

JAARVERSLAG 1991



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. AFDELING ONDERZOEK	9
2.1. Internationaal vergelijkend onderzoek	9
2.2. Thuiszorg en substitutie	13
2.2.1. Relatie tussen eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg	13
2.2.2. Verloskundige zorg	15
2.2.3. Extramurale verpleging en verzorging	18
2.3. Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheidszorg	25
2.3.1. Hulpvraag en hulpvrager in de eerstelijns	25
2.3.2. Eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg	29
2.3.3. Paramedische beroepen	33
2.4. De huisartspraktijk en de samenhang van eerstelijnsvoorzieningen	38
2.4.1. De huisartspraktijk	
2.4.2. Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de Nationale Studie	39
2.4.3. Peilstations	45
2.4.4. Samenhang van voorzieningen in de eerstelijnszorg	48
3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE	53
4. OVERIGE ACTIVITEITEN	55
5. HET BESTUUR	57
6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)	59
7. NIVEL-RAPPORTEN EN OVERIGE PUBLIKATIES	63

8. LIJST MET MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER	81
9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN	89
TREFWOORDENINDEX	95

1. INLEIDING

Het jaar 1991 kan men met recht een 'academisch' jaar noemen; vier NIVEL-onderzoekingen werden met een dissertatie afgesloten en naast de (bijzondere) leerstoel aan de Rijksuniversiteit Limburg werd een leerstoel ingesteld en ingevuld aan de Rijksuniversiteit te Utrecht in de 'Sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg'.

Deze band met de centrale vestigingsplaats van het instituut verhindert niet dat het Nivel voor zijn congressen liever naar 's Hertogenbosch gaat. Daar vond op 21 en 22 maart een internationaal congres plaats over 'Primary care obstetrics and perinatal health'. In de meeste landen is dit een contradictio in terminis; daar is verloskunde altijd klinisch, maar, in Nederland bestaat 'eerstelijns-verloskunde' in het echt.

Meer dan 200 deelnemers uit 25 landen bogen zich over kwaliteit en organisatie van de verloskundige zorg in hoog-ontwikkelde samenlevingen; het motto van de dagen was dat men echt niet bij astrologie of onbespoten worteltjes behoeft te zweren, om een kind thuis ter wereld te laten komen. Het Nederlandse voorbeeld toont dit aan. Het Nivel had ten behoeve van de conferentie een geannoteerde bibliografie en een literatuuroverzicht over verloskundige zorg in een aantal Europese landen vervaardigd en is dringend verzocht deze manifestatie over enkele jaren te herhalen.

In 1991 kwam de 'Scenariostudie Eerstelijnszorg' gereed. De studie heeft altijd wat in de schaduw gestaan van de grote 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', maar doet daar qua reikwijdte en inhoud niet voor onder.

De studie is een 'voorzieningen-scenario' met alle sterke, maar ook zwakkere punten van het genre. Waar men over de voorspelling van 'ziekte' nog wel, zij het met de nodige slagen om de arm - de plotselinge opkomst van AIDS heeft ons deemoedig gemaakt- gegevens vanuit het heden naar de toekomst kan extrapoleren, kunnen 'voorzieningen' als het ware met één pennestreek ongedaan worden gemaakt. Als men bijvoorbeeld de beschermde positie van de verloskundige beëindigt, dan bevalt over 5 jaar 95 procent van de Nederlandse vrouwen in het ziekenhuis.

Zoals alle scenario's bevat de Scenariostudie enige extrapolaties; één van de aardige resultaten daaruit is, dat de 'vergrijzing' in Nederland niet zonder meer betekent dat van alle gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening meer en meer gebruik wordt gemaakt; mensen worden namelijk relatief 'gezonder' oud, zeker als de neergaande trend in het 'roken' doorzet.

Het kleiner worden van de gezinnen en het toenemen van het aantal alleenstaanden, maakt wel dat het beroep op de gezinszorg (en in mindere mate op de thuisverpleging) sterk zal toenemen; de druk op huisarts en specialist daarentegen is minder hevig dan men op grond van de huidige cijfers zou verwachten.

Van scenario naar stelselwijziging is slechts een kleine stap; indien de stelselwijziging doorgaat is de beschermde positie van de eerstelijns hulpverleners minder vanzelfsprekend. Functionele omschrijving van zorgverlening is niet zo goed te rijmen met exclusieve bevoegdheden van beroepsbeoefenaren. Dit zou kunnen betekenen, dat bijvoorbeeld de met veel moeite tot stand gekomen meerjarige huisartsenopleiding niet meer het monopolie op de huisartsenzorg heeft, maar dat ook basisartsen of verpleeghuisartsen een overeenkomst met een zorgverzekeraar mogen afsluiten. In de praktijk zal dit wel loslopen; gegarandeerd is dit niet. In een gewijzigd stelsel kunnen de scenario's (ook de scenario's, die nu door de huidige eerstelijns als 'gruwelscenario's' worden beschouwd, zoals het 'ziekenhuis-buiten-de-muren-scenario') in principe worden verwerkelijkt. Voor de toekomstige inrichting van de gezondheidszorg blijft het een keiharde noodzaak om tenminste een grondige evaluatie van de veranderingen te blijven geven.

1.1. Indeling van het jaarverslag

Nu in het werkprogramma de oorspronkelijke negen themagebieden van het instituut in een aantal 'clusters' zijn gegroepeerd, zal het jaarverslag ook deze systematiek volgen en successievelijk rapporteren over:

- 2.1. Internationale vergelijking
- 2.2. Thuiszorg en substitutie
- 2.3. Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid
- 2.4. De huisartspraktijk en samenhang van eerstelijnsvoorzieningen
3. Bibliotheek en documentatie.

Geprobeerd is met de resultaten zo goed mogelijk aan te sluiten bij de actualiteit. Ook recente vondsten, mits intern getoetst en, indien nodig, aan begeleidingscommissies voorgelegd, worden zelfs vóór 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 publicatie. 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. Het jaarverslag bevat bovendien een overzicht van publikaties en voordrachten in het verslagjaar.

2. AFDELING ONDERZOEK

2.1. Internationaal vergelijkend onderzoek

Het Europese onderzoek naar verwijzingen van huisartsen, waaraan het NIVEL voor Nederland deelnam, werd met een (concept-)rapportage afgesloten. De resultaten moesten bij het schrijven van het verslag nog in Brussel worden besproken, maar een klein voorproefje kan reeds worden gegeven.

Studies naar praktijkprofielen van huisartsen en wijkverpleegkundigen in het Duits/Nederlands/Belgisch grensgebied kwamen met drieste resultaten.

Regionale gegevens uit Duitsland over de invloed van het aanbod van ziekenhuisbedden op het aantal ziekenhuis-opnamen konden aan een reeds langer bestaand internationaal vergelijkend onderzoek worden toegevoegd. Het onderzoek levert aanwijzingen op, dat de stelling 'het aanbod bepaalt de vraag' niet altijd en op dezelfde wijze opgaat.

Tenslotte konden twee vergelijkende studies: respectievelijk naar de positie van de wijkverpleging en enkele paramedische beroepen in het verslagjaar worden afgesloten.

Europese verwijscijfers van huisartsen

De Nederlandse huisarts verwijst iets minder dan het gemiddelde in Europa, maar niet veel minder. De Nederlandse deelnemers aan een internationaal vergelijkend onderzoek naar verwijzingen van huisartsen komen op ongeveer 45 verwijsbeslissingen per 1000 contacten; het gemiddelde van alle deelnemende landen (12) is 51; erg veel wordt naar de specialist verwezen in Noorwegen (82 per duizend), Italië (67 per duizend) en Denemarken (66 per duizend), terwijl de Belgische (39 per duizend), Zwitserse (38 per duizend) en Franse huisartsen (26 per duizend) terughoudender in hun verwijsbeleid zijn, maar in deze landen kan men ook zonder verwijzing naar de specialist.

Een paar andere gegevens: de Nederlandse huisarts heeft ongeveer 140 contacten per week; de Europese ranglijst wordt aangevoerd door de Duitsers (Oost en West, ondanks de grote verschillen in systeem) met 220 (West) en 207 (Oost) contacten per week; Frankrijk, Portugal en Noorwegen sluiten de rij met respectievelijk 82, 81 en 68 contacten per week. Forse verschillen treft men in het aantal huisbezoeken aan; 45,7% in België en 1,5%(!!) in Portugal; Nederland zit met 19% vrij hoog (3e op de ranglijst).

Nederlandse huisartsen onderscheiden zich op enkele andere punten sterk van hun Europese collega's. Zo vinden de Nederlandse artsen dat slechts 40% van

de patiënten geen invloed op de verwijfsbeslissing heeft gehad, tegenover 69% van hun Oostduitse en Joegoslavische collega's. De Duitse en Deense huisartsen benaderen met resp. 46 en 47% de Nederlandse arts het dichtst.

De studie levert één intrigerend resultaat op; als men door alle landen heen de artsen die naar verhouding veel verwijzen vergelijkt met hun weinig verwijzende collega's, dan vindt men dat huisartsen die veel verwijzen kleinere praktijken en een geringer aantal contacten hebben dan huisartsen die naar verhouding weinig verwijzen. Dit resultaat komt niet overeen met de verwachtingen, maar laat zich niet 'wegverklaren'. Nog een aardig gegeven: er is ook gekeken naar de toestand van de verwezen patiënt 3 maanden later; het aantal patiënten dat de specialist binnen 4 weken na verwijzing zag varieerde van 98% in Hongarije tot 39% in Engeland (Nederland 71%); de gemiddelde duur tussen verwijzing en afspraak was 1½ dag in Hongarije, 6 à 7 dagen in België, Frankrijk en Duitsland en 36 dagen in Engeland (Nederland 11 dagen, maar wel 20% na 4 maanden nog geen afspraak). De uitstel-patronen zijn over de landen heen identiek als het gaat om snijdende, schouwende of andere specialismen; de tijd die tussen verwijzing en afspraak met de specialist verloopt is een typisch systeemkenmerk.

Regionale opnamecijfers; de situatie in Duitsland

Aan een vergelijkende studie met cijfers over Nederland, België en Noord-Frankrijk werden gegevens over de Duitse deelstaat Nordrhein-Westfalen toegevoegd over de jaren 1974, 1979 en 1982. Duitsland blijkt, net als Frankrijk, een sterk door het aanbod van ziekenhuisbedden gedomineerd systeem van gezondheidszorg te hebben. Nordrhein-Westfalen heeft gemiddeld 162 opnamen per 1000 inwoners in 1982, Noord Frankrijk 174 tegenover 137 in België en 107 in Nederland. Regionale verschillen in het aantal ziekenhuisopnamen worden voornamelijk door verschillen in aanbod van ziekenhuisbedden bepaald. Toch vindt men in Duitsland wel een tegenwicht in de ambulante zorg; in regio's waar zich veel huisartsen en ambulante specialisten bevinden ziet men een geringer aantal ziekenhuisopnamen; in België en Noord-Frankrijk vindt men een dergelijk verband zwakker of niet in alle onderzochte jaren; in Nederland vindt men geen invloed van de omvang van de ambulante zorg op de hoogte van het opnamecijfer.

Voor de onderzochte landen geldt, dat de invloed van het bedden-aanbod in de loop van de tijd afneemt; het zou heel goed kunnen zijn dat rond 1986/87 in Nederland de invloed van beddendichtheid op opnamecijfers verdwenen is; in Duitsland en Frankrijk zal dit verschijnsel nog niet zijn verdwenen.

Praktijkprofielen van huisartsen en wijkverpleegkundigen; een onderzoek in de grensgebieden rond Nederlands Limburg

Als men dezelfde onderzoeksinstrumenten hanteert wordt internationale vergelijking pas goed mogelijk; immers, gevonden verschillen kunnen anders mogelijk toegeschreven worden aan de wijze van registreren.

Niettemin kan men op grond van de vergelijking van bestaande gegevens over het werk van wijkverpleegkundigen in Nederland en de thuisverpleging in België al het volgende stellen:

Ten eerste ligt in België het opleidingsniveau van de thuisverpleegkundigen lager dan in Nederland; in Nederland is de verhouding tussen hoger-opgeleide (HBO) en middelbaar-opgeleide (MBO) verpleegkundigen en verzorgenden 3:1; in België is dit precies omgekeerd.

Het is ook uit bestaande gegevens af te leiden dat de Belgische thuisverpleegkundige meer huisbezoeken verricht (83 per verpleegkundige per week in België en 35 in Nederland), die korter duren (gemiddeld 19 minuten versus 31 minuten in Nederland). Nederlandse wijkverpleegkundigen besteden 43% van hun tijd aan curatieve huisbezoeken; wijkzikenverzorgenden 60% en Belgische thuisverplegenden ruim 80%. In Nederland komt er voor de wijkverpleging natuurlijk de jeugdgezondheidszorg bij (dat doet in België een andere organisatie); maar al met al besteedt men in Nederland meer tijd aan overleg, organisatie en administratie dan in België. Nederlandse verpleegkundigen geven veel vaker dan hun Belgische collega's aan dat ze aan voorlichting, signalering en begeleiding doen; Belgische thuisverpleegkundigen dienen vaker medicijnen per injectie toe en verrichten vaker verpleegkundige handelingen. In België worden de verpleegkundigen als ze zelfstandig werkzaam zijn rechtstreeks of anders wordt hun organisatie per verrichting betaald; in Nederland krijgt de organisatie een budget en kan de verpleegkundige tot op zekere hoogte zelf beslissen wat voor soort zorg er wordt verleend.

Inmiddels (1991) is het Belgische systeem van honoreren van thuisverpleging gewijzigd. Werd men tot dusver per verrichting betaald en moest deze verrichting door een arts zijn voorgeschreven, sinds april 1991 is dit ten dele veranderd. Men gaat in België nog steeds uit van door artsen voorgeschreven verrichtingen (injecties met name), maar daarnaast hebben zwaar zorgbehoevende patiënten ook rechtstreeks de beschikking over verpleegkundige zorg. De declaratie daarvoor vindt plaats op grond van een scoring van de zorgzwaarte op een uniforme lijst: de zogenaamde Katz-schaal.

In een vergelijkend onderzoek in de Euregio (het gebied als het ware aan weerskanten van Limburg) is deze Belgische schaal ook in Nederland en Duitsland toegepast en hebben verpleegkundigen bovendien op vergelijkbare wijze bijgehouden wat zij zoal deden. Daar komt het volgende uit:

Voor een deel worden de gegevens uit bestaand onderzoek bevestigd. Vooral in België is het aantal bezoeken groter en duren deze korter; de Nederlandse wijkverpleegkundige besteedt relatief veel tijd aan overleg met collega's en andere hulpverleners. Curieus is, dat de Belgische verpleegkundigen hun patiënten als zorgbehoevender afschilderen dan hun Nederlandse en Duitse collega's. Ook als men voor leeftijd van de patiënten corrigeert, blijft dit verschil bestaan. Het is de vraag of de gevonden verschillen nu voortkomen uit feitelijke verschillen in zorgzwaarte, of dat toch het gegeven, dat in België de scores budgettaire gevolgen hebben, aan de gevonden resultaten debet is. Duitse wijkverpleegkundigen helpen (meer dan hun Belgische en Nederlandse collega's) vaker een handje mee in het huishouden; de Nederlandse verpleegkundige is sterker dan de Duitse of Belgische gericht op voorlichting en zelfzorg.

Wat huisartsen betreft, springen vooral de Duitse huisartsen met hun veel grotere aantal consultaties eruit (Nederland 30 per dag, België 18 en Duitsland 50). Belgische artsen maken langere dagen, vooral 's avonds; Duitse artsen beginnen 's ochtends een half uur vroeger dan hun Nederlandse en Belgische collega's; zij werken het grootste aantal uren (56,7 versus 49,4 (Nederland) en 44,5 (België)), maar hoeven buiten deze reële werkuren niet bereikbaar te zijn in tegenstelling tot hun Nederlandse en Belgische collega's. Nederlandse artsen schrijven minder gauw een geneesmiddel voor (in 45% van de contacten, vergeleken met 57% in België en 60% in Duitsland). De Belgische huisarts komt het vaakst bij de mensen thuis, terwijl zijn Duitse collega zijn spreekkamer nauwelijks uitkomt.

De Duitse huisarts houdt zijn patiënten het sterkst onder controle; in 53% van de contacten wordt een expliciete vervolgspraak gemaakt; in België is dit in 40% van de gevallen in Nederland in 32%.

Wijkverpleging; een internationale studie

Per 1 oktober is het onderzoek naar 'Extramurale verpleging in verschillende landen' afgerond. Dit onderzoek werd gesubsidieerd door het ministerie van WVC. Er is zowel een Nederlandstalige als een Engelstalige versie van het rapport gemaakt.

Het onderzoek heeft betrekking op België, Canada, Duitsland, Engeland, Finland, Frankrijk, Nederland, Noorwegen en de Verenigde Staten. Voor elk van deze landen is naast een korte introductie van de gezondheidszorgsystemen, de organisatie, financiering en het functioneren van extramurale verpleging beschreven aan de hand van de volgende onderwerpen: geschiedenis, organisatie en financiering, soorten verpleegkundigen en menskracht, patiëntenpopu-

laties, soorten zorgverlening, de indicatiestelling, samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen, en problemen.

In het slothoofdstuk zijn de belangrijkste verschillen naast elkaar gezet, en is in de Nederlandse versie van het rapport getracht de situatie in andere landen te vertalen naar Nederland en tot aanbevelingen te komen.

Ondanks de grote verschillen in organisatie en financiering in de verschillende landen vertonen de problemen in die landen grote overeenkomsten. Zo is er in bijna alle landen, wegens een groeiende behoefte in de bevolking, een tekort aan verpleegkundig personeel. Voor wat betreft de organisatie is het opvallend dat in veel landen een samengaan plaatsvindt tussen extramurale verpleging en gezinsverzorging.

Positie en opleiding van enige paramedische beroepen in het Verenigd Koninkrijk, Nederland, de Duitse Bondsrepubliek en België

Met het wegvallen van de binnengrenzen van de landen van de Europese gemeenschap wordt het vrije verkeer van personen en goederen nog vrijer dan het al was. Voor de gezondheidszorg betekent dit, dat de vergelijkbaarheid van opleidingen en diploma's nauwkeurig dient te worden bestudeerd. In dit kader is een studie verricht naar plaats en opleiding van fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, optometrie en podotherapie in het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, België en Nederland.

In zijn algemeenheid kan men concluderen dat de opleidingen van alle beroepen in Duitsland het kortst is, waarbij het opleidingsniveau ook het laagst is (in Duitsland betreft het geen HBO).

Met betrekking tot de fysiotherapie zijn er opmerkelijke verschillen in de plaats van de fysiotechniek. In Nederland is dit een zelfstandig en integraal onderdeel van het fysiotherapeutisch handelen en wordt fysiotechniek vergoed; in het Verenigd Koninkrijk wordt dit onderdeel niet of nauwelijks vergoed, in Duitsland alleen onder directe supervisie van artsen (in klinieken) evenals in België.

Wat betreft podotherapie wijkt Engeland duidelijk af; een podotherapeut mag daar lokale verdoving geven en kleine voetchirurgie doen; in de andere landen is dat aan artsen voorbehouden.

2.2. Thuiszorg en substitutie

2.2.1. Relatie tussen eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg

Een langer lopend, uit meerdere delen bestaand onderzoek naar een, wat later zou blijken, niet bestaand verschijnsel in de gezondheidszorg: de invloed van de huisarts in de tweedelijns, werd met een dissertatie afgesloten; sommige van

de resultaten zijn al in vorige jaarverslagen vermeld. Omwille van de overzichtelijkheid worden ze in hoofdlijnen kort weergegeven.

Twee andere onderzoeken (kostenbesparing door kwaliteitsbevordering en een onderzoek naar de invloed van experimenten met verschillende vormen van honorering van huisartsen) verkeren in een staat van afronding; de resultaten daarvan verschijnen eerst in 1992.

De invloed van de huisarts in de tweedelij

In dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen de invloed die de huisarts met zijn verwijzingen uitoefent ('selectie-invloed') en de invloed die hij persoonlijk op de specialist uitoefent in verband met de behandeling van zijn patiënt. Het onderzoek gaat (vooral) over deze laatste vorm van invloed. Volgens het 'Basistakenpakket' van de huisarts en blijkens de antwoorden op een aantal vragen in een vragenlijst, zou deze 'continuïteitsinvloed' er wel moeten zijn; de belangrijkste bevinding in het onderzoek is, dat in de praktijk huisartsen zich eigenlijk zelden met de specialistische behandeling bemoeien.

In het proefschrift wordt eerst beredeneerd, dat continuïteitsinvloed en selectie-invloed zouden moeten bestaan; vervolgens wordt aangetoond, dat huisartsen desgevraagd zeggen dat het belangrijk is om invloed op de behandeling van de specialist uit te oefenen en dat de extra kosten van deze invloed (tijd vooral) tegen de baten (grotere continuïteit van zorg) opwegen.

Bestudeert men echter het gedrag van huisartsen dan blijkt:

- dat huisartsen slechts bij uitzondering (20% van de gevallen) in hun verwijfsbrieven een procedure-voorstel aan de specialist doen omtrent hun bedoeling met de behandeling;
- dat, als ze dit doen, de specialist (internist in dit geval) in tweederde van de gevallen het verzoek volgt;
- dat huisartsen slechts zelden overleg hebben (respectievelijk in 5% en 4% van de gevallen) over verpleegduur, ontslag en nazorg van hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten; het meest frequent wordt er bij opname overlegd (15%); in een aantal gevallen 'regelt' de huisarts de opname. Wel wordt 22% van de patiënten in het ziekenhuis bezocht; kennelijk is bezoek niet synoniem met overleg. Ook met andere (eerstelijns-)hulpverleners wordt zelden overlegd; de rol van de huisarts bij nazorg is beperkt (5% van de ontslagen patiënten). Is de patiënt eenmaal thuis, dan komt de huisarts betrekkelijk vaak (eenderde van de gevallen) even langs, voor zover hij al niet in het ziekenhuis op bezoek is geweest.

Het proefschrift bevat ook een hoofdstuk waarin gekeken wordt wat er in Engeland en Nederland geschreven is over 'invloed van de huisarts'. Daaruit blijkt, dat in Nederland het onderwerp 'invloed in de tweedelij

vaker aan de orde is dan in Engeland, dat in beide landen het nodige over 'verwijscijfers' en hun interpretatie is geschreven (in het Verenigd Koninkrijk zelfs in toenemende mate in de periode 1970-1990). In Engeland speelt het verdwijnen van de 'cottage hospitals', de kleine door huisartsen gerunde dorpsziekenhuizen nog een rol in de discussie. In Nederland gaat het (veel vaker dan in het Verenigd Koninkrijk) over 'samenwerking' huisarts/specialist. Het hoogtepunt van Nederlandse artikelen over 'continuïteitsinvloed' vindt men in de periode 1971-75.

Al met al komt de studie tot de aanbeveling dat huisartsen óf de pretentie van invloed op specialist en ziekenhuis moeten schrappen uit hun takenpakket, óf er serieuzer aan moeten werken, bijvoorbeeld met het toepassen van de gestandaardiseerde verwijsbrief.

2.2.2. Verloskundige zorg

Het in maart 1991 gehouden congres over 'primary care obstetrics and perinatal health' heeft enkele extra publikaties met zich mee gebracht. Het betreft hier een overzicht van verloskundige zorg in Europa, een geannoteerde bibliografie over het congressthema en een engelstalige beschrijving van het Nederlandse verloskundige systeem.

Daarnaast werd een studie naar de acceptatie door verloskundigen, huisartsen en gynaecologen van de (nieuwe) Verloskundige Indicatielijst in 1991 afgerond. Deze laatstgenoemde studie maakte het mogelijk om door vergelijking met een soortgelijke studie uit 1983 het verloop in verloskundige activiteiten van huisartsen over de periode 1983-1990 vast te leggen. We beginnen ons overzicht van resultaten eerst met enkele getallen uit de registratie van verloskundigen.

Registratie Verloskundigen

In 1991 waren er in Nederland 1116 verloskundigen werkzaam; een toename van 12% vergeleken met 1990. Ruim 70% was werkzaam in een eigen praktijk (een toename van ongeveer 4% vergeleken met 1990) en 15% was werkzaam in de kliniek (gelijk gebleven ten opzichte van 1990). Het aantal alleenwerkende verloskundigen (solo-praktijken) is drastisch afgenomen. In 1975 werkte nog bijna 90% alleen; in 1991 was dit afgenomen tot 34 procent. In 1991 was er gemiddelde één verloskundige werkzaam per 3700 vrouwen van 15-44 jaar; variërend van 1 op 2900 vrouwen in Flevoland tot 1 op 7500 vrouwen in Friesland. In plattelandsgebieden is het vooral de huisarts die de (thuis)bevallingen doet. Per jaar komen ruim 60 verloskundigen van de drie opleidingen en krijgen 10 à 20 buitenlandse verloskundigen een erkenning om in Nederland hun beroep uit te oefenen; de meeste verloskundigen vinden snel een baan of

een (plaats in een) praktijk; vaak gaat men eerst nog wat waarnemen, maar van de in 1990 afgestudeerden was in 1991 93% als verloskundige werkzaam.

Verloskundige Indicatielijst

Sinds 1973 hanteren de ziekenfondsen een onder leiding van Kloosterman opgestelde lijst met indicaties voor een klinische bevalling. Tijden veranderen en de Ziekenfondsraad stelde de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (WBK) in, die moest adviseren over een herziene versie.

De werkgroep kwam in 1987 met zijn advies: gesteld werd dat een bevalling onder leiding van de eerstelijns (verloskundige of huisarts) zou moeten plaatsvinden, tenzij er duidelijk aanleiding was om van dit principe af te wijken. De Werkgroep vond een categorie uit tussen eerstelijnsbevalling en bevalling onder leiding van de gynaecoloog: in een aantal gevallen was overleg geboden, zij het dat de beslissing tot behandeling in beginsel bij de eerstelijns bleef. De Ziekenfondsraad besloot tot iets ongebruikelijks: hij voerde de lijst niet dwingend in, maar gaf een 'zwaarwegend advies'. Hoewel de beroepsgroep der gynaecologen wel was vertegenwoordigd in de WBK, bleek de achterban niet content met de lijst en vooral niet met de nieuwigheid van het 'overlegrisico'. Hierdoor ontstond een patstelling met betrekking tot de invoering; invoering zonder medewerking van de gynaecologen was immers niet goed denkbaar.

In dit klimaat werd in 1989 het NIVEL gevraagd om te onderzoeken hoe het met het gebruik van de lijst was gesteld en of er mogelijk iets over het effect van het gebruik te zeggen zou zijn. Methodisch was vooral de laatste vraag niet fraai; de invoering van de lijst was immers al enige tijd aan de gang.

Na de nodige gesprekken (als de ene partij aan het onderzoek mee wilde doen, wilde de andere juist niet) kon het onderzoek van start gaan. Het eerste doel was om eens te kijken hoe de lijst gehanteerd werd en hoe men over de invoering dacht en of men iets aan de lijst wilde veranderen.

Alle gynaecologen en verloskundigen werden aangeschreven en een steekproef uit het huisartsenbestand, groot genoeg om ook (en passant) iets te kunnen zeggen over de verloskundige activiteiten van huisartsen en de resultaten hiervan te vergelijken met die uit eenzelfde soort onderzoek uit 1983.

De uitkomst was niet al te verrassend: tweederde van de gynaecologen verklaarde de nieuwe lijst niet te gebruiken en eenzelfde aantal verklaarde zich tegen het 'overlegrisico' of althans tegen het feit dat huisarts of verloskundige in dergelijke situaties het laatste woord hebben. Huisartsen en verloskundigen zijn vrijwel unaniem positief en verklaren ook voor meer dan 80% (verloskundigen) de lijst te gebruiken.

Ontevreden is men over de invoering. Ongeveer de helft van de huisartsen en een nog groter deel van de verloskundigen en gynaecologen zegt niet te zijn

voorgelicht door de ziekenfondsen. Adviserend geneeskundigen van de ziekenfondsen verklaarden desgevraagd, dat ze soms niet te veel druk hadden uitgeoefend omdat men geen conflicten wilde of omdat er in het veld consensus was.

Van de ondervraagde gynaecologen weigert eenderde de lijst te hanteren. Men is vooral ontevreden over de indicaties; de gynaecologen zijn het slechts met 6 van de 26 indicaties, waar de eerstelijns het (uiteindelijk) voor het zeggen heeft, eens. Van drie van de 26 indicaties (toxicose tijdens de prenatale periode, vruchtwaterverlies, dode foetus) vinden ook huisartsen en verloskundigen, dat de specialist de leiding moet nemen en bij een afwijkend cervix-uitstrijkje vindt de meerderheid overleg op zijn plaats, terwijl de lijst eerstelijns- of eventueel tweedelijns verloskundige zorg voorschrijft. Belangrijk is dat de lijst geen statisch karakter heeft. De uitslagen van het onderzoek geven aan dat er een structuur voor bijstelling in het leven moet worden geroepen.

Huisarts en verloskunde: taakopvatting en activiteiten

In het onderzoek naar de Verloskundige Indicatielijst is aan een uitgebreide steekproef huisartsen ook een aantal vragen gesteld over hun verloskundige activiteiten.

De vragen waren gelijk aan de vragen die in een ander onderzoek uit 1983 zijn gesteld, zodat het verloop van de verloskundige activiteiten van huisartsen over de periode 1983/1990 kan worden vastgesteld. Weliswaar was de respons op het onderzoek in 1990 geringer dan in 1983, maar men kan toch wel concluderen dat het percentage huisartsen dat bevallingen leidde is afgenomen van 45 naar 25%; het gemiddelde aantal bevallingen per jaar per verloskundig actieve huisarts is gestegen van 12 naar 19 (dus boven het aantal van 15 dat in het algemeen als een minimum wordt gezien). Toch geeft bijna 30% van de verloskundig actieve huisartsen op minder dan 10 bevallingen per jaar te leiden. Niettemin vindt 60% van de huisartsen dat verloskunde tot hun taak behoort. Twee op de drie huisartsen vindt dat ook het afsluitend consult van de moeder 6 weken na de bevalling tot hun taak behoort; slechts 12% voert dit consult in de dagelijkse praktijk uit.

De plaats van de bevalling: de mening van de consument

De patiënten-enquête uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk blijft een bron van vele wetenswaardigheden. Aan ongeveer 5000 mannen en vrouwen van 20-44 jaar is gevraagd waar zij, indien van toepassing, hun baby's gekregen hebben, en waar men ze zou of had willen krijgen. In 1987/88 gaf 28% van de ondervraagde mannen en vrouwen de voorkeur aan een thuisbevalling, terwijl 25% zich voor een bevalling in het

ziekenhuis uitspreekt. Thuisbevalling is vooral bij vrouwen onder de dertig in trek. Verder blijkt dat de voorkeur voor thuis of in het ziekenhuis bevallen ook samenhangt met de plaats waar men de vorige keer bevallen is. Van vrouwen die al een keer in het ziekenhuis zijn bevallen wil 38% dat weer doen, terwijl 29% de voorkeur geeft aan een thuisbevalling. Van de vrouwen die thuis zijn bevallen wil 57% de volgende keer weer thuisbevallen en geeft slechts 6% de voorkeur aan het ziekenhuis.

Vrouwen met een hogere opleiding hebben een wat sterkere voorkeur voor een thuisbevalling dan laag opgeleide vrouwen, behalve als ze ouder dan 30 jaar en gehuwd zijn; in dat geval is er een (lichte) voorkeur voor het ziekenhuis.

2.2.3. Extramurale verpleging en verzorging

Eén van de gevolgen van de 'functionele omschrijving' van verzorging en verpleging is, dat het niet zo'n grote stap is van extramurale verpleging en verzorging naar intramurale. Er is een continuüm van zorgzwaarte lopend van thuiszorg, intensieve thuiszorg, zorg verleend in een verzorgingstehuis en verpleeghuiszorg. Daarom ligt het in de rede, dat er een begin is gemaakt met het opstellen van een programma voor onderzoek in de verpleeghuis- en verzorgingshuis-sector. Met name onderzoek naar de zorg en de aard van de beroepsuitoefening van artsen, verpleegkundigen en verzorgenden in deze instellingen voor zwaar hulpbehoevenden is in de bestaande programma's onderbelicht gebleven. Een onderzoeksprogramma waarin de 'zorgverlening' centraal staat voorziet in een wetenschappelijke en maatschappelijke behoefte. Tot zover het nieuwe onderzoeksprogramma; in 1991 is de meeste tijd besteed aan het uitvoeren van onderzoek in de extramurale sfeer.

Er is één onderzoek afgerond naar verpleegkundige zorg voor kinderen met chronische ademhalingsmoeilijkheden (CARA) en verder heeft er vooral verdere analyse plaatsgevonden van een in 1989/90 uitgevoerd groot onderzoek rond 'het werk van wijkverpleegkundigen'. Er is nader onderzocht of en op welke wijze het werk van wijkverpleegkundigen van dat van wijkziekenverzorgenden qua complexiteit verschilt (dat is het geval, maar de verschillen zijn minder groot dan men op grond van het verschil in deskundigheidsniveau zou verwachten). Ook is een nadere studie naar de kwaliteit van het 'intake-gesprek' in de wijkverpleging verricht.

Extramurale verpleegkundige zorg voor kinderen met CARA

Kinderen met ernstige en chronische ademhalingsproblemen hebben meestal, naast medische behandeling, baat bij een huisbezoek van een verpleegkun-

dige, die de woonomgeving grondig onderzoekt op CARA-bevorderende factoren en de ouders voorlicht en instrueert.

De vraag in het onderzoek was: wat zijn de meest effectieve modellen van verpleegkundige zorg voor deze kinderen. Drie modellen werden vergeleken:

1. Speciaal opgeleide CARA-verpleegkundigen gezonden vanuit het kinderziekenhuis
2. Speciaal in CARA-zorg getrainde wijkverpleegkundigen
3. Reguliere wijkverpleegkundige zorg, met mogelijkheid tot raadpleging van een speciaal opgeleide districtsverpleegkundige.

Het onderzoek vond plaats in Amsterdam (model 1 vs 2) en in de rest van Noord-Holland (model 1 vs 3). Bovendien werd onderzocht of de problematiek van de kinderen in Amsterdam verschilde van die in de rest van Noord-Holland. De kinderen werden op toevalsbasis toegedeeld aan model 1 (verpleegkundige vanuit het ziekenhuis) of model 2 (Amsterdam) dan wel 3 (rest van Noord Holland).

Het eerste resultaat van het onderzoek is, dat kinderen uit Amsterdam er slechter aan toe zijn dan daarbuiten; de problematiek is complexer, de huisvesting is slechter en men is meer dan buiten Amsterdam afhankelijker van derden (de huiseigenaar) als men de woning wil aanpassen.

Vergelijkt men de beide Kruiswerkmodellen met de inzet van verpleegkundigen direct vanuit het ziekenhuis, dan zitten de verschillen vooral in de snelheid van rapportage. In respectievelijk 24 (Amsterdam) en 20 van de 30 gevallen is de terugrapportage aan de behandelend specialist later dan 1 maand (de afgesproken tijd) te bestemder plaatse. Het is niet meer na te gaan of dit ligt aan het late schrijven en versturen van de rapporten of de gebrekkige administratie van het ziekenhuis; mede hierdoor scoren de kruisverenigingen lager dan de ziekenhuisverpleging met betrekking tot efficiëntie.

Verschillen tussen de verpleegkundigen zijn groot; binnen Amsterdam zijn de bezoeken door 22 verschillende verpleegkundigen uitgevoerd en buiten Amsterdam door 27 verschillende; vanuit het ziekenhuis werden telkens dezelfde verpleegkundigen ingezet. Er wordt een (niet al te sterk) verband gevonden tussen ervaring van de verpleegkundigen en de kwaliteit van de zorg en de snelheid van rapportage. Dit pleit volgens de onderzoekers tegen al te grote versnippering (en dus voor een zekere specialisatie). Al met al zijn de verschillen in kwaliteit tussen het 'ziekenuismodel' en het 'Amsterdamse' model waarin de zorg aan kinderen met chronische ademhalingsmoeilijkheden door wijkverpleegkundigen met CARA als aandachtsgebied wordt geleverd minder groot (al zijn de verschillen tussen de Amsterdamse verpleegkundigen aanzienlijk) dan tussen het 'Noordhollandse' model (reguliere wijkverpleging) en het 'ziekenhuismodel'. Geen van de drie typen verpleegkundigen besteedde

overigens veel aandacht aan het medicijngebruik van de kinderen; op dat punt scoorde men als het ware even slecht.

Maar, zal men zeggen, waren de 'gewone' wijkverpleegkundigen niet sterker op het punt van begeleiding en bejegening, de typisch generalistische elementen van de hulpverlening. Het antwoord op deze vraag is negatief, in die zin dat géén van de drie groepen veel aandacht aan de psychosociale achtergronden en/of gevolgen van de aandoening besteedde.

Als men het onderzoek in anderhalve zin samenvat dan zijn vooral efficiëntieverschillen tussen de ziekenhuisverpleging enerzijds en de beide wijkverpleegkundige varianten anderzijds geconstateerd; verschillen de ziekenhuisverpleegkundigen en de gespecialiseerde wijkverpleegkundigen nauwelijks in kwaliteit van zorg, in tegenstelling tot de 'gewone' wijkverpleging en besteedde geen van drieën veel aandacht aan medicijngebruik en psychosociale problemen. Bovendien werd vastgesteld dat de Amsterdamse kinderen complexere en ernstiger problematiek hadden dan de kinderen buiten Amsterdam.

Verschillen in zorgverlening door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden

Eén van de min of meer permanente discussies binnen de thuisverpleging betreft het 'deskundigheidsniveau'; welke deskundigheid moet op welke plaats worden ingezet; meestal met een ondertoon van 'kan het niet eenvoudiger en goedkoper'. Het in 1989 verrichte grootschalige onderzoek naar 'het werk van wijkverpleegkundigen (en van wijkziekenverzorgenden)' bevat informatie over de werkzaamheden die de twee beroepsgroepen in de thuisverpleging rapporteren feitelijk uit te oefenen. Met behulp van deze informatie kan men de complexiteit van door verpleegkundigen en ziekenverzorgenden verleende zorg vaststellen. Weliswaar zijn niet alle criteria voor complexiteit in het (niet met dat oogmerk uitgevoerde) onderzoek terug te vinden, maar er blijft voldoende over. Bovendien blijkt een groot aantal van de criteria samen te hangen (vooral voorlichting, ondersteuning en begeleiding, maar ook 'instabiele toestand patiënt' en 'terminale zorg'), zodat er een samengestelde maat voor complexiteit geconstrueerd kan worden. Ook kan men kijken naar de verschillende verpleegtechnische handelingen (waarvan overigens alleen het 'catheteriseren' aan het eerste deskundigheidsniveau voorbehouden is).

Uit het onderzoek blijkt dat catheteriseren nauwelijks voorkomt (0,6% wijkverpleegkundigen versus 0,3% wijkziekenverzorgenden), dat wijkverpleegkundigen vaker een UP/AP (kunstmatige uitgang) of decubitus (doorliggen) verzorgen en injecties geven. Verband of zalf aanbrengen of wondverzorging doen de twee beroepen even vaak. Wijkziekenverzorgenden helpen vaker bij dagelijkse activiteiten als wassen en aankleden en doen meer in de huishouding dan

wijkverpleegkundigen. Deze laatste rapporteren vaker voorlichting, ondersteuning (van patiënt en familie) en melden vaker dat de toestand van de patiënt instabiel is. Als men deze laatste factoren als omschrijving van complexiteit accepteert, dan is er zeker een verschil tussen de beide beroepsgroepen te constateren, zij het dat er belangrijke overlappingsen worden aangetroffen. Volgens de criteria van het onderzoek wordt in een kwart van de huisbezoeken van wijkzakenverzorgenden hoog-complexe zorg geleverd tegenover 34% van de huisbezoeken van wijkverpleegkundigen. Omgekeerd is er in 28% van de huisbezoeken van wijkverpleegkundigen sprake van laag-complexe zorg tegenover 38% bij de wijkzakenverzorgenden.

Conclusie: er zijn verschillen in complexiteit van geleverde zorg door verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Er is echter een veel grotere overlap naar twee kanten dan de strikte scheiding in deskundigheidsniveaus suggereert.

Kwaliteit van het intakegesprek in de thuisverpleging

Doorgaand op het vorige thema: het intakegesprek is in de thuisverpleging voorbehouden aan verpleegkundigen van het hoogste deskundigheidsniveau. Niettemin is in het al eerder genoemde onderzoek 'het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden' 12% van de gesprekken niet door een verpleegkundige maar door een ziekenverzorgende verricht. Over de inhoud van de intake-gesprekken zijn standaarden ontwikkeld. Nauwkeurig is vastgelegd wat er in zo'n gesprek aan de orde moet komen. Weliswaar werden de standaarden gepubliceerd in hetzelfde jaar als het onderzoek werd gehouden, maar toch is het relevant om te zien in hoeverre de standaarden bij de werkelijkheid aansluiten, althans voor zover deze werkelijkheid met de methode van zelfregistratie kan worden vastgelegd.

Vergelijking van de gespreksgegevens van wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden heeft iets pikants; de laatstgenoemden worden niet geacht dit te doen. Het gesprek dient een anamnese te bevatten (gegevens over de gezondheid en de zorgsituatie van de patiënt), uiteraard algemene gegevens, gegevens over de verwachtingen ten aanzien van de hulp, een verpleegplan en er dient voorlichting en advies over de mogelijkheden en de te verwachten duur van de zorg door de wijkverpleging te omvatten.

Vergelijkt men de intakegesprekken dan blijken de ziekenverzorgenden niet onder te doen voor de verpleegkundigen; sterker nog ze doen het op bepaalde punten beter, althans meer volgens de standaarden (vragen vaker naar medicijngebruik en dieet en naar hetgeen de patiënt zelf kan).

Misschien waren het wel uitzonderlijk bekwame ziekenverzorgenden aan wie de gesprekken zijn toevertrouwd en ook kan men elementen van de bejegening

van de patiënt niet goed met zelfregistratie vastleggen; maar de resultaten geven zeker stof voor discussie.

Eenzaamheid van bewoners van een verzorgingstehuis

Een onderzoek naar eenzaamheid in het verzorgingstehuis levert natuurlijk een aantal uitspraken met een hoog 'Jan Blokker-gehalte' op, zoals 'alleenstaanden voelen zich eenzamer dan mensen met een partner', 'mensen met familie en kennissen zijn minder eenzaam dan mensen zonder deze relaties', maar ook wel minder voor de hand liggende bevindingen, zoals 'mensen die niet tevreden zijn over het eten en het personeel en zich niet in het verzorgingstehuis thuisvoelen en geen relaties met andere bewoners hebben zijn eenzamer dan mensen die dat laatste wel hebben'. Geringe zelfredzaamheid op huishoudelijk en verzorgend gebied, een geringe mobiliteit, een slecht ervaren gezondheid en aanwezigheid van depressieve gevoelens hangen alle met het gevoel van eenzaamheid samen.

Het onderzoek was niet alleen bedoeld om vast te stellen of en in welke mate eenzaamheid onder bewoners van een Haags verzorgingstehuis voorkomt, maar ook of deze eenzaamheid door de verzorgenden werd opgemerkt. Uit dit deel van het onderzoek komt, dat verzorgenden met goede collegiale contacten en een positieve waardering van de werksituatie eenzaamheid van de bewoners beter inschatten. Ervaring en opleiding hangen niet met deze inschatting samen.

Dit type uitkomsten zijn voor het beleid in de verzorgingstehuizen van buitengewoon belang.

Onderzoeksprogramma verpleeghuis- en aanverwante zorg

In samenwerking met de Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuiszorg en met als klankbord een multidisciplinair samengestelde werkgroep is er gewerkt aan een schets voor een onderzoeksprogramma voor verpleeghuis- en aanverwante zorg.

Het gaat hier om (meestal intramurale) zorg voor zwaar zorgbehoeftige mensen. Met dit onderzoeksprogramma - ter subsidiëring ingediend bij het Directoraat Generaal Welzijn van het Ministerie van WVC - begeeft het NIVEL zich buiten het extramurale taakgebied; een welbewuste stap.

Als men gezondheidszorg functioneel omschrijft verliest verdeling in extra- en intramurale zorg voor een deel zijn relevantie en het valt niet te ontkennen dat er een continuüm bestaat lopend van extramurale verpleging en verzorging, intensieve thuiszorg, zorg in bejaardenoorden en verzorgingstehuizen en verpleeghuiszorg.

In het opgestelde ontwerpprogramma zijn de volgende subthema's onderscheiden:

1. Onderzoek naar zorgverlening
2. Onderzoek naar de vraag naar verpleeghuis- en aanverwante zorg
3. Onderzoek naar raakvlakken en relaties met andere voorzieningen
4. Onderzoek naar structuur en beleid.

Bij het onderzoek naar zorgverlening zijn de volgende leemtes onderscheiden:

- onderzoek naar functies (behandeling, reactivering, verpleging, verzorging, begeleiding en de 'uitkomst' daarvan. Belangrijk is hier de systematisering van de ervaringskennis opgedaan door de diverse disciplines (artsen, verpleegkundigen, paramedici, psychologen, diëtisten). In het verpleeghuis wordt continue langdurige systematische multidisciplinaire (CLSM) zorg verleend. Onderzoek naar de meest adequate vorm van samenwerking is hier van belang.
- onderzoek naar leefklimaat, bejegening. Qua onderzoek een verwaarloosd onderwerp, voor het welzijn van de bewoners/patiënten van evident belang. Het gaat hier zowel om het zoeken naar optimale omgangsvormen (bijvoorbeeld met demente patiënten) als om het vinden van de beste manier waarop men tegemoet kan komen aan de wensen met betrekking tot autonomie en privacy van de patiënten.
- onderzoek naar preventie (bijvoorbeeld van decubitus, ongevallen, fracturen, zelfverwonding);
- onderzoek naar ziekten, problemen - aandoeningen - vooral longitudinaal;
- onderzoek naar kwaliteit van zorg en kwaliteitsbewaking.

Bekijkt men de vraagzijde van de verpleeghuiszorg dan is onderzoek naar alternatieven, substitutie van zorg, indicatiestelling en natuurlijk onderzoek naar de functionele status van de patiënten van belang.

Hoe zijn ze er aan toe, wat kunnen ze zelf, wat moeten anderen doen (en welke anderen), hoe kun je verbeteringen of verslechteringen meten en waarmee.

Bij raakvlakken en relaties met andere voorzieningen moet men denken aan substitutie-onderzoek: verpleeghuiszorg 'buiten de muren', relatie verpleeghuis/eerstelijns/ziekenhuis.

Tenslotte bij structuur en beleid is internationaal vergelijkend onderzoek van belang. Hoe verleend men in andere samenlevingen zorg aan zwaar hulpbehoevende (oudere) mensen en welke conclusies kan men ten aanzien van welbevinden en kwaliteit van leven trekken.

Het zwaartepunt van het programma zal liggen op het onderzoek naar de zorgverlening, ook in multidisciplinaire zin, omdat daar de grootste leemten worden aangetroffen.

Onderzoeksprogramma Thuiszorgtechnologie

In september 1991 is een definitieve start gemaakt met het onderzoeksprogramma Thuiszorgtechnologie. De laatste maanden van 1991 zijn gebruikt voor het maken van een nadere invulling van dit onderzoeksprogramma. Het hoofddoel van het onderzoeksprogramma is een breed inzicht te verkrijgen in de voorwaarden voor en de mogelijkheden van de implementatie van nieuwe technologieën in de thuiszorg.

In het kader van het onderzoeksprogramma wordt een drietal activiteiten ondernomen. De eerste activiteit is het geven van adviezen over evaluatieonderzoek in het kader van het Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie van het ministerie van WVC.

De tweede activiteit is die van het maken van een procesbeschrijving van de introductie van nieuwe technologieën in de thuiszorg. Veel projecten die bij het ministerie van WVC zijn ingediend ter subsidie in het kader van het Stimuleringsprogramma lenen zich niet voor een wetenschappelijke evaluatie. Deze projecten zijn nog in ontwikkeling. De bijdrage vanuit het NIVEL-onderzoeksprogramma is een procesbeschrijving van deze ontwikkeling. In deze procesbeschrijving wordt ingegaan op de doelen die gerealiseerd worden met de nieuwe technologie en op de organisatorische voorwaarden waaronder deze doelstellingen gerealiseerd kunnen worden. Een dergelijke beschrijving zal in ieder geval altijd leiden tot een artikel voor een tijdschrift. Hierdoor worden andere geïnteresseerden op een snelle en systematische manier op de hoogte gebracht van nieuwe ontwikkelingen, de randvoorwaarden voor implementatie, en de mogelijke effecten.

De derde activiteit is het uitvoeren van enkele wetenschappelijke evaluaties. Enkele projecten die bij het ministerie zijn ingediend, lenen zich voor een zwaardere wetenschappelijke evaluatie. Deze projecten voldoen aan een drietal voorwaarden, en daardoor is een zwaardere evaluatie relevant.

Deze voorwaarden zijn de volgende:

- de te evalueren interventie is duidelijk omschreven;
- de doelen van deze interventie sluiten aan bij de doelen uit het stimuleringsprogramma: kwaliteit van zorg, kwaliteit van de arbeid, substitutie en professionalisering;
- verwacht mag worden dat op termijn meer zorgverleners interesse zullen hebben in het introduceren van deze nieuwe technologie.

De wetenschappelijke evaluaties passen in een drietal thema's:

1. Technologische ondersteuning van verplegende en verzorgende taken in de thuiszorg.
2. Technologische ondersteuning van de thuishulp.
3. Technologische ondersteuning van het medisch/verpleegkundig handelen in de thuiszorg.

2.3. Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid

2.3.1. Hulpvraag en hulpvrager in de eerstelijns

Een belangrijke pijler onder het onderzoek naar de hulpvrager in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt gevormd door het in 1991 in nauwe samenwerking met de Consumentenbond opgezette 'Consumentenpanel'. Het eerste onderzoek betreft de ervaringen met het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem. Over dit onderzoek zal in 1992 worden gerapporteerd.

Naast het 'panel' is er onderzoek verricht naar 'Vragen over AIDS' in de huisartspraktijk en zijn advertenties waarin 'huisartsen' werden gevraagd aan een nadere analyse onderworpen.

Op het gebied van 'alternatieve geneeswijzen' is een programmeringsstudie afgerond in opdracht van het ministerie van WVC. Aangegeven is welk onderzoek zou moeten worden gedaan en welk onderzoek ook haalbaar is om mogelijke substitutie-relaties tussen alternatieve en reguliere gezondheidszorg op wetenschappelijk verantwoorde wijze vast te kunnen stellen.

Vragen over AIDS

De 45 NIVEL huisartsenpeilstations houden vanaf 1988 bij hoe vaak zij met vragen over AIDS worden geconfronteerd. De gegevens over drie jaar registratie (april '88 - april '91) zijn verwerkt.

Gedurende deze periode is het aantal HIV-contacten (contacten waarin vragen over AIDS worden gesteld), berekend per 10.000 van de praktijkpopulatie, gestegen van 10 in 1988 naar 15 in 1989 en naar 16 contacten over AIDS per 10.000 in 1990 (range 0-45). De huisartsen in de grote steden en in de westelijke en zuidelijke provincies worden wat meer met deze HIV-contacten geconfronteerd dan elders in Nederland. Deze groei van het aantal HIV-contacten is vooral te danken aan de toename van het aantal vrouwen dat de huisarts voor deze problemen bezoekt.

De besproken onderwerpen tijdens de HIV-contacten blijken in deze periode niet te zijn veranderd: bij 62% wordt om een HIV-antistoffentest gevraagd, bij 45% worden besmettingsrisico's van seksuele contacten besproken, bij 35%

wordt een lichamelijke klacht door de patiënt in verband gebracht met AIDS en bij 10% wordt een informatieve vraag gesteld.

Er wordt, over deze drie jaar tijd gezien, meer getest: van 44% van de HIV-contacten in het eerste jaar van registratie naar 59% in het derde jaar. Mogelijk is een actievere opstelling van de huisarts hierop van invloed geweest. Patiënten die hun angst voor de ziekte uiten in klachten zoeken de geruststelling vooral in het nogmaals bezoeken van de huisarts.

Huisarts gevraagd

In dit onderzoek - afstudeerproject van een stagiaire van de medische faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam - zijn advertenties voor huisartsen onderzocht op het vóórkomen van twee functie-eisen die sinds het van kracht worden van het wettelijk vestigingsbeleid in 1986 ter discussie hebben gestaan: de vraag naar vrouwelijke huisartsen en de vraag naar huisartsen met affiniteit tot of ervaring met alternatieve geneeswijzen. Daartoe werden 598 advertenties doorgenomen uit drie jaargangen van de Volkskrant, Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Samen hadden deze advertenties betrekking op 491 vacatures.

In 43% van alle vacatures wordt op de één of andere wijze de voorkeur uitgesproken voor een vrouwelijke huisarts. Uit cijfers van de huisartsenregistratie van het NIVEL blijkt echter dat slechts bij ongeveer de helft van deze advertenties zich binnen zes maanden na het verschijnen ervan in de betreffende gemeente minstens één vrouwelijke huisarts heeft gevestigd.

In 18% van de vacatures wordt op één of andere manier een voorkeur uitgesproken voor een huisarts met affiniteit voor alternatieve geneeswijzen; in 12% wordt vereist dat de kandidaat alternatieve geneeswijzen praktizeert of daarmee affiniteit heeft (al dan niet aantoonbaar door het diploma van een alternatieve opleiding); in 6% gaat slechts de voorkeur uit naar een dergelijke kandidaat.

Substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen

Op verzoek van het ministerie van WVC is een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd dat ten doel had 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.

Aan de opdrachtverlening is een lange voorgeschiedenis voorafgegaan. Niet alleen commissies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad hebben zich met het substitutievraagstuk beziggehouden, ook in de Tweede Kamer is diverse malen aandacht aan dit onderwerp besteed.

Onderzoek naar substitutie van reguliere door alternatieve zorg, zo wordt in het rapport geconcludeerd, zou zich moeten richten op onderzoek naar het gebruik van alternatieve zorg, naar de kwaliteit van de geboden zorg en naar de kosten voor de gezondheidszorg in zijn geheel. Op basis van die conclusie worden, met inachtneming van de haalbaarheid van onderzoek en met de resultaten van reeds verricht of lopend onderzoek, acht onderzoeksvoorstellen gedaan. Deze hebben achtereenvolgens betrekking op:

- het kwantitatieve aanbod aan alternatieve zorg;
- mogelijke verschillen in het voorschrijfgedrag van alternatief en regulier werkende huisartsen;
- verschillen in patiëntenpopulaties van beide groepen huisartsen;
- het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten;
- de 'loopbaan' van patiënten door de reguliere en alternatieve gezondheidszorg (met inbegrip van de motivatie voor overgangen van de ene sector naar de andere);
- het gelijktijdig gebruiken van reguliere en alternatieve zorg;
- de financiële gevolgen voor de ziektekostenverzekering;
- de voorwaarden waaronder alternatieve geneeswijzen door de ziektekostenverzekeraars worden vergoed.

Tezamen vormen de voorgestelde onderzoeken een onderzoeksprogramma. Het project mondt uit in de aanbeveling het onderzoeksprogramma in vijf jaar te doen uitvoeren door een speciaal hiermee te belasten onderzoeksgroep.

Experiment samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten

In het vorige jaarverslag is het doel van dit project beschreven. Dat is, in het kort, na te gaan of het mogelijk is de communicatie tussen huisartsen en alternatieve therapeuten te verbeteren en daardoor beter afgestemde zorg te garanderen. Samenwerking vindt plaats volgens een door het NIVEL opgesteld protocol, waarin de berichtgeving over en weer, zowel bij het begin als aan het einde van de alternatieve behandeling, centraal staat. Ten behoeve van de evaluatie beschikt het NIVEL onder meer over doorslagen van de gebruikte registratieformulieren en aan de patiënten meegegeven enquêtes. Het project wordt uitgevoerd in de provincie Friesland en in een regulier gezondheidscentrum elders. In Friesland doen 35 huisartsen en 31 alternatieve therapeuten mee, in het gezondheidscentrum respectievelijk 9 en 4.

In het verslagjaar is een interim-rapport verschenen over de opzet en de uitgangssituatie van het project, gebaseerd, wat dit tweede onderwerp betreft, op de resultaten van een enquête onder de deelnemers in Friesland en een controlegroep in de provincie Groningen. Geconcludeerd werd dat het experiment weinig invloed zal hebben op de kwantiteit van de schriftelijke bericht-

geving, omdat deze voor veel huisartsen en alternatieve therapeuten al routine is. Wel zal de berichtgeving meer gestructureerd verlopen en wellicht kwalitatief verbeteren, omdat hulpverleners worden uitgenodigd telkens over alle op de registratieformulieren voorkomende aspecten van de hulpverlening te rapporteren. Ook zal er meer sprake zijn van feed-back, omdat huisartsen en alternatieve therapeuten elkaar berichten over het ervaren resultaat van de behandeling.

Tegen het einde van het verslagjaar waren bij het NIVEL gegevens binnen over ruim 700 patiënten. Hiervan was 43% onder behandeling van een homeopaat, 32% van een manueel therapeut en 20% van een acupuncturist. Bij driekwart van deze patiënten was door hun huisarts naar de alternatieve therapeut verwezen, in veel gevallen nadat reguliere hulp geen afdoende resultaat had gehad. Het verbeteren van de klacht is het voor de hand liggende meest genoemde doel van de behandeling, pijnbestrijding komt op de tweede plaats. Een ruime meerderheid van huisartsen, alternatieve therapeuten en patiënten toont zich direct na afloop van de alternatieve behandeling tevreden over het bereikte resultaat. Huisartsen en alternatieve therapeuten zijn redelijk tevreden, maar ook niet meer dan dat, over de begrijpelijkheid, toepasbaarheid en volledigheid van de informatie die zij van hun samenwerkingspartner over gemeenschappelijke patiënten ontvangen.

Juridische aspecten van de samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten

In het kader van het experiment 'samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten' zijn in samenwerking met de vakgroep Gezondheidsrecht van de Rijksuniversiteit Limburg twee artikelen geschreven over de juridische aspecten van de samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten. Beide artikelen zijn begin januari 1992 in Medisch Contact verschenen. Het eerste artikel geeft een beeld van de wijze waarop in het alternatieve veld de kwaliteit van het handelen wordt gewaarborgd. Niet-georganiseerde therapeuten onttrekken zich aan elke toetsing, tenzij zij als arts onder het wettelijk tuchtrecht vallen. Het bewaken van de kwaliteit van het werk van georganiseerde hulpverleners is de taak van de verschillende beroepsverenigingen zelf, die echter klein zijn.

In het tweede artikel wordt de rol van de huisarts nader belicht. Geconcludeerd wordt dat huisartsen bij een verwijzing naar een alternatieve therapeut rekening moeten houden met de rechten van de patiënt en zich moeten hebben overtuigd van de bekwaamheid van de betreffende therapeut. Deze is zelf verantwoordelijk voor het verkrijgen en behouden van de vereiste bekwaamheid. Meer effectmeting bij alternatieve geneeswijzen en een adequaat functionerend

kwaliteitsbewakend systeem zullen twijfels van reguliere artsen over de betrouwbaarheid van alternatieve therapeuten wellicht kunnen wegnemen.

2.3.2. Eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg

Het centrale thema van dit gedeelte van het NIVEL-onderzoek blijft: de wat ongemakkelijk relatie tussen de detectie en behandeling van psychosociale problemen in de huisartspraktijk en de interventies van de ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg. Als men afgaat op de omvang van de problematiek, dan is de huisarts de belangrijkste hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg en neemt het Algemeen Maatschappelijk Werk nog steeds een substantieel deel van de uit de huisartspraktijk afkomstige problemen voor zijn rekening. Toch groeien de 'gewone' en de geestelijke gezondheidszorg steeds verder uit elkaar.

Het verwijzen van huisartsen naar de GGZ wordt behandeld aan de hand van een analyse van als expliciet psychisch of psychiatrisch benoemde problemen in de huisartspraktijk. De manier waarop huisartsen met de somatische en psychische problemen in de huisartspraktijk omgaan vormt het onderwerp van een doorlopend onderzoeksproject naar 'arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van zorg'. Tenslotte wordt gerapporteerd over een (in 1991 afgesloten) onderzoek naar verschillen en overeenkomsten tussen AMW en RIAGG wat betreft de aard van hun cliëntèle en de behandelingen.

Verwijzingen bij psychosociale problemen in de huisartspraktijk

Uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk kan men afleiden wat huisartsen gedurende de registratie-periode gedaan hebben met expliciet als psychisch of psychiatrisch dan wel 'sociaal' benoemde problematiek (de hoofdstukken P en Z van de ICPC) hebben gedaan.

In 6% van de gevallen vond een verwijzing plaats naar Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ), de psychiatrische polikliniek, het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) of de vrijgevestigd psychiater.

Mannen met bovengenoemde problemen worden vaker verwezen dan vrouwen; jongeren vaker dan ouderen. Bij de 'harde' psychiatrische diagnoses is het aantal verwijzingen hoger (14%) dan bij de veel vaker voorkomende 'neurosen', relatieproblemen, materiële problemen en 'overige symptoomdiagnoses' (5%).

Sommeert men het aantal verwijzingen per huisartspraktijk, dan ligt het relatieve aantal verwijzingen in de grote steden hoger dan op het platteland (5% vs 10%), en ligt het cijfer in gezondheidscentra (9%) hoger dan in solo-praktijken (5%).

Letten we op de bestemming van de verwijzingen, dan gaat de 'harde' psychiatrie in hoofdzaak naar de psychiatrische poliklinieken en ziekenhuizen en wordt 'materiële problematiek' vooral naar het AMW verwezen. Dit betreft echter slechts 20% van de problematiek; de overige 80% gaat over neurosen, symptoomdiagnoses en relatieproblemen. De verwijzingen voor deze problemen zijn verdeeld over AMW, AGGZ en de psychiatrie.

Verwijzende huisartsen laten hun voorkeur mede bepalen door hun persoonlijke bekendheid. Vooral bij AMW, RIAGG en vrijgevestigd psycholoog geldt, dat men er vaker naar verwijst als men er vaste afspraken mee heeft; dit geldt overigens niet voor de psychiatrie. Huisartsen in gezondheidscentra verwijzen een veel grotere proportie van hun -toch al talrijkere- GGZ-verwijzingen naar het Maatschappelijk Werk.

Waardeert men bijvoorbeeld het RIAGG negatief, dan ligt de proportie verwijzingen naar deze instelling 10% lager dan in het geval dat de huisarts het RIAGG positief waardeert. Bij het AMW bedraagt dit verschil 17% en bij de vrijgevestigde psycholoog 12%. Wederom geldt deze bevinding niet voor de psychiatrie; deze verwijsmogelijkheid laat zich het slechtst voorspellen uit de onderzochte kenmerken van huisarts en praktijk.

AMW en RIAGG; verschillen en overeenkomsten

In het vorige jaarverslag is al vermeld, dat de cliëntèle van AMW en RIAGG niet fundamenteel van elkaar verschilt als men naar de ernst en de omvang van de aangetroffen problematiek kijkt; wel is de cliëntèle van het AMW afkomstig uit lagere sociale kringen dan de RIAGG-klanten. Beide groepen cliënten is met behulp van de General Health Questionnaire (GHQ) gescreend op de mogelijke aanwezigheid van psychiatrische problemen; validering van de GHQ-scores vond plaats door een deel van de cliënten een gestandaardiseerd psychiatrisch interview (DIS-interview) af te nemen. Bij de RIAGG-clientèle kwam een hoge GHQ-score in driekwart van de gevallen overeen met een geconstateerde psychiatrische problematiek; bij de AMW-clientèle niet of nauwelijks. Wat hier aan de hand is, is op voorhand niet duidelijk. Het zou kunnen zijn dat de GHQ alleen voor goed opgeleide mensen een voorspelling voor psychiatrische problematiek geeft. De aantallen onderzochte gevallen zijn echter te klein om deze intrigerende uitslag in dit onderzoek nader te analyseren.

In het onderzoek is ook gekeken naar de behandeling binnen AMW en RIAGG. Het lag in de bedoeling om het succes van de behandeling met behulp van allerlei criteria vast te stellen, maar door het gebrek aan follow-up gegevens van de RIAGG's (cliënt niet meer te vinden, medewerker van baan veranderd en collega niet van zins aan het onderzoek mee te werken) kon alleen bij het AMW een follow-up onderzoek worden verricht. Bij deze laatste groep kon worden

vastgesteld dat cliënten die zich alleen voor materiële hulp hadden aangemeld er na verloop van tijd slechter aan toe waren dan de cliënten bij wie de problemen werden omschreven als relationeel of intra-psychisch van aard.

Huisarts-patiënt communicatie

Het NIVEL kent inmiddels een lange onderzoekstraditie op het terrein van de arts-patiënt communicatie. In 1975 werd de eerste serie video-opnamen gemaakt bij tien huisartsen die zich hadden opgegeven voor een experimentele training in gespreksvoering. Dat gebeurde op een moment dat video nog een noviteit was. Sindsdien is de collectie video-banden op gezette tijden aangevuld met nieuwe opnamen, meestal in het kader van extern gefinancierde onderzoeksprojecten. In 1991 werden de voorbereidingen getroffen voor - inmiddels - de zesde serie video-opnamen, op een moment dat in de meeste Nederlandse huiskamers een video-recorder aanwezig is. Tezamen beschikt het NIVEL momenteel over circa 3500 opnamen van 'echte' huisartsconsulten van in totaal 70 verschillende huisartsen. De opnamen zijn gecatalogiseerd en gecomputeriseerd, en daardoor blijvend geschikt voor onderzoek naar het gesprek tussen huisarts en patiënt. Inmiddels zijn tal van publikaties hierover verschenen in de Nederlandse en internationale wetenschappelijke literatuur.

Het in 1991 verschenen proefschrift 'Doctor-patient communication and the quality of care' vormt een belangrijke mijlpaal in deze onderzoekstraditie. In het proefschrift wordt een breed overzicht gegeven van bestaande literatuur over arts-patiënt communicatie met de nadruk op de waarde die het gesprek tussen huisarts en patiënt heeft voor de kwaliteit van de hulpverlening van de huisarts. Dat wordt vervolgens onderbouwd met een serie empirische artikelen. De belangrijkste conclusie daaruit is dat een goede huisarts een vaardige huisarts en een aardige huisarts is. Huisartsen die van hun collega's een goed rapportcijfer krijgen over hun medisch-technische kwaliteiten kunnen meestal ook rekenen op een positief oordeel over de kwaliteit van de psychosociale zorg die zij aan hun patiënten geven. Ook hebben deze artsen vaak een goede relatie met hun patiënten. Opvallend is dat de tevredenheid van de patiënt uitsluitend samenhangt met de kwaliteit van de arts-patiënt relatie. Patiënten oordelen niet positiever over hun huisarts wanneer zijn medisch-technische zorg van goede kwaliteit is; zij zijn ook niet minder tevreden wanneer de medische zorg volgens een panel van ervaren huisartsen duidelijk onder de maat blijft. Voor patiënten is het blijkbaar vooral belangrijk dat hun huisarts aardig is.

In het proefschrift wordt beschreven welke elementen van het gedrag van de huisarts een indicator zijn voor zorg van goede kwaliteit. Er wordt onderscheid gemaakt tussen instrumenteel gedrag en affectief gedrag. Instrumenteel of

taakgericht gedrag is nodig om de gezondheidsproblemen op te lossen, waarvoor de patiënt bij de huisarts komt. Affectief gedrag is vooral gericht op het tot stand brengen van een goede relatie met de patiënt, een relatie die de patiënt het vertrouwen geeft dat hij met zijn problemen bij de huisarts terecht kan. Affectief gedrag blijkt essentieel te zijn voor een goede huisartsgeneeskundige zorg; dit geldt voor zowel de medisch-technische zorg als de psychosociale hulpverlening. Met affectief gedrag wordt overigens méér bedoeld dan de vaardigheid van de arts om het consult in een ontspannen sfeer te laten verlopen. Het is ook belangrijk dat hij door zijn lichaamshouding en oogcontact aan de patiënt laat merken dat hij naar de patiënt luistert, hem begrijpt en accepteert. Aandacht, interesse en respect voor wat de patiënt te zeggen heeft, zijn belangrijke elementen van het affectieve gedrag van de huisarts, en tevens de belangrijkste voorspellers van de vraag of een panel van ervaren huisartsen een consult als 'goed' of 'onvoldoende' zal beoordelen.

Naast affectief gedrag is vooral het geven van medische informatie van belang; niet alleen voor de medisch-technische zorg, maar ook voor de psychosociale zorg.

Als mogelijke verklaring voor deze onderzoeksresultaten wordt gewezen op het feit dat patiënten op het moment dat ze bij hun huisarts komen twee soorten behoeften hebben: uiteraard willen zij weten wat er aan de hand is (de diagnose), en wat daar aan gedaan kan worden (een recept, advies of verwijfskaart). Deze behoefte kan alleen bevredigd worden door het geven van medische informatie. Maar daarnaast hebben patiënten ook een emotionele behoefte, een behoefte aan steun en acceptatie. Ziek zijn, pijn hebben, lijden aan iets onbekends gaat immers bijna altijd gepaard met angst en ongerustheid. Bovendien veroorzaakt het gaan naar een dokter op zich ook al de nodige spanningen: het is immers niet zeker dat de arts alles goed zal begrijpen en voldoende serieus zal nemen. Deze emotionele behoefte wordt alleen bevredigd door een huisarts die in staat is een affectieve relatie met zijn patiënt aan te gaan.

Gezien de prominente plaats van het gesprek bij de diagnostiek en behandeling van allerlei gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk pleit de promovendus ervoor serieus te investeren in trainings-, onderzoeks- en onderwijsprogramma's voor de ontwikkeling van specifieke psychosociale technieken die geschikt zijn voor de huisartspraktijk. Deze inspanning is volgens haar gerechtvaardigd door de grote groep patiënten met psychosociale problemen en de nog grotere groep patiënten met vage lichamelijke klachten waarvoor een juiste dosering van affectief en instrumenteel gedrag belangrijk is.

Ook is het volgens haar aan te bevelen om in de discussie over de honorering van huisartsen rekening te houden met de diagnostische en therapeutische waarde van een goed gesprek. De recente plannen om allerlei technische

ingrepen apart te gaan honoreren, zal het consult gemakkelijk een instrumenteel karakter geven (zoals we nu ook in onze buurlanden kunnen zien). Het gevaar bestaat dat dit ten koste zal gaan van de affectieve kwaliteiten, die in feite veel belangrijker zijn.

2.3.3. Paramedische beroepen

Onderzoek in de sector 'paramedische beroepen' varieert van het beschrijven van de omvang, de samenstelling en de geografische spreiding van de verschillende beroepsbeoefenaren (vooral van de fysiotherapeuten) tot studies waarin het ontstaan van gewrichtspijn in detail wordt ontleed. Onderzoek op het gebied van de fysiotherapie is het meest ontwikkeld. Daarnaast is een programmeringsstudie verricht naar de wenselijkheden van toekomstig onderzoek op het gebied van ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, -Mensendieck en podotherapie.

Min of meer gelijktijdig is de eerste fase van een beschrijvende studie op het gebied van deze laatstgenoemde groep paramedische beroepen afgesloten.

Fysiotherapeuten en fysiotherapie

Eens in de twee jaar verschijnt er een overzicht van het aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten en hun spreiding over Nederland. In het vorige jaarverslag werd de situatie per 1989 beschreven; de gegevens per 1991 worden volgend jaar gepubliceerd.

Wel verscheen er in 1991 een verslag van de lotgevallen van de groep (adspirant)-fysiotherapeuten, die in 1986 examen deed. Drie jaar na het examen (1989) is 6% van de afgestudeerde fysiotherapeuten werkloos (tegenover 26,5% in 1987) en 12% niet als fysiotherapeut werkzaam (14% in 1987). Bijna 1 op de 4 (22,5%) fysiotherapeuten van de 'lichting 1986' werkt in het buitenland. Eén op de zes (15%) werkt in ziekenhuis of verpleeghuis en 31% (was 11% in 1987) werkt zelfstandig (5,5%) of als 'medewerker' (26,5%) in een fysiotherapiepraktijk. Ongeveer 10% (14% in 1987) heeft de wisselvallige functie van 'waarnemer'. Vergeleken met een jaar na het afstuderen is de werkloosheid sterk gereduceerd en ook het werken als waarnemer, en is het werken in het buitenland sterk toegenomen. Fysiotherapie als export-artikel! Vergelikt men mannen met vrouwen, dan zijn mannen iets vaker zelfstandig of als medewerker gevestigd (33 vs 31%), nemen vrouwen vaker waar (12 vs 8%) of werken intramuraal (18 vs 12%); ze werken minder vaak in het buitenland (18 vs 29%) en zijn vaker niet als fysiotherapeut werkzaam (14 vs 9%); 'echte' werkloosheid komt bij beide groepen ongeveer even vaak voor (mannen 6,6%, vrouwen 5,9%).

Na- en bijscholing van fysiotherapeuten

Bijna alle fysiotherapeuten blijken na hun opleiding een of meer na- en bijscholingscursussen te volgen. Meestal ronden ze deze cursussen ook af. De verscheidenheid aan cursussen is groot, de studieduur en studiebelasting zijn wisselend, en er zijn vele opleidingsinstituten die de cursussen verzorgen. De drie meest gevolgde cursussen zijn: manuele therapie, Cyriax en sportfysiotherapie. Fysiotherapeuten volgen de cursussen vooral in het begin van hun loopbaan.

Een kleine groep fysiotherapeuten blijkt (bijna) niets aan na- en bijscholing te doen. Zij vertonen bovendien een geringe mate van professionele betrokkenheid: ze zijn meestal geen lid van een beroepsvereniging, lezen weinig tot geen vakliteratuur, en bezoeken zelden een congres. Het gevolg is dat deze fysiotherapeuten moeilijk te bereiken zijn. Van andere kwalitatieve factoren blijken een hogere vooropleiding, vaker overleggen met artsen, en meer stimulans van met name collega's samen te gaan met meer na- en bijscholing. Fysiotherapeuten die meer werken en die meer collega's hebben in de vestigingsplaats van de praktijk, doen ook meer aan na- en bijscholing. Daarnaast volgen fysiotherapeuten die een eigen praktijk hebben of maatschapslid zijn en een meer specialistische werkwijze hebben, vaker na- en bijscholingscursussen. Vrouwelijke fysiotherapeuten volgen meer cursussen, maar hun mannelijke collega's nemen in totaal meer studiebelasting op zich. Ten slotte blijkt dat in grotere praktijken meer verschillende specifieke deskundigheden worden aangeboden. Voor de individuele fysiotherapeut blijken vooral overwegingen van kwalitatieve aard belangrijk te zijn om na- en bijscholing te volgen, met name de verbetering van de kwaliteit van werken. Economische factoren, zoals verbetering van de maatschappelijke positie, speelt in de persoonlijke beleving van de fysiotherapeut niet mee bij de beslissing na- en bijscholing te volgen, of slechts op de achtergrond.

De via na- en bijscholing verworven specifieke deskundigheden worden minder vaak in de fysiotherapeutische praktijk toegepast dan verwacht was. Omdat deze kennis vaak verweven is met andere kennis en geïntegreerd is in andere behandelingsmethoden, is de mate van toepassing voor fysiotherapeuten echter moeilijk aan te geven. De toepassing is daarom wellicht groter.

Op grond van de resultaten worden een aantal beleidsaanbevelingen gedaan ten aanzien van na- en bijscholing.

Huisarts en fysiotherapeutische zorg

Een van de deelstudies uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk betreft het verwijzen van de huisarts naar fysiotherapeuten. Huisartsen verwijzen ongeveer 2,6% van hun patiënten naar de fysiotherapeut.

Er is nogal wat variatie tussen de huisartsen en het wekt dan ook geen verbazing, dat deze variatie onderwerp van onderzoek is in dit deelproject van de Nationale Studie. Het vaststellen van de bronnen van deze variatie was tot voor kort minder eenvoudig dan het leek. Men kon gegevens op contact- of patiënt-niveau analyseren, maar dan was het probleem, dat patiënten van één huisarts niet onafhankelijk van elkaar bestudeerd konden worden; de huisarts beïnvloedde hen allen op zijn eigen manier. Bestudeerde men daarentegen gegevens per huisarts of per huisarts-praktijk, dan werd een groot deel van de variabiliteit op kunstmatige wijze onderdrukt. Zonder nu tot dusver gedaan onderzoek naar de prullenbak te verwijzen, kan men toch wel stellen dat dit probleem tot dusver niet goed kon worden opgelost. Nieuwe methoden, afkomstig uit de onderwijsresearch (waar men bij leraren en gedrag van leerlingen met dezelfde problemen te kampen had) maken het mogelijk om vast te stellen in welke mate variatie op kenmerken van de huisarts of van de patiënten terug te voeren is (multi-niveau analyse).

Uit dit project komt naar voren, dat het grootste deel van de variatie in de verwijscijfers voor fysiotherapie terug te voeren is op de door de huisartsen gesignaleerde morbiditeit in de praktijk. Als de huisarts veel aandoeningen van het bewegingsapparaat constateert (vooral afwijkingen van de cervicale wervelkolom en lumbago), dan verwijst hij relatief veel naar de fysiotherapeut. Het opleidingsniveau van de patiënt speelt ook een rol; hoger opgeleiden worden vaker verwezen. Vermeldenswaard is nog, dat áls huisartsen fysiotherapeuten in hun familie of kennissenkring hebben, zij vaker naar fysiotherapie verwijzen. Andere kenmerken van de huisarts of zijn praktijk (praktijkvorm, praktijkdrukte, vestigingsduur, fysiotherapeuten-aanbod in de gemeente) hebben geen invloed op het verwijscijfer. Een vraag voor verder onderzoek is, in hoeverre de diagnose als legitimatie voor de verwijzing te beschouwen is of een scherpere blik van de huisarts indiceert.

De relatie tussen diagnose en behandeling in de fysiotherapie

Eén van de problemen, waarmee onderzoek in de fysiotherapie mee te kampen heeft, is dat de diagnose van de verwijzende arts wel een belangrijk, maar geen doorslaggevend criterium vormt voor de behandeling van de fysiotherapeut. Niet zozeer omdat de detail-kennis van veel artsen over diagnostiek van het bewegingsapparaat beperkt is (dat is ook waar), maar omdat fysiotherapeuten eerder in termen van beperkingen, stoornissen en 'behandelbare grootheden' denken dan in 'medische' diagnoses. Patiënten met dezelfde diagnose kunnen sterk verschillen in beperkingen en aangrijpingspunten voor fysiotherapie. Dit is de reden dat de ICDH, de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (de internationale classificatie van stoornissen, gebreken en

handicaps) een beter ordeningscriterium is voor het handelen van fysiotherapeuten, dan de ICD (de internationale diagnose- en doodsoorzaken-classificatie). Gebruikt men de eerstgenoemde classificatie voor het indelen van de werkdiagnoses van fysiotherapeuten, dan kan men een, zo toont dit onderzoek aan, een zinvollere relatie tussen 'diagnose' en behandeling leggen dan als men de diagnoses op de klassieke manier volgens de ICD ordent. Niettemin kan als het behandeldoel van de fysiotherapeut bekend is, de toegepaste interventie goed worden voorspeld. Is het behandeldoel 'pijnbestrijding' dan wordt massage, vergezeld van fysiotechnische applicaties vaak toegepast. Het verbeteren van de bewegingsuitslag berust hoofdzakelijk op oefentherapie en manuele therapie. Herstel van spierkracht wordt vooral door middel van oefentherapie, advies en instructie bevorderd. Verbetering van belemmeringen in aankleden en evenwichtsstoornissen wordt vooral met oefentherapie behandeld.

Verfijndere analyses zullen zeker betere voorspellingen opleveren; koppeling van de medische diagnose aan de volgens de ICDH geclassificeerde werkdiagnoses in de fysiotherapie vormt dan het slotstuk van het onderzoek.

Categorieën van pijngedrag bij reuma-patiënten

Pijn vormt een van de meest frequent voorkomende doch lastigst meetbare elementen van gewrichtsreuma. Het is duidelijk dat patiënten pijn hebben en niet zo weinig ook, maar, er is geen 'pijnthermometer', men moet afgaan op wat de patiënt zegt. Er zijn hele observatiesystemen gemaakt om pijn-uitingen van patiënten te classificeren. Het is echter de vraag of laboratoriumsituaties wel in voldoende mate verschillende pijnvormen meten. Kan men pijn onvoldoende vaststellen, dan wordt het moeilijker om effecten van interventies te bepalen.

Het hier gerapporteerde onderzoek heeft een tweeledig doel: ten eerste vaststellen of zwaardere belasting van de patiënt adequatere pijnreacties opleverde (bukken en grote stappen nemen werden toegevoegd aan een serie oefeningen, bedoeld om vast te stellen waar patiënten pijn kregen) en ten tweede of de tot dusver gebruikelijke somming van de pijnscores gebaseerd was op de onderliggende assumptie van hoge samenhang tussen de pijnmaten. Wat het eerste punt betreft, de zwaardere oefeningen (vooral bukken) zorgden voor een gevoeliger pijnmeting. Het tweede punt, de homogeniteit van de pijnmaten, bleek inderdaad twijfelachtig te zijn. Er zijn twee factoren in pijngedrag: optellen is dus niet wenselijk.

Overige paramedische beroepen; programmering van onderzoek naar ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, -Mensendieck en podotherapie

Als basis voor een onderzoeksprogramma worden vier benaderingswijzen geschetst:

1. Een algemeen beschrijvend onderzoek naar de aard van de aandoeningen, de behandeling, de relatie met de (medische) verwijzers en onderzoek naar de meest geschikte classificatie van aandoeningen en verrichtingen.
2. Onderzoek naar optimalisering van de relatie tussen paramedische behandelaars en medische verwijzers; inclusief studies naar de positie van de desbetreffende paramedici in andere landen.
3. Een systematische verzameling van informatie over effecten van interventies en het geprogrammeerd opzetten van nieuwe en correct uitgevoerde interventies.
4. Onderzoek naar de wenselijkheid van universitaire 'kop'-studies en de wensen en behoeften met betrekking tot na- en bijscholing.

Als onderzoek langs deze lijnen wordt opgezet, zal de cumulatie van kennis systematischer verlopen dan bij, bijvoorbeeld, de fysiotherapie.

Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podo- en ergotherapie (fase 1)

In een plaatsbepalend onderzoek naar plaats en functie van enkele paramedische beroepen is volgens de hierboven uitgezette lijnen van de programmeringsstudie een onderzoek opgezet.

De eerste vraagstelling van het onderzoek luidde: wat zijn de kenmerken van de relatie tussen de verwijzers en de genoemde beroepen; het aantal verwijzers, frequentie en inhoud van het contact, de taakopvatting ten opzichte van de verwijzers en de kennis van de verwijzer over de betreffende beroepsgroep. Over deze onderwerpen is een voor de genoemde beroepen vergelijkbare vragenlijst ontworpen.

Het tweede onderwerp betreft een registratie van klachten, problemen en sociaal/demografische kenmerken van patiënten.

De derde vraag slaat op een registratie van de paramedische behandelingen (doel, methode, frequentie, duur).

In de tweede fase van het onderzoek kunnen deze vragenlijsten en registratieformulieren nuttig worden ingezet.

2.4. De huisartspraktijk en de samenhang van eerstelijnsvoorzieningen.

2.4.1. De huisartspraktijk

Huisartsen Kwantitatief

Per 1 januari 1992 waren in Nederland 6538 huisartsen zelfstandig gevestigd; dat is 1 huisarts per 2314 inwoners. Nog steeds is meer dan de helft van de huisartsen (53%) als solist werkzaam, 31% werkt in een duo-praktijk, 16% in een groepspraktijk (3 of meer huisartsen). Van alle zelfstandig gevestigde huisartsen werkt 8,6% samen met andere disciplines (in ieder geval wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden) in een gezondheidscentrum.

Het aandeel van de solopraktijken is afgenomen van 86% in 1970, tot respectievelijk 66% in 1980, 59% in 1985 en 53% in 1991. Het aantal nieuwe vestigingen in 1991 (266) was, evenals het aantal huisartsen dat de praktijk neerlegde (199), niet zo hoog als in 1990 maar hoger dan in 1988 en 1989. (1989: 215 nieuwe vestigingen, 1988: 216).

Van de zelfstandig gevestigde huisartsen was in 1992 14% vrouw (3% 1970, 4% 1980, 8% 1985, 12% 1990).

Begin 1991 waren er ongeveer 500 huisartsen op zoek naar een praktijk; tweederde van deze groep was reeds als assistent-huisarts of waarnemer werkzaam. Van de praktijkzoekende huisartsen gaf ongeveer de helft als voorkeur een duo- of groepspraktijk op; vrouwelijke praktijkzoekende huisartsen ambiëren vaker een vestiging in dienstverband of tenminste in samenwerking met collega's dan hun mannelijke collegae. Ook wil men gemiddeld een kleinere praktijk (mannen gemiddeld 2206 zielen, vrouwen 1784).

Beschikbaarheid en bereidheid waar te nemen onder praktijkzoekende huisartsen

Uit het voorgaande lemma kan men afleiden dat er ongeveer 500 praktijkzoekende huisartsen waren in het begin van 1991. De vraag is in welke mate deze groep in feite voor waarnemingen beschikbaar is. Hiertoe is deze groep adspirant-huisartsen begin 1991 schriftelijk geënquêteerd.

Het aantal praktijkzoekende huisartsen, dat sinds 1980 jaarlijks door het Nivel wordt geteld, was in 1990 en 1991 lager dan in de jaren daarvoor. Dit komt omdat de beroepsopleiding in 1988/89 van één naar twee jaar is verlengd. Daarnaast is de opleidingscapaciteit teruggeschroefd van tussen de 450 en 500 voor 1988 tot 280 plaatsen erna. Ook is het aantal praktizerende huisartsen gestegen, waardoor de verhouding gevestigde/praktijkzoekende huisartsen van ongeveer 10:1 (1983-1989) gestegen is tot het niveau van het begin van de jaren tachtig: 13:1. Van deze groep praktijkzoekende huisartsen is slechts 3%

officieel werkloos; 6% is in het buitenland werkzaam en slechts 5% is niet als arts werkzaam. Vergeleken met de cijfers voor fysiotherapeuten (22,5% buitenslands, 11,6% niet als fysiotherapeut werkzaam) ziet de toestand er bij de huisartsen-in-spe rooskleuriger uit.

Van de groep praktijkzoekende huisartsen is ruim 60% direct beschikbaar en bereid waarnemingen te verrichten. Onder deze groep is er weinig animo om alleen avond- nacht- en weekendwaarnemingen te doen; men wil het liefst de gewone praktijk (inclusief de diensten) waarnemen. In Noord Holland en Limburg is er naar verhouding (tot het aantal gevestigde huisartsen) het kleinste aantal waarnemers beschikbaar.

Het is duidelijk dat het aantal praktijkzoekende huisartsen is teruggelopen; de geringere opleidingscapaciteit, het gestegen aantal huisartsen en een afname van de flexibiliteit van de adspirant huisartsen kan zeker in piek-perioden (zomervakantie) voor tekorten zorgen.

Gezondheidscentra en groepspraktijken

Het aantal gezondheidscentra (centra waarin tenminste huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden met elkaar onder één dak samenwerken) is tussen 1 januari 1991 en 1 januari 1992 met 1 gedaald tot 161. Van de 162 centra die op 1 januari 1991 werden geregistreerd hebben er 67 (41%) een directeur/coördinator. In deze centra werken 600 huisartsen; de gemiddelde praktijkgrootte is 1800 'zielen' (Nederland ongeveer 2300), maar de 600 huisartsen bezetten ongeveer 480 full time-equivalenten. Houdt men hiermee rekening, dan is de gemiddelde praktijkgrootte per full time huisarts in een gezondheidscentrum niet veel kleiner (2296) dan bij andere praktijkvormen (2318).

In 77% van de centra werken ook fysiotherapeuten en in 57% verloskundigen. In 83% van de situaties werken huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden voor dezelfde praktijkbevolking.

Gezondheidscentra vindt men vooral in grote steden, forensengemeenten en op het verstedelijkt platteland. Huisartsgroepspraktijken, waarvan er begin 1991 183 waren (met 587 huisartsen) vindt ook in grote steden en op het verstedelijkt platteland.

2.4.2. Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de Nationale Studie

De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk bestaat uit drie gedeelten: 1) De zogenaamde 'Basisrapporten', waarin de nationale cijfers staan met betrekking tot ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deze rapporten zijn verschenen op één na: de studie naar verrichtingen in de

huisartspraktijk, die begin 1992 zal verschijnen. 2) De rapportage van de oorspronkelijke 12 deelstudies; deze zijn op twee deelstudies na (het voorschrijven van geneesmiddelen en verloskundige en perinatale zorg in de huisartspraktijk) afgerond. In het jaarverslag 1990 is hierover gerapporteerd. Sommige van de deelstudies worden nog verder uitgewerkt en nader geanalyseerd; in dat geval vindt men nog een stukje vervolgrapportage in dit verslag. 3) Een grote hoeveelheid secundaire studies, soms vervolgstudies van de 12 oorspronkelijke deelstudies al dan niet in samenwerking met derden uitgevoerd. Een groot deel van deze laatste studies is in 1990/91 begonnen. De resultaten zullen vooral in het volgende jaarverslag staan.

In dit verslag wordt gerapporteerd over het deelproject 'diagnostiek in de huisartspraktijk' en over het 'standaardenproject', een onderzoek waarin bekeken wordt met behulp van in de Nationale Studie vastgelegde gegevens in welke mate huisartsen zich conform of afwijkend van de (later opgestelde) NHG-standaarden gedragen.

Morbiditeit in de huisartspraktijk: een vergelijking tussen Nederland en Engeland & Wales

Gegevens over ziekten in de huisartspraktijk hebben een zekere waarde op zichzelf, maar winnen aan reliëf door vergelijking met andere, nationale of internationale studies.

Vergelijking van incidentie-cijfers tussen de Nederlandse Nationale Studie en de Engelse National Morbidity Surveys leverde het volgende beeld:

Als men (groepen) ziekten neemt, die in de verschillende classificatiesystemen vergelijkbaar zijn, dan vindt men voor conjunctivitis, otitis media acuta, cystitis en cerumen geen verschillen in incidentie en bij infecties van de bovenste luchtwegen, maag-darm aandoeningen en depressies wel, namelijk meer in Engeland. Aandoeningen van het bewegingsapparaat en huidaandoeningen worden meer aan Nederlandse huisartsen gepresenteerd. Deze verschillen komen overigens overeen met de bevindingen van de Amerikaanse sociologe Lynn Payer; zij wees er in haar boek 'Medicine and Culture' op dat Engelsen (over Nederlanders zegt zij niets) de neiging hebben om gezondheidsproblemen in termen van 'verkoudheid' en 'spijsverteringsstoornissen' te vertalen.

Alcoholconsumptie en algemene gezondheidstoestand

Slecht nieuws voor geheelonthouders! Uit de patiënten-enquête van de Nationale Studie blijkt dat in de leeftijdsgroepen tussen 25 en 65 jaar geheelonthouders een slechtere gezondheid rapporteren dan personen die matig alcohol gebruiken (drinkt men echter veel, dan zijn er meer klachten). De gezondheid is gemeten aan: gerapporteerde klachten in twee weken tijd, het aantal chroni-

sche aandoeeningen, de General Health Questionnaire (een maat voor geestelijke gezondheid) en een score op een lijst met psychosociale problemen (de BIOPRO). Uiteraard is gekeken of onder de geheelonthouders de groep ex-drinkers sterk van de groep die nooit alcohol heeft gebruikt, verschilde. Dit bleek niet of nauwelijks het geval: ex-drinkers rapporteren alleen meer acute klachten. De gevonden relatie tussen alcohol-gebruik en gezondheid blijft bestaan, ook als men corrigeert voor andere leefgewoonten (roken, overgewicht, lichaamsbeweging) en voor verschillen in sociaal-economische status tussen de groepen.

Hoe ziek is de WAO?

In de discussie, die in de zomer 1991 werd gevoerd over het beperken van het gebruik van WAO en AAW werd soms de indruk gewekt, dat een aantal personen ten onrechte een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ontvingen. Analyse van de gegevens uit de Nationale Studie met betrekking tot de in de studie opgenomen WAO-ers wees uit (zoals al vaker was aangetoond) dat WAO-ers in het algemeen behoorlijk ziek zijn; of ze nu boven of onder de 50 jaar oud zijn (een leeftijdsgrens die in de discussie veelvuldig werd gehanteerd). WAO-ers zijn niet alleen ziek maar voelen zich daarenboven ook nog ongelukkig. In het artikel in Medisch Contact, dat de nodige stof deed opwaaien, werd gepleit voor een omdraaiing van de aandacht; niet on-geschiktheid voor arbeid zou centraal moeten staan, maar juist de (resterende) geschiktheid. De WAO bevat van zichzelf ziekmakende elementen.

Sociale netwerken en gezondheidszorg

Sociale netwerken, in het vreselijke jargon van de gezondheidszorg ook wel 'potentieel aan mantelzorg' genoemd, spelen een belangrijke rol in de discussie over de behoefte aan professionele zorg. Het feit dat traditionele netwerken kleiner worden (meer alleenstaanden, kleinere gezinnen) doet de behoefte aan professionele ondersteuning toenemen. Voor een deel (en dat blijkt ook uit dit onderzoek) wordt informele steun bij mensen met een klein traditioneel netwerk gecompenseerd door kennissen, vrienden en burens, maar voor een ander deel moeten beroepshulpverleners of vrijwilligers inspringen.

Men zou verwachten, dat mensen met een klein netwerk meer beroep op professionele zorg (van de huisarts in dit geval) zouden doen. Het tegendeel is echter waar: hoe groter en hechter het netwerk, hoe vaker men de huisarts raadpleegt. Het netwerk heeft duidelijk de functie van 'ik zou hier niet mee blijven rondlopen, ga maar eens naar de huisarts'.

Spoeedeisende hulp in de huisartspraktijk

Op verzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging is onderzocht hoe vaak de huisartsen uit de Nationale Studie gedurende de drie maanden waarin ze al hun activiteiten vastlegden, werden geraadpleegd buiten 'kantooruren'. Er is een onderscheid gemaakt tussen de avond- en nachtdiensten van maandag tot en met vrijdag en de diensten gedurende het weekeinde. De huisartsen uit de Nationale Studie hadden gemiddeld eenmaal per week dienst (door de week) op het (verstedelijkt) platteland en eenmaal per twee weken in de grote stad. Weekend-dienst (zaterdag en/of zondag) gemiddeld eenmaal per 4 à 5 weken op het platteland en eenmaal per 6 à 7 weken in de grote stad.

Het gemiddelde aantal contacten door de week bedraagt 2,1 's avonds en 0,6 's nachts; 's nachts vooral visites en 's avonds 60% consulten en 40% visites. In de grote stad bedraagt het gemiddelde aantal contacten 's avonds en 'slechts ongeveer 3, op het platteland 2,1. In de weekends liggen de aantallen aanzienlijk hoger: overdag gemiddeld 23 contacten (in het hele weekend), 's avonds 3 en 's nachts iets meer dan 1 gemiddeld. Artsen uit de grote steden hebben wat minder contacten overdag (15 vs 21) dan artsen op het platteland.

De top 10 van diagnoses in avond- en nachtdienst (door de week) geeft als nummer 1: snijwonden (3,3% van de gevallen), dan: bovenste luchtweginfecties (3,1%), gastro-enteritis (2,6%), maar ook hyperventilatie (nummer 8 met 1,8%). In het weekend is nummer 1: bovenste luchtweginfectie (4,3%), dan: otitis media acuta (3,1%), cystitis (2,6%), gastro-enteritis (2,3%), acute bronchitis (2,2%), snijwonden (2,1%). Het paniek-gehalte van de aandoeningen is hoog. Het gaat vooral om acute, pijnlijke situaties; kleine kinderen en ouderen vormen de belangrijkste groepen patiënten die een beroep op de huisarts in weekend of avonddienst doen.

Diagnostiek in de huisartspraktijk

In samenwerking met de vakgroep huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde van de Vrije Universiteit in Amsterdam is één van de 12 deelprojecten van de Nationale Studie in 1991 met een eindrapport afgesloten. In 4% van alle aan de huisarts gepresenteerde problemen worden één of meer laboratoriumtests aangevraagd en in 1,7% gaat het om beeldvormende (Röntgen/echo) diagnostiek. De onderzoekers schatten dat met de laboratoriumbepalingen ongeveer 75 miljoen gulden is gemoeid op jaarbasis en met de beeldvormende diagnostiek een vergelijkbaar bedrag (72 miljoen). De top-10 van laboratoriumtests bestaat uit: Hb/Hct, BSE, glucose, leucocytentelling, leucocytendifferentiatie, creatinine, ALAT/ASAT, Gamma-GT, ureum en alkalische fosfatase. Vooral bij de diagnose (of, preciezer gezegd, werkhypothese) 'algemene malaise', bij verdenking op de ziekte van Pfeiffer, anemieën, surmenage, diabetes mellitus,

reumatoïde artritis, aspecifieke virusinfecties en buikpijn wordt vaak en veel laboratoriumonderzoek verricht.

Bij beeldvormende diagnostiek gaat het vaak om skeletfoto's, thoraxfoto's en echografieën van de buikorganen. Het gaat vaak om (verdenkingen op) fracturen, cholitiasis, symptomen en klachten van de mammae, coxartrose, nier/ureter- en blaasstenen, ulcus duodeni en distorsies.

Uit de resultaten van de analyses naar de invloed van de laboratoriumdiagnostiek op de diagnose van de huisarts blijkt dat in de helft van de gevallen de oorspronkelijke diagnosecode (ICPC-code) niet verandert; wel is de huisarts bij het volgende contact zekerder van zijn zaak geworden. Waar huisartsen bij contacten zonder laboratoriumonderzoek in het tweede contact in het algemeen onzekerder zijn, is dit met laboratoriumonderzoek duidelijk anders.

Huisartsen vragen meestal vaste rijtjes bepalingen aan; onafhankelijk van het probleem. Zo wordt bij de werkhypothese 'algemene malaise' objectief gezien te veel en overbodig onderzoek aangevraagd. Echter ook bij moeheid en psychische problemen voelt de huisarts zich na laboratoriumonderzoek zekerder, hoewel het onderzoek weinig tot de diagnose bijdraagt.

De variatie tussen de huisartsen bij het aanvragen van de gegevens is groot. Er is een factor 8 verschil tussen de meest en de minst aanvragende huisarts. Onzekerheid van de huisarts lijkt daarbij een rol te spelen.

Standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk

Gegevens uit de Nationale Studie lenen zich (tot op zekere hoogte) om een vergelijking te maken tussen de normen die in de NHG-standaarden met betrekking tot het omgaan met verschillende ziekten in de huisartspraktijk worden geformuleerd en het feitelijke gedrag van huisartsen.

Er zijn wat slagen om de arm; de gegevens uit de Nationale Studie dateren van vóór de formulering van de standaarden; niet alle relevante gegevens zijn in de Studie vastgelegd en bovendien leent de methode van 'zelfregistratie' zich niet even goed voor elke handeling van huisartsen. Er is alleen geregistreerd dat een bepaalde verrichting heeft plaatsgevonden, maar niet op welke wijze en tenslotte houden de standaarden geen rekening met 'comorbiditeit' of andere complicaties.

Niettemin kan men, na vergelijking van een viertal standaarden met gegevens uit de Nationale Studie (enkeldistorsies, otitis media acuta, diabetes mellitus II en acne vulgaris) enige conclusies trekken. De eerste conclusie is, dat Nederlandse huisartsen in belangrijke mate volgens de (later geformuleerde) standaarden werken, of, liever gezegd, dat de vier onderzochte standaarden de werkelijkheid in de huisartspraktijk aardig dekken.

Er zijn wel afwijkingen. Zo is het geven van voorlichting (of, liever gezegd het registreren van het geven van voorlichting; denk om de man die niet wist dat hij proza sprak) nogal huisarts-gebonden; sommigen doen het wel en anderen doen het niet, onafhankelijk van de vereisten in de standaard. Verder wordt bij otitis media in de praktijk geen onderscheid gemaakt in behandeling van kinderen uit verschillende leeftijdscategorieën; voor baby's onder de 6 maanden schrijft de NHG-standaard een andere (en zwaardere) behandeling voor dan bij oudere kinderen. De vereiste (bij acne vulgaris) dat alle herhaalreceptuur in een feitelijk consult moet worden uitgeschreven, houdt te weinig rekening met de rol van de assistente in de huisartspraktijk. Bij acne werd overigens in 1 op de 5 gevallen middelen voorgeschreven, die, zoals dat heet 'comedo-geen' (meeëter-bevorderend) zijn. Bovendien zou de prescriptie aanmerkelijk goedkoper kunnen als de huisartsen niet de specialité-vorm maar het FNA-preparaat zouden voorschrijven.

Bij otitis media acuta kan men ook hier en daar wat twijfels uiten over de effectiviteit van de voorgeschreven neusdruppels of van de niet werkzaam geachte lidocaine oordruppels.

Oordelen van de patiënt over de werkwijze van de huisarts

In de Nationale Studie kan men de waardering van de patiënt voor zijn huisarts in verband brengen met zijn praktijkvoering. Vergelijking van de 20 hoogst en laagst gewaardeerde huisartsen leverde op dat de voorkeur van patiënten niet uitgaat naar veel voorschrijvende en verwijzende huisartsen, maar naar de huisarts die veel contacten met zijn patiënten heeft, daar de tijd voor neemt, die veel aan fysische diagnostiek doet, vaak voorlichting over de klacht geeft, het 'even aankijkt', leefregels geeft of niet op recept verkrijgbare medicijnen voorschrijft. Aangezien de meeste van de hierboven genoemde kenmerken als positieve indicatoren van 'kwaliteit' worden gezien, lijkt het er niet op dat waardering van de patiënt haaks staat op zorg van goede (professionele) kwaliteit.

De grote-stadspraktijk; de invloed van de sociaal-economische positie van de patiënten op intra-urbane gezondheidsverschillen

Het is bekend dat er grote verschillen in gezondheid zijn tussen inwoners van verschillende stedelijke gebieden. De vraag is echter waartoe deze verschillen in gezondheid te herleiden zijn. Gaat het echt om geografische verschillen of is het eerder zo dat bepaalde wijken meer arme en minder gezonde mensen omvatten. In de Nationale Studie zijn voldoende gegevens aanwezig om dergelijke verschillen in gezondheid tussen stedelijke gebieden nader te analyseren. In 77 van de 103 praktijken, gevestigd in urbane en suburbane

gebieden, is het verband tussen gezondheid, het gebruik van diensten van de huisarts en het gedrag van de huisarts bij de verschillende consulten nader geanalyseerd.

De gezondheidstoestand (lichamelijk en geestelijk) is beter naarmate de sociaal/economische positie van patiënten hoger is. Het aantal contacten met de huisarts is hoger bij mensen uit de laagste socio-economische categorie, - dat wijst op een zekere compensatie - maar het aantal contacten langer dan 10 minuten is weer het hoogst bij de mensen uit de hoogste maatschappelijke categorie. Bij deze laatste groep worden minder geneesmiddelen voorgeschreven en het verwijscijfer is lager.

De contrasten zijn het sterkst tussen de hoogste en de laagste categorie. Het lijkt er een beetje op dat huisartsen bij de laagste sociaal economische patiëntencategorie wat vaker de behandeling naar de tweedelijf verwijzen.

2.4.3. Peilstations

In het eenentwintigste jaar (1990) van zijn bestaan werden er in het huisartsen-peilstationsproject de volgende onderwerpen geregistreerd:

- onderzoek op baarmoederhalskanker door de huisarts
- verwijzingen voor logopedie
- sterilisaties (bij man en vrouw)
- suïcide(-pogingen)
- diabetes mellitus; een vergelijking met 1980-83
- angst voor AIDS
- verzoeken om toepassing van euthanasie
- bloedonderzoek (een Europees vergelijkend onderzoek)

Baarmoederhalskanker

Sinds 1989 is er op vele plaatsen in Nederland sprake van een georganiseerd bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Vrouwen in de leeftijdsgroep 35-54 jaar worden in dit verband aangeschreven; zij kunnen dan via hun huisarts een uitstrijkje laten maken. Dit is te merken in de peilstationsregistratie; werden in 1984 nog 47 op de honderd uitstrijkjes in deze leeftijdsgroep afgenomen, in 1990 was dit aandeel 71%. Van de 44 peilstations vielen er 39 in een gebied waar een bevolkingsonderzoek werd georganiseerd.

Verwijzingen voor logopedie

Huisartsen verwijzen ongeveer een keer in de 8 weken een patiënt naar de logopedist. Meestal (in 62% van de gevallen) gaat het initiatief voor de verwijzing van derden (de school-logopedische dienst bijvoorbeeld) uit. Er worden bij

kinderen onder de 10 jaar tweemaal zoveel jongetjes als meisjes verwezen; na het 20e jaar zijn het iets meer vrouwen dan mannen. Van de verwezen patiënten is 65% jonger dan 10 jaar.

In het Noorden van het land vindt men opmerkelijk weinig verwijzingen; een factor 2 à 3 minder dan in de andere provinciegroepen; een flauwe grap over de noordelijke spraakgewoont'n zullen we de lezer bespoarn.

Sterilisaties

In 1989 was voor het eerst sprake van een daling van het aantal ooit gesteriliseerde mannen; in 1990 zette deze daling zich voort, evenals de in 1984 ingezette daling van het aantal ooit gesteriliseerde vrouwen. De daling is langzaam; er worden nog steeds een aanzienlijk aantal sterilisaties (78 per 1000 mannen 56 per 1000 vrouwen) verricht.

Suicide-pogingen

In 1990 werden in de peilstationspraktijken 5 zelfmoorden en/of pogingen tot zelfmoord per 10.000 inwoners geregistreerd.

In de grote steden en het westen van het land zijn de cijfers het hoogst. De cijfers voor 1990 zijn lager dan voor voorgaande jaren; volgen de peilstations neemt het aantal zelfmoorden en -pogingen dus niet toe.

Ter vergelijking: het officiële CBS zelfmoordcijfer bedraagt ongeveer 1 per 10.000 inwoners.

Verzoeken om euthanasie

Sinds 1976 wordt in het peilstationsnetwerk bijgehouden hoeveel verzoeken om euthanasie aan de deelnemende huisartsen worden gedaan en wat de reden of aanleiding is tot het verzoek. De cijfers, geëxtrapoleerd naar de Nederlandse bevolking tussen de 2500 en 4000 verzoeken per jaar, werden altijd onwaarschijnlijk laag gevonden. De resultaten van het euthanasie-onderzoek van het CBS en de Erasmus-universiteit maken echter duidelijk dat deze lage getallen in het geheel niet onwaarschijnlijk zijn. Zij komen op een schatting van 1900 gevallen van euthanasie in de huisartspraktijk; het aantal verzoeken was gemiddeld per huisarts per jaar 0,8 (NIVEL in 1990 gemiddeld 0,74). Het NIVEL registreerde in 1990 geëxtrapoleerd naar de Nederlandse bevolking ongeveer 4300 verzoeken in 1990. Het cijfer voor 1990 is overigens hoger dan voorheen (3500, 3600, 3300, verzoeken in resp 1987, 1988 en 1989). Onveranderlijk heeft 80% van degenen die het verzoek doen een ernstige maligniteit. In de westelijke provincies en de grote steden is het aantal verzoeken het hoogst. Ook dit is een constant gegeven sinds het begin van de registratie.

Diabetes Mellitus

Het doet wat vreemd aan om van euthanasie over te stappen op diabetes, maar zo werkt het peilstationssysteem: capita selecta uit de huisartspraktijk.

In 1980/83 is ook geregistreerd hoeveel nieuwe gevallen van diabetes de huisarts zag passeren. Vergeleken met die periode is in 1990 de incidentie verdubbeld; 12 per 10.000 gevallen in 1980/83 tegen 21 in 1990. De stijging treedt vooral op bij de hogere leeftijdsgroepen. Op zichzelf is de stijging niet zo vreemd, als men bedenkt, dat uit een recent onderzoek van de huisarts Cromme bleek, dat de huisarts slechts een derde van de personen, die in een bevolkingsonderzoek met een ernstig verhoogde glucose-intolerantie werden genoteerd, als 'suikerpatiënt' in zijn kaartstelsel had.

Angst voor AIDS

Angst voor AIDS is geen exclusief rand- en grootstedelijk verschijnsel. In iedere huisartspraktijk worden daarover vragen gesteld; vooral door mensen tussen de 20 en 40 jaar. De meest genoteerde redenen waren hetero-sexuele contacten 'at risk' gevolgd door homoseksuele of bisexuele contacten. Nederlandse huisartsen blijken, vergeleken met hun Europese collegae weinig tests aan te vragen; als ze tests vragen is de uitslag hoogst zelden positief.

Europese huisartsen vergeleken; het Eurosentinel project

De Nederlandse huisartsen doen ook mee aan een Europees peilstationsproject onder leiding van het Brusselse Instituut voor Hygiëne & Epidemiologie. Na een periode van 3 jaar is dit project medio 1991 afgesloten. Er heeft in deze periode in Europees verband registratie plaats gevonden van influenza, mazelen en bof (de Nederlandse mazelenvaccinatie blijkt de enige afdoende in de deelnemende landen), influenza-achtige aandoeningen, aanvragen voor bloedonderzoek en HIV-tests.

Vooraf uit de bloedonderzoekstudie blijkt dat de Nederlandse huisarts, samen met zijn Ierse en Engelse collega's terughoudend is; er worden per 100 arts/patiënt contacten 5 à 6 bloedonderzoeken aangevraagd. In Zwitserland is dit bij 16 per 100 contacten. Ook vragen Nederlandse, Ierse, Engelse en Zwitserse artsen gemiddeld twee bepalingen aan, terwijl men in België, Italië, Portugal en Spanje gemiddeld vier (waaronder vaak cholesterol) bepalingen aanvraagt. In deze laatste landen ligt het aantal aanvragen op 6-12 per 100 contacten.

2.4.4. Samenhang van voorzieningen in de eerstelijnszorg

Een langlopend onderzoek in deze sector vormt de evaluatie van de gezondheidszorg in Almere. Een goede manier om een buitenlander iets van de Nederlandse gezondheidszorg uit te leggen vormt de Almeerse allegorie; men neme een plas water, bouwe daaromheen een dijk, scheppe een stad van 100.000 inwoners en organisere een gezondheidszorg met sterke nadruk op de eerstelijns en alle (eerstelijns-)hulpverleners in dienst van één rechtspersoon. Zò doen Nederlanders dat.

Het evaluatieonderzoek bestaat uit een groot aantal deelstudies, waarvan het onderzoek naar de EHBO-functie en intensieve thuiszorg in 1991 werden afgerond.

Een tweede onderzoekslijn binnen dit themagebied betreft het onderzoek naar de 'meerwaarde' van mono- en multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Tenslotte kwam de scenariostudie Eerstelijnszorg en thuiszorg gereed.

Toekomstscenario's voor Eerstelijnszorg en Thuiszorg

De Scenariostudie Eerstelijnszorg en Thuiszorg heeft tot doel gehad modellen te ontwikkelen, die als leidraad voor de discussie over de toekomstige organisatie van de thuiszorg kunnen dienen. De scenariostudie is uitgevoerd in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. De eerder onder auspiciën van de STG uitgevoerde scenario's waren hoofdzakelijk gericht op specifieke ziektecategorieën. Scenario-opdrachten voor zorgsectoren als de ziekenhuissector, de basisgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn van recentere datum. Ziektescenario's richten zich vooral op de toekomstige ontwikkeling van het voorkomen van een aandoening, de mogelijke behandelwijzen en de consequenties daarvan voor de kwaliteit van het bestaan. Zorgsectorscenario's hebben enerzijds betrekking op de hele breedte van de hulpvragen in een bepaalde sector en anderzijds op een verscheidenheid aan hulpverleners en instellingen en de organisatie daarvan.

De eerste deelstudie betreft een analyse van de maatschappelijke ontwikkelingen (zoals de technologische ontwikkeling, individualisering) leidend tot een toenemende aandacht voor thuiszorg. Deze studie schetst de maatschappelijke context waarbinnen de scenario's zich afspelen.

De tweede is een studie van de zorg die op dit moment voor (zelfstandig) thuiswonende mensen wordt geboden. Deze studie biedt inzicht in de sterke en zwakke kanten van het huidige systeem.

Ten derde is een 'trendstudie' van de verwachte ontwikkelingen in het zorggebruik bij gelijkblijvend beleid verricht. Deze analyse heeft kwantitatieve ramingen opgeleverd van het toekomstig zorggebruik.

De vierde analyse (de 'zorgstudie') betreft de soort zorg die nodig is om mensen met (qua organisatie van de zorg) complexe gezondheidsproblemen thuis te kunnen verzorgen. Deze studie heeft inzicht opgeleverd in de voorwaarden waaronder complexe thuiszorg kan worden geboden.

Ten vijfde is een 'organisatiestudie' uitgevoerd op basis van zorgvernieuwingprojecten in Nederland en elementen uit buitenlandse gezondheidszorgsystemen om te bezien welke oplossingen zijn gevonden voor de ervaren knelpunten. Op grond van deze studie zijn de organisatiescenario's ontwikkeld.

De verschillende scenario's zijn, tenslotte, getoetst aan criteria die voor een belangrijk deel zijn afgeleid uit de verschillende deelstudies. In deze weging worden de bovengenoemde deelstudies dan ook geïntegreerd.

Punsgewijs zijn de belangrijkste bevindingen van deze scenariostudie de volgende:

1. Maatschappelijke ontwikkelingen, demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen in de verhouding tussen ambulante zorg en zorg in instellingen, leiden zowel tot de wens als tot de noodzaak van meer zorg in de thuissituatie, ook bij complexe gezondheidsproblemen.
2. De vergrijzing van de Nederlandse bevolking heeft vooral gevolgen voor het toekomstig gebruik van de gezinsverzorging en in mindere mate voor de wijkverpleging. Voor de overige disciplines ligt de verwachte toename als gevolg van de vergrijzing rond één procent per jaar.
3. Als trends in het verleden in het gebruik van zorg, gecombineerd met trends in de samenstelling van de bevolking worden doorgetrokken, is de verwachte toename van het zorggebruik voor alle disciplines geringer dan men als gevolg van de demografische ontwikkelingen zou verwachten. De reden hiervan is dat de verwachte toename van het opleidingsniveau van grote groepen in de samenleving en van de subjectieve beleving van de gezondheid een geringe toename van het zorggebruik doen verwachten.
4. Alle ramingen van het toekomstig zorggebruik laten een grote toename zien in de groep hoog bejaarden. Dat heeft gevolgen voor de intensiteit van de benodigde zorg.
5. Thuiszorg voor mensen die nu nog vaak intramuraal behandeld en verpleegd worden, vereist de inzet van meer zorgfuncties en in grotere hoeveelheden dan nu gebruikelijk. Ook voor mensen met complexe gezondheidsproblemen is thuiszorg mogelijk.

6. Een belangrijke voorwaarde voor complexe thuiszorg is dat er mantelzorg aanwezig is. Daarnaast is het van belang dat de verschillende zorgfuncties op elkaar afgestemd en gecoördineerd geleverd kunnen worden. Daarbij moet snel en flexibel beschikt kunnen worden over hulpmiddelen.
7. Aan deze voorwaarden is in het huidige systeem van de gezondheidszorg niet voldaan. In de toekomstscenario's voor de organisatie van de eerstelijnszorg en thuiszorg worden hiervoor oplossingen aangedragen. Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de organisatiescenario's is behoud van de goede aspecten van de huidige eerste lijn zowel wat betreft eenvoud van organisatie als het karakter van de zorg. De scenario's moeten zowel de gewone, enkelvoudige zorg als de complexe of intensieve zorg aankunnen.

Met als consequenties voor de toekomstige zorgverlening:

8. Er wordt uitgegaan van samenhangende zorgcircuits waarin eerstelijnsgezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening, poliklinische specialistische zorg, vrijwilligerswerk, tijdelijke opnamemogelijkheden en dagopvang wordt aangeboden.
9. Dit wordt organisatorisch vormgegeven in verschillende scenario's:
 - het extramuraal circuit (geen centrale regie voor de zorg, behoud van echelons)
 - het extramuraal centrum (centrale regie, behoud van echelons)
 - het transmuraal circuit (centrale regie, doorbreking echelons)
 - ontvlechting (geen centrale regie, doorbreking echelons)
10. Deze scenario's sluiten elkaar niet uit, maar kunnen naast elkaar voorkomen. Bij uitvoering van de plannen met betrekking tot de stelselwijziging zal het krachtenspel tussen aanbieders en verzekeraars grote invloed hebben op de vraag welke organisatiemodellen waar worden gerealiseerd.

EHBO in Almere, de situatie voor en na de opening van het ziekenhuis vergeleken

In 1986, ruim voor de opening van het ziekenhuis vond het eerste onderzoek naar de EHBO-functie in Almere plaats; het werd in 1991 herhaald. Als men de periode tussen 1986 en de opening van het ziekenhuis (1991) beschouwt, dan ziet men dat de huisartsen hun toch al aanzienlijke aandeel sterk hebben uitgebouwd. In die periode nam het aantal 'zelfverwijzers' naar de ziekenhuizen buiten Almere niet toe, terwijl het aantal personen dat voor de EHBO een beroep op de Almeerse gezondheidscentra doet is gestegen. De opening van het ziekenhuis heeft deze situatie drastisch veranderd. Na de opening steeg het aantal 'zelfverwijzers' van 20 naar 70 per week, terwijl het aantal personen dat

voor EHBO in het ziekenhuis werd behandeld steeg van 40 tot 85 per week; het betreft hier zowel eenvoudige (in beginsel door de huisarts te behandelen) als gecompliceerde letsels. Het aantal bezoekers van de huisartsen-EHBO-post daalde enigszins, maar bleef toch aanzienlijk. Uit een enquête onder de Almeerse bevolking bleek, dat men desgevraagd de neiging had om zich met betrekkelijk eenvoudige letsels eerder tot het ziekenhuis dan tot de huisarts te wenden. Bekendheid met de (inderdaad ingewikkelde) Almeerse regelgeving inzake spoedeisende hulp bleek gering. Men mag wel concluderen, dat bij gebrek aan alternatief mensen wel een rol bij EHBO voor de huisarts zien, maar dat zodra er een ziekenhuis in de buurt is hieraan in aanzienlijke mate de voorkeur wordt gegeven.

Intensieve Thuiszorg

In de loop van 1990 zijn in Almere 6 functionarissen aangesteld om de (intensieve) thuiszorg te coördineren; het voordeel van deze opzet zou zijn, dat alle zorg via één loket kon worden georganiseerd.

Echter, door gebrek aan voldoende zorg-intensieve patiënten konden de beoogde doelen niet worden behaald; ook is de introductie van deze nieuwe functionaris bij de hulpverleners gebrekkig geweest.

De onderzoeksresultaten hebben aanleiding gegeven om de 'zorgcoördinator' voorlopig in de ijskast te zetten.

Praktijkvorm en het handelen van huisartsen

Verwijzingen van huisarts naar medisch specialist zijn dikwijls onderwerp van onderzoek geweest bij de vergelijking van solo-praktijken met praktijken waarin huisartsen met elkaar en/of met andere hulpverleners samenwerken.

De Nationale Studie bevatte voldoende op verschillende wijze samenwerkende artsen om niet alleen het verwijscijfer maar ook diagnostiek, behandeling, voorschrijven van geneesmiddelen te vergelijken.

De uitkomst van het onderzoek is, dat eigenlijk op al deze punten geen verschillen tussen de verschillende praktijkvormen te vinden zijn. Als er sprake is van meerwaarde van bijvoorbeeld gezondheidscentra, dan wordt dat niet aangetoond door het vergelijken van productiecijfers.

Zorg op maat in samenwerkingspraktijken

Zorg voor chronisch zieken en ouderen zou bij uitstek het terrein moeten zijn waarop samenwerkende praktijken zich kunnen manifesteren. Uit een in 1991 aangevangen onderzoek blijkt dat bijna tweederde van de chronische zieken behoefte heeft aan aanpassingen in de woning, behoefte heeft aan steun op psychosociaal gebied en aan informatie over ziekte en leefwijzen. Vooral op het

gebied van aanpassing van de woning blijven mensen vaak van hulp verstoken; bijna de helft die hulp wenst krijgt dat niet. Ook blijken veel mensen geen informatie over ziekte en leefwijze te krijgen. In de overige hulpbehoefte wordt doorgaans op bevredigende wijze voorzien. Een uitzondering vormt de inhoudelijke hulp; men krijgt die wel, maar van de directe omgeving, terwijl men liever formele gezinsverzorging heeft.

Het laatste onderzoek; bijna 25 jaar registratie onderzoek in de eerste lijn

Als bijdrage aan een afscheidsbundel voor de scheidende Directeur Generaal van de Volksgezondheid is een overzicht vervaardigd van de ontwikkelingen in het onderzoek in en rond de eerstelijnsgezondheidszorg van de afgelopen 25 jaar. Geconstateerd wordt dat het Directoraat Generaal van de Volksgezondheid in de tweede helft van de jaren zeventig een steeds actiever onderzoeksbeleid is gaan voeren, hetgeen geresulteerd heeft in een toenemend aantal onderzoeksprojecten op het belangrijkste beleidsterrein van het DG-Volksgezondheid: de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook blijkt er een nauwe relatie te bestaan tussen het inhoudelijke beleid van de overheid en de onderwerpskeuze van onderzoekers. Er is met recht sprake geweest van beleidsonderbouwend onderzoek.

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

In dit inhoudelijke gedeelte van het jaarverslag past een vermelding van de in 1991 door de bibliotheek en documentatie-afdeling vervaardigde bibliografieën; de aard van deze studies laat een inhoudelijke samenvatting niet toe.

In 1991 verschenen:

1. Primary care obstetrics and perinatal health (130 pagina's, Engels).
2. Euthanasia (84 pagina's, Engels).
3. Bibliografie Ouderen III (77 pagina's, Nederlands)
4. De relatie tussen huisarts en specialist; een zaak van beloning (106 pagina's, Nederlands)
5. Leefstijl en eerstelijnsgezondheidszorg (110 pagina's, Nederlands)
6. Patiëntenrechten II (55 pagina's, Nederlands)
7. Gezinsverzorging (81 pagina's, Nederlands)

Bovendien verscheen een literatuurstudie over verloskundige zorg in een aantal Europese landen.

Tenslotte verscheen het jaarlijkse overzicht van lopend onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg.

4. OVERIGE ACTIVITEITEN

In 1991 is het NIVEL regelmatig gastheer geweest voor of heeft een werkplek geboden aan bezoekers en onderzoekers uit binnen- en buitenland.

De volgende buitenlandse gasten zijn op het NIVEL ontvangen:

- 6 mei zijn er 25 managers in de gezondheidszorg uit Zweden op bezoek geweest;
- In juni is Marlène Läubli van het European Centre for Research and Development in Primary Health Care in Perugia (Italië) geweest ten behoeve van de opzet van een Europese databank voor onderzoeksprojecten in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- Op 17 september heeft mevrouw Rosamund Bryar, verpleegkundige uit Groot-Brittannië het NIVEL bezocht. Zij was met een beurs van de WHO twee weken voor studie in Nederland;
- In november is dr. Simo Kokko, senior lecturer in General Practice aan de universiteit van Kuopio (Finland), Department of Community Health and General Practice, gedurende een week op het NIVEL geweest en in december een tweede week. Hij heeft de werkwijze van Nederlandse huisartsen in de stad en op het platteland bestudeerd.
- Mevrouw Kersten Einevik, nu in dienst van de provincie Stockholm, maar uitgeleend door het SPRI (een groot gezondheidszorginstituut in Zweden), heeft een week op het NIVEL doorgebracht om haar regering te rapporteren over de mogelijkheden die er in Nederland zijn om in Zweden elementen uit het Nederlands systeem met vrijgevestigde huisartsen en persoonlijke zorg over te nemen.
- Dr. Jan Jaroš (uit Tsjechoslowakije) heeft op een beurs van de Raad van Europa een week bij het NIVEL de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg bestudeerd.

Het NIVEL was organisator van het internationale congres 'Primary Care Obstetrics and Perinatal Health' op 21 en 22 maart in 's-Hertogenbosch en medeorganisator van de derde Europese gezondheidszorg onderzoeksdagen op 12 en 13 december in Londen.

Daarnaast heeft het NIVEL de volgende conferenties georganiseerd:

- Consensusconferentie Scenarioproject Eerstelijnszorg, 11 januari in Nijkerk;
- Jaarmarkt Zorgvernieuwingsprojecten, maart 1991;
- International Workshop 'Doctor-patient communication and the quality of care', 17-18 juni te Utrecht;
- Invitational conference 'Verrichtingen in de huisartspraktijk, kwaliteit van zorg en honorering: resultaten uit de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', 25 september te Utrecht;
- Consensusconferentie 'Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen' op 10 december te Utrecht.

De heer S. Kooiker heeft op een Research fellowship van de European Network on Longitudinal Studies zich op de universiteit van Odense (Denemarken) verdiept in methodische aspecten van longitudinaal survey-onderzoek.

De heer J. van der Zee heeft deel uit gemaakt van een Nederlandse delegatie naar Tsjecho Slowakije om een project voor te bereiden voor de herstructurering van de Tsjechoslowaakse gezondheidszorg in het kader van het EG-hulpprogramma voor Oost-Europa (PHARE).

Ook zijn in 1991 een aantal medewerkers van het NIVEL gepromoveerd:

- op 19 juni promoveerde mevrouw J.M. Bensing aan de Erasmus universiteit van Rotterdam op het proefschrift 'Doctor-patient communication and the quality of care';
- op 7 november promoveerde mevrouw E.M. Sluijs aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht op het proefschrift 'Patient education in physical therapy';
- op 29 november 1991 promoveerde de heer H.A. Flierman aan de Rijksuniversiteit te Utrecht op het proefschrift 'Changing the payment system of general practitioners';
- op 6 december 1991 promoveerde de heer T.J.J.M.T. Kersten aan de Rijksuniversiteit te Utrecht op het proefschrift 'De invloed van huisartsen in de tweedelijijn'.

Met ingang van 15 oktober 1991 is de heer P.P. Groenewegen benoemd tot bijzonder hoogleraar bij de faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen en de faculteit der Sociale Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om werkzaam te zijn in het vakgebied 'Ruimtelijke en sociale aspecten van gezondheid en gezondheidszorg'.

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 1991 vijf keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 1991.

Samenstelling van het bestuur per 31 december 1990.

Leden

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

Leden uit de kring van het veld

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

Leden uit de kring van het beleid

	Voorgedragen door:
Dhr. A.W. Kessener	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)
Mw. J.A.M. v.d. Heiden	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dhr. Th. Koekenbier	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
Drs. W.G.W. Boerma	Ondernemingsraad NIVEL

*) Tevens lid van het Dagelijks Bestuur

6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)

Mw. Drs. J.M. Bensing
Directeur

- Correspondent Maandblad Geestelijke Volksgezondheid;
- Begeleidingscommissie Trendstudie Vrouwen en Gezondheid K.U. Nijmegen, Vrouwenstudies;
- NWO, Programmacommissie Kwaliteit van Zorg;
- Begeleidingscommissie Evaluatieonderzoek Stichting Korrelatie;
- Deskundigenpanel Evaluatie TIP NMT.

Prof. dr. J. v.d. Zee
Waarn. directeur

- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Kamer Extramuraal Gezondheidszorg;
- Vier Instituten Overleg (NIVEL, NcGv, NIPG, NZI);
- Vereniging van Onderzoeksinstituten;
- Bijzondere Hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Limburg;
- NWO, Gebied Medische Wetenschappen deelwerkgezondheidszorgonderzoek (voorzitter);
- Commissie van Advies van de Gezondheidsstatistiek;
- Redactie Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg;
- College Huisartsgeneeskunde;
- Bestuur Landelijke Vereniging voor Thuiszorg;
- Begeleidingscommissie Gezondheidscentrum Informatica Model (voorzitter).

Dr. D. de Bakker

- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Begeleidingscommissie Inventarisatie Kwaliteitsystemen t.b.v. de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid
- Begeleidingscommissie onderzoek 'Van Waarnemgroep naar Huisartsgroep', Stichting O&O .

Drs. E.Chr. Curfs

- Klankbordgroep Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk.

Dr. J. Dekker

- NWO, Gebied Medische Wetenschappen, Gedragsfactoren bij somatische aandoeningen;
- NWO, Psychon, Persoonskunde;
- Nederlandse Behavioral Medicine Federatie, bestuurslid;
- Begeleidingscommissie Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk;

- Begeleidingscommissie SOROF-ICIDH communicatie-instrument fysiotherapie;
- Begeleidingscommissie 'Classificaties en definities voor de paramedische bewegingsberoepen';
- Voorzitter congrescommissie 'Therapietrouw, patiëntenvoorlichting en chronisch ziekten' 1992;
- Voorzitter voorbereidingscommissie symposium van Society of Behavioral Medicine 'Pain and musculoskeletal disorders' in Hamburg 1992.

Dr. M. Foets

- NWO, deelwerkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek;
- Programma commissie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen;
- Programma commissie Determinanten van Gezondheid.

Dr. P.P. Groenewegen

- NWO, deelwerkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek;
- NWO, werkgemeenschap verklarende sociologie (voorzitter);
- Sociaal Wetenschappelijke Adviescommissie van de Programma Coördinatiecommissie Aids-onderzoek;
- Werkgemeenschapscommissie Psychopathologie en Psychosociaal Gezondheidsonderzoek;
- Bijzonder hoogleraar 'Sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg' aan de Rijksuniversiteit Utrecht;
- Werkgroep Beroepskrachtenplanning Nieuwe Stijl van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

- Dr. L. Hingstman
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Classificatie Ontwikkelingsgroep Organisatorische Eenheden van de Werkgroep Classificatie en Codering;
 - Lid Permanente Subcommissie Huisartsen Bevoegingsplanning van de LHV.
- Mw. Dr. A. Kerkstra
- Begeleidingscommissie Onderzoek 'Transmurale Verpleging', Project Relatie 1e-2e lijn, VU-ziekenhuis;
 - Werkgroep Sociaal Wetenschappelijk CARA-Onderzoek;
 - Nursing Research Interest Group.
- Drs. J.J. Kerssens
- Klankbordgroep Fysiotherapie Informatie Model;
 - Begeleidingscommissie onderzoek 'Doof - Blindheid in Nederland', Stichting Doof-Blinden.
- 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.
- Drs. M.A.R. Tijhuis
- NWO, werkgemeenschap verklarende sociologie;
 - NWO, werkgemeenschap primaire leefvormen, socialisatie en hulpverlening: werkgroep EHBP;
 - NWO, werkgemeenschap sociaal-methodologisch onderzoek: onderzoeksgroep sociale netwerkanalyse;
 - Netwerkgroep Nederland.

Dr. P.F.M. Verhaak

- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Kamer GGZ
- Begeleidingscommissie Roken en Patiënten-voorlichting
- Begeleidingscommissie Pedagoog in de Eerste-lijn.

J. v.d. Velden, arts

- Programma commissie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen;
- Wetenschappelijke Commissie NHG congres 1991;
- Wetenschappelijke Commissie WONCA/SIMG/ NHG congres, 1993;
- Lid NIVEL/RIVM Werkgroep Peilstations 'Nieuwe Stijl';
- Lid Adviesgroep Gezondheidskundige Evaluatie Schiphol;
- Partner/manager MAKRO-consortium AIM/EEC;
- Partner/manager TECOM-consortium AIM/EEC;
- Partner/manager EurodataPHC COMAC/EEC;
- Partner/manager WHO/CINDI-programme;
- Lid Steering Committee Eurocentre PHC University of Perugia/St. Mary's Hospital London;
- Wetenschappelijke Commissie International Conference 'Chronic Diseases in an aging Society' 1993;
- Lid college voor Verpleeghuis- en Huisartsge-neeskunde;
- Lid organisatiecomité Telematics in PHC in Europe 1991;
- Lid werkgroep 'Gezonde Levensverwachting'.

Drs. G.J. Visser

- Commissie Beroepsprofiel van de paranormale genezer, Stichting het Johan Borgman Fonds.

7. NIVEL-RAPPORTEN EN OVERIGE PUBLIKATIES

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

Boeken en Rapporten

- Bartelds, A.I.M. Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 1988/1989. Utrecht: NIVEL, 1991
- Bartelds, A.I.M. Continuous morbidity registration: Sentinel stations the Netherlands 1987. Utrecht: NIVEL, 1991
- Bartelds, A.I.M. Continuous morbidity registration: Sentinel stations the Netherlands 1988/1989. Utrecht: NIVEL, 1991
- Berghs, G.A.H., L. Hingstman, J.A.J. Kuijlen, J.A. Riteco. Primary care obstetrics and perinatal health. Bibliografie, Utrecht: NIVEL, 1991
- Bosman, A., J.M. Bosman, J. van der Velden, H. Verkleij. Epidemiologische monitoring van de volksgezondheid en de rol van huisartspeilstations hierin. Bilthoven: RIVM/NIVEL, 1991
- Bosman, A., M.J.W. Sprenger, A. Leentvaar-Kuijpers, A.M.M. Hoogenboom-Verdegaal, M.A.J. Bilkert-Mooiman, A.J. ten Hoopen. Ontwikkeling, exploitatie en evaluatie van een geïnnoveerd surveillance netwerk voor infectieziekten; een haalbaarheidsstudie. Bilthoven: GG&GD Amsterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam/NIVEL/RIVM, 1991
- Brink-Muinen, A. van den, J. Dekker. Na- en bijscholing van fysiotherapeuten in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 1991
- Campen, C. van. Euthanasia. Bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1991

- Curfs, E.Chr., H. Kool van Langenberghe, J.J. Kerssens, J. Dekker. Basisgegevens extramuraal fysiotherapie 1989. Utrecht: NIVEL, 1991
- Dekker, J., M.J. Driessen, M. van Gisbergen. Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen. Utrecht: Nivel, 1991
- Dijk, L. van, M. Foets, G. Doornbos. Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk: de ontwikkeling van een kwaliteitsmaat. Utrecht: NIVEL, 1991
- Foets, M., H.J.M. Sixma. Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: NIVEL, 1991
- Foets, M., L.J. Stokx, J.B.F. Hutten, H.J.M. Sixma. De huisartsenquête van de Nationale Studie: datareductie door middel van schaalconstructie. Utrecht: NIVEL, 1991
- Friele, R.D., P.F.M. Verhaak. Vragen om problemen. Een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW. Utrecht: NIVEL, 1991
- Groenewegen, P.P., J. van der Zee, R. van Haften. Remunerating General Practitioners in Western Europe. Aldershot UK: Avebury (1991)
- Heijden, P. van der, M. van Loo. Ouderen III. Bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1991
- Hendriks, H.J.M., J.W. Brandsma, C. Wagner, J. Dekker. Eindverslag van fase I van het project Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek. Amersfoort: Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, 1991
- International Conference of Primary Care Obstetrics. Book of abstracts. Utrecht: NIVEL, 1991
- Kerssens, J.J. Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg. Utrecht: NIVEL, 1991
- Koster, M.K., J. Dekker, P.P. Groenewegen. The position and education of some paramedical professions in the United Kingdom, the Netherlands, Federal Republic of Germany and Belgium. Utrecht: NIVEL, 1991

- Kuijlen, J.A.J., L.J. Stokx. De relatie tussen huisarts en specialist: een zaak van beloning. Bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1991
- Leeuw, A.K. de. Leefstijl en eerstelijnsgezondheidszorg. Bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1991
- Loo, M. van. Registratie wetenschappelijk onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg; 1990/1991. Utrecht: NIVEL, 1991
- Mulder, P.M. Gezinsverzorging. Bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1991
- Mulder, P.M. Patiëntenrechten II. Bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1991
- NIVEL, NcGv, NZi, LBC (samenstellers). Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1990/1991.'s-Gravenhage: VUGA, 1991
- Riteco, J.A., L. Hingstman. Evaluatie invoering Verloskundige Indicatielijst. Utrecht: NIVEL, 1991
- Tijhuis, M.A.R., P.F.M. Verhaak, H.J. Wennink. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991
- Uunk, W., J. Dekker, P.P. Groenewegen. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitsspecifieke verwijzpercentages. Utrecht: NIVEL, 1991
- Velden, J. van der, D.H. de Bakker, A.A.M.C. Claessens, F.G. Schellevis. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991
- Verhaak, P.F.M., J.M. Bosman, J. van der Velden. Preventie. Utrecht: NIVEL, 1991
- Visser, G.J., L. Peters. Haalbaarheidsonderzoek substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen. Utrecht: NIVEL, 1991
- Wieman, F., A. de Leeuw, L. Hingstman, G.A.H. Berghs. Verloskundige zorg in een aantal Europese landen: literatuurstudie. Utrecht: NIVEL, 1991

Proefschriften

- Bensing, J.M. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into the affective and instrumental aspects of GP-behaviour. Proefschrift Rotterdam: Erasmus Universiteit, 19 juni 1991
- Flierman, H.A. Changing the payment system of general practitioners. Proefschrift Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 29 november 1991
- Kersten, T.J.J.M.T. De invloed van de huisarts in de tweedelij. Proefschrift Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 6 december 1991
- Sluijs, E.M. Patient education in physical therapy. Proefschrift Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 7 november 1991

Artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

- Bensing, J.M. Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*; 32 (1991), no. 11, p. 1301-1310
- Bensing, J.M. Impliciete theorieën in onderzoek naar de arts-patiënt communicatie. *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 7, p. 311-319
- Bensing, J.M., M. Foets, J. van der Velden, J. van der Zee. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 2, p. 51-61
- Bensing, J.M. Wie zegt dat dit een goed consult is? Kwaliteitsoordelen uit drie verschillende bronnen met elkaar vergeleken. *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 1, p. 21-29
- Brandenburg, B.J., J.B.F. Hutten, J. van der Velden, R.P.T.M. Grol. Acne vulgaris in de huisartspraktijk. Een vergelijking met de NHG-standaard. *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 12, p. 535-539

- Castelein, E., A. Kerkstra, H. Philipsen. Preventieve huisbezoeken bij ouderen door de wijkverpleging: De huidige stand van zaken in Nederland. *Verpleegkunde*; 5 (1991), nr. 4, p. 201-211
- Chatab, J., A. Kerkstra. Gestandaardiseerde zorgverlening binnen de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen. Ideaal of werkelijkheid? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 69 (1991), nr. 3, p. 61-68
- Flierman, H.A., P.P. Groenewegen. Capitation and fee-for-service in Danish general practice. *International Journal of Health Sciences*; 2 (1991), no. 1, p. 23-28
- Groenewegen, P.P., J.B.F. Hutten. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Social Science & Medicine*; 32 (1991), no. 10, p. 1111-1119
- Groenewegen, P.P. Substitution of primary care and specialist care: a regional analysis in Denmark. *Social Science & Medicine*; 33 (1991), no. 4, p. 471-476
- Grol, R., A. Claessens, J. van der Velden, H. Heerdink. Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard. *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 1, p. 30-34
- Kerkstra, A., F. Beemster. Verschillen in de zorgverlening door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. *Verpleegkunde*; 6 (1991), nr. 3, p. 127-137
- Kerkstra, A., E. Castelein, H. Philipsen. Preventive home visits to elderly people by community nurses in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*; 16 (1991), no. 6, p. 631-637
- Kerkstra, A., T. Vorst-Thijssen. Factors related to the use of community nursing services in The Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*; 16 (1991), no.1, p. 47-54
- Kersten, T.J.J.M.T., E. Hackenitz. How to bridge the gap between hospital and home? *Journal of Advanced Nursing*; 16 (1991), no.1, p. 4-14

- Kluijt, I., J. Zaat, J. van der Velden, J. van Eijk, F. Schellevis. Voor een prikje? Het gebruik van klinisch-chemische, hematologische en seorologische bepalingen door de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 2, p. 67-71
- Nijland, A., B. Meyboom-de Jong, K. Groenier, J. van der Velden, J. de Haan. Zelfstandige verrichtingen van de assistente in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 13, p. 587-592
- Nijland, A., K. Groenier, B. Meyboom-de Jong, J. de Haan, J. van der Velden. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente. *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 11, p. 484-487
- Schellevis F., G.A.M. van de Bos. Vraagstukken in gezondheidszorgonderzoek bij chronische ziekten. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 69 (1991), nr. 7, p. 275-277
- Sixma, H.J.M. Van heer van stand tot middenklasser? *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 3, p. 111-116
- Sluijs, E.M. A checklist to assess patient education in physical therapy practice: development and reliability. *Physical Therapy*; 71 (1991), no. 8, p. 561-569
- Sluijs, E.M., J.J. Knibbe. Patient compliance with exercise: different theoretical approaches to short-term and long-term compliance. *Patient Education and Counseling*; 17 (1991), no. 3, p. 191-204
- Sluijs, E.M. Patient Education in Physiotherapy: towards a planned approach. *Physiotherapy*; 77 (1991), no. 7, p. 503-508
- Stokx, L., D. Kersten, J. van der Velden. Dutch general practice care for patients with epilepsy: results from the Dutch National Survey of Morbidity and Interventions. *Family Practice*; 8 (1991), no.2, p. 125-128
- Velden, J. van der. Organisatie en bewaking van zorg voor chronisch zieken. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 69 (1991), nr. 7, p. 252-256
- Verhaak, P.F.M. Hoe speciaal is de communicatie van de huisarts? *Huisarts en Wetenschap*; 34 (1991), nr. 7, p. 320-324

- Visser, G.J. Communication between general practitioners and alternative practitioners. *Complementary Medical Research*; 5 (1991), no. 3, p. 172-177
- Westert, G.P., P.P. Groenewegen, S.M. Lindenberg. De invloed van ziekenhuispatiënten op de duur van hospitalisatie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 69 (1991), nr. 6, p. 184-194
- Zee, J. van der, P.P. Groenewegen en R. van Haaften. Huisartseninkomens in West-Europa. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 135 (1991), nr. 18, p. 808-813
- Zee, J. van der, P.P. Groenewegen, A.B.M. Gloerich, Th. Lebrun, J.C. Saily, M. Verhasselt, X. Leroy. Determinants of regional variations in hospital admission rates: the case of the Low Countries and the north of France. *International Journal of Health Sciences*; 1 (1991), no. 4, p. 257-270

Artikelen in vaktijdschriften en boekbijdragen

- Bensing, J.M., D.H. de Bakker, J. van der Velden. Hoe ziek is de WAO? *Medisch Contact*; 46 (1991), nr. 37, p. 1075-1080
- Bensing, J.M. Op de golven van de tijd. - Over de relatie tussen beleid en onderzoek in de eerste lijn. In: E. Borst-Eilers, G.M. van Etten, D.M. Sluijmers (red.). *Continuïteit en verandering, de zorgagenda voor de jaren '90*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991
- Campen, C. van. Euthanasie en empirie. *De Psycholoog*; 26 (1991), nr. 12, p. 546-547, 556
- Friele, R.D. Het diabetesdieet, een therapie met bijwerking: ervaringen van diabetespatiënten. In: Stasse-Wolthuis, M., J. van Ree (red.) *Voeding en diabetes*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum (1991).
- Gisbergen, M. van, M.J. Driessen, J. Dekker. Onderzoek naar podotherapie: stand van zaken. *Nederlands Tijdschrift voor Podotherapeuten*; 12 (1991), 3 p. 4-5

- Gisbergen, M. van, M.J. Driessen, J. Dekker. Onderzoek naar oefentherapie Mensendieck: stand van zaken. Kwartaaluitgave NVOM; (1991), p. 16-18
- Gisbergen, M. van, M.J. Driessen, J. Dekker. Onderzoek naar ergotherapie: stand van zaken. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie; 19 (1991), nr. 6, p. 217-218
- Kerkstra, A., F. Beemster. De kwaliteit van het intakegesprek in de wijkverpleging. Tijdschrift voor Ziekenverpleging; (1991), nr.20, p. 726-732
- Kerkstra, A. Wijkverpleging: Lessen uit het buitenland. Allround, gedifferentieerd of gespecialiseerd? Maatschappelijke Gezondheidszorg; 19 (1991), nr. 2, p. 24-28
- Kerssens, J.J. Kwaliteit is goed maar de kwantiteit schiet tekort. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 19 (1991), nr. 6/7, p. 4-8
- Kersten, T.J.J.M.T., L.J. Stokx, E. Hackenitz. De invloed van de huisarts in de tweede lijn. Medisch Contact; 46 (1991), nr. 5, p. 139-143
- Meeuwesen, L., F.J. Huyse, F.J.M. Meiland, J.M. Bensing. Integrale behandeling en samenwerking bij somatisatie. In: D.M. Dukkens van Emden, M.A.H. Fleuren en D. Wijkkel (red.). Vijf jaar zorgvernieuwing door samenwerking. Amsterdam: VU Uitgeverij (1991)
- Sluijs, E.M., D.H. de Bakker, R. Bering. Kwaliteitssystemen. Deel 2: Uitgangspunten en begrippen. Kwaliteit in Beeld; 1 (1991), nr. 4, p. 1-5
- Sluijs, E.M., D.H. de Bakker, R. Bering. Kwaliteitssystemen. Deel 1: De inventarisatie gaat van start. Kwaliteit in Beeld; 1 (1991), nr. 4, p. 1-5
- Sluijs, E.M. Therapietrouw van de patiënt en de kwaliteit van de voorlichting in de fysiotherapie. In: B. van Cranenburgh, J.B. den Dekker, G.M. van Meerwijk e.a. (red.). Jaarboek Fysiotherapie 1991. Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1991
- Stokx, L.J., T.J.J.M.T. Kersten. Huisarts en wachtlijst voor het ziekenhuis. Medisch Contact; 46 (1991), nr. 49, p. 1471-1474

- Veer, A. de. Systematisch samenwerken in gezondheidscentra. LVG nieuws; (1991), nr. 9, p. 5-6
- Velden, J. van der, A. Hutchinson, E. Carillo et al. Measurement characterisation and control of ambulatory care in Europe. In: J. Noothoven van Goor, J. Pijkjaer Christensen. *Advanced Informatics in Medicine*. Amsterdam: IOS, 1991
- Visser, G.J. Alternative medicine in the Netherlands. In: Lewith, G., D. Aldridge (eds.). *Complementary medicine and the European community*. Saffron Walden: Daniel company, 1991
- Wennink, H.J., G. Goudriaan. Case-management in de thuiszorg. In: Graaf, H. (red.). *Case-management, een zorg minder?* Utrecht: Stichting Welzijns-publicaties, 1991
- Westert, G.P., P.P. Groenewegen, S.M. Lindenberg. Do patients influence the length of their hospital stay? In: G. Brenner, I. Weber (eds.). *Health Services Research and Primary Health Care; Congress proceedings of the Second European Conference, Köln, December 14-15, 1990*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH (1991)
- Wiegers, T.A., A. Kerkstra. De kwaliteit van het cara-huisbezoek. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*; 1991, nr. 3, p. 82-87
- Zee, J. van der. Eerste lijn, thuiszorg of primary health care. In: C.W. Aakster, G. Kuiper, J.W. Groothoff (red.). *Medische Sociologie; een algemene inleiding in de toegepaste sociologie op het gebied van de Nederlandse gezondheidszorg*. Groningen: Wolters Noordhoff (1991)

Brochures, stageverslagen e.d.

- Baar, M. van, M. Foets. Geheelonthouden, slecht voor U? Alcoholgebruik en ervaren morbiditeit. Een secundaire analyse van de Nationale Studie (stagerapport). Utrecht, 1991

Boer, A. de. Een onderzoek naar functie-eisen voor huisartsen in advertenties (doctoraalscriptie). Rotterdam: Erasmus universiteit.

Merkus, M. The project care coordination at the Almere Primary Health Care Foundation (stageverslag). Almere, 1991

Wismeijer, E.T., J. Pool. Registratie verloskundigen: peiling 1991. (brochure)

Voordrachten

Bakker, D.H. de, E.M. Sluijs. Inventarisatie kwaliteitssystemen. Lezing gehouden ten behoeve van de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC VOK) op 18 september 1991

Bakker, D.H. de. Verrichtingen in de huisartspraktijk; verschillen tussen huisarts- en patiëntenoordeel. Lezing gehouden op Invitational Conference 'Verrichtingen in de huisartspraktijk, kwaliteit van zorg en honorering: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk', september 1991, Utrecht, 25 september 1991

Bakker, D.H. de. Intra-urban differentiation in health and the role of the general practitioner. Lezing gehouden op de 'Conférence deuxième colloque-géographie et socio-économie de la Santé', Parijs, 23-25 januari 1991

Bartelds, A.I.M. Prescription of HIV-tests in general practice. Information collected by sentinel networks in 5 European countries. Poster gepresenteerd op het '7th international conference on AIDS', Florence, 16-21 juni 1991

Bensing, J.M., A. van der Brink-Muinen. The need for female General Practitioners. Lezing gehouden op 'Third European Health Services Research Meeting', Londen, 13-14 december 1991

Bensing, J.M. Bejegening en probleemformulering in diagnostische gesprekken in de huisartspraktijk. Lezing gehouden op de NcGv studiedag 'Vrouwen aan de voordeur van de GGZ', 17 mei 1991

- Bensing, J.M. Communicatie met de patiënt, het specialisme van de generalist. Lezing gehouden op symposium 'Communicatie in de gezondheidszorg', Dokkum, november 1991
- Bensing, J.M. Doctor-patient communication and the quality of care: an empirical comparison of several observation systems. Lezing gehouden op symposium 'Doctor-patient communication and the quality of care', Utrecht, 17-18 juni 1991
- Bensing, J.M. Het gesprek tussen huisarts en patiënt: kind van de rekening? Lezing gehouden op Invitational Conference 'Verrichtingen in de huisartspraktijk, kwaliteit van zorg en honorering: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk', september 1991, Utrecht, 25 september 1991
- Bensing, J.M. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk, weten en meten. Lezing gehouden voor PAOG-cursus 'Psychosociale hulpverlening in de huisartspraktijk', 8 maart 1991
- Berghs, G.A.H. Deliveries guided by midwives, general practitioners and obstetricians: results and neonatal outcome. Lezing gehouden op de 'International Conference on Primary Health', 's-Hertogenbosch, 22 maart 1991
- Brink-Muinen, A. van den, J. Dekker. Professionalisering van de fysiotherapie: de rol van na- en bijscholing. Poster gepresenteerd op de GZO-dag, Amsterdam, 17 december 1991
- Chatab, J. Post partum mental complaints and medical intervention during labour. Lezing gehouden op de 'International Conference on Primary Health', 's-Hertogenbosch, 22 maart 1991
- Curfs, E.Chr. Medical diagnosis and physical therapy assessment. Lezing gehouden op het '11th Congress World Confederation for Physical Therapy', Londen, 1991
- Dekker, J. Pain and disability in osteoarthritis: a review of biobehavioral mechanisms. Lezing gehouden op het '11th Congress World Confederation for Physical Therapy', Londen, 1991

- Dekker, J. Pijn en functionele beperkingen bij patiënten met artrose: cognitieve en gedragsmatige mechanismen. Lezing gehouden voor de Vereniging voor Gedragstherapie, Dalfsen, 1991
- Dekker, J. Referrals of general practitioners to physical therapists. Poster gepresenteerd op het '11th Congress World Confederation for Physical Therapy', Londen, 1991
- Delnoy, D.M. Payment systems and insurance systems in Western Europe. Lezing gehouden op 'Meeting on Hungarian Primary Health Care', Hongarije, Pécs, 25-29 november 1991
- Flierman, H.A. Effecten van een verandering van honorering van huisartsen. Lezing gehouden op Invitational Conference 'Verrichtingen in de huisartspraktijk, kwaliteit van zorg en honorering: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk', september 1991, Utrecht, 25 september 1991
- Foets, M. Social networks and illness behaviour. Lezing gehouden op de 'Conférence Européenne sur l' Analyse des Réseaux Sociaux', Parijs, 20-22 juni 1991
- Friele, R.D. Clients of social workers and ambulatory mental health care. Lezing gehouden op het symposium 'Psychiatric Epidemiology and Social Sciences', Oslo, 14-16 juni 1991
- Gisbergen, M. van, M.J. Driessen, J. Dekker. Professionalisering van paramedische beroepen: het ontstaan van een paramedische diagnose. Poster gepresenteerd op de GZO-dag, Amsterdam, 17 december 1991
- Groenewegen, P.P. Verrichtingen van huisartsen, honorering en kwaliteit van zorg. Lezing gehouden op Invitational Conference 'Verrichtingen in de huisartspraktijk, kwaliteit van zorg en honorering: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk', september 1991, Utrecht, 25 september 1991
- Hingstman, L. Primary care obstetrics in the Netherlands. Lezing gehouden op de 'International Conference on Primary Health', 's-Hertogenbosch, 22 maart 1991

Hutten, J.B.F., B. Brandenburg, J. van der Velden, R. Grol. NHG-standaarden in de praktijk van alledag. Lezing gehouden op Invitational Conference 'Verrichtingen in de huisartspraktijk, kwaliteit van zorg en honorering: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk', september 1991, Utrecht, 25 september 1991

Huysse, F.J., P.F.M. Verhaak. Modellen van samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de ziekenhuispsychiater. Workshop op Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Lunteren, 26-27 april

Kerkstra, A., A. Voskuilen. Thuisverpleging in Nederland en België. Lezing gehouden tijdens het congres 'Wetenschappelijk onderzoek in de verpleging: noodzaak voor kwaliteitszorg' georganiseerd door de Stichting tot Bevordering van het Wetenschappelijk Onderzoek in de Verpleging in Nederland en Vlaanderen. Leuven, 23 November 1991

Kerkstra, A. De kwaliteit van het intakegesprek in de wijkverpleging. Lezing gehouden op het symposium 'Van samenwerken naar Samengaan: een ramp of een zegen?', Kaatsheuvel, 18 september 1991.

Kerkstra, A. Differences in the provision of care between community nurses and nursing auxiliaries: A matter of complexity of care? Lezing gehouden op 'First Congress of the European Association of Organizations for Home Care and Help at Home', Straatsburg, 10-11 oktober 1991

Kerkstra, A. The quality of Assessment Visits in Community Nursing. Lezing gehouden op de 'Third Nursing Research Conference of the Portuguese Nurses Association', Lissabon, 22-25 oktober 1991

Kerssens, J.J. De praktijk van het onderzoek. Gastcollege voor de Leidse Hogeschool (Management over de onderzoekspraktijk), 31 mei 1991

Kerssens, J.J. Kraamzorg en tevredenheid. Resultaten van een consumentenonderzoek. Lezing gehouden voor 'Stichting Thuiszorg het oude en het nieuwe land', Marknesse, 22 april 1991

Kerssens, J.J. Patient satisfaction with maternity home care. Lezing gehouden op de 'International Conference on Primary Health', 's-Hertogenbosch, 22 maart 1991

- Kooiker, S. Het gebruik van eerstelijnszorg in de toekomst. Lezing gehouden op de consensusconferentie scenarioproject 'Eerstelijnszorg', Nijkerk, 11 januari 1991
- Kool van Langenberghe, H. Willingness to pay for supplementary physical insurance. Lezing gehouden op het '11th Congress World Confederation for Physical Therapy', Londen, 1991
- Moons, M.A.W. Vragen over AIDS bij de huisarts: drie jaar registratie door de Peilstations Nederland. Lezing gehouden op de GZO-dag, Amsterdam, 17 december 1991
- Pool, J. Vestigingsdichtheid en vestigingsmogelijkheden op dit moment. Lezing gehouden ten behoeve van huisartsen in opleiding bij Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts in Vlodrop, 5 april 1991 en in Noordwijk, mei 1991
- Schellevis, F., J.Th.M. van Eijk. Kwaliteit van zorg bij hypertensie-patiënten in de huisartspraktijk: het effect van het maken van consensus-afspraken op het handelen van de huisarts. Lezing gehouden op Invitational Conference 'Verrichtingen in de huisartspraktijk, kwaliteit van zorg en honorering: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk', september 1991, Utrecht, 25 september 1991
- Sixma, H.J.M. Almere: een nationale studie waard?! Lezing gehouden op Invitational Conference 'Verrichtingen in de huisartspraktijk, kwaliteit van zorg en honorering: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk', september 1991, Utrecht, 25 september 1991
- Sixma, H.J.M. Where to go with minor injuries; hospital or general practice? Lezing gehouden op 'Third European Health Services Research Meeting', Londen, 13-14 december 1991
- Sluijs, E.M. Differences between physical therapists in attention paid to patient education. Poster presented at the World Conference for Physical Therapy, 11th Congress, London, 28 July - 2 August 1991
- Sluijs, E.M. Gedragsverandering. Lezing gehouden op studiedag van Nederlandse Vereniging voor Oefentherapeuten Mensendieck, Amsterdam, 27 april 1991

- Sluijs, E.M. Gedragsverandering als voorwaarde bij preventie van rugklachten. Lezing gehouden op het congres 'Rugklachten in Perspectief', Utrecht, 6 maart 1991
- Sluijs, E.M. Het belang van een onderwijs module non-compliance in de fysiotherapie. Gastcollege op de Hogeschool Leiden, Academie voor Fysiotherapie, 17 september 1991
- Sluijs, E.M., J. van der Zee, G.J. Kok. Patient compliance in physical therapy. Paper presented at the World Conference for Physical Therapy, 11th Congres, London, 28 July - 2 august 1991
- Sluijs, E.M. Oorzaken van non-compliance en strategieën ter verbetering van compliance. Lezing gehouden op het Jaarcongres Fysiotherapie 1991. Den Haag, 15 november 1991
- Sluijs, E.M. Voorlichting en gedragsverandering. Lezing gehouden voor Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapeuten voor Ontspanningstherapie, Amersfoort, 29 mei 1991
- Sluijs, E.M. Voorlichting en therapietrouw. Voordracht gehouden op de Studiedagen Gezondheidsvoorlichting Fysiotherapie en Logopedie van de Rijkshogeschool Groningen, 29 januari 1991
- Stokx, L.J. De kost gaat voor de baat, ook in de gezondheidszorg. Lezing gehouden tijdens minisymposia voor huisartsen in Emmen, 11 en 17 januari 1991, en Assen, 11 april 1991
- Tijhuis, M. Social networks and health. Lezing gehouden op de 'Conférence Européenne sur l' Analyse des Réseaux Sociaux', Parijs, 20-22 juni 1991
- Veer, A. de. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Lezing gehouden op de GZO-dag, Amsterdam, 17 december 1991
- Velden, J. van der. Sociaal-economische gezondheidsverschillen en de huisartspraktijk. Lezing gehouden op de conferentie van de SEGV, Rotterdam, februari 1991

- Velden, J. van der. Preferences for place of birth and obstetric assistance. Lezing gehouden op de 'International Conference on Primary Health', 's-Hertogenbosch, 22 maart 1991
- Velden, J. van der. General practitioners care for chronic conditions. Lezing gehouden op WHO/CINDI-meeting, Heidelberg, april 1991
- Velden, J. van der. General practitioners care in the Netherlands. Lezing gehouden op WHO-meeting, Perugia, mei 1991
- Velden, J. van der, R. Grol, L.J. Stokx. Naar een landelijk informatienetwerk huisartsenzorg. Lezing gehouden op Invitational Conference 'Verrichtingen in de huisartspraktijk, kwaliteit van zorg en honorering: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk', september 1991, Utrecht, 25 september 1991
- Velden, J. van der. Volksgezondheidsverkenningen en de rol van de huisartspeilstations. Lezing gehouden op RIVM/NIVEL-meeting, Amersfoort, oktober 1991
- Velden, J. van der. Eurodata Primary Health Care. Lezing gehouden op de EGPRW-bijeenkomst, Varenne, oktober 1991
- Verhaak, P.F.M. Preventie in plaats van curatie. Lezing gehouden op het congres 'Prévention et médecine générale', Luik, 25 mei 1991
- Verhaak, P.F.M. Referral of mental health problems by general practitioners. Lezing gehouden op het symposium 'Psychiatric Epidemiology and Social Sciences', Oslo, 14-16 juni 1991
- Verheij, R.A. Internationaal vergelijkende studie extramurale verpleging. Lezing gehouden tijdens het congres 'Wetenschappelijk onderzoek in de verpleging: noodzaak voor kwaliteitszorg' georganiseerd door de Stichting tot Bevordering van het Wetenschappelijk Onderzoek in de Verpleging in Nederland en Vlaanderen. Leuven, 23 November 1991
- Verheij, R.A. International Comparative Study on Community Nursing. Lezing gehouden op 'Third European Health Services Research Meeting', Londen, 13-14 december 1991

- Verheij, R.A. International Comparative Study on Community Nursing. Lezing gehouden op 'First Congress of the European Association of Organizations for Home Care and Help at Home', Straatsburg, 10-11 oktober 1991
- Visser, G.J. Alternatieve geneeswijzen: de huisarts als verwijzer, Lezing gehouden voor de dr. G.J. van Hoytema Stichting, Almelo, 6 november 1991
- Visser, G.J. Communication between general practitioners and alternative practitioners. Paper presented at the 'Conference on Social Aspects of Complementary Medicine', Schotland, Keele University, 1991
- Wennink, H.J. Delphi-onderzoek naar toekomstige thuiszorg. Lezing gehouden op de consensusconferentie scenarioproject 'Eerstelijnszorg', Nijkerk, 11 januari 1991
- Wiegers, T.A. Extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen. Lezing gehouden tijdens het congres 'Wetenschappelijk onderzoek in de verpleging: noodzaak voor kwaliteitszorg' georganiseerd door de Stichting tot Bevordering van het Wetenschappelijk Onderzoek in de Verpleging in Nederland en Vlaanderen. Leuven, 23 November 1991
- Wijk, K. van. Obstetric care by general practitioners. Lezing gehouden op de 'International Conference on Primary Health', 's-Hertogenbosch, 22 maart 1991
- Zee, J. van der. The interface between primary and secondary medical care in Europe. Lezing gehouden op EGPRW-bijeenkomst, Porto, 8-9 mei 1991
- Zee, J. van der. Over de grenzen van de eerstelijns: gezondheid en gezondheidszorg in de Euregio. Lezing gehouden tijdens de viering van het 15-jarig bestaan van de Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 10 oktober 1991

8. LIJST VAN MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER 1991

Functie:	Naam:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
LEIDING					
Directeur	Bensing Mw. Dr. 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					
Directie-secretaris	Bosman Mw.Ir. J.M.	01-11	31-12	30,0	0,79
Wetenschappelijk Ass.					
Hoofd Wetensch.Onderz.	Gloerich Drs. A.B.M.	01-01	31-12	38,0	0,95
Wetenschappelijk Ass.					
Adj.-Hoofd W.O. (TEG)	Uunk Drs. W.J.G.	01-01	24-05	38,0	0,39
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.	Notenboom Mw. S.F.	15-01	31-12	16,0	0,40
Idem	Zoer Mw. E.	01-01	31-12	20,0	0,53
Medewerker Secretariaat Publiciteit	Kroeze Mw. J.A.	01-01	31-01	19,0	0,04
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
ONDERZOEK					
Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg:					
Projectleider	Zee Prof.Dr. J. van der				
Projectleider	Groenewegen Dr. P.P.				
Assistent-onderzoeker	Noordt Mw. Drs. M.J.A. van	01-07	31-08	36,0	0,16
Ass.-onderzoeker in opleiding		01-09	31-12	19,0	0,17
Assistent-onderzoeker	Hackenitz Drs. E.D.J.	01-04	31-12	19,0	0,38
Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg:					
Assistent Onderzoeker	Hermans Mw.Drs. I.M.J.	01-01	12-06	38,0	0,45

Functie:	Naam:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Internationaal Documentatie-centrum:					
Onderzoeker	Boerma Drs. W.G.W.	01-06	31-12	36,0	0,56
Idem	Heijden Drs. P.M.J.R. van der	01-01	15-07	38,0	0,54
Themagebied Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg:					
Projectleider	Kersten Dr. T.J.J.M.T.	01-01	31-08	38,0	0,66
Assistent Onderzoeker	Hackenitz Drs. E.D.J.	01-01	31-12	19,0	0,50
Medewerker Secretariaat	Meulen Mw. M.A.M. van der	01-01	31-12	19,0	0,50
Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering (DNO):					
Onderzoeker	Stokx L.J., arts	01-01	30-04	38,0	0,33
		01-05	31-12	19,0	0,33
Project combinatie inzichten huisartsenbeprijding:					
Onderzoeker	Delnoy Mw.Drs. D.M.	01-01	31-12	38,0	1,00
Thema Verloskunde:					
Projectleider	Hingstman Dr. L.	01-01	31-12	38,0	1,00
Evaluatie experimenten verloskundige samenwerkingsverbanden:					
Projectleider	Hingstman Dr. L.				
Onderzoeker	Riteco Mw. Drs. J.A.	01-08	31-12	38,0	0,42
Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek:					
Onderzoeker	Wiegers Mw. Drs. Th.A.	01-08	31-10	6,0	0,04
		02-12	31-12	38,0	0,08
Arts/Onderzoeker	Berghe Dr. G.A.H.	17-09	31-12	9,5	0,07
Veldwerkcoördinator	Bie Mw. T.A. de	01-09	31-12	22,8	0,20
Evaluatie invoering indicatielijst verloskunde:					
Onderzoeker	Riteco Mw. Drs. J.A.	01-01	30-06	38,0	0,50
Verloskundige zorg door de huisarts:					
Onderzoeker	Wijk Drs. K.P. van	01-01	15-08	20,0	0,33
Arts/Onderzoeker	Berghe Dr. G.A.H.	01-01	15-08	8,0	0,13
Themagebied Eerste lijn en GGZ:					
Projectleider	Verhaak Dr. P.F.M.				
Onderzoeker	Bensing Mw.Dr. J.M.				
Assistent Onderzoeker	Boer Mw.Drs. S.A. de	01-01	31-08	32,0	0,56
Assistent Onderzoeker	Bruijel Drs. F.J.	01-10	31-12	32,0	0,21
Medewerker Secretariaat	Kamphuis Mw. B.M.	01-01	31-12	19,0	0,50

Functie:	Naam:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
AMW en RIAGG verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze:					
Onderzoeker	Friele Dr.Ir. R.D.	01-01	14-08	38,0	0,60

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

Scenario-onderzoek eerstelijnszorg (incl. Fysiotherapie):

Onderzoeker	Kooiker Drs. S.E.	01-01	31-05	38,0	0,41
Onderzoeker (gedetacheerd)	Wennink Dr. H.J.	01-01	31-05	var.	0,15
Onderzoeker	Boerma Drs. W.G.W.	01-01	31-05	36,0	0,39

Burn-out onder huisartsen:

Onderzoeker	Dierendonck Drs. H.G.H. van	01-06	31-12	38,0	0,59
-------------	-----------------------------	-------	-------	------	------

Evaluatie gezondheidszorg Almere:

Onderzoeker	Sixma Drs. H.J.M.	01-01	31-12	30,4	0,80
-------------	-------------------	-------	-------	------	------

Registratie en onderzoek naar samenwerkingsverbanden:

Onderzoeker	Veer Mw. Drs. A.J.E. de	01-01	31-12	32,0	0,84
Administratief medew.	Dijk Mw. H.C. van	01-01	31-03	19,0	0,12
Medewerker Secretariaat	Geelkerken Mw. M. van	01-01	31-12	6,3	0,17

Registratie Innovatieve Projecten:

Onderzoeker	Hessels Mw. Drs. E.M.A.	01-01	31-12	32,0	0,84
-------------	-------------------------	-------	-------	------	------

Registratie Beroepsbeoefenaren in de ELGZ/Registratie Fysiotherapeuten:

Onderzoeker	Pool Drs. J.B.	01-01	31-12	38,0	1,00
Medewerker Secretariaat	Geelkerken Mw. M. van	01-01	31-12	6,3	0,17
Coördinator Registratie	Wismeijer Mw.Drs. E.T.	01-01	31-12	36,0	0,95
Systeem-analist	Storck P.W.A.	01-01	31-12	16,0	0,42
Administratief medew.	Scheepmaker A.F.	01-01	31-12	24,0	0,63
Administratief medew.	Rooyen Mw. J.E.M. van	01-01	31-03	38,0	0,25
Administratief medew.	Bentum Mw. Drs. M.E. van	01-02	31-07	30,0	0,39
Administratief medew.	Fontein Mw. E.	01-04	31-12	37,5	0,74

Themagebied Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk:

Kernteam Nationale Studie:

Projectleider	Velden J. van der, arts	01-01	31-12	38,0	1,00
Projectleider	Foets Mw.Dr. M.M.E.	01-01	31-12	38,0	1,00
Coördinator	Donker Mw. Drs. G.A.	01-12	31-12	12,0	0,03
Arts-onderzoeker	Claessens Mw.Drs. A.A.M.C.	01-01	30-06	32,0	0,50
Onderzoeker	Waal Mw. Drs. M.W.M. de	01-10	31-12	38,0	0,25

Functie:	Naam:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Assistent-onderzoeker	Abrahamse H.P.H.	01-05	31-12	38,0	0,67
Systeem/Databankbeheerder	Snellenberg J.N.H.M. van	01-01	31-12	38,0	1,00
Medewerker Secretariaat	Karamat Ali Mw. I.M.	01-01	31-12	32,0	0,84
Research-medewerker	Gravestein J.V.	01-01	31-12	22,8	0,60
Research-medewerker	Vliet H.J. van	01-01	14-07	31,5	0,44
Medewerker controles	Steen J. van der	01-01	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
Landelijk informatienetwerk huisartsenzorg:					
Onderzoeker	Stokx L.J., arts	01-05	31-12	19,0	0,33
Sociale Netwerken en gezondheid:					
Onderzoeker	Tijhuis Mw.Drs. M.A.R.	01-01	31-12	38,0	1,00
Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk:					
Arts/Onderzoeker	Kluijt Mw. I., arts	01-01	28-02	19,0	0,08
		01-07	31-07	19,0	0,04
Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk:					
Onderzoeker	Flierman Drs. H.A.	01-01	31-08	38,0	0,66
Epidemiologie van migraine:					
Onderzoeker	Flierman Dr. H.A.	02-10	31-12	38,0	0,25
Onderzoeker	Bijl D., arts	02-10	31-12	9,5	0,06
Verschillen in hulpverlening tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen:					
Onderzoeker	Brink Mw.Drs. A. van den	01-11	31-12	32,0	0,14
Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen:					
Onderzoeker	Kooiker Drs. S.E.	02-07	31-12	38,0	0,50
Gezonde levensverwachting:					
Onderzoeker	Nusselder Mw. Drs. W.J.	01-09	31-12	38,0	0,33
Grote stadspraktijk:					
Onderzoeker	Verheij Drs. R.A.	02-10	31-12	32,0	0,21
Standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk:					
Ass.-onderzoeker in opleiding	Hutten Drs. J.B.F.	01-01	31-12	19,0	0,50
Onderzoeker	Brandenburg Drs. B.J.	01-01	01-10	19,0	0,38
Onderzoeker	Bijl D., arts	02-10	31-12	9,5	0,06

Functie:	Naam:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
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	19,0	0,50
Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeuten:					
Onderzoeker	Sluijs Mw. Drs. E.M.	01-01	31-05	38,0	0,42
Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extra-murale fysiotherapie:					
Onderzoeker	Baar Drs. M.E. van	01-09	31-12	20,0	0,18
Onderzoeker	Kool van Langenberghe Dr. H.	01-01	31-08	38,0	0,67
Onderzoeker	Curfs Drs. E.Chr., fysioth.	01-01	31-12	12,0	0,32
Administratief medewerker	Groot Mw. R. de	01-01	31-12	38,0	1,00
Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podo- en ergotherapie (voorstudie + fase II)					
Onderzoeker	Gisbergen Drs. M.J.W.M. van	01-01	14-08	38,0	0,62
		16-09	31-12	38,0	0,29
Onderzoeker	Driessen Mw.Drs. M.J.A.	01-01	14-08	22,8	0,37
		16-09	31-12	22,8	0,17
Functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie:					
Onderzoeker	Brink Mw.Drs. A. van den	01-01	30-09	30,4	0,60
De positie van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen:					
Onderzoeker	Koster Mw.Drs. M.K.	01-01	31-07	30,4	0,46
Themagebied Extramuraal verpleging:					
Projectleider	Kerkstra Mw.Dr. A.	01-01	31-12	32,0	0,84
Wetenschappelijk Ass.(TEG)	Beemster Drs. F.	07-01	31-12	38,0	0,98
Medewerker Secretariaat	Meulen Mw. M.A.M. van der	01-01	31-12	19,0	0,50
CARA-zorg voor kinderen					
Onderzoeker	Wiegers Mw.Drs. Th. A.	01-01	31-10	32,0	0,70
		01-01	31-07	38,0	0,58
Extramuraal verpleging in verschillende landen:					
Onderzoeker	Verheij Drs. R.A.	01-01	31-08	24,0	0,42
Evaluatie van Geriatrische Diagnose- en Behandeladviesteams:					
Onderzoeker	Collijn Dr. T.H.	01-11	31-12	38,0	0,17
Functiedifferentiatie in de thuiszorg:					
Onderzoeker	Jansen Drs. P.G.M.	15-10	31-12	38,0	0,21

Functie:	Naam:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Technologische vernieuwing in de thuiszorg:					
Senior-onderzoeker	Friele Dr.Ir. R.D.	15-09	31-12	19,0	0,15
Tillen in de thuiszorg:					
Onderzoeker	Knibbe Mw. Drs. J.J.	01-09	31-12	13,2	0,12
Themagebied hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn:					
Projectleider	Peters Drs. L.	01-01	31-12	26,6	0,70
Onderzoeker	Moons Mw.Drs. M.A.W.	01-10	31-12	28,0	0,18
Assistent-onderzoeker	Kooij Mw.Drs. C.H. van der	15-05	11-12	32,0	0,49
Medewerker Secretariaat	Kamphuis Mw. B.M.	01-01	31-12	19,0	0,50
Consumentenpanel:					
Onderzoeker	Kerssens Drs. J.J.	01-01	31-12	32,0	0,84
Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers:					
Onderzoeker	Visser Drs. G.J.	01-01	31-12	32,0	0,84
Veldwerker	Bootsma Mw. W.M.	01-01	31-12	18,2	0,48
.Proefproject gespecialiseerde thuiszorg voor AIDS-patiënten:					
Onderzoeker	Moons Mw.Drs. M.A.W.	01-01	30-09	28,0	0,55
Kwaliteit van thuiszorg:					
Onderzoeker	Friele Dr.Ir. R.D.	16-09	31-12	19,0	0,15
Documentalist	Campen Drs. E.C.M.	01-09	31-12	24,0	0,21
ONDERZOEK ALGEMEEN:					
Inventarisatie kwaliteitssystemen in de zorgsector:					
Onderzoeker	Sluijs Mw. Dr. E.M.	01-06	31-12	38,0	0,58
Adviseur Informatica	Hoopden Drs. A.J. ten	01-01	28-02	9,2	0,04
		01-03	31-12	16,0	0,35
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	Duister Mw. M.H.	01-01	31-12	38,0	1,00
Research-medewerker	Heyning Drs. J.Th.	01-01	12-06	38,0	0,44
Research-medewerker	Hoekstra J.	01-01	31-12	20,0	0,53
Research-medewerker	Spreeuwenberg P.M.M.	01-01	28-02	24,0	0,10
		15-04	31-12	24,0	0,42
Research-medewerker	Winckers Drs. M.L.J.J.	01-01	31-04	32,0	0,28
		01-06	31-12	32,0	0,53

Functie:	Naam:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
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
		01-01	28-02	12,0	0,05
Plv. Bibliothecaris/ Documentalist	Heijden Drs. P.M.J.R. van der	16-08	31-12	38,0	0,46
Documentalist	Boeringa F.H.	01-01	30-09	38,0	0,75
		01-11	31-12	38,0	0,16
Medewerker (TEG)	Mulder P.	01-01	31-12	38,0	1,00
Medewerker Secretariaat	Luijpers Mw. J.V.	01-01	30-11	28,0	0,68
Registratie Wetenschappelijk Onderzoek:					
Administratief medew.	Loo Mw. M.E. van	01-01	31-05	20,0	0,22
		02-07	31-12	20,0	0,26
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	0,42
Medewerker fin.adm.	Jong, Mw. J.A.M. de	01-07	31-12	38,0	0,50
Administratief medew.	Groenendijk A.	01-01	30-04	38,0	0,33
Beheerder	Muller B.H.J.	01-01	31-12	36,0	0,93
Hoofd Huishouding	Jurrius Mw. L.M.	01-01	31-12	38,0	1,00
Assistent Hoofd Huish.	Wind Mw. M.	01-01	31-12	14,5	0,37
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
Medewerker Receptie	Schokker Mw. E.B.J.	18-03	03-07	15,4	0,12
Medew. Receptie/Beheer	Spruit W.L.	01-01	31-12	28,0	0,74
Schoonmaker	Drieling Mw. C.Y.	01-01	31-12	14,0	0,37
Schoonmaker	Sieders Mw. Th.	01-01	31-12	13,8	0,36

9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN '91

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Staatstoezicht op de Volksgezondheid	Bezoeken in verband met het systematisch toezicht houden op de kwaliteitsbewaking van de verloskundige zorg	Adressen van werkzame verloskundigen in Drenthe, Groningen, Noord-Brabant, Limburg. Praktijkvorm, jaar van vestiging
Stichting Venti-Care	Organiseren van een symposium 'SPOEDEISENDE ZIEKTEBEELDEN IN DE HUISARTSEN-PRAKTIJK'	Adressen van alle werkzame- en assistent-huisartsen
St. Willibrord Spital Emmenrich-Rees	Representatieve steekproef van huisartsen in de regio van Nijmegen, plus overige gegevens: urb, leeft, praktijkv, univ. enz.	Uitgesteld
Medisch Kinderhuis Godelieve	Offerte van adressen van huisartsen	Uitgesteld
Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing	Aanvulling op eerdere gegevens mbt steekproefgegevens nav een enquête over het cerebrovasculair accident	Urbanisatiegraad van 500 in 1990 geleverde adressen van huisartsen
Nederlands Huisartsen Genootschap	Verzending van het NHG-Jaarboek en enig documentatiemateriaal	Adressen van alle werkzame- en assistent-huisartsen
Centraal Bureau voor de Statistiek	Enquête	Adressen van verloskundigenpraktijken
Gevecon Organisatie	Congres 'Fysiotherapie na Fracturen, Veranderde Inzichten'	Teruggetrokken
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending Nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in opgegeven regio

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.	Correctie van gegevens als praktijkvorm, urbanisatiegraad e.d., die van invloed kunnen zijn op verwijscijfers, voorschrijfgedrag, etc.	Adressen van huisartsen in regio met gegevens als praktijkvorm, jaar afstuderen, leeftijd, vestigingsdatum, urb.graad, etc.
Staatstoezicht op de Volksgezondheid	Onderzoek in het kader van toezichthoudende taak	Steekproef van 2% van gevestigde huisartsen met gegevens als praktijkvorm, afstudeerjaar, leeftijd vestigingsjaar, urb.graad, etc.
Rijksuniversiteit Limburg, huisarts in opl. C. Hameleers	Onderzoek naar voorschrijfgedrag van homeopathische middelen door huisartsen in Nederland	Steekproef met adressen van 600 huisartsen met gegevens als leeftijd, urb.-graad, afstudeerjaar
Rijksuniversiteit Groningen, vakgroep Huisartsgeneeskunde Beroepsopleiding	Onderzoek Melding Incidenten Patiëntenzorg huisartsenpraktijk. Enquête	Adressen van 600 huisartsen uit heel Nederland, plus adressen van 300 huisartsen uit Noord-Nederland.
Herstellingsoord Mens en Samenleving	Voorlichting mbt rouwbehandelingsprogramma van de Stichting	Adressen van huisartsen in Gelderland en Overijssel, m.u.v. Nijmegen
Academisch Ziekenhuis VU, afdeling heelkunde	Onderzoek kwaliteit van de preklinische spoedeisende hulpverlening. Enquête	Steekproef met adressen van 600 huisartsen
Nederlands Huisartsen Genootschap	Vooraankondiging van NHG-Congres	Adressen van alle werkzame huisartsen in Nederland
Rijksuniversiteit Groningen Vakgroep Huisartsgeneeskunde	Stageplaatsen voor vierdejaars medische studenten	Adressen van huisartsen in Groningen, Friesland, Drenthe
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in opgegeven regio
Rijksuniversiteit Limburg Vakgroep Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	Enquête/evaluatie activiteiten van Stichting Volksgezondheid en Roken	Steekproef met adressen van 100 gevestigde huisartsen
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiene	Peilstation-onderzoek naar voorkomen en oorzaak van gastro-enteritis	Afgewezen

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Vrije Universiteit Amsterdam Faculteit der geneeskunde	Onderzoek naar effect voorlichting bij patiënten met Irritable Bowel Syndroom	Huisartsvestigingen in Amsterdam met demografische gegevens
Stichting Audiologisch Centrum voor Tilburg en omstreken	Automatisering adressenbestand van regio van audiologisch centrum	Adressen huisartsen in de regio
Nederlands Huisartsen Genootschap	Mailing met programmaboekje voor NHG-congres	Adressen van alle in Nederland gevestigde huisartsen
Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen regio West Nederland	Mailing van de LHV-Deskundigheidsbevordering West Nederland, de Doelgroepcommissie PAOH en de WDH Leiden e.o.	Adressen van huisartsen in de regio
Vrije Universiteit Amsterdam, AMSTEL Project, Lenore J. Launer	A community-based study of cognitive changes in the elderly	Enkele statistische gegevens mbt huisartsen en bevolking van Amsterdam
Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland	Onderzoek naar vraag en aanbod van gezondheidsdiensten in Zuid-Holland	Aantallen werkzame huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen per gezondheidsregio in Zuid-Holland
Nier Stichting Nederland	Mailing om huisartsen van activiteiten via tijdschrift in kennis te stellen	Adressen van huisartsen en assistent-huisartsen in Nederland
Rijksuniversiteit Leiden Faculteit der Geneeskunde	Onderzoek naar attitude van huisartsen tav het omgaan met probleemdrinkers	Steekproef met adressen van 500 huisartsen, muv Leiden, Zoetermeer en Venlo
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst; Huisarts en verpleeghuisarts Registratie Commissie	Aanschrijven van groep huisartsen ivm de vijfjaarstermijn in 1991	Lijst met NAW-gegevens van alle in 1986 ingeschreven huisartsen
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending Nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in opgegeven regio
Centraal Bureau voor de Statistiek	Enquête	Adressen van verloskundigen- en fysiotherapiepraktijken

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending Nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in opgegeven regio
Nier Stichting Nederland	Mailing om huisartsen van activiteiten via tijdschrift in kennis te stellen (herhaling)	Adressen van huisartsen en assistent-huisartsen in Nederland
Academisch Ziekenhuis VU project samenwerking 1e-2e lijn	Onderzoek: 'Knelpunten bij het toepassen van de NHG-Standaard Diabetes Mellitis Type II'	Overzichtsbestand en deelsteekproeven met adressen uit het huisartsenbestand
Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen regio West Nederland	Mailing van de LHV-Deskundigheidsbevordering West Nederland, de Doelgroepcommissie PAOH en de WDH Leiden	Adressen van huisartsen in de regio
Vrije Universiteit Amsterdam Faculteit der geneeskunde	Peiling van te verwachten effecten van homeopathische geneesmiddelen bij kinderen met recidiverende bovensteluchtweginfecties	Steekproef met adressen van 600 langer dan 1 jaar werkzaam zijnde huisartsen in Nederland
Erasmus Universiteit Rotterdam	Onderzoek naar opvattingen van huisartsen over de pre-symptomatische DNA-diagnostiek voor de Chorea van Huntington	Steekproef met adressen van 15% van alle huisartsen en assistent-huisartsen in Nederland
KLASSE! Tijdschrift ouders en andere opvoeders	Aanbieding tijdschrift 'Klasse!' aan alle huisartspraktijken in Nederland	Alle praktijkadressen in Nederland. Wegens faillissement zending retour ontvangen
Stichting Nascholingscentrum Huisartsen Rotterdam e.a.	Onderzoek naar ontwikkeling van de nascholing/deskundigheidsbevordering voor de huisartsen in de regio Rotterdam	Adressen en huisartsgegevens als afstudeerjaar, vestigingsjaar, leeftijd en jaar van stoppen in de praktijk
Staatstoezicht op de Volksgezondheid	Bezoeken in verband met het systematisch toezicht houden op de kwaliteitsbewaking van de verloskundige zorg	Adressen van werkzame verloskundigen in Noord-Holland en Zuid-Holland. Praktijkvorm, jaar van vestiging

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
St. Willibrord Spital Emmen- rich-Rees	Epidemiologisch onderzoek naar reumatische klachten/aan- doeningen, vergelijking van gezondheidszorg tussen Duits- land en Nederland	Representatieve steekproef van huisartsen in de regio van Nijmegen, plus overige gegevens: urb, leeft, prak- tijkv, univ enz.

TREFWOORDENINDEX

A

aanbod en vraag van zorg: 10, 51-52
aaw: 41
acupuncturisten: 28
advertenties voor huisartsen: 26
affectief gedrag huisarts: 31-32, 44
aids: 25-26, 47
alcoholconsumptie: 40-41
algemeen maatschappelijk werk: 29-31
 amw en riagg: 30-31
almere-project: 50-51
alternatieve geneeswijzen: 26-29
ambulante geestelijke gezondheidszorg. zie: ggz
arts-patiënt communicatie: 31-33
attitude
 huisarts t.o.v. alternatieve therapeuten: 28-29
 patiënt t.o.v. plaats van bevalling: 17-18
 patiënt t.o.v. werkwijze huisarts: 44
avond- en nachtdiensten: 42

B

baarmoederhalskanker: 45
beddenaanbod en opnamecijfers: 10
beeldvormende diagnostiek: 42-43
bibliotheek en documentatie: 53

C

cara: 18-20
cesar: 37
chronisch zieken: 51-52
communicatie huisarts en patiënt: 31-33
complexe thuiszorg: 20-21, 49-50
consultfrequentie huisartsen: 9, 12, 25, 42, 45
consumentenpanel: 25
continuïteitsinvloed: 14-15
coördinatie van zorg: 50-51
cyriax: 34

D

deskundigheidsniveau's: 20-22

diabetes mellitus: 47

diagnostiek

 fysiotherapeut: 35-36

 huisarts: 42-43

E

eenzaamheid ouderen: 22

efficiëntie wijkverpleegkundige zorg: 20

ehbo: 50-51

ergotherapie: 13, 37

eurosentinel project: 47

euthanasie: 46, 53

F

fysiotherapie: 13, 33-36

G

geestelijke gezondheidszorg: 29-31

general health questionnaire: 30

gezinsverzorging: 53

gezondheidscentra: 29-30, 39, 50

gezondheidstoestand en gezondheidsverschillen

 alcoholgebruik: 40-41

 sociaal economische situatie: 44-45

 sociale netwerken: 41

gezondheidszorgonderzoek: 52, 53

gezondheidszorgsystemen

 canada: 12

 europa: 9-13, 40, 53

 verenigde staten: 12

groepspraktijken: 39

H

homeopaten: 28

honorering

 huisartsen: 32-33

 wijkverpleging: 11

huisartsen: 12, 38-47, 50-51

alternatieve geneeswijzen: 26-29

arts-patiënt communicatie: 31-33

consultfrequentie: 9, 12, 25, 42, 45

fysiotherapeutische zorg, 34-35

psychosociale problemen: 29-33

verloskundige zorg: 15-17

verwijzen: 9-10, 14-15, 28-30, 34-35, 45-46

vragen over aids: 25-26, 47

vrouwelijke huisartsen: 25, 38

huisbezoeken:

huisartsen: 9, 14

wijkverpleegkundigen: 19

ziekenhuisverpleegkundigen: 19

I

intakegesprekken in de thuisverpleging: 21

integratie wijkverpleging en gezinsverzorging: 13

intensieve thuiszorg: 50, 51

interdoktervariantie. zie: verschillen beroepsuitoefening

internationaal vergelijkend onderzoek: 9-13, 40, 47

international classification of impairments, disabilities and handicaps: 35-36

invloed

aanbod op vraag van zorg: 10

huisarts in tweedelijns: 14-15

opening ziekenhuis: 50-51

patiënt op verwijsgedrag: 10

J

juridische aspecten samenwerking huisarts en alternatieve therapeuten: 28-29

K

kinderen: 18-20

kwaliteit van de zorg

alternatieve geneeswijzen: 28-29

huisarts-patiënt communicatie: 31-33

huisartspraktijk: 43-44

intakegesprek thuisverpleging: 21-22

wijkverpleegkundige zorg: 20

L

laboratoriumonderzoek: 42-43, 47

leefstijl: 53

logopedie: 13, 37

M

man-vrouwverschillen

 fysiotherapeuten: 33-34

 huisartsen: 26, 38

 psychosociale problemen: 29

 sterilisaties: 46

 verwijzen: 29, 46

mantelzorg: 41, 50

manuele therapie: 28, 34

medische consumptie

 demografische ontwikkelingen: 49

 huisarts: 41, 45, 51

 sociaal-economische situatie: 45

mensendieck: 37

modellen van zorg: 19-20

morbiditeit: 40, 45-47

N

na- en bijscholing fysiotherapeuten: 34

nationale studie: 17-18, 39-45

nazorg door huisarts: 14

national morbidity surveys: 40

nhg-standaarden: 43-44

O

ondersteuning: 41

onderzoeksbeleid overheid: 52

onzekerheid bij de huisarts: 43

opleiding paramedische beroepen: 13

optometrie: 13

ouderenzorg: 51, 53

overleg

 huisarts-eerstelijns: 14

 huisarts-specialist: 14

P

paramedische beroepen: 13, 33-37
patiëntenrechten: 53
patiëntensatisfactie: 28, 31, 44
peilstations: 25, 45-47
pijnmeting: 36
plaats van bevalling: 17-18
platteland. zie: stad en platteland
podothepie: 13, 37
praktijkprofielen
 huisartsen: 12
 wijkverpleegkundigen: 11
 wijkziekenverzorgenden: 11
praktijkwaarneming huisartsen: 38-39
praktijkzoekende huisartsen: 38-39
psychiatrie: 29-30
psychosociale problemen: 20, 29-32
 man-vrouwverschillen: 29

R

registratie
 verloskundigen: 15-16
 wetenschappelijk onderzoek: 52-53
relatie diagnostiek en behandeling: 35-36
reumapatiënten: 36
riagg's: 29-31

S

samenwerking:
 huisarts en alternatieve therapeuten: 27-29
 huisarts en eerstelijns: 14
 huisarts en specialist: 14-15, 53
scenario's. zie toekomstscenario's
selectie-Invloed: 14
sociaal economische situatie: 44-45
sociale netwerken: 41
specialisatie wijkverpleegkundige zorg: 19
spoedeisende hulp: 42, 50-51
sportfysiotherapie: 34
stad en platteland: 29, 42, 44-45, 46

standaarden in de huisartspraktijk: 43-44
sterilisaties: 46
substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen: 26-27
suicide(pogingen): 46

T

terugrapportage: 19
tevredenheid artsen over elkaar: 28
thuiszorg: 13-25, 48-51
thuiszorgtechnologie: 24-25
toekomstscenario's eerstelijns en thuiszorg: 48-50

U

uitstel-patronen: 10

V

vergrijzing 49
verloskundige indicatielijst: 16-17
verloskundige zorg: 15-18, 53
verpleeghuiszorg: 22-24
verschillen in beroepsuitoefening
 amw en riagg: 30-31
 huisartsen: 9-10, 12, 35, 44, 47, 51
 wijkverpleegkundigen: 11-12
 wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen: 19-20
 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden: 20-22
 wijkziekenverzorgenden: 11-12
vervolgafspraken: 12
verwijzen
 huisarts naar amw: 29-30
 huisarts naar alternatieve therapeut: 28
 huisarts naar fysiotherapeutische zorg: 34-35
 huisarts naar ggz: 29-30
 huisarts naar logopedist: 45-46
 huisarts naar specialist: 9-10, 14-15
 man-vrouwverschillen: 29, 46
verzorgingstehuizen: 22-24
voorschrijven huisarts: 44
vraag en aanbod van zorg: 10, 51-52
vrijwilligers: 41

vrouwelijke fysiotherapeuten: 33-34

vrouwelijke huisartsen: 26, 38

W

wao: 41

werkgroep bijstelling kloostermanlijst: 16

wijkverpleegkundige zorg: 11-13, 18-22

wijkzakenverzorging: 11-12, 18, 20-22

Z

zelfverwijzers: 50

ziekenhuisbedden: 10

ziekenhuisbezoek door huisarts: 14

ziekenhuisopnamen: 10

ziekenhuisverpleegkundigen: 19-20

