van de alternatieve behandeling, centraal staat.

Bij het maken van een keuze van de lokaties voor beide experimenten is uitgegaan van de voorwaarden die daaraan in de haalbaarheidsstudie werden gesteld: een regulier gezondheidscentrum en een ziekenfondsregio, waarbinnen alternatieve geneeswijzen tegen relatief gunstige voorwaarden in de aanvullende verzekering zijn opgenomen en het ziekenfonds bereid is een bijdrage te leveren aan de voortgang van het onderzoek. Een gezondheidscentrum, waarin 8 huisartsen en 5 alternatieve artsen werken, heeft zichzelf aangemeld. In het verslagjaar is een enquête gehouden onder alle huisartsen en alternatieve therapeuten in de provincie Friesland ten einde een groep

deelnemers te selecteren die ook voldoen aan de eveneens in de haalbaarheidsstudie gestelde eisen: aan de kant van de huisartsen een welwillende houding ten opzichte van alternatieve geneeswijzen, aan de kant van de therapeuten een reguliere opleiding tot arts of fysiotherapeut, aangevuld met een 'alternatieve' opleiding en een lidmaatschap van één van de organisaties van alternatieve artsen of fysiotherapeuten. Uiteindelijk is een groep (in Friesland) geselecteerd: 33 huisartsen en 25 alternatieve therapeuten. Tevens is - eveneens op grond van de resultaten van een schriftelijke enquête - een vergelijkbare groep hulpverleners uit de provincie Groningen geselecteerd, die fungeert als controlegroep in het experiment. Onder alle deelnemers, zowel in de beide noordelijke provincies als in het gezondheidscentrum, is een uitgebreide enquête gehouden om de bestaande samenwerking in kaart te brengen.

Eveneens in het verslagjaar zijn de registratieformulieren die huisartsen en alternatieve therapeuten zowel aan het begin als aan het eind van de behandeling van een gemeenschappelijk patiënt onderling uitwisselen, door het NIVEL opgesteld en gedurende drie maanden in een gezondheidscentrum uitgetest. Datzelfde geldt voor de enquêtes die aan de betrokken patiënten worden voorgelegd. Ten behoeve van het evaluatieonderzoek beschikt het NIVEL zowel over deze enquêtes als over doorslagen van de door de hulpverleners gebruikte registratieformulieren.

Ten behoeve van de deelnemende hulpverleners is een informatiebrochure samengesteld en is een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd waarop het experiment nader werd toegelicht. Voor de betrokken patiënten is een informatiefolder geschreven. Tenslotte is in het verslagjaar gewerkt aan een definitieve versie van het evaluatieplan. De registratie zelf is in de loop van de maand september begonnen.

Substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen

Op verzoek van het ministerie van WVC, in casu de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen, is begonnen met een project 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.

Vragen over AIDS

De gegevens van de 'Vragen over aids' in de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland zijn in het verslagjaar geanalyseerd ten behoeve van een lezing en een artikel. 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.

Huisartsen en AIDS

In samenwerking met de Consumentenbond heeft in het verslagjaar een kort onderzoek plaatsgevonden waarin is nagegaan hoezeer AIDS onder de bevolking leeft en elke rol de huisarts speelt bij de beantwoording van vragen op dit gebied. In een algemeen informatief artikel over AIDS heeft de Consumentenbond een kort verslag opgenomen met de bevindingen van dit onderzoek.

Dit onderzoek was mede bedoeld als een explorerende voorstudie ten behoeve van een onderzoek waarin enerzijds de kennis en de attitudes van huisartsen ten aanzien van AIDS gepeld worden, en anderzijds de aanvragers van een HIV-test over hun ervaringen met huisartsen benaderd zullen worden. In 1990 is dit onderzoeksvoorstel ter subsidiëring aangeboden.

Thuiszorg en AIDS

In samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Rotterdam is in het verslagjaar een begin gemaakt met een proefproject waarbij gespecialiseerde thuisbehandelingen aan patiënten met AIDS in de thuissituatie worden aangeboden en geëvalueerd. In hoeverre is een verplaatsing van zorg, van ziekenhuis naar thuis, voor deze patiëntencategorie wenselijk en haalbaar? Hierbij zal aandacht worden besteed aan medisch-verpleegkundige, de economische, organisatorische en psychosociale aspecten.

Consumentenpanel

Dit project bevat twee onderdelen. Ten eerste zal een panel van 'doorsnee gebruikers' van de gezondheidszorg, die regelmatig benaderd zullen worden om hun mening te geven over de dienstverlening van verschillende aanbieders van zorg, worden opgericht. Besprekingen over de concrete invulling van het project zijn nog gaande. 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.

Kraamzorg

Het onderzoek naar het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg is bij de sectie 'resultaten' besproken.

Kwaliteit van thuiszorg

Op verzoek van het ministerie van WVC dat rond het beleid inzake de kwaliteit van de gezondheidszorg behoefte heeft aan instrumenten waarin het oordeel van de patiënt doorklinkt, is een projectvoorstel gemaakt met als titel: Kwaliteit van thuiszorg: ontwikkeling van een meetinstrument vanuit het perspectief van de patiënt. Het doel van dit project is te komen tot een betrouwbaar en valide meetinstrument voor het vaststellen van het oordeel van de patiënt (tevredenheid) over de thuiszorg, dat aansluit bij de kwaliteitseisen voor andere betrokkenen (met name de zorgverleners en hun instellingen) en recht doet aan het eigen perspectief van de patiënt.

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

Inleiding

De bibliotheek van het NIVEL mag zich verheugen in een toenemende belangstelling van zowel interne als externe gebruikers, waardoor op alle fronten sprake is geweest van een toename van dienstverlenende activiteiten.

De bibliotheeksamenwerking van het LCD-GVO, het NcGv en het NIVEL heeft geleid tot de mogelijkheid om vanuit eigen werkplek elkaars catalogus te kunnen raadplegen.

In 1990 is op initiatief van het NIVEL een begin gemaakt met de samenwerking tussen de vier sectorinstituten, het NcGv, NIPG, NZI/NZR. Deze samenwerking zal zich eerst richten op een gezamenlijke thesaurus en in de toekomst op (bibliotheek)automatisering.

In het oog lopend is een toename van gebruik van informatie uit buitenlandse databases: Medline, Excerpta Medica en Psycinfo. Parallel aan deze ontwikkeling is de relatieve afname van het aantal ingevoerde tijdschriftartikelen: buitenlandse artikelen die niet direct tot het aandachtsgebied van het NIVEL behoren worden in mindere mate opgenomen dan voorheen aangezien de bronvermelding van deze artikelen te vinden is in de externe databases.

Automatisering

Aan de automatisering van de administratieve systemen van de bibliotheek en documentatie is, naast enige oriëntatie op dit gebied, weinig tijd besteed. Voorrang is gegeven aan de documentaire activiteiten.

Bibliotheek-producten

- Bibliografieën

In 1990 zijn 6 bibliografieën in de NIVEL-reeks verschenen:

- * Psychogeriatric en eerstelijnszorg.
- * Thuiszorgprojecten en -experimenten.
- * Sociaal economische status en gezondheid.
- * Algemeen Maatschappelijk Werk.
- * De relatie tussen huisarts en specialist.
- * De zorg voor chronisch zieken.

- Reader
The Dutch Health Care System.
- Jaarlijkse rapportage RWO
Registratie Wetenschappelijk Onderzoek Eerstelijnsgezondheidszorg,
nummer 18.
- Aanwinstenlijsten
Evenals in de voorgaande jaren zijn in 1990 tien algemene aanwinstenlijsten
en vier aanwinstenlijsten op het gebied van samenwerking in de eerstelijns-
(gezondheids)zorg verschenen.
- Literatuurlijsten
In vergelijking met 1989 is er weer meer vraag geweest naar literatuurlijst-
ten, al was de groei niet zo spectaculair als in het 'automatiseringsjaar'
1988.

Externe en interne dienstverlening: enige cijfers

	1989	1990
Uitlening		
- intern	587	700
- extern	834	1020
Documentaire vragen/literatuurlijsten	266	288
Externe leen- of kopie aanvragen	463	485
Online searches in externe databases	20	34
Collectievorming	4971	4243
Tijdschrift abonnementen	111	119
Aanvragen literatuur bij externe bibliotheken	430	401

Thesaurus Gezondheidszorg in samenwerking met de bibliotheken van het NcGv, NIPG, NZI/NZR

Doel van het project is het samenstellen van een uniforme thesaurus voor de Nederlandse gezondheidszorg. In de thesaurus zullen de zwaarste accenten gelegd worden op die gebieden van de gezondheidszorg, waarop het werk van de samenwerkende onderzoeksinstituten gericht is. De invalshoek is die van het gezondheidszorgonderzoek. Vooruitlopend op het concrete werk aan de thesaurus hebben enkele oriënterende gesprekken plaatsgevonden en

is begonnen met een inventarisatie van reeds bestaande binnen- en buitenlandse thesauri op het gebied van de gezondheidszorg.

Registratie Wetenschappelijk Onderzoek

Het achttiende rapport 'Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (RWO) is medio 1990 verstuurd.

Het belangrijkste doel van de registratie is het bieden van een zo volledig mogelijk landelijk overzicht van het onderzoek op het gebied van de eerste-lijnsgezondheidszorg/thuiszorg en haar raakvlakken.

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 om met elkaar in contact te treden. Voor dit doel kunnen ook de jaarlijkse en maandelijkse overzichten (de aanwinstenlijsten van de bibliotheek) gebruikt worden, maar ook kan de laatste stand van zaken over een bepaald onderwerp opgevraagd worden.

4. OVERIGE ACTIVITEITEN

McACE projekt

Het McACE projekt, waarin het Nivel gedurende een jaar multidisciplinair heeft samengewerkt met instituten in binnen- en buitenland, had tot doel de haalbaarheid te bezien van één uniform informatiesysteem voor de ambulante zorg in Europa.

Achtergrond hiervan is de groeiende behoefte aan vergelijkbare en betrouwbare gegevens in deze sector, ten behoeve van verbetering van kwaliteit en doelmatigheid. Met de nieuwe technologische mogelijkheden kan hieraan ook tegemoet gekomen worden.

De inbreng van het Nivel in dit projekt, dat deel uitmaakt van het EEG programma Advanced Informatics in Medicine (AIM), betrof kennis van systemen van gezondheidszorg en ervaringen met diverse registraties.

In deze verkennende studie ging het om de vaststelling van de mogelijkheden, voorwaarden en knelpunten bij het construeren van een zogeheten Minimum Basic Data Set (MBDS) voor de ambulante zorg.

Nadere beschouwing van de structuur en het functioneren van de ambulante zorgverlening in Europa, op basis van een daartoe samengesteld overzicht, maakte duidelijk dat het geen zin heeft ervaringen met ziekenhuisinformatiesystemen zonder meer toe te passen in de ambulante setting. Met de grote verschillen tussen landen, zowel in organisatie als in het ontwikkelingsstadium van de ambulante zorg, hangen zeer uiteenlopende informatiebehoeften samen. Eén uniforme data set is alleen al om die reden niet haalbaar. Daar komt nog bij dat het concept van een MBDS, dat wil zeggen één gegevenssysteem voor diverse doelen, op zichzelf al discutabel geacht moet worden. Een MBDS zou een omvangrijke en inefficiënte lijst van te registreren onderwerpen zijn, waarbij voorbij gezien wordt aan de doelen van de gegevensverzameling en de verschillende nationale prioriteiten die daarbij gelden.

Bruikbaarder lijkt het te spreken van een Minimum Data Set (MDS); daarin worden slechts die gegevens verzameld, die nodig zijn om een welomschreven en geprioriteerd doel te bereiken. De aard van het doel (klinisch, epidemiologisch, beleidsmatig e.d.) bepaalt de aard van de te verzamelen gegevens. Een efficiënte en planmatige opbouw van een dergelijk informatiesysteem begint dan ook met het vaststellen van de informatiebehoefte.

Binnen het projekt is gewerkt aan een algemene methode om die behoefte systematisch vast te stellen. Met behulp van een, noodzakelijkerwijs abstract

model wordt weergegeven hoe informatie en middelen stromen tussen de onderscheiden actoren in de ambulante zorgsector. Vanuit dit uniforme model kunnen per geval de concrete vereisten voor een data set worden afgeleid. Daarbij spelen de geldende structuur van het zorgsysteem en de (informatie)prioriteiten een belangrijke rol (zo zal in een verrichtingensysteem de informatie van verstrekker naar financier anders van aard zijn dan in een systeem van nationale gezondheidszorg).

Een planmatige en efficiënte opzet van een informatiesysteem in de gezondheidszorg is het resultaat van een gedegen afweging, waarbij het gaat om vragen als: wie heeft welke gegevens nodig en voor welk doel; hoe belangrijk is elk gegeven; is er een bestaande classificatie/codering voorhanden; wie moet de gegevens genereren en hoeveel moeite kost dat; wat is de vereiste kwaliteit van de gegevens; hoe moet de data set gestructureerd en georganiseerd worden. De samenhang tussen kenmerken van het gezondheidszorgsysteem, doelen van gegevensverzameling, inrichting van het informatiesysteem en tal van praktische beperkingen werd duidelijk geïllustreerd door middel van een vergelijking van een aantal bestaande informatiesystemen in verschillende landen. Daaruit bleek ook, dat harmonisatie van classificatiesystemen veel aandacht verdient.

Beheer van voorzieningen voor gezondheidszorg brengt een grote behoefte aan informatie met zich mee; daar is de belangstelling voor informatiesystemen dan ook groot. In de ambulante sector, waar veel landen een belangrijker rol aan toekennen, staat verbetering van de kosten-effectiviteit hoog op het programma. Dat stelt echter hoge eisen aan de informatievoorziening; gegevens over gebruik van middelen dienen dan te worden gecombineerd met die over het zorgproces. Ook daarvoor werd in het project een model ontwikkeld. Een passende patiëntenclassificatie voor de ambulante sector is daarbij onmisbaar; het in de Verenigde Staten gevalideerde systeem van Ambulatory Visit Groups (AVG) bleek voor Europa niet direct toepasbaar.

Wat de technologische kant betreft, tenslotte, blijken de aanwezige mogelijkheden nog onvoldoende toegesneden op de ambulante gezondheidszorg. Bij de standaardisering die op dit terrein gaande is, moeten de eisen uit dit toepassingsgebied (en die in grote lijnen afleidbaar zijn uit de ontwikkelde modellen) meer worden verdisconteerd. Dat vereist een adequate beschrijving van (de diversiteit van) de gebruikcontext.

In een vervolproject zou moeten worden geprobeerd om langs deze modelmatige weg in concrete gevallen tot resultaten te komen; op een deelgebied (bijvoorbeeld de ouderenzorg, infectieziekten, psychosociale problemen) zou een informatiesysteem kunnen worden ontwikkeld dat in een aantal systemen van gezondheidszorg op beperkte schaal wordt ingevoerd.

Daarbij dient een relatie gelegd te worden met de informatie uit de intramurale zorg.

5. 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 het onderzoek wordt gedaan.

Het algemeen bestuur van de Stichting NIVEL is in het verslagjaar vier maal bijeen geweest. Het dagelijks bestuur kwam in 1990 vijf keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 1990.

Samenstelling van het bestuur per 31 december 1990.

Leden

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

Leden uit de kring van het veld

	Voorgedragen door:
Dhr. H.A.M. Staring, arts*	Landelijke Huisartsen Vereniging
Mr. S.I.M. Bless	Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra
Vacature	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Dhr. W.T.Fr. Schoemans	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Leden uit de kring van het beleid

	Voorgedragen door:
Vacature	Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars
Mr. R.J. Hofman	Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars
Mw. Drs. M.G. Andela*	Consumentenbond
Vacature	Gehandicaptenraad

Leden uit de kring van de wetenschap

	Voorgedragen door:
Dr. V.C.M.L. Tielens	Nederlands Huisartsen Genootschap
Prof.Dr. J.C. van Es	Staf NIVEL
Prof.Dr. H. Philipsen*	Staf NIVEL
Vacature	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
Dhr. M. Bonke	VIVAM (Vereniging van instellingen voor algemeen maatschappelijk werk)
Drs. W.G.W. Boerma	Ondernemingsraad NIVEL
Mw. J.A.M. v.d. Heiden,	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Vacature	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid

*) Tevens lid van het Dagelijks Bestuur

6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)

- Mw. Drs. J.M. Bensing
Directeur
- Voorzitter van de Redactie Maandblad Geestelijke Volksgezondheid.
 - Begeleidingscommissie Trendstudie Vrouwen en Gezondheid K.U. Nijmegen, Vrouwenstudies.
- Prof. dr. J. v.d. Zee
Wvd.directeur
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Kamer Extramurale Gezondheidszorg.
 - Vier Instituten Overleg (NIVEL, NcGv, NIPG, NZI).
 - Vereniging van Onderzoeksinstituten.
 - Bijzondere leerstoel Onderzoek van de ELGZ aan de Rijksuniversiteit Limburg.
 - NWO, Gebied Medische Wetenschappen Deelwerkgemeenschap Gezondheidszorgonderzoek (voorzitter).
 - Commissie van Advies van de Gezondheidsstatistiek.
 - Redactie Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg.
 - College Huisartsgeneeskunde.
 - Bestuur Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.
- Dr. D. de Bakker
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Begeleidingscommissie Inventarisatie Kwaliteitsystemen t.b.v. de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid.
 - Begeleidingscommissie onderzoek 'Van Waarneemgroep naar Huisartsengroep', Stichting O&O .
- Drs. E.Chr. Curfs
- Klankbordgroep Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk.
- Dr. J. Dekker
- NWO, Medische Wetenschappen, Gedragsfactoren bij somatische aandoeningen.
 - NWO, Psychon, Persoonskunde.

- Nederlandse Behavioral Medicine Federatie, bestuurslid.
 - Begeleidingscommissie Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk.
 - Begeleidingscommissie SOROF-ICIDH communicatie-instrument fysiotherapie.
- Dr. M. Foets
zoek.
- NWO, Werkgemeenschap Gezondheidsonderzoek.
 - Programma Commissie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen.
 - WHO, Drugutilization Working Party.
- Dr. P.P. Groenewegen
zorgonderzoek.
- NWO, Deelwerkgemeenschap Gezondheids-
 - NWO, Werkgemeenschap Verklarende Sociologie, voorzitter.
 - Docent Interuniversitair Centrum voor Theorievorming en Methodenontwikkeling in de Sociologie.
 - Sociaal Wetenschappelijke Adviescommissie van de Programma Coördinatiecommissie Aids-onderzoek.
 - Werkgemeenschapscommissie Psychopathologie en Psychosociaal Gezondheidsonderzoek.
- Dr. L. Hingstman
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Classificatie Ontwikkelingsgroep Organiserische Eenheden van de Werkgroep Classificatie en Codering.
 - Permanente Subcommissie Huisartsen Beroepskrachtenplanning van de LHV.
- Mw. Dr. A. Kerkstra
- Begeleidingscommissie Onderzoek 'Verpleeghuizen Deventer'.
 - Werkgroep Sociaal Wetenschappelijk CARA-Onderzoek.
- Drs. J.J. Kerssens
- Klankbordgroep Fysiotherapie Informatie Model.

- Drs. T.J.J.M.T. Kersten
- Algemeen Bestuur van de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen.
 - Vestigingscommissie Huisartsen Gemeente Zederik.
 - Lid Onderzoeksgroep van het Project Samenwerking 1e-2e lijn van de Vrije Universiteit.
- L.J. Stokx, arts
- Lid Sectie Geneesmiddelengebruik-studies en Farmaco-epidemiologie; Samenwerkingsverband Faculteit Sociale Pharmacie Utrecht en Groningen.
- Dr. P.F.M. Verhaak
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Kamer GGZ.
 - Begeleidingscommissie Roken en Patiënten-voorlichting.
 - Begeleidingscommissie Pedagoog in de Eerstelij.
- J. v.d. Velden, arts
- AIM-project EEG, Partnermanager McAce.
 - Programma Commissie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen.
 - Wetenschappelijke Commissie NHG congres 1991.
 - Wetenschappelijke Commissie WONCA/SIMG congres, 1993.
 - Lid NIVEL/RIVM Werkgroep Peilstations 'Nieuwe Stijl'.

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.

Boeken, Rapporten en Brochures

- Becht-Melai, F., M. van Loo en A.K. de Leeuw. Registratie wetenschappelijk onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1990
- Boerma, W.G.W., D. Parkin (eds) McAce Consortium; European Ambulatory Care Information Systems: an exploratory study of harmonisation Vol II: Identification of opportunities and problems in current health information systems.
- Brink-Muinen, A. van den, H. Sixma, De zorg voor ouderen in Almere. Utrecht: NIVEL, 1990
- Campen, C. van. The Dutch Health Care System: Reader. Utrecht: NIVEL, 1990
- Campen, C. van, Sluijs, E.M. Patient compliance: a bibliography of reviews 1980-1990, Utrecht, NIVEL, 1990
- Delnoy, D.M.J. Evaluatie structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen; eindrapport. Utrecht: NIVEL 1990
- Heijden, P. van der. Sociaal Economische Status en gezondheid. Bibliografie, Utrecht: NIVEL, 1990
- Hessels, E.M.A. Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1990. Utrecht, NIVEL 1990

Hessels, E.M.A. Home-teams 1989. Utrecht, NIVEL, 1990

Hingstman, L., J. Pool (1990). Cijfers over fysiotherapeuten (per 1-1-1989), (Brochure)

Hoogenveen, R.T., S.E. Kooiker. Het inversieprobleem van stochastische matrices opgelost met behulp van de methode van de meeste aannemelijkheid. Bilthoven: RIVM-rapport nr. 958606 003

Hutchinson, A. (ed) McAce Consortium; European Ambulatory Care Information Systems: an exploratory study of harmonisation Vol I: Evaluation of minimum data sets, resource use management and information technology support

Kortenhoeven, D. Vrouwelijke artsen en vestiging als huisarts. Dissertatie Utrecht, Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema B.V., 1990

Kruihof, W. Psychogeriatrische problemen in de eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1990

Kuijlen, H. Chronische ziekten en de huisarts. Bibliografie, Utrecht: NIVEL, 1990

Leeuw, A.K. de. Algemeen Maatschappelijk Werk. Bibliografie, Utrecht: NIVEL, 1990

Meer, K. van der, R.J.A. Smith, G.J. Bremer. Cerebro-vasculaire aandoeningen gepeild. Utrecht: NIVEL, 1990

Pool, J., L. Hingstman. Statistische gegevens per 1 januari 1989 over huisartsen en verloskundigen. Utrecht: NIVEL, 1990

Schellevis, F., J. Kuylen. De zorg voor chronisch zieken. Bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1990

Sluijs, E.M., J. Dekker, J. Fennema, e.a. Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten. Eindrapportage Praeventiefonds

Vorst-Thijssen, T.M.L., A. van den Brink-Muinen & A. Kerkstra. Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. Utrecht: februari 1990 (inclusief tabellenboek)

Wiegers, T.A. Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen. Interimrapportage, Utrecht: NIVEL, 1990

Wismeijer E., J. Pool. Registratie Verloskundigen, peiling 1990. (brochure)

Artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

Bensing, J.M., P. Beerendonk. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk; weten en meten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; 45, (1990), nr. 6, p. 595-618

Dekker J., Tola P., Aufdemkampe G. Pijngedrag: de betrouwbaarheid van een meetinstrument bij gon- en coxartrose. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 100, (1990), p. 106-110

Froom, J., L. Culpepper, P. Grob, A. Bartelds, e.a. Diagnosis and treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. British Medical Journal; 300, (1990), p. 582-586

Kerkstra, A., R. Verheij, M. Foets & J.van der Velden. Behoeftte aan nazorg en verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 68, (1990), nr. 8, 346-354

Kerssens, J.J., P.P. Groenewegen. Referrals to physiotherapy: the relation between the number of referrals, and the indication to refer. Social Science & Medicine; 30, (1990), p.797-804

Kersten, T.J.J.M.T., W.C.M. Zijlmans & T.A.Wiegers. Nazorg van het Kruiswerk, wat houdt dat in? Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 68, (1990), nr.10, p. 416-426

- Kersten, T.J.J.M.T., M. Foets. De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 68, (1990), nr. 1, p. 36-41
- Kersten, T.J.M.M.T, C.M.Th. Verhage-Spliet. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweede lijn. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 68, (1990), nr. 8, p. 341-345
- Krasnik, A, et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. British Medical Journal; 300, (1990), p. 1698-1701
- Nijland, A., J. de Haan, J. v.d. Velden, B. Meyboom-de Jong. De doktersassistente: Sociale en professionele kenmerken. Huisarts en Wetenschap; 33, (1990), nr. 9, p. 350-354
- P.P. Groenewegen, L. Hingstman en J. Dekker. Gebruik en beschikbaarheid van fysiotherapeutische zorg in de toekomst. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 100, (1990), nr. 30, p. 84-92
- Sluijs, E.M., E.B. Kuijper. Problemen die fysiotherapeuten ervaren bij het geven van voorlichting aan patiënten: een inventarisatie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 100, (1990), nr. 5, p. 128-132
- Sluijs, E.M., I.M.J. Hermans. Problemen die patiënten ervaren bij het doen van huiswerk-oefeningen en bij het opvolgen van adviezen: een inventarisatie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 100, (1990), nr. 6, p. 175-179
- Stokx, L.J., T.J.J.M.T. Kersten. Aandeel van huisarts en specialist in de zorg voor de patiënt met epilepsie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 134, (1990), nr.40, p. 1943-1946
- Tijhuis, M.A.R., L. Peters, M. Foets. An orientation toward help-seeking for emotional problems. Social Science & Medicine; 31, (1990), nr. 9, p. 989-995
- Triet, E.F. van, J. Dekker, J.J. Kerssens, E.Chr. Curfs. The reliability of the assessment of impairments and disabilities in survey research in the field of physical therapy. International Disability Studies; (1990), no. 12, p. 61-65

- Verhaak, P.F.M., H.J. Wennink, M.A.R. Tijhuis. The importance of the GHQ in General Practice. *Family Practice*; 7, (1990), no. 4, p. 319-324
- Verhaak, P.F.M., H.J. Wennink. What does a doctor do with psychosocial problems in Primary Care? *International Journal of Psychiatry in Medicine*; 20, (1990), no. 2, p. 151-162
- Verhage-Spliet, C.M.Th., T.J.J.M.T. Kersten. De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. *Huisarts en Wetenschap*; 33, (1990), nr. 4, p. 148-151
- Visser G.J., L. Peters. Alternative medicine and general practitioners in the Netherlands: towards acceptance and integration? *Family Practice*; 7, (1990), no. 3, p. 227
- Visser, J. Alternative medicine in the Netherlands. *Complementary Medical Research*; 4, (1990), no. 2, p. 28-31
- Wennink, H.J., S.E. Kooiker. Een scenario voor de eerste lijn: methodologische overwegingen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 68, (1990), nr. 3, p. 110-116
- Westert, G.P., P.P. Groenewegen. De duur van ziekenhuisopnamen in het geval van chirurgische verrichtingen; een beschrijving van regionale verschillen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 68, (1990), p. 277-286

Artikelen in vaktijdschriften en boekbijdragen

- Chatab, J. en A. Kerkstra. Teambesprekingen op consultatiebureaus. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*; 22, (1990), nr. 4, p. 51-53
- Crombie, D.L., J. van der Zee, P. Backer. The interface study. Occasional paper 48, published by the Royal College of General Practitioners, November 1990

- Curfs, E.Chr. en J. Dekker. Is het zoveel gehanteerde '2x in de week behandelen' wel de meest optimale frequentie van behandelen? Respons; (1990), nr. 1, p. 1-3.
- Groenewegen, P.P. Verrichtingen in de huisartspraktijk; een presentatie van gegevens uit de Nationale Studie. Medisch Contact; 45, (1990), nr. 19, p. 608-611
- Groenewegen, P.P. en J. van der Zee. Organization and research program of the Netherlands Institute of Primary Health Care. In: P. Bergerhoff, D. Lehman & P. Novak (eds.), Primary Health Care: public involvement family medicine, epidemiology and health economics. Springer-Verlag, Berlin, 1990
- Hingstman, L. Behoeftebepaling huisartsen. Medisch Contact; 45, (1990), nr.8, p. 253-255
- Hingstman, L., J. Pool. Drie jaar vestigingsbeleid voor huisartsen. Medisch Contact; 45, (1990), nr.20, p. 637-640
- Kerssens, J.J., P.P. Groenewegen. Referrals to physiotherapy: the relation between the number of referrals, and the indication to refer. In: Bartelds et al. (eds), The dutch sentinel practice network. Utrecht, NIVEL, 1990
- Kersten, T.J.J.M.T., T.A. Wieggers, A.M.G.J. de Wit en W.C.M. Zijlmans. Continuïteit van de zorg moet verbeteren. Maatschappelijke Gezondheidszorg; (1990), nr. 11, p. 28-31
- Kersten, T.J.J.M.T., A.M.G.J. de Wit en W.C.M. Zijlmans. De kwaliteit van verpleegkundige nazorg gemeten. Verpleegkunde; 1990/1991, nr. 2, p. 70-84
- Kluyt, I. Onzekerheid en aanvullende diagnostiek bij enkele huisartsgeneeskundige problemen. In: D. Kriegsman (red.), Continuïteit, een leidraad voor de huisarts(geneeskunde). Amsterdam 1990, p. 55-62
- Moons, M.A.W., L. Peters. Huisarts en vragen over AIDS: anderhalf jaar registratie Peilstations Nederland. Medisch Contact; 45, (1990), nr. 36, p. 1055-1057

- Schellevis F. Vervolgafspraken van huisartsen met chronische patiënten. In: Kriegsman (red.), Continuïteit, een leidraad voor de huisarts(geneeskunde). Amsterdam 1990, p. 80-87
- Sluijs, E.M. Therapietrouw van de patiënt en de kwaliteit van voorlichting in de fysiotherapie. Jaarboek fysiotherapie 1990
- Stevens, F.C., J. van der Zee, De gezondheidszorg in nationaal en euroregionaal perspectief. In: J. Soeters, H. Spoormans, R. Welten (eds), Het nieuwe Limburg. Spectrum, 1990
- Stokx, L. Wie zorgt er voor de patiënt met epilepsie? Epilepsie Bulletin, december 1990
- Velden, J. van der. De rol van de huisartspraktijk in Nederland. Medisch Contact; 45, (1990), nr. 19, p. 605-608
- Visser, G.J., L. Peters, J.J. Rasker. Reuma en alternatieve geneeswijzen; een onderzoek onder reumatologen en hun patiënten. Medisch Contact; 45, (1990), nr. 20, p. 643
- Wennink, H.J., G. Goudriaan. De eerste lijn en thuiszorg; deel 1: De verwarring. Medisch Contact; 45, (1990), nr. 37
- Wennink, H.J., G. Goudriaan. De eerste lijn en thuiszorg; deel 2: De hulpvraag. Medisch Contact; 45, (1990), nr. 38
- Wennink, H.J., G. Goudriaan. De eerste lijn en thuiszorg; slot: Scenario's voor ambulante zorg. Medisch Contact; 45, (1990), nr. 39
- Wiegers, T.A. en T.J.M.M.T. Kersten. Problemen bij de overdracht van nazorgpatiënten. Tijdschrift voor Ziekenverzorgenden; (1990), nr.22, p. 728-733
- Zee, J. van der. Hoofdstuk in WHO-boek over primary health care in the Netherlands. In: E. Taruno, Z.A.Creese (eds), The hurdle race to primary health care. Achieving health for all in the year 2000. Geneva, WHO, 1990

Zee, J. van der. De Nationale Studie en het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts. Medisch Contact; 45, (1990), nr. 19, p. 611-614

Zee, J. van der, R. van Haften & P. Groenewegen. Die Einkommensituation der Niederländische Hausärzte. In: E. Manz (hrsg.), Aufgabenstellung, Leistungsstruktur und Honorierung von Allgemeinärzten und Gebietsärzten in unterschiedlichen Systemen der ambulanten ärztlichen Versorgung. Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg, 1990

Voordrachten

Bakker, D. de. Morbidity pattern in a Dutch new town, Lezing op de 'Regional European Meeting of the International Epidemiological Association, Granada, 14-15-16 february 1990

Bakker, D. de. Geographical variations in interventions by general practitioners. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990

Bensing, J.M., J. Dronkers. The relative merits of two types of observation systems in general practice. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990

Bensing J.M. Wie zegt dat dit een goed consult is? Lezing gehouden aan de RUHI, Rotterdam, februari 1990

Bensing, J.M., P. Beerendonk. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk; weten en meten. Poster op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990

Bensing, J.M. Doctor-patient communication and the quality of care. Lezing gehouden op de '4th European Conference on Health Psychology', Oxford, 2-4 Juli 1990

Bensing, J.M. Patienten met buikpijn en lage rugpijn, een toepassing van het biopsychosociaal model. Lezing VU, oktober 1990

- Bosman, J. Mogelijkheden voor preventie in de huisartspraktijk. Welk deel van de populatie at risk krijgt de huisarts onder ogen? Lezing NHG-referatendag, Nijmegen, 6 oktober 1990
- Brink-Muinen, A. van den, H. Sixma. The influence of social networks on the use of various types of health care services by the elderly. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990
- Calnan, M., P. Groenewegen, J. Hutten. Professional reimbursement and management of time in general practice: an international comparison. Paper presented at the international conference 'Doctors at work; general practice in facts and figures', Utrecht, May 10-11, 1990
- Claessens, A.E. Chronisch reumatische aandoeningen in de Nederlandse huisartspraktijk. Lezing WEON, Amsterdam, juni 1990
- Claessens, A., J. van der Velden. De NHG-standaard mammografie: de toepasbaarheid in de Nederlandse huisartspraktijk. Lezing NHG-referatendag, Nijmegen, 6 oktober 1990
- Dekker J., B. Boot, L.H.V. van der Woude. Pain in osteoarthritis: a review of mediating mechanisms in soft joint tissues. Poster presented at the '1st International Congress of Behavioral Medicine', Uppsala, juni 1990
- Dekker J., P. Tola, G. Aufdemkampe. Assessment of pain behavior in osteoarthritis patients. Poster presented at the '20th European Congress on Behaviour Therapy', Parijs, september 1990
- Dekker J. Pijn en functionele beperkingen bij patiënten met artrose. Lezing Nationaal Psychologencongres, Amsterdam, oktober 1990
- Delnoy, D., T.J.J.M.T. Kersten. How do different systems of remuneration affect health care costs? Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990
- Flierman, H.A., P.P. Groenewegen. Changing the payment system of general practitioners. Poster op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990

Foets, M. The National Study on Morbidity and Interventions in General Practice. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990

Foets, M., The patient: results from the National Study patient interviews. Lezing op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990

Friele R., P. Verhaak. Comparing psychiatric morbidity in clients of general social workers and organizations of ambulatory mental health care. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990

Groenewegen, P.P., J. Hutten. Determinants of general practitioners' workload: practice organization and personal characteristics of the general practitioner. Paper presented at the international conference 'Doctors at work; general practice in facts and figures', Utrecht, May 10-11, 1990

Groenewegen, P.P. Substitution of primary care and specialist care; a regional analysis in Denmark. Paper presented at the '4th International Symposium in Medical Geography', Norwich, juli 1990.

Groenewegen, P.P., J. van der Zee. Revenues of general practitioners in Western Europe. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990

Groenewegen, P.P. Honoreringssystemen, werkbelasting, substitutie en kwaliteit van zorg. Lezing voor de Vereniging van Huisartsopleiders

Hingstman, L. Behoeftebepaling huisartsen. Lezing, 1990

Hingstman, L. en J. van der Velden. Obstetric care by General Practitioners. Poster op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990

Hingstman, L. Physiotherapy in the Netherlands: regional differentiation in the use of Physiotherapy. Lezing in Noorwegen

- Hutten, J., P. Groenewegen. System of payment of management of time of general practitioners in the Netherlands. Paper presented at the 'Second World Congress on Health Economics', Zurich, September 10-14, 1990
- Kerkstra, A., R.A. Verheij, M. Foets, J.van der Velden. Individual determinants of health services utilization after hospital discharge. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990
- Kerkstra, A. De toekomst van de wijkverpleging: all-round, gedifferentieerd of gespecialiseerd? Primary Health Care en Internationale ervaringen. Lezing gehouden tijdens symposium georganiseerd door de VVVM op 13 oktober en 30 november 1990
- Kerkstra, A., R.A. Verheij. Utilisation of health services after discharge from hospital. Poster op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990
- Kersten, T.J.J.M.T. GP's role as guardians of continuity between primary and secondary care. Lezing op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990
- Knibbe, J.J. Therapietrouw in de fysiotherapie. Gastcollege Faculteit Bewegingswetenschappen, VU/UvA, 8 januari 1990
- Konings, G., J. v.d. Velden. De NHG-standaard diabetes types II: bevestigend of vernieuwend? Lezing NHG-referatendag, Nijmegen, 6 oktober 1990
- Kooiker, S.E., H.J. Wennink. Projecting the future use of primary health care in the Netherlands. Paper presented at the 'Third International Conference of the European Society of Medical Sociology', Marburg, september 1990.
- Kool van Langenberghe, H., J. Dekker, E.Chr. Curfs. Een netwerk van fysiotherapeutische peilstations: eerste resultaten. Lezing op het Jaarcongres Fysiotherapie, november 1990, Den Haag

- Koster, M., J. Dekker, P.P. Groenewegen. The position of allied health professions in the Federal Republic of Germany, the United Kingdom and The Netherlands. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990
- Moons, M.A.W. De eerste resultaten van de peilstationregistratie voor 'Concerns about AIDS'. Lezing op de bijeenkomst voor de medewerkers aan de CMR-Peilstations, 13 januari 1990
- Noordt, M. van, J. van der Zee, P.P. Groenewegen. Regional variations in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium, Northern France and Nordrhein-Westfalen. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990
- Schellevis, F., C. van Weel, J. v.d. Velden, E. v.d. Lisdonk, J. van Eijk. The quality of long-term care in general practice. Lezing NHG-referatendag, Nijmegen, 6 oktober 1990
- Sixma, H. De ervaringen met beperkte openstelling van het ziekenhuis in Zoetermeer. Lezing voor huisartsen en specialisten in Capelle aan de IJssel
- Sluijs, E.M. Voorlichting en therapietrouw. Gastcollege HMN, 5 november 1990
- Sluijs, E.M. Voorlichting geeft problemen. Lezing op GVO-marktdag 13 december 1990
- Sluijs, E.M. Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten. Poster + rollenspel. Ede, 15 juni 1990
- Sluijs, E.M. Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten. Lezing VU-ziekenhuis, 25 april 1990
- Sluijs, E.M. Adherence enhancing strategy in physical therapy. Poster gepresenteerd op de '2nd European conference on Health Psychology', Oxford, 2-4 Juli, 1990

- Stokx, L.J. Epilepsie in de eerste- en tweedelij. Lezing gehouden op de Wetenschapsdag van de Nederlandse Liga tegen Epilepsie, 26 oktober 1990
- Stokx, L., T.J.J.M.T. Kersten. Costcontainment by quality improvement. Lezing gehouden op de '2nd European Conference on Health Services Research and Primary Health Care', Keulen, 15 december 1990
- Stokx, L.J. Kanttekeningen bij de relatie tussen huisarts en specialist vanuit een huisartsgeneeskundig perspectief. Lezing gehouden op het lustrum-symposium van het project 'Samenwerking 1e - 2e lijn' van het VU Ziekenhuis, 30 oktober 1990
- Uunk W., J. Dekker, P.P. Groenewegen. Referrals of general practitioners to physical therapists. Poster op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990
- Velden, J. van der. Gezondheid en gezondheidszorg: de rol van de huisartspraktijk in Nederland. Lezing op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990
- Velden, J. van der. General practice: producing health for all? Lezing IEA-meeting, Granada, 1990
- Velden J. van der. Social inequalities in health and the role of general practice. Lezing op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990
- Velden, J. van der. Rural-urban variation in general practice. Lezing SIMG congres, Klagenfurt, 1990.
- Velden, J. van der. Thuiszorg in de stad en op het platteland. Lezing NHG-congres Groningen, november, 1990
- Velden, J. van der. Designing ambulatory care datasets in Europe. Lezing AIM-Euroforum, Sevilla, 1990
- Velden, J. van der. Organisatie en bewaking van zorg voor chronisch zieken. Lezing conferentie gezondheidszorgonderzoek bij chronisch zieken. Rhenen, november 1990

- Verhaak, P.F.M. Mental Health Risks and Illness behaviour. Poster op Regional Meeting IEA, Granada 14-16 februari 1990/congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990
- Verhaak, P.F.M. To what extent does general practice meet the patient's need for psychosocial care? Lezing op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990
- Verhaak, P.F.M., J. Bosman, J. van der Velden. Prevention in general practice, meeting the population at risk? WONCA European regional meeting, Barcelona, 11 december 1990
- Verhaak, P.F.M. Factoren die samenhangen met het uiten van psychische klachten op het spreekuur. Lezing NHG-referatendag, Nijmegen, 6 oktober 1990
- Visser, G.J. Voordracht minisymposium samenwerking reguliere en alternatieve genezers op het Ministerie van WVC, 1 juni 1990
- Wennink, H.J. Case-management-zorgcoördinatie een dilemma. Inleiding op de conferentie 'Zorgvernieuwing in de thuiszorg', Amersfoort, 2 februari 1990
- Westert, G.P., P.P. Groenewegen, S.M. Lindenburg. Explaining variations in utilization of hospital care: The length of hospitalization in the case of surgical procedures. Lezing op het congres 'Doctors at Work', Utrecht, 10-11 mei 1990
- Zee, J. van der, B.H. Posthuma. (Cost)effects of private health insurance options. The case of the Netherlands. Paper presented at the 2nd world conference on health economics. Zurich, september, 1990

8. LIJST VAN MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER 1990

Functie:	Naam:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
LEIDING					
Directeur	Bensing Mw.Drs. J.M.	01-01	31-12	38,0	1,00
Waarnemend Directeur	Zee Prof.Dr. J. van der	01-01	31-12	38,0	1,00
Hoofd Algemene Zaken	Jong T.J.M. de	01-01	31-12	38,0	1,00
Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek (wnd)	Groenewegen Dr. P.P.	01-01	31-12	38,0	1,00
Adj.-Hoofd Wetensch. Onderzoek (wnd)	Verhaak Dr. P.F.M.	01-01	31-12	38,0	1,00
STAF- EN SECRETARIAATSFUNCTIES					
Management-assistent	Evers Mw.Drs. M.E.M.G.	01-01	28-02	38,0	0,16
Idem	Bosman Mw.Ir. J.M.	01-11	31-12	30,0	0,13
Wetenschappelijk Ass. Directeur	Bosman Mw.Ir. J.M.	01-01	31-10	15,0	0,33
Wetenschappelijk Ass. Hoofd Wetensch.Onderz.	Gloerich Drs. A.B.M.	01-01	31-12	32,0	0,84
Wetenschappelijk Ass. Adj.-Hoofd W.O. (TEG)	Uunk Drs. W.J.G.	01-01	31-12	38,0	1,00
Wetenschapsjournalist	Olthof G.W.	01-01	31-12	28,0	0,74
Medewerker Publiciteit en Vormgeving	Cornelius Mw. M.M.	01-01	31-12	32,0	0,84
Medewerker Secretariaat Directeur	Leeuwen Mw. M. van	01-01	31-12	30,4	0,80
Medewerker PZ/AZ	Kerkhof Mw. J.D.M.	01-01	31-12	20,0	0,53
Medewerker Secretariaat (Adj.-)Hoofd W.O.	Oever Mw. J. van den	01-01	31-05	36,0	0,39
Idem	Zoer Mw. E.	01-03	31-10	var.	0,27
		01-11	31-12	20,0	0,09
Idem	Daniëls Mw. C.A.	01-11	21-11	12,0	0,02
Medewerker Secretariaat Publiciteit	Kroeze Mw. J.A.	01-01	31-12	19,0	0,50
Medewerker Secretariaat Bestuur/Archief-medew.	Brouwer Mw. M.W.	01-01	31-12	19,0	0,50
Typist Directie-secretar.	Ruiter Mw. C.	01-01	31-12	var.	0,18
Idem	Pels Mw. S.	01-07	31-12	var.	0,08

Functie:	Naam:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Ende		

ONDERZOEK

Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg:

Projectleider	Zee Prof.Dr. J. van der				
Projectleider	Groenewegen Dr. P.P.				
Assistent Onderzoeker	Haften R. van	01-01	31-01	38,0	0,08
Verandering honorering huisartsen in Kopenhagen:					
Onderzoeker	Flierman Drs. H.A.	01-01	31-08	38,0	0,67
EEG-onderzoek verwijzingen huisarts:					
Onderzoeker	Gloerich Drs. A.B.M.	01-01	28-02	6,0	0,03
		01-04	30-11	6,0	0,11

Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg (vervolg):

Measurement, characterisation and control of ambulatory care in Europe (McAce):					
Onderzoeker	Boerma Drs. W.G.W.	01-01	31-05	36,0	0,39
Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg:					
Assistent Onderzoeker	Hermans Mw.Drs. I.M.J.	02-10	31-12	38,0	0,25
Internationaal Documentatie-centrum:					
Onderzoeker	Boerma Drs. W.G.W.	01-06	30-09	36,0	0,32
Idem	Heijden Drs. P.M.J.R. van der	01-11	31-12	38,0	0,17

Themagebied Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg:

Projectleider	Kersten Drs. T.J.J.M.T.	01-01	31-12	38,0	1,00
Assistent Onderzoeker	Hackenitz Drs. E.D.J.	19-02	31-12	38,0	0,87
Medewerker Secretariaat	Hol Mw. M.	01-01	31-03	18,0	0,12
Idem	Meulen Mw. M.A.M. van der	01-05	31-12	19,0	0,34
Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek:					
Onderzoeker	Chatab Mw. Drs. J.	01-01	30-09	30,4	0,60
Arts/Onderzoeker	Berghs Dr. G.A.H.	01-01	28-02	18,0	0,08
		01-03	31-08	8,0	0,11
Student-ass.	Mulder Mw. A.M.	01-05	31-08	24,0	0,21
Evaluatie project samenwerking 1e-2e lijn VU:					
Projectleider	Wijkel Dr. D.	01-01	15-04	38,0	0,29
Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering (DNO):					
Onderzoeker	Stokx L.J., arts	01-02	31-12	38,0	0,92

Functie:	Naam:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Ende		
Project combinatie inzichten huisartsenhonorering: Onderzoeker	Delnoy Mw.Drs. D.M.	05-03	31-12	38,0	0,83
Themagebied Eerste lijn en GGZ:					
Projectleider	Verhaak Dr. P.F.M.				
Onderzoeker	Bensing Mw.Drs. J.M.				
Wetenschappelijk Ass.	Bosman Mw.Ir. J.M.	01-01	31-10	15,0	0,33
Assistent Onderzoeker	Beerendonk Drs. Ph.M.	01-01	30-06	20,0	0,26
Assistent Onderzoeker	Boer Mw.Drs. S.A. de	01-08	31-10	20,0	0,13
		01-11	31-12	32,0	0,14
Medewerker Secretariaat	Kamphuys Mw. B.M.	17-04	31-12	19,0	0,35
Hulpzoeken bij psycho-sociale problematiek: Onderzoeker	Tijhuis Mw.Drs. M.A.R.	01-01	31-07	38,0	0,58
AMW en RIAGG verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze: Onderzoeker	Friele Dr.Ir. R.D.	01-01	31-12	30,4	0,80
Themagebied Samenwerking en samenhang in de eerste lijn:					
Projectleider	Bakker Dr. D.H. de	01-01	31-12	38,0	1,00
Medewerker Secretariaat	Zweije Mw. M.	01-01	31-12	36,0	0,95
Registratie en onderzoek naar samenwerkingsverbanden: Onderzoeker	Veer Mw.Drs. A.J.E. de	01-07	31-12	32,0	0,42
Onderzoeker	Hessels Mw.Drs. E.M.A.	01-01	31-12	12,0	0,32
Administratief medew.	Dijk Mw. H.C. van	01-01	31-12	19,0	0,50
Medewerker Secretariaat	Geelkerken Mw. M. van	01-01	31-12	5,4	0,14
Scenario-onderzoek eerstelijnszorg (incl. Fysiotherapie): Onderzoeker	Kooiker Drs. S.E.	01-01	31-12	38,0	1,00
Onderzoeker	Wennink Dr. H.J.	01-01	30-09	38,0	0,75
Idem (gedetacheerd)	Wennink Dr. H.J.	01-10	31-12	8,0	0,05
Onderzoeker	Boerma Drs. W.G.W.	01-10	31-12	36,0	0,24
Evaluatie gezondheidszorg Almere: Onderzoeker	Sixma Drs. H.J.M.	01-01	31-12	30,4	0,80
Wijkverpleegkundige zorg in Almere: de zorgbehoefte bij ouderen: Assistent Onderzoeker	Brink Mw.Drs. A. van den	01-01	30-04	32,0	0,28
Evaluatie structuur deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen: Onderzoeker	Delnoy Mw.Drs. D.M.	01-01	31-01	38,0	0,08

Functie:	Naam:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Ende		
Registratie Innovatieve Projecten:					
Onderzoeker	Hessels Mw.Drs. E.M.A.	01-01	31-12	20,0	0,53
Themagebied Volume- en Functie-aanbod:					
Projectleider	Hingstman Dr. L.	01-01	30-09	38,0	0,75
		01-10	31-12	15,2	0,10
Systeem-analist	Storck P.W.A.	01-01	31-12	8,0	0,21
		15-09	14-12	10,5	0,07
Medewerker Secretariaat	Geelkerken Mw. M. van	01-01	31-12	14,0	0,37
Registratie Beroepsbeoefenaren in de ELGZ/Registratie Fysiotherapeuten:					
Onderzoeker	Pool Drs. J.B.	20-09	31-12	38,0	0,28
Wetenschappelijk Ass.(TEG)	Pool Drs. J.B.	01-01	19-09	38,0	0,72
Coördinator Registratie	Wismeijer Mw.Drs. E.T.	02-05	31-12	38,0	0,67
Research-medewerker	Hoekstra J.	01-01	31-12	20,0	0,53
Administratief medew.	Scheepmaker A.F.	01-01	31-12	24,0	0,63
Administratief medew.	Rooyen Mw. J.E.M. van	01-02	31-12	38,0	0,92
Evaluatie invoering indicatielijst verloskunde:					
Assistent Onderzoeker	Riteco Mw.Drs. J.A.	01-01	31-12	38,0	1,00
Evaluatie experimenten verloskundige samenwerkingsverbanden:					
Projectleider	Hingstman Dr. L.	01-10	31-12	22,8	0,15
Verloskundige zorg door de huisarts:					
Onderzoeker	Wijk Drs. K.P. van	01-10	31-12	38,0	0,25
Arts/Onderzoeker	Berghs Dr. G.A.H.	02-10	31-12	8,0	0,05
Themagebied Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk:					
Projectleider	Foets Mw.Dr. M.M.E.	01-01	31-03	38,0	0,25
Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk:					
Projectleider	Velden J. van der, arts	01-01	31-03	38,0	0,25
Arts/Onderzoeker	Schellevis F.G., arts	01-01	31-03	19,0	0,12
Arts/Onderzoeker	Claessens Mw.Drs. A.A.M.C.	01-01	31-03	32,0	0,21
Arts/Onderzoeker	Kluijt Mw. I.,arts	01-01	31-03	22,8	0,15
Onderzoeker	Doornbos Mw.Ir. G.	01-01	31-03	38,0	0,25
Systeem/Databankbeheerder	Snellenberg J.N.H.M. van	01-01	31-03	38,0	0,25
Research-medewerker	Gravestein J.V.	01-01	31-03	22,8	0,15
Research-medewerker	Abrahamse H.P.H.	01-01	31-03	38,0	0,25
Research-medewerker	Wismeijer Mw.Drs. E.T.	01-01	31-03	38,0	0,25
Veldwerker	Huisman Mw.Drs. A.C.	01-01	31-01	28,0	0,06
Veldwerker	Konings G.P.J.M., arts	01-01	31-01	34,0	0,08

Functie:	Naam:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Veldwerker	Hageman Mw. M.A.P.E., arts	01-01	31-01	10,0	0,02
Medewerker Secretariaat	Karamat Ali Mw. I.M.	01-01	31-03	32,0	0,21
Kernteam Nationale Studie:					
Projectleider	Velden J. van der, arts	01-04	31-12	38,0	0,75
Projectleider	Foets Mw.Dr. M.M.E.	01-04	31-12	38,0	0,75
Arts/Onderzoeker	Claessens Mw.Drs. A.A.M.C.	01-04	31-05	32,0	0,14
Systeem/Databankbeheerder	Snellenberg J.N.H.M. van	01-04	31-12	38,0	0,75
Medewerker Secretariaat	Karamat Ali Mw. I.M.	01-04	31-12	32,0	0,63
Research-medewerker	Gravestein J.V.	01-04	31-12	22,8	0,45
		17-04	16-05	15,2	0,03
Research-medewerker	Abrahamse H.P.H.	01-04	30-04	38,0	0,08
Research-medewerker	Vliet H.J. van	15-07	31-12	30,0	0,37
Medewerker controles	Steen J. van der	01-04	31-12	var.	0,45
Peilstations:					
Arts/Onderzoeker	Bartelds A.I.M., arts	01-01	31-12	12,0	0,32
Medewerker Secretariaat	Heshusius Mw. M.	01-01	31-12	22,8	0,60
Medewerker Secretariaat	Colet Mw. E.E.	01-01	31-12	16,0	0,42
		01-01	28-02	8,0	0,03
Medewerker Secretariaat	Zoer Mw. E.	01-01	28-02	15,0	0,06
Sociale Netwerken en gezondheid:					
Onderzoeker	Tijhuis Mw.Drs. M.A.R.	01-09	31-12	38,0	0,33
Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk:					
Arts/Onderzoeker	Kluijt Mw. I.,arts	01-04	31-12	19,0	0,38
Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk:					
Onderzoeker	Flierman Drs. H.A.	02-10	31-12	38,0	0,25
Gezondheid en medische consumptie naar geslacht:					
Arts/Onderzoeker	Claessens Mw.Drs. A.A.M.C.	02-07	31-12	32,0	0,42
Themagebied Paramedische Beroepen:					
Projectleider	Dekker Dr. J.	01-01	31-12	38,0	1,00
Medewerker Secretariaat	Geelkerken Mw. M. van	01-01	31-12	12,2	0,32
Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeuten:					
Onderzoeker	Sluijs Mw.Drs. E.M.	01-01	31-12	38,0	1,00
Assistent Onderzoeker	Hermans Mw.Drs. I.M.J.	01-01	31-08	38,0	0,67
Assistent Onderzoeker	Kuijper Mw. E.B.	01-01	28-02	28,0	0,12

Functie:	Naam:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extra-murale fysiotherapie:					
Onderzoeker	Kerssens Drs. J.J.	01-01	31-01	38,0	0,08
Onderzoeker	Kool van Langenberghe Dr. H.	01-02	31-12	38,0	0,92
Onderzoeker	Curfs Drs. E.Chr., fysioth.	01-01	31-12	12,0	0,32
Administratief medew.	Groot Mw. R. de	01-01	31-12	38,0	1,00
Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podo- en ergotherape:					
Onderzoeker	Gisbergen Drs. M.J.W.M. van	15-08	31-12	38,0	0,38
Onderzoeker	Driessen Mw.Drs. M.J.A.	01-12	31-12	22,8	0,05
		15-08	30-11	19,0	0,15
Functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie:					
Onderzoeker	Brink Mw.Drs. A. van den	01-06	31-12	30,4	0,47
Onderzoeker	Kool van Langenberghe Dr. H.	01-01	31-01	38,0	0,08
De positie van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen:					
Onderzoeker	Koster Mw.Drs. M.K.	01-05	31-12	30,4	0,54
Themagebied Extramuraal verpleging:					
Projectleider	Kerkstra Mw.Dr. A.	01-01	31-12	32,0	0,84
Wetenschappelijk Ass.(TEG)	Verhey Drs. R.A.	01-01	25-07	38,0	0,56
Medewerker Secretariaat	Hol Mw. M.	01-01	31-03	18,0	0,12
Medewerker Secretariaat	Meulen Mw. M.A.M. van der	01-05	31-12	19,0	0,34
CARA-zorg voor kinderen					
Onderzoeker	Wiegers Mw.Drs. Th. A.	01-08	31-12	32,0	0,35
		01-01	31-07	38,0	0,58
Extramuraal verpleging in verschillende landen:					
Onderzoeker	Verheij Drs. R.A.	01-08	31-12	24,0	0,26
Themagebied hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn:					
Projectleider	Peters Drs. L.	01-01	19-09	38,0	0,72
		20-09	31-12	26,6	0,20
Assistent Onderzoeker	Moons Mw.Drs. M.A.W.	01-01	10-09	38,0	0,69
		15-10	31-10	28,0	0,03
Medewerker Secretariaat	Neomagus Mw. H.A.H.	01-01	31-03	19,0	0,12
		01-04	31-07	30,0	0,26
Medewerker Secretariaat	Kamphuys Mw. B.M.	17-04	31-12	19,0	0,35
Consumentenpanel:					
Onderzoeker	Kerssens Drs. J.J.	01-02	31-12	32,0	0,77

Functie:	Naam:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Ende		
Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers:					
Onderzoeker	Visser Drs. G.J.	01-01	31-12	32,0	0,84
Veldwerker	Bootsma Mw. W.M.	01-09	31-12	16,0	0,14
Onderzoek naar substitutie-effecten van alternatieve geneeswijzen:					
Projectleider	Peters Drs. L.				
Proefproject gespecialiseerde thuiszorg voor AIDS-patiënten:					
Onderzoeker	Moons Mw.Drs. M.A.W.	01-11	31-12	28,0	0,12
ONDERZOEK ALGEMEEN:					
Adviseur Informatica	Hoopen Drs. A.J. ten	01-01	31-12	9,2	0,24
Systeem-analist	Storck P.W.A.	01-01	31-12	8,0	0,21
Research-medewerker	Boschman Mw. M.A.	01-01	31-12	36,0	0,95
Research-medewerker	Heyning Drs. J.Th.	01-08	31-12	38,0	0,42
Research-medewerker	Duister Mw. M.H.	01-01	16-04	32,0	0,24
		17-04	31-12	38,0	0,71
Research-medewerker	Winckers Drs. M.L.J.J.	01-01	31-03	32,0	0,21
		02-05	31-12	32,0	0,56
Research-medewerker	Spreeuwenberg P.M.M.	10-09	31-12	24,0	0,20
Research-medewerker	Swords Mw. P.,BSc	01-02	30-06	38,0	0,41
Medewerker data-entry	Wiegers Mw. R.P.	01-01	31-12	var.	0,50
BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE					
Coördinator	Leeuw Mw.Drs. A.K. de	01-01	31-12	38,0	1,00
Bibliothecaris	Garde Mw. I. de	01-01	31-12	22,8	0,60
Documentalist	Kuijlen J.A.J.	01-01	31-12	24,0	0,63
		01-11	31-12	12,0	0,05
Plv. Bibliothecaris/ Documentalist	Heijden Drs. P.M.J.R. van der	01-01	31-10	38,0	0,83
Documentalist	Boeringa F.H.	01-12	31-12	38,0	0,08
Medewerker (TEG)	Campen Drs. E.C.M. van	01-01	15-06	38,0	0,45
Medewerker (TEG)	Mulder P.	05-11	31-12	38,0	0,16
Medewerker Secretariaat	Luijpers Mw. J.V.	01-01	31-12	28,0	0,74
Administratief medew.	Persaud Mw. R.	01-01	31-12	var.	0,40
Registratie Wetenschappelijk Onderzoek:					
Administratief medew.	Becht Mw. E.	01-01	06-06	20,0	0,23
Administratief medew.	Loo Mw. M.E. van	15-10	31-12	20,0	0,11
		01-01	14-10	var.	0,33

Functie:	Naam:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
ALGEMENE DIENST					
Assistent Administrateur	Franke C.H.	01-01	31-12	38,0	1,00
Medewerker salarisadm.	Vlieger Mw. J.H.de	01-02	31-12	16,0	0,39
Medewerker fin.adm.	Sap C.P.	01-01	30-06	37,0	0,48
Administratief medew.	Groenendijk A.	01-07	31-12	38,0	0,50
Beheerder	Muller B.H.J.	01-01	31-12	32,0	0,84
Hoofd Huishouding	Jurrius Mw. L.M.	01-01	31-12	38,0	1,00
Assistent Hoofd Huish.	Wind Mw. M.	01-01	31-12	12,0	0,32
Medewerker Receptie	Felperlaan Mw. C.M.	01-01	31-12	24,0	0,63
Medewerker Receptie	Smit Mw. W.	01-01	31-12	28,0	0,74
Medew. Receptie/Beheer	Spruit W.L.	01-01	31-12	28,0	0,74
Schoonmaker	Drielinger Mw. C.Y.	01-01	08-04	10,5	0,07
		09-04	31-12	14,0	0,27
Schoonmaker	Sieders Mw. Th.	01-01	31-12	13,8	0,36
Totale personeelsbezetting in 1990:					<u>77,84</u>

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

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in opgegeven regio
Stichting Medische Technologie	Statistische gegevens	Aantallen huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en gezondheidscentra in een aantal gemeenten
Veldkamp B.V. (G.H.I. Noord-Holland)	Promotieonderzoek van de heer G. van der Wal	Steekproef huisartsen in Noord-Holland en in overig Nederland. Geslacht, leeftijd, jaar en universiteit van afstuderen, vestigingsjaar, wel/niet apotheekhoudend, praktijkvorm, urbanisatiegraad.
Westeinde Ziekenhuis, Den Haag	Versturen van uitslagen van laboratoriumonderzoeken	Adressen van alle werkzame huisartsen
Rijksuniversiteit Limburg Vakgroep Gezondheidsvoorzorg en -opvoeding	Onderzoek naar de effectiviteit van de zogenoemde rug-school	Adressen van een steekproef van huisartsen en fysiotherapeuten
Erasmus Universiteit Rotterdam. Beleid en Management, Gezondheidszorg	Onderzoek naar de managementtaak van de huisarts	Steekproef huisartsen regio Zuid-Holland en Noord-Brabant
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in opgegeven regio
Instituut voor Medische Statistiek Nederland B.V.	Statistische gegevens ten behoeve van vaststelling representativiteit huisartsenpanel	Praktiserende huisartsen: praktijkvorm, geslacht, wel/niet apotheekhoudend. Universiteit en jaar van afstuderen
Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen Regio West Nederland	Verzending van SDH-nascholingscursussen	Adressen van huisartsen in de regio

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Landelijk Platform Nabestaan na Zelfdoding	Pre-test t.a.v. de waardering en het gebruik van folder-materiaal	Steekproef van 150 huisartsen
Artsen zonder Grenzen	Aktie met het verzoek een abonnement op een medisch tijdschrift te schenken aan Roemeense huisartsen	Adressen van alle werkzame huisartsen
Stichting O & O	FTO-project met als doel het gestructureerde farmaco therapie overleg te bevorderen binnen een bepaalde regio	Gegevens van huisartsen in een aantal gemeenten. Adressen, praktijkvorm, wel/niet apotheekhoudend, jaar van afstuderen, jaar van huidige vestiging
Rijksuniversiteit Limburg Vakgroep Huisartsgeneeskunde	Onderzoek naar de behandeling van kleine kinderen met koorts en het gebruik van antibiotica hierbij	Uitgesteld
Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut	Organiseren van een congres en referatendag in het kader van het 20-jarig bestaan van de vakgroep huisartsgeneeskunde	Adressen en praktijkvorm van huisartsen
Dr. G.J. van Hoytema Stichting Twente	Verzending van medische nascholings-programma's	Adressen van alle werkzame huisartsen
Stichting Doof-Blinden	Onderzoek 'Doof-Blindheid in Nederland'	Adressen en praktijkvorm van alle huisartsen
Stichting Korrelatie	Verzending van affiche	Adressen van alle werkzame huisartsen
Integraal Kankercentrum Oost	Mailing	Adressen van alle werkzame huisartsen
VVAA	Organiseren van OrgHIS Jubileum Congres	Adressen van alle werkzame huisartsen
Nederlands Huisartsen Genootschap	Verzending van de voorankondiging van jaarlijks NHG-Congres	Adressen van alle werkzame huisartsen

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Landelijke Huisartsen Vereniging	Mailing voor het LHV-Symposium Terminale Thuiszorg	Adressen van alle werkzame en praktijkzoekende huisartsen
Hogeschool Midden Nederland	Behoeftetepeiling voor een opleiding Ontspanningstherapie	Steekproef van 250 fysiotherapeuten
Staatstoezich op de Volksgezondheid	Bezoeken in verband met het systematisch toezicht houden op de kwaliteitsbewaking van de verloskundige zorg	Adressen van werkzame verloskundigen in Utrecht, Gelderland en Friesland. Praktijkvorm, jaar van vestiging
Rijksuniversiteit Groningen Vakgroep Huisartsgeneeskunde	Stageplaatsen voor vierdejaars medische studenten	Adressen van huisartsen in Groningen, Friesland en Drenthe
Nederlands Huisartsen Genootschap	Onderzoek naar kennisname en acceptatie van de eerste NHG-standaarden door de Nederlandse Huisartsen	Adressen van een steekproef van huisartsen
Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van 's-Gravenhage	Onderzoeksactiviteiten	Adressen van huisartsen in een aantal gemeenten in Zuid-Holland
Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders	Mailings met voorlichtingsmateriaal voor het contact met migranten	Adressen van huisartsen uit een aantal gemeenten
Rijksuniversiteit Utrecht Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen	Onderzoek naar het gebruik van medische voorzieningen	Gegevens van huisartsen uit Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht en Almere. Aantal, praktijkvorm, samenwerkingsverband, gemeentecode, urbanisatiegraad
Provinciaal Overlegorgaan Gehandicaptenbeleid Noord-Holland	Verzending van adreslijst van belangenorganisaties van mensen met een lichamelijke handicap	Adressen van huisartsen in Noord-Holland
Gezondheidscentrum De Spil	Onderzoek naar de kenmerken van surmenage (overspanning) in de huisartspraktijk	Steekproef van 1000 huisartsen. Geslacht, leeftijd, praktijkvorm, wel/niet apotheehoudend, urbanisatiegraad, vestigingsjaar

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Nederlands Huisartsen Genootschap	Verzending van het program- maboekje van het jaarlijkse NGH-congres	Adressen van alle werk- zame huisartsen
Centraal Bureau Fysiothe- rapie	Onderzoeksproject naar de mening over beroepsorgani- saties	Adressen van fysiothera- peuten die geen lid zijn van KNGF of VVF
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending van nieuwsbrief	Alle werkzame huisartsen
Health Care Research & Statistical Services	Uitbreiding panel t.b.v. ge- structureerd onderzoek	Uitgesteld
Management Medische Videotheek	Verzending van informatie over nieuwe voorlichtings- video's	Afgewezen
Sociaal en Cultureel Plan- bureau	Onderzoek naar determinan- ten van het gebruik van een aantal voorzieningen in de kwartaire sector	Aantallen huisartsen en fysiotherapeuten en aan- tallen praktijken
Erasmus Universiteit Rot- terdam	Onderzoek naar medische beslissingen rond het levens- einde	Steekproef van huisartsen
Centraal Bureau voor de Statistiek	Enquête	Adressen alle fysiothera- peutenpraktijken
Vereniging voor Vrouwen- emancipatie Stimulering Z.H.	Toezending gids voor Vrouw- en Hulpverlening	Uitgesteld
Integraal Kankercentrum Oost	Mailing	Adressen van alle werkza- me huisartsen
Universiteit van Amster- dam, Instituut voor Huis- artsgeneeskunde	Up-to-date houden van het huisarts-opleiders bestand	Adressen van alle werkza- me huisartsen
Stichting O & O	Informatie en medewerking t.a.v. het project 'NHG-stan- daarden implementatie'	Adressen van huisartsen uit de regio Noord-Lim- burg
Orgaan Begeleidingsgroep- en Borstkankerpatiënten	Toezending brief over lymf- oedeem	Adressen van alle werk- zame huisartsen

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing	Enquête over het cerebrovasculair accident	Steekproef van 500 huisartsen
Academisch Ziekenhuis Leiden	Onderzoek naar het gebruik van het vaccin tegen influenza	Steekproef van 250 huisartsen. Adressen, praktijkvorm, jaar van afstuderen, wel/niet apotheekhoudend
Integraal Kankercentrum Oost	Mailing	Adressen van alle werkzame huisartsen
Nederlands Huisartsen Genootschap	Verzending van de brochure 'patiëntenfolder'	Adressen van alle werkzame huisartsen
Landelijk Platform Nabestaanden na Zelfdoding	Toezending van folder over rouwverwerking	Adressen van alle werkzame huisartsen
Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen Regio West-Nederland	mailing t.b.v. SDH-nascholingscursussen	Adressen van huisartsen in de regio
Stichting Kombi	Toezending van informatiefolder	Uitgesteld
Visser Contactlenzen Contactlensspecialisten A.N.V.C.	Uitnodiging voor lezing over contactlenzen	Afgewezen
Rijksuniversiteit Limburg Vakgroep Huisartsgeneeskunde	Onderzoeksproject 'Patiëntenvoorlichting door de huisarts. Implementatie van richtlijnen in de huisartsenpraktijk'	Steekproef van huisartsen uit bepaalde gemeenten. Praktijkvorm, leeftijd, sexe, urbanisatiegraad
Rijksuniversiteit Groningen Vakgroep Gezondheidswetenschappen	Onderzoek naar opvattingen van aanbieders van gezondheidszorg met betrekking tot het vraagstuk 'Grenzen aan Zorg'	Steekproef van 650 huisartsen
Kweekschool voor Vroedvrouwen te Amsterdam	Onderzoek onder niet-werkzame verloskundigen	Adressen van niet-werkzame verloskundigen
Nederlandse Vereniging van doktersassistenten	Toezending van 'N.V.D.A.-special'	Adressen van alle werkzame huisartsen

