

jaarboek NIVEL 1992

(waarin opgenomen het jaarverslag)



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

Bezoekersadres: 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	10
2.2.1. Relatie tussen eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg	10
2.2.2. Verloskundige zorg	21
2.2.3. Verpleging en verzorging	23
2.2.4. Samenhang tussen eerstelijnsgezondheidsvoorzieningen	28
2.3. Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheidszorg	34
2.3.1. Hulpvraag en hulpvrager in de eerstelijns	34
2.3.2. Relatie eerstelijns - GGZ/Hulpverleningsprocessen	37
2.3.3. Paramedische beroepen	42
2.4. De huisartspraktijk	48
2.4.1. Huisartsen kwantitatief	49
2.4.2. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk	51
3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE	65
4. OVERIGE ACTIVITEITEN	69
5. HET BESTUUR	73
6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)	75
7. NIVEL-RAPPORTEN EN OVERIGE PUBLIKATIES	81
8. LIJST MET MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER	105

9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN	113
TREFWOORDENINDEX	117

1. INLEIDING

Een wetenschappelijk instituut als het NIVEL, dat zijn bestaansrecht ontleent aan de relevantie van zijn werk voor beleidsmakers en veld-organisaties kent een zekere afwisseling tussen wetenschappelijk getinte en voor een puur wetenschappelijk forum bedoelde producten en meer maatschappelijk relevante activiteiten. Kon 1991 met recht een 'academisch jaar' genoemd worden met 4 promoties en een hoogleraarsbenoeming; in 1992 lag het accent sterk op publikaties in de zogenaamde 'vakpers', aandacht in de algemene media, de organisatie van een werkbezoek van staatssecretaris Simons en andere publicitaire activiteiten.

Ook de samen met de drie andere nationale gezondheidszorg-instituten georganiseerde conferentie: 'gezondheidszorg, ongezond werk' gaf weliswaar vooral op basis van het eigen onderzoek van NIVEL, NZi, NcGv en NIPG-TNO aan dat werken in de gezondheidszorg specifieke risico's met zich meebrengt, maar had niet de vorm van een typisch wetenschappelijk congres met veel vrije voordrachten, papers en posters.

Het NIVEL heeft een dubbele missie: het verrichten van gezondheidszorg-onderzoek volgens wetenschappelijke standaarden en het zorgen voor een draagvlak voor dit onderzoek en de resultaten ervan bij 'beleid' en 'veld'. Bij de jaarlijkse evaluatie wordt vastgesteld of en in welke mate deze beide doelen zijn bereikt en wordt het beleid bijgesteld. Dit kan tot een zekere mate van 'wisseldracht' leiden, zoals in 1992 het geval was; door verfijning van tussentijdse evaluatie-procedures zal ook op jaarbasis een zeker evenwicht worden bereikt. De afgelopen jaren was het publiciteitsbeleid wat verwaarloosd; er was ook een vacature voor een wetenschapsjournalist. In 1992 is deze achterstand ruimschoots ingehaald.

Kenmerkend voor 1992 is een zekere patstelling in het gezondheidsbeleid; de stelselwijziging lijkt vastgelopen; elke nieuwe stap wordt uiterst kritisch bekeken; is de stap groot, dan roept iedereen: ho,ho niet zo vlug, denk om de uitvoering!, zijn de stapjes klein, dan luidt het verwijt dat al die halve maatregelen een toppunt van onduidelijkheid en verwarring scheppen. In de oratie van Peter Groenewegen wordt op dit verschijnsel ingegaan. Eigenlijk leven we al bijna 20 jaar in een constant proces van reorganisatie van de gezondheidszorg; eerst via de planningskant, totdat deze wetgeving werd ingetrokken en nu via de financiering en de verzekering en dat terwijl de aanleiding tot alle bezorgdheid: de waarlijk explosieve stijging van de kosten van de

gezondheidszorg in de periode 1965-1975 in feite gestabiliseerd is, vooral door het plannen en budgetteren van ziekenhuisvoorzieningen. Groenewegen toont aan dat in een dergelijke chronische reorganisatie partijen als het ware op veranderingen vooruitlopen en tegelijkertijd door erop vooruit te lopen, de feitelijke veranderingen, zij het in onvolledige vorm, tot stand brengen. Of dit nu typerend voor de Nederlandse consensus-maatschappij is, of een veel universeler verschijnsel, vormt een goede vraag voor verdere studie; het is in de huidige situatie zelfs voor ingewijden nauwelijks mogelijk precies te schetsen wat er feitelijk aan de hand is en dit kan op den duur schadelijk zijn voor de motivatie en het inzicht van de participanten.

Dat zulks voor een onderzoeksinstituut een bron van vele studie-opdrachten is, vormt slechts een schrale en zeer gedeeltelijke troost. Ieder heeft behoefte aan een helder en overzichtelijk stelsel; hoe het er ook uit moge zien.

1.1. Indeling van het jaarverslag

De in het jaarverslag 1991 gevolgde indeling zal ook voor het jaarverslag 1992 worden gebruikt:

1. Internationale vergelijking
2. Thuiszorg en substitutie en samenhang
3. Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid
4. De huisartspraktijk
5. Bibliotheek en documentatie
6. Overige activiteiten

Evenals vorige jaren bevat het jaarverslag een weergave van de 'vondsten' in het NIVEL-onderzoek.

Het jaarverslag loopt in feite vooruit op de wetenschappelijke publikaties; voorwaarde voor opname is, dat het resultaat intern is getoetst en bekend is gemaakt aan opdrachtgever (al dan niet via de begeleidingscommissie). Wil men weten, heet van de naald, wat er door NIVEL-medewerkers is gevonden, dan leze men het jaarverslag. Vaak komt de definitieve verslaglegging, bijvoorbeeld in de vorm van een internationale publikatie pas jaren later. Voor een dynamisch en actueel onderzoeksinstituut gaat dat niet snel genoeg; vandaar het jaarverslag in deze opzet.

Alleen nieuwe ontwikkelingen worden vermeld; opname in een vorig jaarverslag betekent, uitzonderingen daargelaten, weggelaten uit het huidige.

De resultaten van het themagebied 'Volume- en functieaanbod', die vooral gegevens bevatten over het huidige en toekomstige aanbod aan voorzieningen in de eerstelijns, zijn niet apart opgenomen, maar verspreid over de andere relevante themagebieden. Gegevens over verloskundigen vindt men bij 'verloskunde', over fysiotherapeuten bij 'paramedische beroepen' enzovoorts.

2. AFDELING ONDERZOEK

2.1. Internationaal vergelijkend onderzoek

In termen van onderzoeksresultaten was 1992 een mager jaar; er zijn veel projectvoorstellen geschreven en er is een begin gemaakt met een door de EG in het kader van het BIOMED 1-programma goedgekeurd vergelijkend onderzoek naar 'Praktijkprofielen van huisartsen', maar veel nieuwe resultaten vallen niet te melden.

Wèl is een portret geschetst van de Nederlandse huisarts op de punten waar hij zich onderscheidt van zijn collega's in het buitenland.

Het eerste wat opvalt is, dat de Nederlandse huisarts met de zorg voor gemiddeld 2300-2350 patiënten naar Europese maatstaven een betrekkelijk grote praktijk heeft. Alleen in Zweden treft men minder huisartsen per hoofd van de bevolking, maar daar is geen nationaal dekkend netwerk van gezondheidscentra en vervult de rechtstreeks toegankelijke polikliniek ook een typische eerstelijns functie.

In Duitsland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk treft men ongeveer 1 huisarts per 2000 inwoners aan; in Frankrijk, België en Italië ruim het dubbele aantal.

Zaken als een numerus fixus van studenten geneeskunde en een vestigingsbeleid zijn van invloed op de hoeveelheid (huis)artsen; het gemiddelde inkomen van de Europese huisarts wordt sterk door de huisartsendichtheid bepaald; hoe dunner de spoeling; hoe lager het inkomen. Gemiddeld ziet de Nederlandse huisarts 140 patiënten per week; minder dan zijn Duitse collega (220 contacten), maar meer dan zijn Franse, Noorse of Portugese collega (70 à 80 contacten). De Belgische huisarts onderscheidt zich door een zeer hoog percentage (45%) huisbezoek, maar ook in Nederland is 1 op de 5 contacten bij de patiënt thuis; meer dan in de meeste andere landen.

In veel landen werkt de huisarts voornamelijk in solo-praktijken; uitzonderingen zijn de meeste Scandinavische landen (m.u.v. Denemarken), waar de huisarts in dienstverband in gezondheidscentra werkt en het Verenigd Koninkrijk, waar verreweg de meeste (90%) huisartsen in groepspraktijken hun beroep uitoefenen. Nederland neemt met ongeveer 50% solo-praktijken een tussenpositie in.

De Nederlandse huisarts kan men als 'terughoudend' typeren. Terughoudend in het voorschrijven van geneesmiddelen (in 60% van de contacten in tegenstelling tot 80-100% elders in Europa), en met het genereren van

diagnostische tests, zoals het glucosegehalte of het cholesterolgehalte van het bloed. Deze laatste gegevens zijn ontleend aan een Europees vergelijkend onderzoek onder huisartsen die aan peilstationsnetwerken deelnemen. De Nederlandse huisarts bevindt zich qua handelwijze vaak in de buurt van zijn Britse, Ierse of Deense collega. Midden- en Zuidoepese artsen (en men bedenke wel dat Zuid Europa bij Wuustwezel begint) schrijven vaker en bij een bredere range van leeftijdscategorieën dergelijke tests voor. In het peilstations-onderzoek spanden Zwitserse en Spaanse huisartsen de kroon.

Kijkt men naar verwijscijfers (in dit geval actieve, dus niet administratief-routinematige verwijzingen per contact) dan bevindt de Nederlandse huisarts zich met zijn Britse collega in een middenpositie (45 verwijzingen per 1000 contacten); het minst vaak wordt verwezen in landen als België, Zwitserland en Frankrijk, waarschijnlijk omdat daar ook de specialist rechtstreeks toegankelijk is. De hoogste verwijscijfers (in verhouding tot het aantal contacten!) vindt men in Noorwegen, Italië en Denemarken.

De Nederlandse huisarts onderscheidt zich van zijn Europese collega's door de grote invloed, die hij aan de patiënt toekent bij een verwijzing (slechts in 40% geen invloed); dit wijst op een open en 'democratische' houding.

2.2. Thuiszorg, substitutie en samenhang

2.2.1. Relatie tussen eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg

De klassieke verwijskaart, door huisartsen meegegeven aan ziekenfondsverzekerden en (gevolgd door enkele door de specialist uitgeschreven herhaal-kaarten) geldig voor maximaal 1 jaar poliklinische, specialistische hulp, bestaat sinds juli 1991 niet meer.

Hij is vervangen door een zogenaamde 'korte' en 'lange' verwijskaart; in het ene geval geldig voor maximaal twee maanden (wèl met 80% van het honorarium van de specialist) en in het tweede geval met een geldigheidsduur van maximaal 1 jaar.

Aangezien wetenschappelijk onderzoek altijd wat achterloopt bij de maatschappelijke ontwikkelingen en de oorspronkelijke verwijskaart altijd een belangrijke rol in de evaluatie van het beleid gericht op het versterken van de eerste lijn en inperken van de (onstuimige groei van) tweede lijn heeft gehad, en, omdat met de nieuwe verwijskaartregeling uiteindelijk niet zo heel veel veranderd is in het principe van de verwijsrelatie tussen huisarts en specialist (van huisartsenzijde had men een onderscheid tussen een advieskaart en een

behandelkaart willen maken, maar dat is niet gelukt), zijn in 1992 enkele studies verschenen die 'verwijzen' als onderwerp van onderzoek hebben.

Ten eerste 'verwijscijfers belicht', een studie in opdracht van het Ministerie van WVC, waarin gepoogd is om de tot 1985 jaarlijks gepubliceerde nationale reeks verwijscijfers voor latere jaren te reconstrueren

Ten tweede 'determinanten van verwijzen door huisartsen naar de tweedelijnn', het deelproject 'verwijzen' van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. In een vervolganalyse is extra aandacht besteed aan door 'beleid' beïnvloedbare elementen van het verwijscijfer.

Als derde en vierde publikatie vindt men twee rapporten, vervaardigd in opdracht van de Ziekenfondsraad, die respectievelijk de relatie tussen bepaalde wijzen van honoreren van huisartsen (abonnement vs verrichtingen) en het verwijzen naar de specialist en de invloed van deskundigheidsbevordering op het verwijscijfer bestuderen.

Tenslotte is er een literatuurstudie verricht naar het verschijnsel 'klinische faciliteiten voor huisartsen'.

Verwijscijfers en gezondheidszorgbeleid

Verwijscijfers van huisartsen naar medisch specialisten hebben het afgelopen decennium een rol gespeeld als indicator voor het succes van het beleid van de overheid om 1) de eerstelijnn te versterken en 2) de groei van de tweedelijnn te remmen. Soms expliciet, zoals in het Convenant tussen staatssecretaris Van der Reijden en de LHV, vaker impliciet, zoals bij de discussie over het 'nut' van gezondheidscentra.

Met behulp van gegevens uit de Nationale Studie is bezien of het op empirische gronden redelijk is (geweest) om een bepaalde relatie tussen 'beleid' en 'verwijzingen' te onderstellen. Dat klinkt akelig abstract; een voorbeeld moge dit verduidelijken. Stel dat er een beleid zou zijn om door stimuleren van de computer in de eerstelijnn de verwijscijfers naar de tweedelijnn te reduceren, dan is het relevant om te bezien of huisartsen met computer überhaupt al minder verwijzen dan huisartsen zonder en om de vraag te beantwoorden of mogelijke verschillen niet door andere factoren worden verklaard.

Zo kan men een aantal elementen uit het beleid van de laatste 20 jaar halen en in de Nationale Studie bezien of er een empirisch verband tussen het beleidselement en verwijscijfers te constateren valt.

De volgende onderdelen van het 'beleid' zijn in het onderzoek opgenomen:

versterken eerste lijn

- verkleining van de huisartspraktijk
- stimuleren mono- en multidisciplinaire samenwerking
- ópenstellen diagnostische faciliteiten voor huisartsen
- experimenten met een honorering per verrichting
- stelselwijziging; van ziekenfonds- en particuliere verzekering naar basisverzekering
- scheiden van verwijzingen in advies- en behandeling (korte en lange kaart)

afremmen van de tweedelij

- beddenreductie
- vergroten van de gemiddelde afstand tot het ziekenhuis door schaalvergroting en concentratie.

Van deze beleidselementen is gezocht naar (niet altijd ideale) indicatoren in de Nationale Studie en is telkens de relatie onderzocht met een drietal factoren:

1. het aantal verwijzingen per patiënt; uitgesplitst naar 'ziekenfonds' en 'totaal'
2. het aantal contacten per patiënt (initiatief patiënt en initiatief huisarts)
3. het aantal (aktieve) verwijzingen per contact.

De afzonderlijke samenhangen zijn eerst onderzocht (naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde gegevens) en vervolgens de verbanden in onderlinge samenhang.

De resultaten geven het volgende beeld:

Praktijkgrootte en verwijzingen hebben nauwelijks een relatie; hoe groter de praktijk, hoe geringer het aantal contacten per patiënt (met name contacten op initiatief van de huisarts); in grotere praktijken zijn er wel wat meer verwijzingen per contact, maar dit wordt dan door het eerstgenoemde fenomeen gecompenseerd.

Bij 'praktijkvorm' zijn er in meermanspraktijken minder contacten per patiënt, vooral minder terugbestelcontacten en ook wat minder passieve verwijzingen (verwijzingen op initiatief specialist); al met al resulterend in lagere verwijscijfers per patiënt.

Verzekeringsvorm beïnvloedt vooral het aantal contacten per patiënt; ziekenfondsverzekerden komen het vaakst, dan particulier verzekerden met verzekering voor huisartsenhulp en/of laag eigen risico en dan particulier verzeker-

den zonder huisartsverzekering en/of met een hoog eigen risico. Ook hier zijn de verschillen het meest geprononceerd bij de contacten op initiatief van de huisarts. Per contact is er nauwelijks verschil in het aantal actieve verwijzingen; door de grote verschillen in contactfrequentie is het aantal verwijzingen per patiënt voor particulieren (vooral zonder huisartsverzekering) lager.

Er zit natuurlijk een element van zelfselectie in, vooral de keuze voor de hoogte van een eigen risico, maar ook een traditioneel element (niet verzekeren van huisartsenhulp) van terughoudendheid, dat met de stelselwijziging en de grote uitbreiding van de standaardpakket-polis verdwijnt en een zeker consumptieverhogend effect heeft.

Verwijzingen zijn lager bij huisartsen die veel therapeutische verrichtingen doen en over de nodige uitrusting beschikken; de samenhangen met diagnostische faciliteiten en taakopvatting zijn niet goed te interpreteren.

De dichtheid aan specialisten tenslotte hangt vooral samen met de passieve verwijzingen (verwijzingen op initiatief van de specialist).

Al met al een gemengd beeld met, uiteraard, de relativering dat een gevonden samenhang nog niet betekent dat verwijscijfers zonder meer gaan stijgen of dalen als bijvoorbeeld het doen van kleine chirurgie wordt gestimuleerd; het is eerder een exercitie over de vraag welke beleidsmaatregelen überhaupt effect zouden kunnen hebben.

Verwijscijfers belicht

Tot en met 1985 produceerde de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen jaarlijks een overzicht van medische verrichtingen bij de ziekenfondspopulatie, waaronder het aantal door specialisten gedeclareerde verwijskaarten. Deze cijfers speelden een zekere rol in de discussie over de effectiviteit van het beleid dat erop was gericht tweedelijnszorg door eerstelijnszorg te vervangen; immers als het verwijscijfer als maar zou blijven stijgen, dan zou dit 'substitutiebeleid' moeilijk geslaagd genoemd kunnen worden.

Door een veelheid van redenen (opheffen van het eigen informatiesysteem van de VNZ, wijziging in de omvang van de ziekenfondsgroep -de zgn 'kleine stelselwijziging uit 1986-, instelling (1988) en spoedige opheffing (1989) van een eigen bijdrage van de patiënt -het specialistengeeltje- en de centrale administratie van verwijskaarten, bemerkende conflicten tussen ziekenfondsen en specialisten en, tenslotte, een ingrijpende verandering van het verwijskaarten-systeem in 1991) is de tijdreeks na 1986 niet meer aangevuld.

Toch werd het slagen van substitutiebeleid mede bepaald door de hoogte van het verwijscijfer..

Door het combineren van gegevens uit verschillende bronnen (Nationale Studie, verschillende ziekenfondsen) is het gelukt om voor de jaren na 1985 een verwijscijfer te reconstrueren.

Al met al mag men stellen dat het verwijscijfer in de onderzochte periode iets is gestegen. De tijdreeks van de ziekenfondsen eindigt met 441 verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden; de door het NIVEL berekende cijfers komen voor 1989 uit op 455 en voor 1990 op 460 verwijskaarten; een stijging die overigens geheel te verklaren valt uit de geleidelijke vergrijzing van de bevolking.

Het is overigens een misverstand te denken dat het verwijscijfer ook in de periode vòòr 1985 dramatisch steeg; sinds het midden van de jaren zeventig ligt het verwijscijfer in de ziekenfondspraktijk rond de 450 per 1000 verzekerden; de grote stijging dateert uit de tien jaar daarvoor.

In de studie 'verwijscijfers belicht' is ook een poging gewaagd om verwijscijfers van ziekenfonds- en particulier verzekerden bij de analyses te betrekken. De cijfers voor particulier verzekerden zijn lager dan verwijscijfers van ziekenfondsverzekerden, omdat bij de particuliere patiënt de verwijsbrief niet als zodanig geldwaarde voor de specialist heeft. Hierdoor gelden allerlei administratieve regels niet (zoals het feit dat na een jaar behandelen een nieuwe kaart nodig is, of, dat een ziekenfondsverzekerde na het bezoek aan de EHBO-afdeling van een ziekenhuis achteraf een verwijskaart moet halen) die voor ziekenfondsverzekerden wèl van toepassing zijn.

Eigenlijk kan men alleen de actieve, nieuwe verwijzingen door de huisarts vergelijken en dan nog ziet men een interessant fenomeen; bekijkt men de cijfers per patiënt (en per leeftijdsgroep) dan worden ziekenfondsverzekerden vaker verwezen dan particulier verzekerden (volgorde) (1) vrouwelijke ziekenfondsverzekerden (2) mannelijke ziekenfondsverzekerden (3) vrouwelijke particulier verzekerden met verzekering voor de huisarts (4) mannelijke particulier verzekerden zonder verzekering voor de huisarts (5) idem met verzekering voor de huisarts (6) vrouwelijke particulier verzekerden zonder verzekering voor de huisarts.

Kijkt men naar verwijzingen per contact dan is nummer 1 mannelijke particulier verzekerden zonder verzekering voor de huisarts (2) mannelijke ziekenfondsverzekerden en (3) mannelijke particulieren die voor huisartsenhulp zijn verzekerd. De rangorde 4,5, en 6 zijn voor de vrouwen, eerst ziekenfonds (4), dan particulier zonder huisartsverzekering en tenslotte vrouwelijke particulier verzekerden voor wie huisartsenhulp inbegrepen is.

Mannen komen duidelijk minder vaak bij de huisarts dan vrouwen, particulier verzekerden minder vaak dan ziekenfondspatiënten, zeker als huisartsenhulp

niet meeverzekerd is; als mannen komen worden ze sneller verwezen dan vrouwen, dat laatste geldt zowel voor ziekenfonds als particulier verzekerden; het lijkt erop dat de huisarts bij vrouwelijke particulier verzekerden, voor wie huisartsenhulp inclusief is, de minste neiging tot verwijzen heeft.

Geld, zorg en geldzorgen

In beleidskringen (en zeker ook bij onderzoekers) heeft de gedachte dat een dokter ook maar een mens is, en dat zijn gedrag (dus) met financiële prikkels te sturen valt, altijd een bepaalde populariteit genoten.

Het huisartsenhonorarium, met zijn 'premie op terughoudendheid', was een favoriet doelwit van voorstellen tot verandering.

De Ziekenfondsraad besloot echter om, alvorens tot advisering over te gaan, enkele experimenten met alternatieve honoreringssystemen van huisartsen te laten plaatsvinden en bovendien deze regionale experimenten nog eens grondig op hun relevantie voor het nationale gezondheidszorgbeleid te laten doorlichten. Hiertoe zou het bestand van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk als referentiemateriaal dienen.

Oorspronkelijk dacht men aan een vijf- of zestal experimenten; uiteindelijk zijn het er twee geworden: een experiment met een gedeeltelijke honorering per verrichting in de regio Leiden/Alphen, en een experiment met deskundigheidsbevordering in Drenthe. De experimenten in Salland (met een HMO-achtig karakter) zijn apart geëvalueerd. Er waren geen experimenten met honorering van specialisten.

Belangrijke vragen in de evaluatie waren:

- welke invloed heeft een verandering van de wijze van honoreren van huisartsen op hun hulpverlening (gaan ze bepaalde dingen meer of minder doen)
- hebben deze veranderingen ook substitutie-effecten in de tweede lijn (gaan specialisten minder doen als huisartsen meer doen).
- in hoeverre zijn de gevonden regionale gegevens generaliseerbaar naar Nederland als geheel.

De werkwijze in het 'overall' onderzoek was als volgt:

1. bestudering van de literatuur over (veranderingen van) honoreringssystemen van artsen
2. nadere analyse van de beide experimenten met name door de regionale groepen (experimentele en contrôlegroepen) te vergelijken met het bestand van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

ad 1. Literatuuronderzoek

Het is eigenlijk verbazingwekkend dat er slechts een handvol studies bestaan waarin op basis van empirische gegevens hetzij honoreringssystemen zijn vergeleken, hetzij veranderingen in honoreringwijze zijn bestudeerd.

Uit de weinige gecontroleerde studies kan worden afgeleid dat artsen die per verrichting worden betaald niet zo zeer meer patiënten behandelen, maar per patiënt meer consulten plannen en uitvoeren vergeleken met hun gesalarieerde collega's. Echter, of de gesalarieerde artsen nu te weinig consulten uitvoeren of de per verrichting betaalde artsen te veel, laat zich niet goed vaststellen; er is, bijvoorbeeld, ook een studie bekend waarin men vindt dat bij gesalarieerde chirurgen meer perforaties van de blindedarm voorkomen dan bij hun per verrichting betaalde collega's, die eerder opereren.

Uit de goed onderzochte verandering van honorering (van abonnement naar gedeeltelijk abonnement/ gedeeltelijk verrichting) in Kopenhagen kan men nog afleiden, dat de stijging van het aantal verrichtingen des te sterker is naarmate de betreffende verrichting minder sterk is gerelateerd aan een bepaalde diagnose; bepaalt de aandoening de verrichting dan is de stijging beperkt, is de band losser, dan is de stijging groter. De conclusie hiervan is, dat vooral het apart betalen van verrichtingen, die niet een één op één relatie met een diagnose hebben (zoals het bepalen van het suikergehalte van het bloed), kostenverhogend werkt.

ad 2. Beschrijving experiment met honorering per verrichting in de regio Leiden/Alphen

De opzet van het experiment was als volgt:

- benoem een aantal (in dit geval 27) apart te honoreren verrichtingen
- vind een aantal huisartsen in een bepaald gebied bereid om bij te houden hoe vaak men deze verrichtingen uitvoert (zowel vóór als tijdens het experiment).
- volg de declaraties van de huisartsen en de declaraties van specialisten gedurende het experiment
- zoek een groep huisartsen in de omgeving die niet aan het experiment meedoet en probeer ook van hen zoveel mogelijk te weten te komen.

Helaas mislukte het door de Leidse universiteit uitgevoerde onderzoek in die zin dat de voormeting niet betrouwbaar bleek te zijn; er kon daardoor niet worden vastgesteld of het aantal in het experiment gedeclareerde verrichtingen nu hoger of lager lag dan voorheen. Ook beschikte men van de twee controlegroepen (de niet deelnemende artsen en een groep uit een naburige regio) slechts over verwijscijfers en niet over verrichtingencijfers. Vergelijking

met de 'Nationale Studie' bracht aan het licht dat de experimentele groep meer verrichtingen uitvoerde dan een doorsnee van de Nederlandse huisartsen; hoeveel dit meer was dan voorheen (denk aan zelfselectie in het experiment) kon, zoals gezegd, niet worden vastgesteld.

Verwijscijfers bleken (behalve voor urologie en voor chirurgie op het platteland) niet te dalen, of niet in de verwachte richting (verwijscijfers voor oogheelkunde daalden over de hele linie, maar het sterkst in de controlegroep); er was slechts één, in de administratie van het ziekenfonds identificeerbare, door specialisten gedeclareerde verrichting (wondexcisie en wondtoilet) die in omvang afnam. Over het succes van het experiment viel niet veel te zeggen; misschien waren er meer verrichtingen in de huisartspraktijk, maar nauwelijks minder in de tweede lijn.

Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering

De gedachte achter het experiment 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' was een gans andere dan in het 'verrichtingen-experiment'. Als huisartsen een, in overleg met het ziekenfonds, vastgesteld pakket van deskundigheidsbevordering zou worden aangeboden met terugkoppeling van de resultaten, dan, zo luidde de verwachting, zou de geleverde zorg niet alleen beter maar ook goedkoper kunnen worden.

In overleg tussen huisartsengroep en adviserend geneeskundige van het ziekenfonds werd besloten om op vier punten een interventie plaats te doen vinden:

- verwijzingen naar de specialist
- voorschrijven van geneesmiddelen
- behandeling van visusstoornissen met name refractieafwijkingen
- detectie en behandeling van CARA-patiënten

Uitgangspunt voor de interventie waren de volgende criteria: -

- er bestaan twijfels aan de kwaliteit van het handelen van de deelnemende huisartsen op grond van gebleken diversiteit in hun handelswijzen of op grond van het feit dat de totale groep huisartsen voor dit thema een hogere zorgproduktie heeft dan andere huisartsen in vergelijkbare omstandigheden
- aanzienlijke besparingen moeten mogelijk zijn, gezien de omvang van de op dit punt gemaakte kosten
- substantiële vooruitgang kan worden geboekt in de anderhalf jaar dat het project duurt.

De interventie (verzorgd door de Stichting O&O) bevatte een combinatie van nascholing, vooral gebaseerd op NHG-standaarden (voor zover deze er waren), en onderlinge toetsing, waarbij regelmatig feedback werd gegeven door middel van zg 'zorg-productiecijfers'. Huisartsen uit de omgeving fungeerden als controlegroep.

Bij '**verwijzingen**' werd afgesproken dat huisartsen verwijfsbrieven overeenkomstig de NHG-standaard zouden gaan schrijven; belangrijk is hierbij dat de huisarts niet alleen duidelijk aangeeft wat hij gedaan en onderzocht heeft, maar ook wat hij van de specialist verlangt en onder welke condities hij de patiënt weer terug wil zien.

Bij '**voorschrijven van geneesmiddelen**' is vooral aandacht besteed aan het voorschrijven van middelen met een breed werkingsgebied; de zgn 'a-specifieke middelen (antibiotica, analgetica/antireumatica, anxiolytica/hypnotica/sedativa); hier bestaat voor de voorschrijvende arts de grootste keuzevrijheid. De deelnemende artsen hebben samen een 'Formularium' opgesteld met behulp van externe kennisbronnen.

Kennis van de inhoud van het 'Formularium' vormde het belangrijkste element van de interventie. Verwacht werd dat het voorschrijven van volgens het Formularium gewenste middelen zou toenemen ten koste van in het Formularium als minder wenselijk beschreven middelen en/of indicaties.

Bij '**oogheelkunde**' ging het om twee zaken: 1e) het doorbreken van het automatisme: 'visus-problematiek betekent doorverwijzing naar de oogarts' en 2e) verbeteren van de vroege opsporing van glaucoom door middel van het meten van oogboldruk.

De interventie bestond uit het verbeteren van de oogspiegeltechniek en oogdruk-meettechniek, zodat de huisarts een verantwoorde schifting kon maken van patiënten die inderdaad naar de oogarts moesten worden doorverwezen en hen die de huisarts of zelf kon behandelen of naar de optometrist of opticien kon verwijzen.

De verwachting was dat met name het aantal verwijzingen naar de oogarts voor visuscorrectie zou afnemen.

Bij '**CARA**' werden meer doeleinden nagestreefd. Eén van de problemen was, dat CARA niet altijd tijdig werd onderkend. Deskundigheidsbevordering op dit gebied zou de vroegtijdige onderkenning dienen te bevorderen.

Anderzijds werd ook geconstateerd dat huisartsen een aantal categorieën CARA-patiënten, die nu onder specialistische behandeling waren, zelf zouden kunnen behandelen. Tenslotte werd ernaar gestreefd de voorgeschreven geneesmiddelen meer in lijn met het Formularium te brengen.

Resultaten

Een van de aardigste resultaten was dat in ieder geval de waardering van het initiatief nemende ziekenfonds gedurende de interventie steeg; zoveel hield men er nog wel aan over.

De verdere resultaten laten zien dat ook goed bedoelde en goed 'gecontroleerde' interventies complexe gevolgen kunnen hebben.

Wat zagen we bij de **verwijzingen**: ten eerste dat in de jaren voorafgaand aan het experiment het verwijsniveau van de experimentele groep zo'n 5 tot 10 procent hoger ligt dan bij de controlegroep, maar dat bij het begin van de interventie deze verschillen zijn verdwenen en ook niet meer terugkomen, althans niet voor het totaal verwijscijfer. Ten tweede kon worden geconstateerd dat er wèl verschillen in diverse subcategorieën verwijzingen zijn. Zo is in de experimentele groep het aantal verwijzingen op initiatief van de specialist toegenomen, vooral de zgn 'achteraf-verwijskaarten', dit zijn verwijskaarten die door de specialist aan de huisarts worden gevraagd nadat de patiënt hem zonder verwijskaart heeft bezocht. Bij EHBO-gevallen kan dat gebeuren. Deze verwijskaarten vormen weliswaar een klein deel van alle verwijzingen, maar het feit dat in de experimentele regio de verwijzingen op initiatief van de patiënt zijn afgenomen, zou erop kunnen wijzen dat sommige patiënten niet gelukkig waren met de veranderde opvatting van de huisarts en de specialist dan maar zonder kaart bezochten.

Voor **oogheelkunde** is het beeld wat anders; in de experimentele regio wordt consequent en toenemend minder voor refractie-afwijkingen verwezen, vooral als het gaat om verwijzingen op initiatief van de patiënt. De verwijzingen voor CARA daarentegen nemen toe, zowel op initiatief huisarts maar sterker nog op initiatief van de specialist. Hier zal de toegenomen alertheid van de huisartsen een rol hebben gespeeld.

Huisartsen verschillen in de mate waarin hun verwijscijfers zijn gedaald of gestegen. Bij de verwijscijfers geldt, dat huisartsen met een beperkte taakopvatting mbt diagnostiek, een hoge verwachting ten opzichte van het project, die bovendien aan psychosociale processen een relatief grote rol zeggen toe te kennen en betrekkelijk bang zijn om een diagnose te missen, het sterkst door het experiment zijn beïnvloed. Bij hen dalen de verwijscijfers het sterkst. Voor de refractie-verwijzingen geldt dat huisartsen die niet zo tevreden zijn over hun tijdsbesteding en sterker een taak voor zichzelf zien weggelegd op somatisch gebied en minder op psychosociaal gebied het sterkst dalen in dit type verwijzingen. Men vindt het zelf diagnostiseren en behandelen van visusproblematiek typisch een leuke klus.

Wat betreft het **voorschrijven van geneesmiddelen** ziet men in beide regio's de kosten per verzekerde stijgen, hoogstwaarschijnlijk ten gevolge van de stijging van de prijzen van geneesmiddelen. De huisartsen in de experimentele regio zijn méér maar relatief goedkopere geneesmiddelen gaan voorschrijven. Voor antibiotica nemen de kosten per verzekerde af door een combinatie van goedkopere middelen en kortere kuren.

Voor de analgetica/antireumatica veranderen de kosten per verzekerde in beide regio's niet; het volume stijgt wel maar er worden goedkopere middelen voorgeschreven. Ditzelfde beeld ziet men bij de anxiolytica/hypnotica en sedativa; ook hier meer maar goedkopere recepten. Bij CARA stijgt het aantal recepten. Bij gelijkblijvende prijs betekent dit een stijging van de kosten per verzekerde.

De kwaliteit van het voorschrijven, uitgedrukt als de verhouding tussen de volgens het Formularium wenselijke en minder wenselijke recepten stijgt in de experimentele regio en niet in de contróleregio, althans voor drie van de vier groepen medicijnen. Alleen voor anxiolytica neemt de kwaliteit van voorschrijven in beide regio's in gelijke mate toe. Verschillen tussen huisartsen in de mate waarin de kwaliteit van het voorschrijven toeneemt zijn niet goed interpreteerbaar (of men zou enig systeem moeten zien in de volgende samenhangen: de kwaliteit van het voorschrijven van antibiotica is groter bij huisartsen die vinden dat voor veel ziekten geldt dat zij en niet de specialist de diagnose stellen, maar niet de behandeling doen, die vinden dat ze vrij veel invloed op hun omgeving hebben en wat minder positief over hun beroep denken).

Al met al kan men concluderen dat de specifieke interventies (oogheelkunde, CARA) goed traceerbare en interpreteerbare resultaten hebben gehad. Niet allebei in de richting die het ziekenfonds voor ogen stond (kosten besparen en kwaliteit bevorderen; dit lukte wel bij oogheelkunde en niet bij CARA omdat de toegenomen alertheid van de huisartsen tot een stijging van verwijz- en voorschrijfcijfers leidde), maar men zou toch goed kunnen verdedigen dat ook bij CARA de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeterd is.

Bij de algemene interventies is het beeld onduidelijker; verwijzingen op initiatief van de patiënt nemen af en op initiatief van de huisarts en vooral van de specialist nemen toe. Bij het voorschrijven van geneesmiddelen wreekte zich enigszins dat daar de verwachtingen van de interventie eerder op verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven (dwz meer volgens de richtlijnen van het Formularium voorschrijven) dan op de reductie van kosten

of beperking van het volume waren gericht. De constante stijging van de prijzen van geneesmiddelen zorgen ook voor een vertroebeling van het beeld. Het type interventie verdient nadere aandacht; de kwaliteit wordt zeker bij de meer specifieke interventies verbeterd; kostenreductie is zeker niet onmogelijk, al valt substitutie niet altijd aan te tonen, (sterker nog, in sommige gevallen lijkt het aantal via de specialist geïnduceerde interventies toe nemen) en tenslotte stijgt het ziekenfonds in populariteit.

Klinische faciliteiten voor huisartsen, een literatuurstudie

Ten behoeve van een ziekenhuis dat zich op zijn positie moet bezinnen is een literatuurstudie in opdracht verricht naar twee vormen van klinische faciliteiten voor huisartsen: de Amerikaanse family physician met ziekenhuis-privileges en de Engelse 'GP-hospitals', ziekenhuisjes die door huisartsen worden gedreven.

In de Amerikaanse situatie ontstaan problemen vanwege de grote overlap in taak en positie van de breed-georiënteerde family-physician en andere specialisten; vooral bij intensive care en bij chirurgie is het moeilijk bedden te krijgen. In Engeland verdwijnen de GP-hospitals, hoewel ze, mede door een vrij strikt opname- en ontslagbeleid (maximale duur van een opname is 4 weken), in bijna eenderde van de opname-behoefte voorzien (en ze vormen maar 3% van het beddental).

Op zichzelf zou een experiment met 'huisartsen-bedden' in ziekenhuizen de moeite waard zijn; zeker de GP-hospital variant; het wachten is op een experiment.

2.2.2. Verloskundige zorg

Registratie Verloskundigen

De in het voorgaande jaarverslag gepresenteerde cijfers wijken niet af van de meest recente aanvullingen. Het aantal verloskundigen nam met 4% toe (1167 per 1-1-92 van wie 832 met eigen praktijk); de trend om in toenemende mate met een of meer partners samen de praktijk uit te oefenen zette door (in 1980 75% solo-praktijken, in 1992 30%). Het aantal klinisch werkzame verloskundigen bleef constant op 15%. In 1992 was er één verloskundige op 3525 vrouwen van 15-39 jaar; variërend van 1 op 2534 in Flevoland tot 1 op 6547 in Friesland. Huisartsen blijven vooral op het platteland de bevallingen verzorgen (het meest recente cijfer over het aandeel van de huisarts in de verloskundige zorg is 11% van alle bevallingen en 28% van de thuisbevallingen). In 1990, het jaar waarop laatstgenoemde cijfers betrekking hebben gaf een kwart van de huisartsen aan nog bevallingen te leiden; dit getal

varieert van 50% van de huisartsen in plattelandsgebieden tot 5% van de huisartsen in grote steden.

Het aantal verloskundigen dat afkomstig is uit het buitenland, stijgt. In 1992 kregen 24 verloskundigen een erkenning door de gelijkstelling van hun (buitenlands) diploma met het Nederlandse; men moet dit afzetten tegen de 53 verloskundigen die van de drie opleidingen (Amsterdam, Rotterdam, Heerlen) komen. Van de 105 verloskundigen die in de afgelopen 8 jaar een 'gelijkstelling' heeft gekregen is 11% klinisch werkzaam en 46% is op 1 januari 1992 niet als verloskundige werkzaam.

Behoefteraming obstetrici/gynaecologen

In samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is een studie verricht naar de behoefte aan obstetrici en gynaecologen op korte en middellange termijn. De aanleiding tot het onderzoek vormt een toegenomen spanning tussen vraag en aanbod bij deze beroepsgroep; zo waren er begin 1992 ongeveer 20 vacatures tegenover slechts enkele gynaecologen die recentelijk hun opleiding afsloten.

Nadere analyse van de discrepantie tussen 'vraag' en 'aanbod' wijst uit dat enerzijds een onverwachte toename van het aantal geboorten (en de toename van, meer risicovolle eerste zwangerschappen van oudere vrouwen) de vraag naar obstetrici doet stijgen, maar dat, anderzijds, een sterk toegenomen wens om minder lange werkweken te maken (nu is 43% van de gynaecologen-in-opleiding vrouw) zijn invloed aan de aanbodzijde doet gevoelen.

Als al deze factoren in volle omvang hun invloed zouden doen gelden, dan zou men vanaf 1992 jaarlijks meer dan 45 gynaecologen moeten opleiden; wil men alleen aan de demografische ontwikkelingen tegemoet komen dan zijn er 26 nieuwe gynaecologen nodig. De huidige opleidingen leveren echter een wisselend aantal van 16 tot 25 per jaar met een dip van slechts 5 gynaecologen in 1994; een produkt van de verlenging van de opleiding van 5 tot 6 jaar. Het 'deeltijd-scenario' heeft bovendien een sterk realiteitsgehalte. Verschuivingen in de 'verloskundige markt' (alle zwangeren naar het ziekenhuis) kunnen in het geheel niet worden opgevangen; de beroepsgroep der gynaecologen zal alle zeilen moeten bijzetten om de nu reeds geconstateerde tekorten op te vangen.

Aangezien de door de sterke toename van het aantal vrouwelijke artsen beïnvloedde wens tot reductie van de lange werkweken zich op veel terreinen in de geneeskunde voordoet, rijst de vraag of de huidige numerus fixus van studenten geneeskunde niet op korte termijn verruimd zou moeten worden.

2.2.3. Verpleging en verzorging

Het onderzoek naar verpleging en verzorging laat zich typeren met de termen: 'Kwaliteit van arbeid' en 'Kwaliteit van zorg'. Uitgangspunt is, dat goede werkomstandigheden ook de kwaliteit van zorg ten goede komen.

Zo wordt in het onderzoeksprogramma 'Thuiszorgtechnologie' aandacht besteed aan het verbeteren van til-activiteiten door introductie van 'tilliften'. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de thuiszorg hebben twee belangrijke oorzaken: aandoeningen van het bewegingsapparaat, vooral veroorzaakt door het tillen van patiënten (wijkverpleging) of huishoudelijke apparatuur (gezinsverzorging) en aandoeningen die men in het moderne jargon als 'tussen de oren' kan lokaliseren. Deze problematiek (ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid door 'overspanning') is vaak (mede) terug te voeren tot de sociale aspecten van de werkomstandigheden.

Functiedifferentiatie in de thuiszorg is in het verslagjaar onderzocht en gerapporteerd evenals een in hoog tempo opgezet en uitgevoerd onderzoek naar 'Wachlijsten in de thuiszorg'.

Trouwe lezers van het NIVEL-jaarverslag zal zijn opgevallen dat er niet meer expliciet over extramurale verpleging en verzorging wordt gesproken; de functionele omschrijving heeft hier onverbiddeijk toegeslagen; hetgeen min of meer vanzelf inhoudt dat het onderzoeksterrein zich niet meer tot de extramurale sector beperkt; ook verpleeg- en verzorgingstehuizen vallen nu onder het onderzoeksdomein.

Een goed begin van een terreinverkenning vormt onderzoek op de raakvlakken; zo is er een rapportage van een 'Geriatrisch Diagnose- en behandeladvies-Team', dat huisartsen vanuit de verpleeghuissector adviseert over diagnose en behandeling van geriatrische patiënten in zijn praktijk.

Onderzoek naar 'Specialistische thuisverpleging voor AIDS-patiënten' is een vergelijkbaar thema uit het grensvlak tussen eerste en tweede lijn.

Functiedifferentiatie in de thuiszorg

Functiedifferentiatie in de thuiszorg kan men horizontaal opvatten (met excuses voor het jargon), dat wil zeggen een scheiding in inhoudelijke activiteiten zoals thuisverpleging en moeder- en kindzorg, en verticaal, een onderscheid in de mate van complexiteit en verantwoordelijkheden van functies en de afstemming met functies van een hoger of lager niveau.

Beide elementen komen binnen de thuiszorg voor en op beide fronten kunnen problemen optreden. Deze problemen zijn geïnterviewd in een telefoni-

sche enquête onder thuiszorg-organisaties. Van de kruisorganisaties deed 84% aan het onderzoek mee; van de instellingen voor gezinsverzorging 59%. Bij 40% van de ondervraagde kruisorganisaties worden problemen met de verticale functiedifferentiatie aangetroffen. De complexiteit van de verpleegsituatie is hier het meest genoemde criterium om meer en minder ingewikkelde taken en functies van elkaar te scheiden, maar instrumenten om de complexiteit vast te stellen ontbreken veelal. Bovendien vinden op één na alle kruisorganisaties dat wijkverpleegkundigen regelmatig werkzaamheden onder hun niveau verrichten; volgens de respondenten (meestal 'hoofden zorg' van de instellingen) komen complexe verpleegsituaties maar weinig voor; te weinig om de huidige verhouding van 1 wijkziekenverzorgende op 3 wijkverpleegkundigen te rechtvaardigen. Ondubbelzinnige criteria om de grens tussen gezinsverzorging en ziekenverzorging in de wijk af te bakenen ontbreken bovendien.

Horizontale functiedifferentiatie wordt door de kruisverenigingen voortvarend ter hand genomen. Bijna elke organisatie is bezig met het scheiden van de 'divisie' ouder- en kindzorg en volwassenenzorg. Bovendien wordt in toenemende mate met zogenaamde 'aandachtsgebieden' gewerkt; hier moet men denken aan CARA-verpleegkunde, diabetesverpleging en dergelijke.

Het onderzoek leidde tot 18 aanbevelingen (de eerste natuurlijk om de tweede fase van het onderzoek snel te starten). Deze aanbevelingen hebben betrekking op de integratie van het verpleegkundig beroepsprofiel in een functieprofiel voor de wijkverpleging inclusief een systeem van cliëntentoe wijzing. Het grijze gebied tussen wijkverpleging en gezinsverzorging is nader omschreven en samenwerkingsmogelijkheden zijn uitgewerkt. Tenslotte is een aantal aanbevelingen geformuleerd om de horizontale differentiatie door middel van goede na- en bijscholingen goed te laten verlopen.

Als men zich herinnert hoe essentieel het 'generalistisch werken', dat wil zeggen én moeder (pardon ouder-) en kindzorg én ouderenzorg, in het recente verleden werd geacht, dan is het verbazend dat de ingrijpende reorganisaties in het Kruiswerk zo weinig openbare weerstand ontmoeten.

Wachlijsten

Begin december 1992 kreeg het NIVEL de opdracht om voor de Kerst te rapporteren over de aard en de omvang van het verschijnsel 'Wachlijsten in de thuiszorg'.

Na een in hoog tempo verrichte inventarisatie kon een persbericht worden uitgegeven met de volgende kop:

WACHTLIJSTEN IN DE THUISZORG: KLEINER DAN AANGENOMEN MAAR WEL EEN PROBLEEM.

Wachttijsten bleken vooral voor te komen bij de gezinsverzorging en nauwelijks bij het kruiswerk. Van de 72 kruisorganisaties hanteerden er 6 een wachtlijst; bij de organisaties voor gezinsverzorging bleek, daarentegen, 80% een wachtlijst te hanteren, waarop alles bij elkaar meer dan 12.000 huishoudens voorkomen die voor hulp in aanmerking komen. De gemiddelde wachttijd bij deze instellingen is 1 1/2 tot drie maanden. Berichten in de pers, die mede aanleiding tot het onderzoek vormden, noemden aantallen van 30.000 tot 50.000 mensen.

Bij het onderzoek, waaraan 153 van de 156 instellingen voor gezinsverzorging en alle 72 erkende kruisorganisaties deelnamen, werd een onderscheid gemaakt tussen wachttijd voor de indicatiestelling en wachttijd voorafgaand aan de feitelijke hulpverlening. Bij het Kruiswerk komt de eerstgenoemde vorm niet voor; al met al wachtten er ten tijde van het onderzoek niet meer dan 17 personen op wijkverpleging en 29 personen op hulpmiddelen.

Wachttijsten tussen aanmelding en indicatiestelling worden genoemd door 15% van de instellingen voor gezinsverzorging. Op deze wachtlijsten staan ongeveer 1300 mensen; de gemiddelde wachttijd is 12 dagen. Meer dan 80% van de instellingen heeft een wachtlijst voor hen die positief geïndiceerd zijn; op deze lijst staan 12.500 mensen, 60% van hen wacht op de traditionele gezinsverzorging (wachttijd 45 dagen gemiddeld), de rest op zgn alpha-hulp, een vorm van gezinsverzorging waar de cliënt zelf als werkgever optreedt (hier is de wachttijd 90 dagen).

Omvangrijke wachtlijsten komen onder meer voor in en om Rotterdam, Amersfoort, Amsterdam en Haarlem. Instellingen voor gezinsverzorging hebben grotere wachtlijsten als er sprake is van een hoog ziekteverzuim en/of vacatures moeilijk ingevuld kunnen worden.

In 1992 is de wachtlijstproblematiek verergerd; vroeger kwamen er geen wachtlijsten bij het kruiswerk voor, nu is in '92 het aantal gegroeid van 2 naar 6. In de gezinsverzorging groeiden met name de wachtlijsten voor alpha-hulp; in de traditionele gezinszorg bleven ze even groot.

Geriatrisch Diagnose en behandel-advies-Team (GDT)

In Rotterdam zijn in de loop van 1991/92 drie Geriatrische Diagnose- en behandeladvies-Teams ingesteld, bestaande uit een verpleeghuisarts, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een netwerk van specialisten

teneinde huisartsen in staat te stellen ouderen met complexe problemen zo lang mogelijk in de thuissituatie te kunnen blijven behandelen.

Uit een door het NIVEL verricht vooronderzoek bij een van de drie GDT's werd duidelijk dat de patiënten over wie een advies werd gevraagd zich inderdaad kenmerken door slechte lichamelijke conditie, psychische en sociale problemen, een hoge mate van hulpbehoevendheid en een gebrekkige ondersteuning thuis. De afbakening tussen de doelgroep van het GDT en van het RIAGG bleek niet altijd even duidelijk te zijn. Gedurende een half jaar werden 32 patiënten aangemeld. Het voornemen om binnen twee weken tot een advies te komen werd niet altijd gehaald; tijdsdruk speelde bij alle deelnemers een rol. Het bleek wel mogelijk om in de thuissituatie een diagnose te stellen en een behandeladvies te formuleren, dat overigens, afhankelijk van de motivatie van de patiënt slechts in de helft der gevallen werd opgevolgd. De resultaten van het vooronderzoek zijn gebruikt om de werkwijze van teams te verbeteren.

Gespecialiseerde thuiszorg voor AIDS-patiënten

In dit, samen met het Academisch Ziekenhuis Rotterdam uitgevoerde experiment zijn bepaalde gespecialiseerde medisch-technische en verpleegkundige handelingen, die als regel in het ziekenhuis worden uitgevoerd verplaatst naar de thuissituatie. Een verpleegkundige, gespecialiseerd in de behandeling van AIDS-patiënten, bezocht hiervoor de patiënten thuis; de gespecialiseerde handelingen werden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een internist. Voor de handelingen waren protocollen opgesteld. Afhankelijk van de behoefte aan zorg werd deze gespecialiseerde zorg aangevuld met reguliere thuiszorg van wijkverpleegkundige of huisarts. Aan het experiment namen 13 patiënten deel; de maximale zorgperiode was 6 maanden.

Het NIVEL onderzocht onder welke omstandigheden een dergelijke gespecialiseerde interventie het best gerealiseerd kon worden. In het onderzoek werden door verpleegkundig AIDS-consulent en de wijkverpleging registratieformulieren ingevuld, is een logboek bijgehouden en zijn door patiënten, de naaste omgeving en hulpverleners vragenlijsten ingevuld.

De volgende conclusies kunnen uit het onderzoek worden getrokken:

Vanuit het gezichtspunt van de AIDS-patiënten is deze vorm van gespecialiseerde thuiszorg wenselijk. Nu is "zorg op maat" mogelijk en wordt de patiënten de mogelijkheid geboden langer in hun vertrouwde omgeving te blijven of thuis te sterven. De naaste omgeving van de patiënt en de professionele hulpverleners delen deze mening.

De verplaatsing van gespecialiseerde medisch technische en verpleegkundige handelingen naar de thuissituatie bleek uit medisch-verpleegkundig, economisch en organisatorisch gezichtspunt mogelijk.

Als knelpunten (belangrijk bij een eventuele voortzetting) werden gezien:

- verpleegkundig AIDS-consulent dient ook in het weekeinde bereikbaar te zijn
- communicatie tussen al de hulpverleners kan ook verbeterd worden; bijvoorbeeld door beter gebruik van logboeken te maken, een gezamenlijke intake van wijkverpleging en AIDS-verpleging en regelmatig overleg tussen huisarts en internist. Met name bij het begin van deze thuiszorg, liefst een week voor de aanvang, dient er contact te zijn

Tilliften

Voor de meeste verpleegkundigen zijn rugklachten gewoon geworden: het hoort bij het werk. Toch wensen velen zich daar niet bij neer te leggen. Preventie richt zich tot nu toe vooral op het aanleren van manuele tiltechnieken. Cursussen tiltechniek maken deel uit van de opleiding voor verpleegkundige en ook na de diplomering krijgen verpleegkundigen de mogelijkheid zich regelmatig bij te scholen in tiltechnieken.

Er worden echter vraagtekens gezet bij deze vorm van preventie. In de fysiek zware beroepen van de bouw en de industrie kiest men mede op basis van effectonderzoek in toenemende mate voor een zogenaamde 'ergonomische' interventie. Men past dan het werk aan aan de mens in plaats van de mens aan zijn werk, zoals met manuele tiltechniektraining. De gedachte is dat er een grens is aan de fysieke belastbaarheid van een mens, ondanks tiltechniektraining. Voor tilarbeid zou de grens bij 25 kilogram liggen. Dat is een grens die snel bereikt wordt in de gezondheidszorg. Een patiënt is al gauw zwaarder dan 25 kilogram. In de bouw worden hulpmiddelen ingezet zodat bouwvakkers zware lasten niet meer met de hand hoeven te tillen. In de verpleging lijkt men vooral vast te houden aan de tiltechniektraining.

Voor de gezondheidszorg zou een ergonomische benadering een fundamentele wijziging in preventie-strategie betekenen. Mechanische hulpmiddelen voor het tillen, zoals patiëntentilliften, worden zelden gebruikt en men heeft soms een uitgesproken afkeer van deze hulpmiddelen. Door het NIVEL is gestart met het project "Tillen in de Thuiszorg". Onderzocht wordt wat de effecten zijn van een ergonomische interventie in de thuiszorg: de introductie van patiëntentilliften in een kruisorganisatie. Ook in dit project lopen we tegen

de weerstanden op die bestaan tegen het gebruik van tilliften. Weerstanden komen we tegen onder wijkverpleegkundigen en patiënten, maar ook tijdens de 'first international congress for occupational health for health care workers' in Freiburg, 9-11 september 1992. Hier ontstond een emotioneel debat over het gebruik van tilliften versus tiltechniektraining. De resultaten van het project 'Tillen in de Thuiszorg' zullen moeten uitwijzen wat de bijdrage kan zijn van tilliften aan de verbetering van de arbeidsomstandigheden van verplegenden in de thuiszorg.

2.2.4. Samenhang tussen eerstelijnsgezondheidsvoorzieningen

Een langlopend onderzoek in deze sector is de evaluatie van de gezondheidszorg in Almere. Zijn in voorgaande jaren al verschillende deelstudies verschenen, in 1992 kwam de Almeerse studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk gereed, waardoor het reilen en zeilen van de huisartsen in Almere kan worden vergeleken met dat van huisartsen in de rest van Nederland.

Een nieuw element is de studie naar kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. Deze studie, die wordt uitgevoerd in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, behelst een inventarisatie van de verschillende manieren waarop in de gezondheidszorg de kwaliteit wordt bewaakt. In 1992 zijn landelijke koepelorganisaties ondervraagd; in een tweede fase van dit project zal de aandacht verschuiven naar afzonderlijke instellingen en organisaties.

Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk

De gezondheidszorg in Almere is anders georganiseerd dan in de rest van Nederland. Het accent ligt er sterk op de eerstelijnszorg, die wordt verleend vanuit wijkgericht werkende gezondheidscentra; (bijna) alle hulpverleners in de eerstelijns zijn in dienst van één rechtspersoon. Samen met het NZi zorgt het NIVEL voor de evaluatie van dit project. In de voorgaande jaren is een reeks van deelstudies verschenen. Het onderzoek 'Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk' - een Nationale Studie op kleine schaal - maakt het nu ook mogelijk om het werken van de huisartsen in Almere te vergelijken met dat van collega's elders.

De huisartsen in Almere - onder wie veel vrouwen - zijn in doorsnee jong, hebben relatief weinig ervaring en zijn vaak afgestudeerd aan één van de universiteiten in het westen van het land. Meer dan in de rest van Nederland werken zij volgens afspraak; dat een patiënt na een telefoontje nog dezelfde

dag terecht kan, komt minder vaak voor. Het instrumentarium van de huisartsen in Almere is meer compleet dan dat van een willekeurige collega elders; naar eigen zeggen passen zij ook wat meer medische technieken toe en laten zij meer werkzaamheden over aan de assistente. In hun taakopvatting en hun houding ten opzichte van patiënten wijken de Almeerse huisartsen nauwelijks af.

Net als in de rest van Nederland zijn de patiënten in Almere in het algemeen tevreden over hun huisarts. Dat geldt niet alleen voor de manier waarop deze met patiënten omgaat, maar ook voor zijn of haar verwijs- en voorschrijfbeleid. Vooral wat betreft bereikbaarheid klinkt in het oordeel van de bevolking van Almere echter kritiek door.

Verschillen in leeftijd en geslacht in aanmerking genomen, voelen de inwoners van Almere zich minder gezond dan de doorsnee Nederlander. Zij hebben niet alleen meer acute klachten, ook chronische klachten, psychosociale problemen en symptomen die wijzen op mogelijke psychische stoornissen komen in Almere vaker voor.

Gemiddeld maken Almeeders dan ook wat meer gebruik van de gezondheidszorg, in het bijzonder van voorzieningen in de eerstelijns. Het aantal contacten met de huisartspraktijk ligt, na standaardisatie voor leeftijd en geslacht, bijna 10% hoger dan in de rest van Nederland. Daarbij gaat het naar verhouding vaker om telefonische contacten en minder vaak om visites of huisbezoeken.

Huisartsen in Almere worden met méér morbiditeit - en vooral met méér psychosociale problemen - geconfronteerd dan huisartsen in de rest van Nederland. Vooral vrouwen leggen hun huisarts in vergelijking met elders meer problemen voor. De verschillen zijn niet toe te schrijven aan verschillen in leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en dergelijke, en ook niet aan verschillen in het aanbod (zoals het tot voor kort ontbreken van een ziekenhuis). Het feit dat de inwoners van Almere daar per definitie nog niet zo lang wonen, verklaart wellicht al veel. Andere mogelijke verklaringen zijn het 'groene weduwe'-effect en de 'laagdrempeligheid' van de gezondheidscentra.

Op een aantal punten onderscheidt de huisartspraktijk in Almere zich van praktijken elders. Er wordt - per duizend contacten, en rekening houdend met de afwijkende leeftijdsopbouw van de bevolking - relatief veel diagnostisch onderzoek aangevraagd en in de praktijk zelf verricht, er worden iets meer behandelingen uitgevoerd (er wordt vooral meer gepraat) en minder medicij-

nen voorgeschreven. Almeerse huisartsen verwijzen wat meer patiënten naar andere disciplines in de eerstelijns en wat minder naar de tweede lijn.

In het algemeen - zo luidt de conclusie - gaan de huisartsen in Almere te werk naar de 'geest' van de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere, waarin begrippen als 'kostenbeheersing', 'kwaliteit' en 'substitutie' centraal staan.

Thuiszorg aan chronisch zieke ouderen

Ruim driehonderd thuiswonende, chronisch zieke ouderen (van wie 81% ouder dan 65 en 36% ouder dan 75 jaar) is gevraagd welke hulp zij nodig hebben, welke hulp zij krijgen en hoe tevreden zij daarover zijn. Op veel terreinen blijkt hulp nodig te zijn. En hoewel deze patiënten die ook krijgen - hetzij van professionele hulpverleners, hetzij van familie, vrienden of burens - blijft er nog heel wat te wensen over. Zo krijgen veruit de meeste (92%) patiënten die hulp nodig hebben bij dagelijkse bezigheden (ADL: wassen, aankleden en dergelijke), onvoldoende hulp. In mindere mate geldt dat ook voor patiënten die bij praktische zaken geholpen moeten worden, zoals het regelen van aanpassingen in het huis. Ongeveer de helft van de patiënten die behoefte hebben aan hulp in het huishouden (zoals het bed opmaken) en hulp bij psychosociale problemen, blijft van voldoende hulp verstoken. Alleen wie verpleegd moet worden, krijgt die hulp vrijwel altijd.

Het bestaan van onvervulde behoeften aan hulp is een criterium voor de kwaliteit van de professionele hulp. Patiënten die meer huishoudelijke hulp nodig hebben dan zij krijgen, zijn ontevreden over de kwantiteit en over de kwaliteit van de wél geboden professionele hulp. Wie meer ADL-hulp nodig heeft, klaagt echter vooral over de kwaliteit (en niet over de kwantiteit) van die hulp. Over de hulp bij praktische zaken bleken veel mensen vooral ontevreden vanwege de omslachtigheid en tijdrovendheid van allerlei procedures.

Afstemming van wijkverpleegkundigen en huisartsen

In veel steden, en zeker in de oude wijken, zijn de werkgebieden van huisartsen en wijkverpleegkundigen vaak niet op elkaar afgestemd. Eén huisarts heeft daardoor met meerdere wijkverpleegkundigen te maken, en omgekeerd. De resultaten van een enquête onder ruim 200 wijkverpleegkundigen in gemeenten met meer dan 40.000 inwoners maken aannemelijk dat de onderlinge samenwerking daardoor wordt belemmerd.

Wijkverpleegkundigen en huisartsen van wie de werkgebieden (voor een belangrijk deel) op elkaar zijn afgestemd, hebben vaker gestructureerd

overleg dan hun collega's bij wie dat niet, of in mindere mate, het geval is. Deze wijkverpleegkundigen hebben ook de meest zware patiënten: als er gestructureerd overleg bestaat, dan geven zij vaker verpleegtechnische hulp, begeleiding bij psychosociale problemen en terminale zorg. Dat komt omdat zij van de bij het overleg betrokken huisartsen iets meer patiënten in zorg krijgen die - objectief gezien - intensieve zorg nodig hebben, dan van huisartsen met wie zij geen gestructureerd overleg voeren. Opvallend genoeg ervaren de wijkverpleegkundigen bij deze patiënten niet meer werkbelasting dan bij de anderen. Dat zij in het overleg met de huisarts verantwoordelijkheden kunnen delen en problemen in de behandeling kunnen bespreken, heeft wellicht een gunstige uitwerking.

Inventarisatie kwaliteitssystemen

Eind oktober 1992 werden de resultaten openbaar van een onderzoek van het NIVEL naar kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. De resultaten van dit onderzoek, dat werd uitgevoerd in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, zijn van betekenis voor de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid. Deze VC-VOK is destijds ingesteld om de voortgang te bewaken van de 'Leidschendam-afspraken' van 1989 en 1990. Het rapport is gebaseerd op interviews met vertegenwoordigers van alle koepelorganisaties in de gezondheidszorg en de welzijnszorg, zowel die van de beroepsbeoefenaren als die van de instellingen. Omdat volledige 'kwaliteitssystemen' nog niet bestaan, is de inventarisatie gericht op 'deelsystemen', waarmee aspecten van de kwaliteit bewaakt en verbeterd kunnen worden.

De koepels van instellingen (zoals de RIAGG's, of de verpleeghuizen) streven naar invoering van één kwaliteitssysteem voor de hele instelling. Visitatie en 'inter-institutionele' toetsing vormen dan ook de belangrijkste deelsystemen. Tussen de koepels bestaan grote verschillen: instellingen voor maatschappelijk werk, RIAGG's en verzorgingstehuizen ontwikkelen bijvoorbeeld een systeem van onderlinge toetsing dat in psychiatrische ziekenhuizen en verpleeghuizen al wordt vervangen door hardere, meer normerende vormen van toetsing.

Bij de koepels van beroepsbeoefenaren ligt de nadruk op deskundigheidsbevordering. (Her)registratie, onderlinge toetsing, na- en bijscholing en klachtenbehandeling zijn belangrijke deelsystemen. Ook hier bestaan onderling grote verschillen, die samenhangen met de mate van professionalisering, de beschikbare middelen en de uniformiteit van het te leveren produkt. Zo zijn

de medische beroepen in het algemeen al vrij ver in het formuleren van kwaliteitscriteria (bijvoorbeeld in de vorm van protocollen en standaarden), terwijl de paramedische beroepen zich noodgedwongen met voorwaardenscheppend werk bezighouden (bijvoorbeeld het opstellen van beroepsprofielen).

Dat instellingen en beroepsbeoefenaren een verschillend accent leggen (de eerste meer op de kwaliteit van de instelling, de laatste meer op de kwaliteit van het professionele handelen), kan makkelijk tot spanningen leiden, concludeert het rapport. Daarnaast wordt opgemerkt dat het waken over de kwaliteit vooral een aangelegenheid is van de aanbieders zelf: patiënten komen nauwelijks aan bod, zorgverzekeraars helemaal niet.

In een tweede fase van dit project ligt de nadruk op implementatie van kwaliteitssystemen binnen afzonderlijke instellingen en organisaties.

Vernieuwingsprojecten in de eerstelijnsgezondheidszorg

Zorgvernieuwing lijkt aan te slaan in Nederland. Verspreid over het hele land zijn hulpverleners bezig om de organisatie van de zorg te verbeteren. Al enkele jaren worden dergelijke projecten in opdracht van het ministerie van WVC door het NIVEL, het NcGv en het NZi geregistreerd. Zo blijft het zicht behouden over wat er in het veld gebeurt.

De speurtocht is gestart met het inventariseren van (potentiële) zorgvernieuwingprojecten bij ruim tweeduizend organisaties in de gezondheidszorg. Het NIVEL ging te rade bij instellingen in de eerste lijn (zoals kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijk werk) en bij niet-echelongebonden organisaties (zoals ziekenfondsen en Provinciale raden voor de Volksgezondheid); de beide andere registrerende instellingen raadpleegden hun eigen 'achterban'. Alleen die activiteiten werden - en worden nog steeds - geregistreerd die gericht zijn op een verandering van het primaire proces ('zorgvernieuwing'), met bepaalde middelen en binnen een bepaald tijdsbestek ('project'). In 1991 werden ruim 475 zorgvernieuwingprojecten geregistreerd.

'Vernieuwing' is geen absoluut begrip: bij ruim de helft van de projecten wordt aangegeven dat elders in Nederland soortgelijke projecten worden uitgevoerd. Verder valt op dat in 15% van de projecten wordt gewerkt zonder projectplan en evaluatieprocedure, en dat veel projecten betrekking hebben op (complexe) zorg door meer dan één discipline: bij 43% van de projecten zijn minimaal vier disciplines betrokken.

Verreweg de meeste projecten richten zich op specifieke doelgroepen, zoals ouderen (23%), patiënten met specifieke lichamelijke problemen (35%), en patiënten met psychische problemen (39%). Slechts 5% van de projecten is

gericht op de algemene populatie; een voorbeeld daarvan is een project dat tot doel heeft het aanvragen van externe diagnostiek door huisartsen te verbeteren.

Een belangrijke aanleiding om te gaan experimenteren met functiegerichte samenwerking rond specifieke patiëntengroepen is onvrede met de inflexibiliteit van de bestaande echelongrenzen. Ook komen veel projecten voort uit een toenemende druk om de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Toenemende individualisering en een groeiende vraag naar 'zorg op maat' zijn een derde aanleiding om te kijken 'of het niet anders kan'.

Gezondheidscentra in Nederland

Op 1 januari 1992 waren er in Nederland 161 gezondheidscentra, samenwerkingsverbanden waarin (tenminste) huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden onder één dak met elkaar samenwerken. Daarnaast werken in veel gezondheidscentra fysiotherapeuten (79%), verloskundigen (60%), ziekenverzorgenden (59%) en diëtisten (49%). Het gemiddeld aantal disciplines per centrum is zeven. Bijna de helft (47%) heeft een coördinator of directeur.

In alle centra samen werkten begin 1992 607 huisartsen (8,8% van alle huisartsen in Nederland), gemiddeld 3,8 per centrum. Het aantal wijkverpleegkundigen was 563 (3,5 per centrum), het aantal maatschappelijk werkenden 318 (2 per centrum). Zeker in termen van volledig bezette arbeidsplaatsen nam het aandeel van wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers in 1992 af. Het aantal ondersteunende personeelsleden (1538 mensen, onder wie veel centrum- en apothekersassistenten) is in 1992 sterker gestegen dan het aantal hulpverleners. Bijna de helft (49%) van de huisartsen is in loondienst; dat geldt ook voor 35% van de apothekers en 30% van de tandartsen.

Bij huisartsen in gezondheidscentra staan ruim één miljoen mensen ingeschreven; omgerekend naar volledig bezette arbeidsplaatsen is de gemiddelde praktijkgrootte in de centra 2259, een kleine afname in vergelijking met het jaar ervoor. In 85% van de centra werken de huisartsen 'wijkgebonden', dus alleen voor patiënten in de buurt. In 67% van de centra werken huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden voor dezelfde groep patiënten.

2.3. Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid

2.3.1. Hulpvraag en hulpvrager in de eerstelijns

Samen met de Consumentenbond is een 1500 huishoudens tellend panel opgezet, dat met behulp van regelmatige schriftelijke of telefonische interviews naar ervaring met of opvattingen over de gezondheidszorg wordt gevraagd. Het panel geeft een goede doorsnede van de Nederlandse bevolking op één, niet onbelangrijk, kenmerk na: de sociaal-economische samenstelling. In het panel zitten naar verhouding teveel goed-opgeleide en te weinig slecht-opgeleide mensen. Gewerkt wordt aan verbetering van de representativiteit op dit punt.

De eerste twee peilingen hadden betrekking op ervaringen met het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) en opvatting over het al dan niet verplicht stellen van polio-vaccinaties.

Naast dit 'consumentenpanel-onderzoek' is verder gewerkt aan het 'samenwerkings-experiment reguliere/alternatieve genezers' en is onderzoek verricht naar het gebruik van een 06-lijn voor kindermishandeling en naar tevredenheid over voedingsvoorlichting door de diëtist. Een onderzoek naar het voorschrijven van placebo's door huisartsen kreeg de nodige aandacht in de media.

Consumentenpanel 1 - Ervaringen met het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS)

De gedachte achter het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem is, dat er niet door de kwaliteit van het geneesmiddel bepaalde prijsverschillen tussen gelijkwaardige geneesmiddelen bestaan. In het GVS krijgt de patiënt alleen een vergoeding, die gebaseerd is op de prijs van de goed werkende goedkopere middelen.

Wil men een duurder medicijn of schrijft de arts een duurder medicijn voor, dan moet men bijbetalen. Met dit systeem wil de overheid een eind maken aan de steeds stijgende kosten van het gebruik van geneesmiddelen.

In het panel is onderzocht hoe vaak mensen daadwerkelijk hebben moeten bijbetalen. Uit de inventarisatie bleek dat 22% van de ondervraagden heeft moeten bijbetalen; in 1991 was dit gemiddeld ongeveer vijftig gulden met uitschieters van fl 500.-. Vooral de 'pil' leverde nogal wat bijbetalingsproblemen op. De fabrikanten hadden de prijzen van dit medicijn drastisch en collectief verhoogd. Van de mensen die bijbetaalden koos een kwart zelf voor het duurdere medicijn, voor 20% zag de arts geen goed alternatief of raadde deze aan het duurdere middel te blijven gebruiken. Voor de overige patiënten

kwam de bijbetaling als een volledige verrassing. Ongeveer 13% van de patiënten stapte over op goedkopere medicijnen, soms op initiatief van de arts, soms nam men zelf het initiatief. Meer dan een kwart van de patiënten die op andere medicatie overging is niet zo tevreden over het nieuwe geneesmiddel; 27% zou het oude middel weer nemen als ze niet zouden hoeven bij te betalen.

Consumentenpanel 2 - Polio-vaccinatie

De polio-epidemie van 1992 deed de vraag naar verplichtstelling van de vaccinatie weer opvlammen. In de Tweede Kamer is hiervoor (tot dusver) geen meerderheid te vinden, blijkens de resultaten van een telefonische raadpleging van het Consumentenpanel denkt de bevolking daar anders over. Ruim 82% is voorstander van verplichte vaccinatie van kinderen; de voorkeur is bij VVD-aanhangers het sterkst (90% voor) en bij D'66 en Groen Links minder sterk (77 en 73% voor). Over verplichte inenting van volwassenen wordt genuanceerder gedacht. Bijna de helft (48%) van de ondervraagden vindt dat alle volwassenen die niet zijn ingeënt, daartoe verplicht moeten worden; nog eens 23% is van mening dat alleen bepaalde groepen volwassenen (zoals onderwijzend personeel en verpleegkundigen) een vaccinatieplicht moeten krijgen.

Ondanks de uitgebreide voorlichting in de media is het lang niet iedereen duidelijk wie zich wel en wie zich niet moet laten inenten. 71% van de ondervraagden zegt de richtlijnen van de Geneeskundige Hoofdingspectie te kennen. Dat wordt echter niet bevestigd als concrete voorbeelden worden voorgelegd. Zo weet 85% van de ondervraagden dat iemand van 35 jaar die nooit is ingeënt, voor vaccinatie in aanmerking komt. Dat eenzelfde persoon van 45 jaar zich niet hoeft te laten inenten, weet slechts 35%.

Kwaliteit van diëtetische zorg: het oordeel van de patiënt

Ook door diëtisten wordt nagedacht over begrippen als 'klantvriendelijkheid' en 'zorg op maat'. Alleen cliënten zelf kunnen aangeven of die beoogde klantvriendelijkheid in de praktijk wordt gerealiseerd. In samenwerking met de thuiszorg in de provincie Drenthe is aan ruim driehonderd cliënten (respons: 60%) gevraagd wat hun oordeel is over verschillende aspecten van de diëtetische zorg en hoe belangrijk zij die aspecten vinden. Cliënten - zo blijkt - vinden het belangrijk dat de diëtiste deskundig is, dat zij de problemen aanvoelt en zondig verduidelijkt, dat zij bruikbare informatie geeft en vertrouwelijk met de informatie van de cliënt omgaat. Afgezien van die vertrouwelijkheid, beoordelen de cliënten de kwaliteit op deze aspecten als 'goed'. De

resultaten van dit onderzoek zijn van direct belang voor alle diëtisten in de eerste lijn.

Evaluatie 06-lijn kindermishandeling

In opdracht van de Vereniging tot bestrijding van kindermishandeling heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar het gebruik van de 06-informatie- en advieslijn kindermishandeling. De resultaten ervan zouden een besluit over het al dan niet voortzetten van de lijn kunnen onderbouwen. De onderzochte lijn is bedoeld voor volwassenen. Kinderen met eigen ervaringen kunnen terecht bij een aparte 06-kinderlijn (een extra lijn van de kindertelefoon).

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de (bestaande) registratie van de gevoerde telefoongesprekken bij de uitvoerder van de lijn, de Stichting Korrelatie. Daarnaast zijn telefonische interviews gehouden met de bellers.

De geïnterviewde bellers - voor het onderzoek werden zij door het NIVEL teruggebeld, twee weken nadat zij het 06-nummer hadden gedraaid - bleken zeer tevreden over de geboden dienstverlening. Men vond de informatie en adviezen zeer bruikbaar. Ook over de manier waarop zij te woord werden gestaan, waren de meeste bellers goed te spreken.

Kindermishandeling blijkt de mensen bijzonder bezig te houden. Elke publiciteit over het onderwerp leidt steevast tot een grote toestroom van telefoontjes. Dat heeft tot gevolg dat de bereikbaarheid van de 06-lijn op piektijden tekort schiet.

Gezien het aantal bellers en de grote tevredenheid over de dienstverlening, voorziet de 06-lijn in een behoefte. Bij voortzetting ervan valt samenvoeging met de 06-kinderlijn te overwegen. Een vijfde van de bellers van de onderzochte 06-lijn voor volwassenen bleek namelijk te bestaan uit kinderen die eigen ervaringen wilden bespreken. Ook zouden vragen om informatie en adviesgesprekken duidelijker van elkaar onderscheiden moeten worden.

Experiment samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten

Over het project 'Samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten', dat wordt uitgevoerd in de provincie Friesland en in een regulier gezondheidscentrum elders, is in vorige jaarverslagen reeds gerapporteerd. Aan dat project doen, in Friesland, 35 huisartsen en 30 alternatief werkende artsen en fysiotherapeuten mee. Met voorgedrukte registratieformulieren berichten zij elkaar over de behandeling van gemeenschappelijke patiënten. Bijna alle huisartsen hebben contact met één, soms met twee of drie, homeopaten,

manueel therapeuten en acupuncturisten. Met antroposofische artsen zijn weinig contacten, met natuurartsen evenmin.

Van de ruim duizend alternatief behandelde patiënten van wie eind 1992 gegevens waren verzameld, is meer dan 60% door de huisarts naar een alternatieve therapeut verwezen, een hoog percentage. De omstandigheden zijn dan ook gunstig: welwillende huisartsen enerzijds, regulier opgeleide alternatieve therapeuten anderzijds. Desondanks is de communicatie tussen beiden vrijwel beperkt tot het uitwisselen van de registratieformulieren. Bij minder dan 10% van de afgesloten behandelingen hebben huisartsen en therapeuten extra schriftelijke informatie uitgewisseld, de telefoon gepakt, of elkaar direct over een gemeenschappelijke patiënt gesproken.

Huisartsen verwijzen vrijwel uitsluitend naar een manueel therapeut als de patiënt klachten heeft aan het bewegingsapparaat. Ook bij verwijzingen voor acupunctuur ligt daarop de nadruk, al worden ook patiënten met klachten van het zenuwstelsel en psychische klachten, zoals spanningshoofdpijn en verslavingsproblemen, vaak voor acupunctuur verwezen. Klachten waarvoor naar een homeopaat wordt verwezen hebben betrekking op de ademhalingsorganen (CARA), op de huid (eczeem) en op algemene problemen, zoals allergie.

Na afloop van de behandeling noemt driekwart van de betrokken therapeuten en de helft van de betrokken huisartsen de toestand van de patiënt verbeterd (de anderen signaleren een lichte of helemaal geen verbetering); ook patiënten zeggen in meerderheid dat het doel bereikt is.

2.3.2. Relatie eerstelijns - GGZ/Hulpverleningsprocessen

Vaste thema's bij dit onderwerp zijn: de detectie en behandeling van psychosociale problematiek in de eerste lijn in het algemeen en in de huisartspraktijk in het bijzonder. Ook de verhouding tussen de binnen de eerste lijn behandelde problemen en de verwijzingen naar ambulante of klinische GGZ wordt systematisch onderzocht. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk vormt hier nog steeds een belangrijke bron van gegevens. Daarnaast vormt de communicatie tussen hulpverlener (ook hier weer vooral de huisarts) en patiënt/cliënt een vast onderzoeksthema.

Verslag wordt gedaan van een nadere studie naar de diagnoses 'surmenage' en 'depressie' in de huisartspraktijk, naar de vele stappen tussen het ervaren van psychisch onwelbevinden en het presenteren van deze problematiek aan de huisarts en naar het probleemaanbod in een eerstelijns-psychologenpraktijk, gemeten met dezelfde vragenlijsten als in het onlangs verrichte onderzoek naar de cliëntèle van Algemeen Maatschappelijk Werk en RIAGG.

Surmenage en depressie in de huisartspraktijk

Van alle in de ICPC gecodeerde psychische ziekten en problemen in de huisartspraktijk zijn er zeven die een incidentie van meer dan 4 per 1000 patiënten bereiken. Deze zeven klachten en diagnoses omvatten 77% van alle nieuwe psychische diagnoses bij vrouwen en 68% bij mannen. Het betreft hier vijf klachtendiagnosen, om maar even deze contradictie te gebruiken, ('angstig/nerveus', 'acute stress reactie', 'slaapstoornis', 'spanningshoofdpijn' en 'hyperventilatie syndroom') en twee syndroomdiagnosen: 'surmenage/neurasthenie' en 'exogene/neurotische depressie'.

Het onderzoek gaat over deze laatste twee syndromen. Surmenage wordt opgevat als een decompensatiesyndroom; de draaglast is groter dan de draagkracht en zou worden gekenmerkt door neurasthene of hyperaesthetisch/emotionele klachten, spanningsklachten en sociaal disfunctioneren. Bij depressie is er sprake van een neerslachtige gemoedstoestand, die door patiënt en/of arts als abnormaal wordt beschouwd en een negatief beleven van zichzelf, het leven en de toekomst.

De vragen in het onderzoek hebben betrekking op de mate waarin huisartsen het ene dan wel het andere syndroom ontdekken; op de samenhang tussen beide syndromen; op de kenmerken van patiënten en de aan de diagnose voorafgaande klachten en, tenslotte, de interventies van de huisarts.

De gegevens zijn ontleend aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Resultaten

Surmenage komt vaker voor dan depressie (incidentie 14,0 resp 9,2 per 1000 per jaar). De interdoktervariantie is bij surmenage groter dan bij depressie. De incidenties zijn per huisarts positief gecorreleerd. Het is dus niet zo dat beide diagnoses elkaar beconcurreren; in dat geval zou de samenhang negatief behoren te zijn.

Surmenage treft men vaker bij jong-volwassenen aan (top 25-44 jaar); depressie bij ouderen. Bij vrouwen worden beide diagnoses vaker gesteld dan bij mannen, maar de vrouw/man-ratio is bij depressie veel hoger dan bij surmenage (resp 2,44 vs 1,30). Patiënten met surmenage werken vaker en hebben vaker een gezin met kinderen. Depressieve patiënten staan vaker buiten het arbeidsproces, zijn vaker alleenstaand, hebben vaker een lage opleiding (vrouwen) of zitten in de WAO (mannen). Voorafgaand aan de diagnose komen bij surmenage vaker vage somatische klachten en 'stressklachten' voor; bij depressie eerder slaapstoornissen en depressieve klachten. Bij overspannen patiënten meldt de arts vaker werk- en studieproblemen,

terwijl bij depressieve patiënten vaker relatie en/of gezinsmoeilijkheden worden geconstateerd.

De diagnose 'surmenage' leidt tot minder vervolcontacten dan 'depressie', maar tot meer lichamelijk onderzoek, extern laboratorium-onderzoek, advies over het werk of het advies om rust te nemen. Bij depressie wordt vaker 'gepraat' en worden vaker geneesmiddelen voorgeschreven of wordt verwezen naar psychosociale hulp.

Surmenage is typisch werk-gerelateerd en de depressie is gebonden aan huiselijke omstandigheden. De oververtegenwoordiging van vrouwen bij de diagnose 'depressie' is terug te voeren op het gegeven dat vrouwen minder vaak aan het arbeidsproces deelnemen.

Psychosociale problemen; van probleem tot behandeling

In het kader van het onderzoek "Psychosociale problemen: van probleem tot behandeling" is onderzocht in welke mate psychische problemen voorkomen onder de bevolking en in hoeverre deze problemen leiden tot doktersbezoek en presentatie van psychische klachten en tot herkenning van de psychische problemen door de dokter. De bevindingen uit dit onderzoek vormden de basis voor een bijdrage aan de door het RIVM uitgevoerde Volksgezondheid Toekomst Verkenning (Psychische en psychosociale problematiek).

Het onderzoek vond plaats op basis van de gezondheidsinterviews uit de Nationale Studie onder 10350 respondenten van 15 jaar en ouder en de contacten bij de huisarts die van deze personen waren geregistreerd.

Het hebben van psychische problemen is op verschillende manieren gemeten. Er is gevraagd of men de afgelopen twee weken een of meerdere psychische symptomen of klachten ervaren heeft: nervositeit, lusteloosheid, slapeloosheid, snel opgewonden zijn, zich agressief voelen, problemen op werk of in het gezin hebben. Iets minder dan de helft van de ondervraagde personen had de twee weken voor het interview dergelijke klachten ervaren.

In de tweede plaats is gekeken naar de draaglast van de ondervraagden: hoeveel verschillende soorten problematische situaties heeft men meegemaakt. Meer dan de helft van alle respondenten had een of meer van de 22 voorgelegde probleemsituaties (op gebied van huisvesting, studie, werk, relaties, eenzaamheid etc.) meegemaakt.

Ten slotte werd de General Health Questionnaire afgenomen. De GHQ is een psychiatrisch screeningsinstrument dat boven een bepaald afkappunt personen selecteert die een grote kans hebben op een psychiatrische diagnose, wanneer een gestandaardiseerd klinisch psychiatrisch interview wordt afgenomen. Dertien procent van de respondenten scoorden positief op de GHQ. In

het algemeen hebben degenen die positief op de GHQ scoren ook psychische symptomen (in de laatste twee weken) en hebben problematische situaties (in het afgelopen jaar) ervaren. Tien procent van de respondenten heeft volgens alle drie de indicatoren psychische problemen, 17% heeft wel symptomen en een problematische situatie ervaren, maar wordt niet door de GHQ als potentieel "geval" herkend, en 24% heeft problematische situaties meegemaakt, maar heeft geen symptomen ervaren en is ook geen GHQ-geval; 37% wordt door geen enkele indicator aangewezen.

De drie indicatoren vormen dus een zekere hiërarchie: veel mensen ervaren problematische situaties, een deel van hen rapporteert over de laatste 2 weken psychische symptomen en maar een deel van hen wordt door de GHQ als potentiële patiënt met ernstig psychische klachten aangemerkt. Voor alle drie de indicatoren geldt dat meer vrouwen dan mannen worden aangewezen, dat alleenstaanden en mensen uit een-ouder gezinnen (met name gescheiden en verweeduwde personen) een grotere kans op psychische problemen hebben, en dat werklozen en WAO-ers meer psychische problematiek hebben.

De kans op psychische problematiek, zoals gemeten met behulp van de GHQ, is gecontamineerd met het algemene gevoel van gezondheid. Mensen die volgens de GHQ een grotere kans op psychische problematiek hebben, voelen zich minder gezond: ze rapporteren meer lichamelijke symptomen waarvan ze last hebben, ze zeggen aan meer chronische aandoeningen te lijden en ze beoordelen hun algemene gezondheidstoestand negatiever. Deze samenhang maakt dat het verband tussen GHQ-score enerzijds en verweerd, werkeloos of arbeidsongeschikt zijn anderzijds, verdwijnt, indien men met de gezondheidstoestand rekening houdt.

Personen met psychische problemen bezoeken vaker hun huisarts dan personen zonder psychische problemen. Dit geldt weer voor alle drie de operationalisaties, waarbij de relatieve kans voor de "zwaarste" operationalisatie veruit het hoogste is: 52% van de respondenten die hoog op de GHQ scoren bezoekt de huisarts versus 35% van degenen die laag scoren, 43% van degenen die symptomen hebben ervaren in de laatste twee weken versus 33% van degenen die dat niet hadden, en 39% van degenen met een zekere draaglast versus 34% zonder. Andersom kan men ook stellen, dat ongeveer de helft van de personen met psychische problemen volgens het zwaarste criterium in het betreffende kwartaal zijn huisarts niet gezien heeft. 15% van deze groep had de huisarts het gehele afgelopen jaar niet bezocht.

Van degenen die hoog op de GHQ scoorden en de huisarts bezochten in de periode van drie maanden tijd, presenteerde 27% psychosociale klachten op

het spreekuur. De meest voorkomende contactredenen zijn angstig/nerveus, depressief gevoel, verzoek om psychofarmaca en slaapstoornissen.

Hoewel de meeste mensen die waarschijnlijk een psychisch probleem hadden dus geen psychosociale klachten uitten, was de huisarts bij twee derde van hen toch ten minste eenmaal gedurende de registratieperiode van mening dat de klachten van de betreffende patiënt niet puur somatisch waren. Dit was bij degenen die waarschijnlijk geen psychisch probleem hadden in een derde van de gevallen zo.

Nadere analyse van de klachten die patiënten met een hoge en een lage GHQ-score presenteren, leert dat patiënten met een hoge GHQ wel meer klachten hebben, maar geen andere klachten dan "geestelijk gezonde" patiënten.

De kans om de huisarts te bezoeken was groter voor ziekenfonds-verzekerden dan voor particulieren, groter voor vrouwen dan voor mannen en groter voor huisvrouwen, werkelozen, WAO-ers en gepensioneerden dan voor werkenden. Dit geldt zowel voor mensen die volgens de GHQ een grote kans op psychische problematiek hebben als voor degenen voor wie dat niet zo is, hoewel alle relatieve risico's bij GHQ-gevallen groter zijn dan bij de anderen. Voorts geldt zowel voor GHQ+ als GHQ- respondenten dat de gezondheidstoestand wel van invloed is op het doktersbezoek, maar dat andere effecten hierdoor niet verdwijnen.

Dit alles maakt dat de huisarts een ingewikkelde opdracht heeft. Patiënten die op een of meerdere indicatoren voor psychische problemen hoog scoren, hebben tegelijkertijd ook relatief veel lichamelijke klachten. Psychische problematiek, gemeten door een van de indicatoren, hangt vaker niet dan wel samen met het uiten van klachten van expliciet psychische aard. Hoewel mensen met psychische problemen wel meer klagen, hebben ze geen andere klachten dan mensen zonder psychische problemen.

Ten slotte is het van belang op te merken, dat de meeste kenmerken van patiënten die de kans op psychische problematiek verhogen, ook de kans op doktersbezoek doen toenemen (vrouw, werkeloos, WAO) maar dat met name gescheiden mensen onmiskenbaar meer kans hebben op psychische problemen, terwijl hun kans op doktersbezoek niet afwijkt van die van gehuwden of nooit getrouwden. Dit lijkt typisch een groep met een verhoogd risico, waarbij de trefkans door de dokter achterblijft.

Eerstelijnspsychologen

Uit een exploratief onderzoek in een eerstelijns psychologen praktijk, waarbij 68 cliënten bij de intake dezelfde vragenlijsten invulden als indertijd de

cliënten in het AMW-RIAGG onderzoek, blijkt dat op deze vragenlijsten de cliënten van de psycholoog niet verschillen van die van het AMW. RIAGG-clieñten scoorden daarentegen wèl hoger op de GHQ (kans op ernstige psychopathologie) en de SCL-90 (idem). In alle drie de groepen is er sprake van veel meer problematiek dan in doorsnee populaties.

Qua achtergrondkenmerken is er sprake van een groter percentage vrouwen onder de cliënten van de psycholoog dan onder de RIAGG-clieñtèle, een hoger percentage gehuwden en een lager percentage ongehuwden dan onder beide vergelijkingsgroepen, een hogere opleiding en vaker een betaalde baan. Met andere woorden, de cliënten van de eerstelijnspsycholoog hebben op min of meer vergelijkbare wijze problemen, maar zijn sociaal-economisch en qua sociaal netwerk wat beter af dan AMW en RIAGG cliënten. Getracht wordt de resultaten uit één praktijk in de toekomst te verbreden tot een tiental praktijken.

2.3.3. Paramedische beroepen

Binnen de sector 'paramedische beroepen' is het onderzoek op het gebied van de fysiotherapie het meest ontwikkeld. Centraal in dat onderzoek staat het 'Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie' (BEEF), een meerjarig registratie- en onderzoeksproject waaraan gemiddeld 45 fysiotherapeuten uit 20 praktijken meedoen. Gegevens uit dit registratieproject zijn in 1992 ondermeer gebruikt voor onderzoek naar de rol van de fysiotherapie in de thuiszorg en bij de behandeling van sportblessures. Daarnaast worden over het aantal en de spreiding van fysiotherapeuten gegevens bijgehouden en regelmatig gepubliceerd op basis van een registratiesysteem van fysiotherapeuten. De meest recente gegevens dateren uit 1991.

Het onderzoek naar andere paramedische beroepen - ergotherapie, podotherapie, oefentherapie Mensendieck en oefentherapie Cesar - richtte zich op twee thema's: de werksituatie en taakuitoefening van de therapeuten en hun relatie met de verwijzers.

Fysiotherapie kwantitatief

Op 1 januari 1991 waren er bijna 10.000 extramurale fysiotherapeuten (9973) en 188 heilgymnasten/masseurs. Sinds de vorige peiling (1989) is dit aantal met ongeveer 6% per jaar gegroeid. Bijna de helft van de fysiotherapeuten is vrouw (48%). Verreweg het grootste gedeelte (68%) is ofwel eigenaar van een solo-praktijk (van zichzelf, dus) of lid van een maatschap. Hier treft men grote verschillen tussen mannen en vrouwen; bij de mannen is 78% eigenaar

of maatschapslid; bij de vrouwen 57%. Gemiddeld rapporteren fysiotherapeuten 33 officiële, gecontracteerde uren per week; 1 op de 5 meer dan 40 uur (vooral praktijk-eigenaren (27%) tegenover 4% van degenen in loondienst). Mannen werken gemiddeld 39 uur, vrouwen 26 uur. Het aantal fysiotherapeuten werkzaam in een solo-praktijk bedroeg in 1991 35% (1989 38%); 18% van de fysiotherapeuten werkt in praktijken met 5 of meer fysiotherapeuten (1989 17%). Gemiddeld is er een (full time equivalent) fysiotherapeut op 1776 inwoners. De meeste fysiotherapeuten vindt men in Noord Holland (Kennemerland, het Gooi, Amsterdam), Utrecht en gebieden die dichtbij België liggen zoals Zeeuws Vlaanderen en Midden Brabant. Naar verhouding weinig fysiotherapeuten vindt men in het Noorden des lands, vooral in Drenthe (1 op 2436 inwoners).

Fysiotherapie en thuiszorg

Wie het heeft over thuiszorg denkt daarbij meestal aan huisartsen, wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden. Maar ook fysiotherapeuten kunnen een rol spelen bij de behandeling van mensen thuis. In 1991 publiceerde het KNGF (de beroepsorganisatie van fysiotherapeuten) de nota Fysiotherapie in de thuiszorg, waarin die rol nadrukkelijk wordt geclaimd. Met gegevens van het 'Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie' (BEEF) is uitgezocht wat fysiotherapeuten daar in de praktijk nu al van waarmaken.

In dit onderzoek zijn gegevens gebruikt van 725 patiënten die tussen 1989 en 1992 minstens één keer aan huis door een fysiotherapeut zijn behandeld. Verreweg de meeste van deze patiënten (651 mensen), kregen 'enkelvoudige thuiszorg', wat betekent dat zij - afgezien van de huisarts en de specialist - alléén hulp kregen van de fysiotherapeut. De resterende 74 patiënten kregen daarnaast ook hulp van de wijkverpleging, de gezinsverzorging of het algemeen maatschappelijk werk, dus 'meervoudige thuiszorg'. Beide groepen zijn vergeleken met de totale patiëntenpopulatie (in het jaar 1989) van de registrerende fysiotherapeuten.

Zoals te verwachten verlenen fysiotherapeuten thuis vooral hulp aan oudere patiënten: 55% (bij enkelvoudige thuiszorg) tot 72% (bij meervoudige thuiszorg) van de patiënten is ouder dan 65 jaar. De meesten (63%, respectievelijk 73%) zijn vrouwen en een aanzienlijke groep (26%, respectievelijk 37%) woont alleen.

Beide groepen verschillen van elkaar in de redenen waarom dat gebeurt. Patiënten die meervoudige thuiszorg krijgen, lijden dikwijls aan ziektebeelden die direct te maken hebben met hun hoge leeftijd, zoals artrose; ook rug-

klachten komen veel voor. Patiënten die alléén een fysiotherapeut over de vloer krijgen hebben rugklachten of andere klachten die te maken hebben met het bewegingsapparaat. De eerste groep kan zich gemiddeld ook minder goed zelf redden dan de tweede groep: deze patiënten kunnen zich minder makkelijk bewegen (knielen, bukken) en hebben meer moeite zich te wassen, te kleden, te eten, naar het toilet te gaan, boodschappen te doen en de maaltijd te verzorgen.

De behandeling van patiënten die meervoudige thuiszorg krijgen, is er vaak op gericht de patiënt beter te leren lopen. De behandeling bestaat voor een groot deel uit bewegingstherapie; ook wordt veel tijd besteed aan het instrueren en adviseren van de patiënten. In de behandeling van patiënten met enkelvoudige thuiszorg ligt de nadruk op bewegingstherapie en massage, en komt instructie minder vaak aan de orde.

Fysiotherapie en sportblessures

Ieder jaar ontstaan in Nederland naar schatting 2,7 miljoen sportblessures, in 1987 samen goed voor ongeveer 427 miljoen gulden aan kosten van (poli-) klinische behandeling en arbeidsverzuim. Ruim 40% van de sportblessures wordt (para)medisch behandeld. De fysiotherapeut heeft daarin een belangrijk aandeel: bijna de helft van de (para)medische contacten voor sportblessures is een contact met een fysiotherapeut. Hoewel in het verleden enig onderzoek is verricht, ontbreekt een duidelijk overzicht van de fysiotherapeutische behandeling van sportblessures in de eerstelijns: om welke patiënten gaat het, met welke klachten en verwijsindicaties? Welke (werk)diagnose stelt de fysiotherapeut na onderzoek? Welke behandeling wordt ingesteld? Zijn er verschillen in de fysiotherapeutische behandeling naar duur en recidive van de aandoening?

Ook in dit project is gebruik gemaakt van gegevens van het 'Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramuraal Fysiotherapie' (BEEF). Gegevens van 763 patiënten die tussen februari 1989 en oktober 1991 de fysiotherapeut bezochten vanwege 'sport/trainen' (9,5% van alle geregistreerde oorzaken) werden vergeleken met gegevens van alle patiënten van het jaar 1989.

Patiënten met sportblessures vormen een jonge populatie, met relatief veel mannen. Naar verhouding veel patiënten (6%) zijn op eigen initiatief bij de fysiotherapeut gekomen. Bij de meeste patiënten is de knie geblesseerd en in vergelijking met de referentiegroep bestaat de aandoening nog maar kort en is maar een klein deel van de patiënten er al eerder voor behandeld.

De fysiotherapeutische (werk)diagnose is in beide groepen grotendeels gelijk; alleen wordt bij patiënten met sportblessures vaker een zwelling geconsta-

teerd. Ook voelen zij zich vaker dan andere patiënten beperkt in zaken als traplopen en fietsen. Met gemiddeld bijna 11 zittingen duurt de fysiotherapeutische behandeling van patiënten met sportblessures gemiddeld iets korter dan die van patiënten uit de referentiegroep. Ook is er verschil in de aard van de behandeling: sportblessures worden relatief vaak met ultrageluidstherapie behandeld. Bewegingstherapie wordt bij deze groep patiënten niet vaker toegepast dan bij de doorsnee-patiënten. Met het vorderen van de behandeling wordt overigens steeds vaker van bewegingstherapie - en van massage - gebruik gemaakt. Een dergelijke verschuiving in de loop van de behandeling, hoe klein ook, is op theoretische gronden verklaarbaar, maar nog niet eerder in de fysiotherapeutische praktijk aangetoond.

Verwijzen naar logopedisten

Meer dan de helft van alle verwijzingen naar logopedisten is afkomstig van huisartsen. Maar vaak zijn het anderen - medewerkers van schooladviesdiensten en logopedische diensten, onderwijzend personeel en schoolartsen - die de stoornissen als eersten signaleren. In kwantitatieve zin is over de rol van deze 'signaleerders' en van de huisarts weinig bekend. Twee jaar lang hebben de huisartsen, die deelnemen aan het NIVEL-peilstations project geregistreerd welke patiënten werden verwezen naar de logopedist, voor welke stoornissen dit gebeurde en welke personen als eersten hadden gesignaleerd dat een verwijzing nodig was. Gemiddeld werden 1,7 per 1000 patiënten per jaar verwezen; er was een grote interdoktervariatie. Een minderheid (38%) van de patiënten werd gesignaleerd door de huisarts, de patiënt zelf of ouders/verzorgers. De meerderheid werd gesignaleerd door de schoolarts, de schooladviesdienst, andere logopedisten, onderwijzend personeel of anderen. Huisartsen signaleerden vooral stem/ademingsstoornissen. Taalstoornissen werden vooral gesignaleerd door schooladvies- en logopedische diensten. Stotteren werd vooral door patiënten zelf en door ouders/verzorgers gesignaleerd.

In dit onderzoek is uitgegaan van de veronderstelling dat vroegtijdige onderkenning en behandeling van stoornissen zinvol is. Bij stotteren is de kans op volledig herstel inderdaad groter als op tijd wordt ingegrepen. Op andere gebieden is deze veronderstelling echter nog voornamelijk gebaseerd op klinische ervaring. Gecontroleerd onderzoek zal moeten leren of vroegtijdige onderkenning en behandeling van deze stoornissen ook zinvol is.

Oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie: werksituatie en taakuitoefening

In het wetenschappelijk onderzoek naar de paramedische beroepen vormen de oefentherapie-Cesar, de oefentherapie-Mensendieck, de podotherapie en de ergotherapie een relatief onontgonnen terrein. Toch kan kennis over deze beroepen goed gebruikt worden. De beroepsgroep kan er een beleid van na- en bijscholing en intercollegiale toetsing op baseren, wat de kwaliteit van de beroepsuitoefening ten goede komt. Ook de overheid, zorgverzekeraars en verwijzers hebben belang bij informatie. Zo kan, bijvoorbeeld, kennis van de leeftijdverdeling en het aantal werkuren worden gebruikt om een adequate beroepskrachtenplanning tot stand te brengen.

Om die reden is het NIVEL in 1990 begonnen met onderzoek naar de plaats en functie van deze paramedische beroepen in de Nederlandse gezondheidszorg. Onderdeel van dat project is een enquête onder de betrokken therapeuten, waarin, naast demografische kenmerken, onderwerpen aan de orde zijn gesteld als de werksituatie, de taakuitoefening en na- en bijscholing. De respons op deze enquête varieerde van 81% bij de oefentherapeuten-Mensendieck tot 85% bij de podotherapeuten.

Oefentherapeuten-Cesar (239 respondenten, voor 94% vrouwen en gemiddeld 33,5 jaar oud; gemiddelde werkweek: ruim 29 uur) werken voornamelijk (91%) in de eerstelijnsgezondheidszorg. Van hen werkt 45% in een solo- en 55% in een groepspraktijk. Deze laatsten zijn gemiddeld jonger en hebben minder werkervaring. Ook hebben zij vaker een wachtlijst voor patiënten. Ongeveer een tiende van de respondenten zegt het eigen handelen nooit met collega's te evalueren. Hetzelfde geldt voor het volgen van bij- en nascholing. Dat is wel verklaarbaar. Een model voor intercollegiale toetsing bestaat immers nog niet, en het aanbod aan beroepsspecifieke na- en bijscholing is beperkt. Van de therapeuten in een solo-praktijk komt een groter deel nooit aan intercollegiale toetsing toe.

Ook *oefentherapeuten-Mensendieck* (240 respondenten, voor 95% vrouwen en gemiddeld 36 jaar oud; gemiddelde werkweek: 29 uur) werken voornamelijk in de eerstelijnsgezondheidszorg (96%). Hun aandeel neemt toe, want volgens de beroepskrachtenplanning van 1988 werkte in dat jaar nog maar 81% in de eerstelijns. Van de huidige eerstelijns-oefentherapeuten werkt 49% in een solo- en 51% in een groepspraktijk. De laatsten zijn - ook hier - jonger en hebben minder werkervaring. Ook wat betreft het evalueren van het eigen handelen en het volgen van bij- en nascholing is in deze beroepsgroep hetzelfde patroon te zien als bij de oefentherapeuten-Cesar.

Van de *podotherapeuten* (125 respondenten, voor meer dan 75% vrouwen en gemiddeld 34 jaar oud; gemiddelde werkweek: 30 uur) werkt een iets kleiner deel (85%) uitsluitend in de eerstelijnsgezondheidszorg. Van hen werkt 21% in een groepspraktijk. Bijna een derde van de respondenten (31%) werkt op meer dan één plek; naast een praktijk voor podotherapie is dat bijvoorbeeld een fysiotherapiepraktijk, een ziekenhuis of een orthopedische schoenmakerij. Een derde van de podotherapeuten doet niet aan enige vorm van intercollegiale toetsing.

Ergotherapeuten (264 respondenten, voor 92% vrouwen en gemiddeld 33 jaar oud; gemiddelde werkweek: 28 uur), tenslotte, werken voornamelijk in een verpleeghuis (34%), in een revalidatiecentrum (25%), in een ziekenhuis (15%) of in de psychiatrie (8%); niet meer dan 5% van de respondenten werkt in de eerstelijns (en dan vooral in het kruiswerk). Grote afdelingen ergotherapie zijn vooral te vinden in de revalidatiecentra; de afdelingen in de verpleeghuizen zijn meestal klein. De meeste ergotherapeuten hebben na het beëindigen van hun opleiding één of meer cursussen gevolgd. Van de respondenten in de verpleeghuizen en in de psychiatrie zegt echter 30% geen enkele cursus gevolgd te hebben.

Oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie: de relatie met de verwijzer

Behalve over de werksituatie en taakuitoefening zijn in de genoemde enquêtes onder paramedici ook vragen gesteld over hun relatie tot de verwijzer. Dat is belangrijk, omdat de zorg van deze therapeuten volgens de Wet op de Paramedische Beroepen pas toegankelijk is na verwijzing door een praktizerend arts, hetzij de huisarts, hetzij een medisch specialist. Doel van dit deel van het onderzoek was de inhoud van de relatie met de verwijzer nader te analyseren.

Iedere *oefentherapeut-Cesar* neemt per maand gemiddeld 9 nieuwe patiënten in behandeling, van wie 72% is verwezen door de huisarts, en 28% door een medisch specialist; niet meer dan 2% van de patiënten komt op eigen initiatief. Gemiddeld heeft een therapeut te maken met 20 verwijzers (tegen gemiddeld 15 verwijzers voor de doorsnee-fysiotherapeut). De relatie met de verwijzers is goed noch slecht. Meestal geven de verwijzers het minimum aan informatie over de verwezen patiënt. De medische diagnose wordt vaak vermeld, maar achter extra informatie moeten de therapeuten zelf aan. Omgekeerd brengen de meeste therapeuten rapport uit aan de verwijzers. Oefentherapeuten in een groepspraktijk hebben met meer verwijzers te maken, aan wie zij ook vaker rapport uitbrengen. Een *podotherapeut* krijgt

maandelijks gemiddeld 31 nieuwe patiënten in behandeling, van wie 59% wordt verwezen door de huisarts en 10% door de specialist. Hoewel dat wettelijk niet is toegestaan, komt een derde van de patiënten zonder verwijzing bij de podotherapeut. Dat komt doordat veel patiënten niet weten dat een verwijzing nodig is en doordat de behandeling slechts in bepaalde gevallen wordt vergoed, waardoor een financiële prikkel ontbreekt. Lang niet alle podotherapeuten sturen de patiënt terug om een verwijsbrief te halen; ongeveer een vijfde van de respondenten zegt niet-verwezen patiënten (bijna) altijd in behandeling te nemen. De relatie tussen de podotherapeuten en de (gemiddeld 27) verwijzers met wie zij te maken hebben, is niet optimaal. Bij 20% van de podotherapeuten ontbreekt de medische diagnose en informatie wordt zelden verstrekt op initiatief van de verwijzer. Ook tijdens en na de behandelperiode is het de podotherapeut die het initiatief neemt tot berichtgeving. Aan regelmatig overleg met verwijzers bestaat weinig behoefte.

Een *ergotherapeut* krijgt gemiddeld 10 patiënten per maand in behandeling, in een ziekenhuis echter méér (gemiddeld 15 of meer patiënten), in een revalidatiecentrum minder (tot 5 patiënten). Vooral ergotherapeuten in verpleeghuizen noemen dikwijls de huisarts als verwijzer; in revalidatiecentra wordt veel door de revalidatie-arts verwezen, in ziekenhuizen door neurologen en reumatologen. Behalve met de (formele) verwijzers hebben ergotherapeuten - vooral in de ziekenhuizen en verpleeghuizen - te maken met 'aanmelders', zoals psychologen, orthopedagogen, fysiotherapeuten of (wijk)verpleegkundigen. Tussen ergotherapeuten en verwijzers bestaat intensief contact. Bij verwijzing wordt bijna altijd een medische diagnose gegeven en tijdens de behandelperiode wordt veelvuldig overlegd. Dat de meeste ergotherapeuten in de tweedelijng werken, zal daaraan debet zijn. Ergotherapeuten in verpleeghuizen zijn overigens minder tevreden over hun relatie met verwijzers. Juist hier komen veel patiënten via 'aanmelders' binnen, waardoor de ergotherapeuten zelf contact met de verwijzer moeten opnemen.

2.4. De huisartspraktijk

In deze paragraaf worden resultaten uit de Nationale Studie vermeld. Belangrijk is het gereedkomen van het rapport over het voorschrijven van geneesmiddelen geweest en een onderzoek naar sexe-verschillen in morbiditeitspatronen in de huisartspraktijk. Enkele ziektegerichte studies kwamen gereed: een overzicht van aandoeningen van het spijsverteringsstelsel en van hoofdpijn-problematiek in de huisartspraktijk.

Eerst echter worden enkele gegevens vermeld over dichtheid en spreiding van huisartsen, over de toekomstige behoefte aan huisartsen en over 'burn-out verschijnselen' onder huisartsen. De paragraaf wordt, zoals gebruikelijk, afgesloten met een kort verslag van het NIVEL-peilstationsproject.

2.4.1. Huisartsen kwantitatief

Het aantal huisartsen neemt maar mondjesmaat toe; in 1991 steeg het aantal huisartsen met 70 en dat staat gelijk aan 1 procent. Er zijn 6535 zelfstandig gevestigde huisartsen en dat geeft als aantal inwoners per huisarts per januari 1992 een getal van 2315; van alle huisartsen is nu 14% vrouw. In vijf jaar tijd is het aantal vrouwelijke artsen met 37% gestegen en het aantal mannelijke artsen gelijk gebleven. Van de in 1991 gevestigde huisartsen is 26% vrouw en van de huisartsen in opleiding is in 1991 55% vrouw.

In 1991 vestigden zich 276 huisartsen, van wie 42% in een solopraktijk. Er vertrokken 206 huisartsen; 60% van hen was ouder dan 60 jaar, maar toch ook 9% jonger dan 40 jaar. Nog steeds is meer dan de helft (53%) van de huisartsen als solist werkzaam; 29% werkt in een tweemanspraktijk, 9,4% in een groepspraktijk en 8,6 in een gezondheidscentrum. Deze beide laatstgenoemde percentages nemen heel langzaam toe.

Van alle zelfstandig gevestigde huisartsen is 23% korter dan vijf jaar gevestigd. Bij de mannen is dit 19% en bij de vrouwen 50%. Het aantal apotheekhoudende huisartsen neemt nog steeds af; het bedraagt nu 10,9%.

Regionale verschillen in huisartsendichtheid nemen af; de hoogste dichtheid vindt men in Flevoland en Noord Holland en de laagste dichtheid (de minste huisartsen) in Overijssel. In de grotere steden (> 100.000 inwoners) vindt men naar verhouding veel huisartsen; in de kleinere steden het minst.

In 1992 waren er 569 huisartsen in opleiding; 289 in het eerste jaar en 280 in het tweede. De tijd tussen artsexamen en begin van de huisartsenopleiding is opgelopen tot 35 maanden. Eén jaar na de opleiding is 1 op de 6 zelfstandig gevestigd en na twee jaar bijna de helft (46%). Na vijf jaar stabiliseert dit percentage zich op 60%. Dit houdt niet in dat de overigen geen huisarts worden; zij kiezen vaak voor een positie als 'permanent' assistent in loondienst-verhouding, al heeft van degenen die sinds 1974 van de opleiding zijn gekomen inmiddels 28% de praktijkplannen opgegeven, meestal door een andere functie te aanvaarden of als tropenarts naar het buitenland te gaan.

De adspirant-huisartsen die op zoek zijn naar een praktijk hebben nauwelijks voorkeur voor een solo-praktijk; slechts 18% van de mannen en 4% van de vrouwen zoekt naar een dergelijke praktijk. Gevraagd naar de voorkeur voor een dienstverband of vrij beroep zei 57% dat laatste te prefereren tegenover

28% een dienstverband (10% geen voorkeur). Vooral vrouwen (37%) spreken zich voor een dienstverband uit; mannen minder (22%). De gewenste omvang van de praktijk bedraagt een kleine 2000 patiënten; 15 à 20% lager dan het feitelijk gemiddelde. Vrouwen willen kleinere praktijken (1698 gemiddeld) dan mannen (2134).

Men kan concluderen dat de aangeboden praktijken (54% solopraktijken in 1991) slecht aansluiten op de wensen van jonge en vooral van vrouwelijke artsen. De toename van het aantal vrouwen in de beroepsopleiding en de expliciete afkeer van de traditionele solopraktijk bij de laatstgenoemde groep maakt bijgestelde prognoses noodzakelijk over toekomstige behoefte aan huisartsen (hierover verderop meer) en zet vraagtekens bij de huidige opleidingscapaciteit.

Toekomstige behoefte aan huisartsen

De uitbreiding van de beroepsopleiding tot huisarts van één naar twee jaar in 1988 is gepaard gegaan met een reductie van het aantal opleidingsplaatsen van 440 naar 280. Tegelijkertijd is het aantal aan de opleiding deelnemende vrouwen sterk gestegen (van 33% in 1988 tot 55% in 1992). Uit de voorgaande paragraaf is duidelijk geworden dat met name vrouwelijke huisartsen minder uren willen werken dan wel een minder grote praktijk willen en zeker geen solopraktijk.

Als men bovendien rekening houdt met de demografische ontwikkelingen zoals groei en vergrijzing van de bevolking en met het feit dat er een zeker aantal adspirant huisartsen nodig is voor het vervullen van waarnemingsdiensten dan kan men uitrekenen dat de huidige opleidingscapaciteit juist voldoende is om de demografische druk op te vangen; er is dan geen rekening gehouden met de toenemende en realistische wens tot kleinere praktijken of part-time functies.

Men zal òf de capaciteit van de opleidingen moeten vergroten òf ijlings een cursus voor her-intredende artsen moeten organiseren en in ieder geval in de grote steden, waar traditioneel het aantal solopraktijken hoog is faciliteiten voor meermanspraktijken moeten aanbieden, anders ontstaat daar spoedig een tekort aan huisartsen.

Opgebrand; een studie onder huisartsen

Na 10 à 20 jaar beroepsuitoefening raken veel huisartsen 'opgebrand'. Zij voelen zich overbelast en vinden dat patiënten ten onrechte een beroep doen op hun hulp. Vooral in de waarneming tijdens avonden, nachten en week-einden doen zich deze gevoelens voor. De 'burn-out gevoelens' zijn bij

huisartsen sterker dan bijvoorbeeld bij verpleegkundigen en bij artsen werkzaam op de intensive care. Vooral huisartsen in grote steden rapporteren deze gevoelens. Bijna de helft van de ondervraagde huisartsen is ooit fysiek bedreigd; een kwart rapporteert bedreiging van gezinsleden. Vooral dit laatste 'vreet' aan huisartsen. Huisartsen met 'burn-out' gevoelens kijken vaker in de krant naar advertenties voor ander werk; de carrière-mogelijkheden voor huisartsen buiten hun 'vak' zijn echter de laatste jaren sterk afgenomen.

Huisartsen die plezier hebben in een specifiek onderdeel van hun vak (bijvoorbeeld kleine chirurgie, geneeskunde rond zwangerschap en bevalling, maar ook psychosociale hulpverlening) hebben minder last van 'burn-out' en vinden hun patiënten minder veeleisend. Er zijn sterke aanwijzingen dat het werken als 'solo-arts' in moeilijk beheersbare omstandigheden, zoals in grootstedelijke omgeving, in versterkte mate tot burn-out gevoelens leidt. Een reden te meer om juist in die omgeving faciliteiten voor meermanspraktijken te organiseren. De lezers van de voorgaande paragrafen hebben reeds argumenten daarvoor aangetroffen. Gelukkig hebben sommige zorgverzekeraars al initiatieven hiertoe aangekondigd.

2.4.2. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Van de oorspronkelijke twaalf deelstudies zijn de meeste inmiddels afgerond en is het verslag ervan in de NIVEL-jaarverslagen verschenen.

In 1992 kwamen de rapportages gereed over belangrijke deel-onderwerpen: het verwijzen naar medisch specialisten en het voorschrijven van geneesmiddelen.

Van deze oorspronkelijke deelstudies resten nog een afrondende rapportage van de deelstudie naar chronisch zieken in de huisartspraktijk (daar wordt hard aan gewerkt; de resultaten verschijnen in artikelvorm), de studie naar de relatie tussen sociaal-economische omstandigheden en ziekte en het onderzoek naar zwangerschap en bevalling in de huisartspraktijk (ondanks verscheidene, vergeefse, pogingen niet van de grond gekomen).

Naast deze oorspronkelijke deelstudies is er een grote hoeveelheid additionele en secundaire studies verricht en in het verslagjaar gepubliceerd; we noemen hier:

- de huisarts in de grote stad
- sexeverschillen bij klachten en problemen in de huisartspraktijk
- aandoeningen, klachten en problemen van het spijsverteringsstelsel in de huisartspraktijk
- migraine en andere hoofdpijklachten

Voorschrijven van geneesmiddelen

De huisarts speelt een belangrijke rol in het voorschrijven van geneesmiddelen; in Nederland komt drie kwart van de voorgeschreven geneesmiddelen voor zijn rekening en hij sluit er de helft van zijn contacten met de patiënt mee af.

Aan het doorsnee onderzoek naar het gebruik van geneesmiddelen kleven de nodige bezwaren; zo is het meestal niet mogelijk om een verband tussen indicatie (diagnose) en voorschrift te leggen, en zijn de analyses meestal beperkt tot de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen of de kosten ervan. Over sterkte van de dosis en de duur kan meestal niet veel worden gezegd.

De Nationale Studie verschaft een bestand, waarin bovengenoemde verbanden wèl kunnen worden gelegd. Voor de 40 meest voorgeschreven werkzame stoffen in de huisartspraktijk, tezamen omvattend bijna de helft van het totaal aantal voorschriften, is met betrekking tot indicatie, dosering en, waar mogelijk, duur nagegaan hoe de realiteit zich verhoudt tot de aanbevelingen uit het Farmaceutisch Kompas, zoals deze ten tijde van het onderzoek golden. In het onderzoek is de zogenaamde 'prescribed daily dosis' berekend, uitgedrukt in milligrammen van de werkzame stof in kwestie. Deze berekening was mogelijk omdat voor elk in de Nationale Studie uitgeschreven recept (meer dan 200.000 voorschriften) met behulp van de ATC-classificatie (Anatomical-Therapeutical-Chemical-class) de feitelijk voorgeschreven hoeveelheid werkzame stof kon worden bepaald en bovendien kon worden gecombineerd met de in deze classificatie vastgelegde 'standaard-dosis', de DDD, dat wil zeggen de Defined Daily Dosis, gebaseerd op de dosis voorgeschreven bij een volwassene voor de hoofdindicatie.

Het onderzoek levert de volgende resultaten op:

- De 40 door huisartsen in 1987/88 meest frequent voorgeschreven geneesmiddelen zijn alle reeds geruime tijd op de markt; de meest recente werkzame stof dateerde uit 1978
- Er zijn duidelijke verschillen in de indicatiebreedte van de bestudeerde geneesmiddelen; Breed bij Vitamine B complex en smal bij b.v. digoxine.
- Men kan het 'marktaandeel' van het geneesmiddel aanduiden met een percentage dat aangeeft hoe vaak het betreffende middel wordt voorgeschreven bij een bepaalde indicatie indien iets wordt voorgeschreven. Bij verzoeken om anticonceptie vormen de drie hier bestudeerde anticonceptiva 88% van de voorschriften. De 5 hier bestudeerde middelen bij infecties van de bovenste luchtwegen vormen 52% van alle recepten bij deze

indicaties. Voor de indicatie 'angstig/nerveus' vormen drie van de hier bestudeerde benzo-diazepines 67% van alle recepten en voor de indicatie 'slaapstoornis' vormen de twee overige in deze studie opgenomen benzo-diazepine-derivaten 51% van alle recepten.

- De feitelijke voorgeschreven dosis, de PDD is in Nederland veelal lager dan de internationale standaard-dosis, de DDD. De Nederlandse huisarts schrijft in zijn algemeenheid voorzichtig voor.
- Bezien we de relatie tussen feitelijk voorschrijven en het Farmaceutisch Kompas, dan komt de indicatiestelling bij de 40 geselecteerde medicaties goed overeen op enkele uitzonderingen na. Zo is de indicatiestelling voor vitamine B complex in de huisartspraktijk duidelijk ruimer dan in het Kompas, dat slechts een zeer beperkt indicatiegebied hiervoor ziet. De indicatie 'algemene malaise' blijkt in de praktijk de meest voorkomende te zijn. Pas de derde indicatie in de praktijk : 'vitamine voedingsdeficiëntie' bleek als zodanig in het Kompas terug te vinden. Ten tweede is het Kompas kritisch over de werkzaamheid van hoest- en verkoudheidsmiddelen in de vorm van combinatiepreparaten, die toch vrij vaak worden voorgeschreven.
- Het voorzichtig voorschrijven blijkt overigens terug te voeren te zijn op de richtlijnen van het Kompas; de aldaar genoemde doses zijn vaak lager dan de internationale standaarddoses.
- Over de duur van het voorschrijven valt, vanwege de grote variatie niet veel te zeggen; het lijkt erop dat de gemiddelde kuurlengte bij antimicrobiële middelen wat hoger is dan nu in de Standaarden wordt geadviseerd.

Huisarts en placebo's

De effectiviteit van een geneesmiddel is een belangrijk criterium in een rationeel voorschrijfbeleid. Placebo's zijn middelen die per definitie niet aan dat criterium voldoen. Desondanks worden ze op ruime schaal gebruikt. In dit onderzoek is nagegaan hoe huisartsen denken en handelen met betrekking tot placebo's en welke kenmerken samenhangen met mogelijke verschillen in het voorschrijven daarvan. Daarbij is gebruik gemaakt van gegevens uit de enquête onder de huisartsen die meededen aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (n=156).

Slechts 18% van de huisartsen vindt het voorschrijven van placebo's nooit gerechtvaardigd. Dat blijkt ook uit de praktijk. Placebo's of middelen die qua werkzaamheid of dosering worden toegepast om een placebo-effect te bereiken, worden jaarlijks door 61% van de huisartsen voorgeschreven. Het

aantal patiënten aan wie die placebo's worden voorgeschreven loopt per huisarts sterk uiteen: van een enkele patiënt tot jaarlijks 15% van de ingeschreven patiënten. Gemiddeld gaat het om bijna 14 per 1000 ingeschreven patiënten. Van de soort middelen die huisartsen in deze gevallen voorschrijven, zijn de vitaminepreparaten het meest populair (genoemd door 79% van de betrokken huisartsen).

Huisartsen die veel placebo's voorschrijven werken relatief vaak in een solopraktijk, hebben - naar eigen zeggen - een smal takenpakket en weinig inbreng in de behandeling van patiënten in de tweede lijn en denken dat veel patiënten op het spreekuur een recept verwachten. Huisartsen die nooit placebo's zeggen voor te schrijven (onder wie naar verhouding veel vrouwen) werken relatief vaker in een gezondheidscentrum of groepspraktijk en menen in relatief hoge mate hun omgeving te kunnen beïnvloeden ('locus of control'). Het voorschrijven van placebo's laat zien hoe moeizaam een formeel-rationeel keuzemodel, zoals ontwikkeld door de Commissie-Dunning, zich verhoudt met gezondheidszorg in de praktijk.

De huisarts in de grote stad

In opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging is de Nationale Studie nader geanalyseerd op een vergelijking van de huisartsen uit grotere steden met hun collega's elders in het land.

De vragen in het onderzoek luiden als volgt:

- hoe verschillen de praktijkpopulaties tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden
- hoe verschilt de ervaren gezondheid tussen de verschillende populaties
- welke verschillen treft men aan in de aan de huisarts gepresenteerde problematiek
- hoe verschilt de werkwijze van huisartsen
- hoe hangen de verschillen onderling samen en hoe met arts- en praktijkkenmerken en hoe verschillen de samenhangen tussen grootstedelijke en minder verstedelijkte gebieden.

De gegevens zijn ontleend aan de populatiegegevens van de praktijkcensus en de gezondheidsinterviews; de gegevens over huisartsbezoek aan de contactregistratie en de kenmerken van huisarts en huisartspraktijk aan de huisartsenenquête. In het onderzoek wordt onder 'grote steden' verstaan: plaatsen met 100.000 of meer inwoners. In deze gebieden telt de Nationale Studie 18 praktijken, met 28 huisartsen en ruim 46.000 patiënten, van wie een kleine 1700 aan de patiënten-enquête deelnamen. De rest van Nederland

bevat in de Nationale Studie 85 praktijken en 128 huisartsen tezamen de zorg dragend voor ruim 350.000 patiënten, van wie ruim 11.000 aan de patiënten-enquête deelnamen.

Resultaten

Het wekt geen verbazing dat huisartspraktijken in grote steden qua samenstelling van de praktijkpopulatie op karakteristieke wijze verschillen van praktijken elders.

In grote steden treft men meer ouderen, meer personen tussen 20 en 35 jaar, minder gezinnen met kinderen, meer alleenstaanden en tweepersoonshuishoudens, meer hoger opgeleiden en meer lager opgeleiden, meer hoofdarbeiders en meer WAO'ers, VUTters en gepensioneerden en vooral meer allochtonen. Kenmerkend is bovendien een groter aantal wisselingen in de praktijk; het aantal personen dat minder dan een jaar bij de praktijk is ingeschreven is ruim drie maal hoger.

Dat was allemaal wel bekend, maar het is voor een onderzoeker altijd wel goed om te zien dat het klopt en (dus) de data deugen.

Voor de overige, en meer relevante, resultaten zijn twee analysetechnieken gebruikt. Eerst is gewoon naar de verschillen gekeken en vervolgens is bezien of de gevonden verschillen bestand zijn tegen toetsing op de verschillen in samenstelling van de praktijkpopulatie.

Vergeleken met de situatie elders voelt de grottestadsbevolking zich minder gezond (24%), heeft zij meer (ernstige) chronische aandoeningen (30%), geeft zij meer beperkingen aan in het dagelijks leven in verband met ziekte (15%), heeft zij een hogere GHQ-score (een maat voor geestelijke gezondheid)(53%), heeft zij meer problemen meegemaakt (54%) en meer wegens ziekte verzuimd (26%). Na standaardisatie voor verschillen in samenstelling van de praktijkbevolking naar leeftijd en geslacht, verdwijnen de verschillen bij 'chronische ziekten', 'verzuim' en 'beperkingen in het dagelijks leven'. De overige verschillen blijven bestaan; het verschil in gezondheidsbeleving wordt kleiner.

Bekijkt men de presentatie van klachten aan de huisarts dan valt op dat in de grote stad meer 'sociale problemen' (41%) worden gepresenteerd, meer 'angst voor ziekte', 'handicaps' en psychische problemen (39, 38 en 19% meer). Daartegenover staan minder episodes ivm 'acute somatische klachten' en 'traumatologie'. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht blijkt ook dat 'congenitale afwijkingen' vaker in de stad voorkomen, terwijl episodes ivm gezinsplanning en zwangerschap minder voorkomen. Bij een minder grof-

mazige analyse zien we dat 'sociale isolatie', 'gedragsstoornissen', 'verslaving', 'psychosen', vaker voorkomen. Ook acute hart- en vaatziekten, mannelijke genitale infecties, stofwisselingsproblemen en afwijkende uitslagen van onderzoek ziet men vaker in de grote stad. De grotere hoeveelheid met name sociale problemen en de geringere hoeveelheid traumatologie hangen niet van de verschillen in bevolkings-samenstelling af.

Bij al die problemen zou men ook meer contacten met de huisartspraktijk verwachten; dat is echter niet zo, vooral doordat er minder contacten met de assistente zijn. Er is überhaupt minder praktijkassistentie in de grote stad. In de grote steden duurt een contact met de huisarts langer (41% meer dan 10 minuten tegenover 23% elders); per contact worden meer gezondheidsproblemen gepresenteerd en het gaat ook vaker om eerste contacten. Er vinden minder visites plaats en ook het aantal contacten buiten kantooruren is lager (per dienst echter meer). Hoewel de huisarts een contact vaker met een nieuwe afspraak afsluit ligt toch het initiatief voor het contact in de grote steden vaker bij de patiënt. Kennelijk worden de afspraken niet altijd nagekomen.

De grote-stads-arts laat meer laboratoriumtests doen, praat echter ook meer met zijn patiënten, en doet weinig medisch technische verrichtingen. Hij verwijst meer, vooral op initiatief van de patiënt en naar de GGZ. Qua voorschrijven is er weinig verschil, er worden wat meer bèta-blokkers voorgeschreven en minder analgetica en anti-reumatica. Deze verschillen blijven bestaan als gestandaardiseerd wordt op verschillen in morbiditeit.

Het is niet zo dat patiënten in grote steden ontevredener zijn; integendeel ze zijn tevredener over de tijd die de dokter aan ze besteedt, maar minder tevreden over de bereikbaarheid 's avonds en in weekeinden. Ook over de duidelijkheid van de uitspraken van de huisartsen is men in de grote stad tevredener. Pikant is dat men in grote steden vaker vindt dat de huisarts onnodig voorschrijft of verwijst, terwijl het initiatief tot de verwijzing vaker bij de patiënt ligt.

De bovengenoemde verschillen in praktijkvoering blijven na toetsing op bijvoorbeeld verschillen in leeftijds-samenstelling van de praktijkpopulatie bestaan, tenzij hierboven anders is vermeld. De positie en werkwijze van de huisarts in de grote stad verschilt structureel van die van de huisarts elders. Het onderzoek eindigt met een serie aanbevelingen ten aanzien van onder-

steuning (assistentie), verbetering van de bereikbaarheid, terwijl ook vraagtekens worden gezet bij het huidige, uniforme, honoreringssysteem.

Verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen

Op basis van gegevens uit de "Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk" is onderzoek verricht naar sekseverschillen in de huisartspraktijk. Hiertoe is een selectie gemaakt van 21 praktijken waarin zowel vrouwelijke als mannelijke huisartsen werkzaam zijn (resp. 23 en 27). Op basis van de aldus geselecteerde 47.254 contactredenen (reasons for encounter), waarvan 62,0% met vrouwelijke patiënten, zijn de volgende resultaten gevonden.

Vrouwelijke patiënten kiezen vaker voor een vrouwelijke huisarts, indien zij daartoe de kans hebben, dan mannelijke patiënten. Deze tendens is groter naarmate de mogelijkheid voor een keuze groter is, wat het geval is bij vrouwelijke huisartsen die niet in deeltijd werken.

Voorts blijken er verschillen te zijn in de soorten gezondheidsproblemen die vrouwelijke en mannelijke huisartsen zien, onafhankelijk van de sekse van de patiënt. Mannelijke artsen zien vaker "mannelijke" problemen (mannelijke geslachtsorganen, sportblessures) en hun vrouwelijke collega's vaker specifiek "vrouwelijke" klachten (sociale problemen, eet- en stofwisselingsstoornissen). Naast het geslacht van de huisarts lijkt het al dan niet werken in deeltijd een factor van belang te zijn voor het morbiditeitspatroon. Bij de part-time werkende vrouwelijke huisarts ligt het verschil in de sekse-specifieke aandoeningen, bij de full-timers lijkt er een meer subtiel of indirect effect van de sekse te bestaan.

Verschillen in behandeling zijn onder andere gevonden voor de consultduur, vrouwelijke huisartsen hebben langere consulten dan hun mannelijke collega's, en dit geldt met name voor de part-time werkers en voor consulten met vrouwelijke patiënten. Daarnaast laten vrouwelijke artsen vaker externe diagnostiek (bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek) doen, schrijven minder medicijnen voor en doen minder medisch-technische handelingen. Vrouwelijke huisartsen lijken zich wat meer te richten op continuïteit van de zorgverlening, maar dit zou ook kunnen duiden op een grotere onzekerheid over de precieze diagnose of op een grotere bereidheid om onzekerheid te erkennen.

De verschillen tussen part-timers en full-timers zijn opvallend. Eerstgenoemden besteden meer tijd aan hun patiënten, vooral wat betreft voorlichting en gespreksvoering, maar hun continuïteit van zorg is geringer.

Een onderzoek naar specifiek vrouwelijke gezondheidsproblemen en screeningsprocedures betreft problemen met de menstruatie en menopauze,

fluorklachten, en opsporing van baarmoederhals- en borstkanker. Vrouwelijke huisartsen zien vrouwen met deze problemen vaker dan hun mannelijke collega's uit dezelfde praktijken en patiënten brengen vaker meer dan één probleem tijdens een consult naar voren bij vrouwelijke dan bij mannelijke huisartsen. De voorkeur voor een huisarts van gelijke sekse blijkt sterker te zijn bij jongere vrouwelijke patiënten en hangt samen met de beschikbaarheid van de huisarts; indien er geen verschil zou zijn tussen de vrouwelijke en mannelijke collega's in een praktijk, wordt de voorkeur gegeven aan een vrouw als huisarts.

Wat betreft de behandeling van deze gezondheidsproblemen blijken mannelijke huisartsen en artsen die part-time werken dan wel zich zekerder voelen (over de werkdiagnosen) vaker voorlichting te geven over "vrouwenklachten" en de behandeling ervan. Mannelijke huisartsen stellen hun patiënten ook vaker gerust dan vrouwelijke artsen. Andere gevonden verschillen zijn dat vrouwelijke huisartsen meer aan gespreksvoering doen, ofwel communiceren bij de screeningactiviteiten en minder vaak medicijnen voorschrijven bij menstruatiekklachten dan hun mannelijke collega's. De langere consultduur van vrouwelijke huisartsen ten slotte, hangt vooral samen met het grotere aantal gepresenteerde problemen per consult, hun kortere werkduur en werkervaring en de geringere mate van bekendheid van de arts met de patiënt.

Hoofdbreken en kopzorgen; epidemiologie en handelen van patiënt en huisarts bij migraine en andere vormen van hoofdpijn

Bij de ziektespecifieke studies uit de Nationale Studie wordt telkens eenzelfde stramien gevolgd:

- eerst wordt op basis van de gegevens uit de patiënten-enquête en/of de gezondheids-dagboekjes een beeld gegeven van het voorkomen van klachten onder de bevolking
- vervolgens wordt gezien hoe vaak het probleem aan de huisarts wordt aangeboden en wordt geprobeerd de relatie met het voorgaande punt te leggen
- determinanten van patiëntenzijde worden geanalyseerd; bij het populatieonderzoek beschikt men over vrij veel gegevens uit de enquête; bij de presentatie aan de huisarts over een aantal demografische gegevens
- dan volgt een beschrijving van verrichtingen in de huisartspraktijk
- en tenslotte wordt gepoogd de variatie tussen huisartsen en praktijken te analyseren en te duiden.

Bij de deelstudie naar migraine en andere ernstige hoofdpijnklachten is dit stramien gevolgd. Bij de interpretatie van de gegevens dient men te beseffen, dat in de patiënten-enquête gewoon gevraagd is of de persoon last van migraine of zeer zware hoofdpijn had en dat in de Nationale Studie geen criteria zijn geformuleerd voor de diagnostische 'labels'. Als een huisarts een probleem als migraine betitelt, dan wordt ervan uitgegaan dat hij daarin gelijk heeft. Het is niet de bedoeling om op deze plaats nog eens uiteen te zetten waarom deze werkwijze is gekozen; de lezer zij verwezen naar de basispublicaties van de Nationale Studie.

Resultaten

Chronische of acute hoofdpijn komt veel voor; retrospectief geeft bijna 29% van de mensen aan de afgelopen twee weken last van hoofdpijn te hebben gehad; prospectief heeft de groep (22,5%) die hoofdpijn als klacht noteert gemiddeld 2,4 dagen last ervan, vooral vrouwen van 15-44 jaar. Migraine en/of ernstige hoofdpijn wordt door 9% van de ondervraagden (ook weer voornamelijk uit dezelfde leeftijdsgroep) genoteerd. Bij mannen ziet men hoofdpijn bij niet-drinkers, uitkeringstrekkers en personen met veel psychosociale problemen. Bij vrouwen ziet men hoofdpijn bij personen met lage opleiding en met psychische problemen. Vrouwen van boven de 45 die de pil gebruiken hebben vaak last van migraine/ernstige hoofdpijn; mogelijk wordt de pil in deze groep vooral gebruikt voor het bestrijden van klachten, gerelateerd aan de menopauze, waaronder hoofdpijn.

Hoofdpijn wordt, zeker als men ziet op welke schaal aan de kwaal wordt geleden, zelden aan de huisarts gerapporteerd; in de studie wordt getaxeerd dat slechts 1 op de 70 patiënten die in twee weken tijd hoofdpijn rapporteert de huisarts hiervoor raadpleegt. De huisarts ziet vooral hoofdpijnpatiënten in de leeftijd van 45-64 jaar en vrouwen vaker dan mannen, vaker alleenstaanden en uitkeringsgerechtigden. Migraine treft men bij huisvrouwen en bij beter opgeleide personen aan.

De behandeling richt zich sterk op voorlichting en medicatie. Gesprek, geruststelling en voorlichting vindt het meest plaats bij spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn. Medicamenteuze therapie wordt vooral bij migraine toegepast en in afnemende mate bij hoofdpijn, spanningshoofdpijn en psychosociale problematiek met hoofdpijn.

Bij de geneesmiddelen werd in 87/88 vooral gebruik gemaakt van middelen die de aanval verhelpen ('couperen'), zoals ergotamine en veel minder met profylactisch werkende middelen als histamine- en serotonine-antagonisten of calcium-antagonisten.

Over variatie tussen artsen wordt alleen gezegd, dat deze bij migraine lager is dan bij de detectie en behandeling van spanningshoofdpijn of hoofdpijn-cum-psycho sociale problematiek.

In de beschouwing wordt ingegaan (met de nodige enerzijds en anderzijds) op de kloof tussen het vòòrkomen in de bevolking en de presentatie in de huisartspraktijk en op de zogenaamde co-morbiditeit, hoofdpijn treedt vaak in samenhang met andere gezondheidsproblemen op, die meestal eerst worden aangepakt.

Spijverteringsziekten

Volgens het hierboven uiteengezette stramien zijn ook klachten en ziekten met betrekking tot de spijsverteringsorganen beschreven.

Een moeilijkheid is, dat een dergelijke, brede, beschrijving zich eigenlijk niet laat samenvatten. In het middenstuk van het in opdracht van de Nederlandse Lever-Darm Stichting uitgevoerde onderzoek staat een interessante serie klinisch/epidemiologische beschrijvingen van de verschillende soorten spijsverteringsklachten en -ziekten. Op basis van het rijke databestand van de Nationale Studie wordt per klacht en klachtengroep opgegeven hoe de patiënt contact met de huisarts heeft, hoe vaak met de assistente, hoe vaak telefonisch, wat de contactredenen waren, hoe zeker de huisarts zich voelt, welke diagnostiek de huisarts hoe vaak doet en welke interventies (inclusief voorschrijven van welk soort geneesmiddel) hij pleegt. In het voorafgaande hoofdstuk wordt met wisselend succes naar determinanten gezocht; door de vele combinaties van determinanten en typen klachten laat ook dat deel zich slecht samenvatten. Conclusie: lèès dat rapport.

Peilstations

In het tweeëntwintigste jaar (1991) van het bestaan van de CMR Peilstations worden de volgende onderwerpen geregistreerd:

- influenza-achtige aandoeningen
- onderzoek op baarmoederhalskanker door de huisarts
- vermoede en bevestigde hartinfarkten
- sterilisaties (bij man en vrouw)
- zwangerschap ondanks adequaat geachte anticonceptie
- angst voor aids
- mononucleosis infectiosa; een vergelijking met 1977-1979
- verzoeken om toepassing van euthanasie

Influenza(-achtige) aandoeningen

De registratie van de influenza-achtige aandoeningen door de CMR-Peilstations maakt onderdeel uit van de wereld omvattende influenza surveillance door de Wereld Gezondheids Organisatie.

In het seizoen 1990-1991 is er sprake van een epidemiologische verheffing in het eerste kwartaal van het kalenderjaar. In het seizoen 1991-1992 heerst de 'griep' met de kerstdagen en rond de jaarwisseling.

Ter aanvulling van de klinische influenza-surveillance door de peilstation-artsen wordt uitbreiding van dit systeem met virologische diagnostiek overwogen. In het seizoen 1991-1992 werd in verband hiermee een beperkte studie uitgevoerd naar het functioneren en de efficiëntie van zo'n uitbreiding.

Het gebruikte surveillance-systeem is eenvoudig van opzet, past in bestaande structuren en bleek een hoge efficiëntie te hebben:

uit 17 (40%) van de 43 bij patiënten afgenomen monsters werd een virus geïsoleerd.

Onderzoek op baarmoederhalskanker

Na het invoeren van het georganiseerde bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker waarbij de huisarts het uitstrijkje maakt is het percentage uitstrijkjes afgenomen bij vrouwen in de leeftijdsgroep 35-54 jaar elk jaar toegenomen. Van 47 op de honderd uitstrijkjes in 1984 naar 72 op de honderd in 1991. De efficiëntie van deze screening is in de loop van een kleine tiental jaren dus aanzienlijk verhoogd.

Vermoede en bevestigde hartinfarcten

In 1978 en in de jaren 1983-1985 is het acute myocard infarct reeds onderwerp van registratie geweest.

De resultaten van de registratie in 1991 geven in de westelijke provincies relatief weinig meldingen te zien. Deze bevinding komt overeen met het spreidingspatroon van de ischemische hartziekten, zoals door Mackenbach, Kunst en Looman in 1990 werd beschreven.

De registratie zal enkele jaren worden voortgezet.

Sterilisatie

De in 1989 ingezette daling van het aantal ooit gesteriliseerde mannen zette in 1991 door. Het percentage is nu 12.2.

Aan de al eerder ingezette daling van het aantal ooit gesteriliseerde vrouwen lijkt een einde gekomen te zijn.

Zowel bij jonge mannen als bij jonge vrouwen neemt de populariteit van de sterilisatie af.

Volgens dr. Ketting (NISSO) hangt een en ander waarschijnlijk met twee factoren samen. In de eerste plaats willen vrouwen op steeds latere leeftijd (nog) kinderen krijgen, waardoor een beslissing tot sterilisatie steeds meer wordt uitgesteld en vaak ook afgesteld. En in de tweede plaats is de noodzaak tot sterilisatie afgenomen door de introductie van lichter gedoseerde typen pillen voor orale anticonceptie. Overigens is Nederland voor zover bekend het enige land waar duidelijk meer mannen dan vrouwen gesteriliseerd zijn (56% mannen tegen 44% vrouwen).

Zwangerschap ondanks adequaat geachte anticonceptie

Gedurende een vijftal jaren zijn door de peilstationarissen de zwangerschappen geregistreerd die ontstonden ondanks adequaat geachte anticonceptie. Bij deze registratie is ondermeer gevraagd naar de beslissing omtrent het verloop van de zwangerschap. In de jaren 1987-1991 kiezen 6 op de 10 vrouwen in deze situatie voor het afbreken van de zwangerschap. Ongehuwde vrouwen, die zonder partner wonen, kiezen vaker voor het afbreken van de zwangerschap dan ongehuwde vrouwen, die wel met een partner wonen en gehuwde vrouwen.

Angst voor Aids

De toename van consulten over AIDS heeft zich in 1991 niet voortgezet. Consulten over AIDS doen zich meer voor in de spreekkamers van huisartsen in de westelijke en zuidelijke provinciegroepen en in de grote steden.

Het aantal consulten van vrouwen neemt toe: van 37% in 1988 tot 55% in 1991. De vrouwen die hun huisarts bezoeken met vragen over AIDS zijn gemiddeld iets jonger dan de mannen.

Mononucleosis infectiosa

In de jaren 1977-1979 heeft mononucleosis infectiosa op de weekstaat gestaan. In 1991 is de registratie herhaald.

Het aantal meldingen is in 1991 enigszins lager dan in de jaren 1977-1979. De leeftjdsverdeling van patiënten met mononucleosis infectiosa bleek in 1991 dezelfde als in 1977-1979. De aandoening komt vooral voor in de leeftijdsgroep van 10 tot 25 jaar. In 1991 werden evenals in 1977-1979 echter ook boven de leeftijd van 25 jaar patiënten gemeld.

Verzoeken om toepassing van euthanasie

Het absolute aantal verzoeken om euthanasie varieert per jaar.

In 1990 was dat aantal 45, in 1991 40.

Het voortschrijdend drie jaars gemiddelde is constanter: in 1989 36, in 1990 39 en in 1991 40.

Deze gegevens omtrent het aantal verzoeken om euthanasie komen overeen met de bevindingen van het onderzoek dat ten behoeve van de rapportage van de Commissie Remmelink werd verricht.

Weekstaat 1992

In 1992 is de registratie van een aantal rubrieken voortgezet. Nieuwe rubrieken zijn: het vermoeden op een bijwerking van cosmeticum, bije- of wespesteek, urethritis bij mannen en gastro-enteritis. Ook zijn de 1e consulten wegens een sportletsel geregistreerd: deze zijn al eerder onderwerp van registratie geweest.

Navraag is ook gedaan naar de vaccinatie van mensen tegen influenza door de artsen van de peilstationpraktijken.

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

De produktie van de Bibliotheek en Documentatie bestond uit een vijftal bibliografieën, een thesaurus en het jaarlijkse rapport Registratie Wetenschappelijk Onderzoek.

Bibliografieën

Elk jaar produceert de bibliotheek en documentatie een zestal bibliografieën. Door activiteiten op het gebied van de automatisering en thesaurusbouw zijn er in 1992 vijf verschenen. De keuze van de onderwerpen wordt veelal gemaakt op basis van het onderzoek binnen het NIVEL, waarbij rekening gehouden wordt met interesse bij een breder publiek. Doelgroepen waarop de bibliografieën veelal zijn gericht zijn of onderzoekers of de werkers in het veld.

De inhoud van de bibliografieën bestaat uit een al dan niet uitgebreide inleiding en een honderdtal titels van (wetenschappelijke) tijdschriftartikelen, rapporten en boeken. Alle titels zijn voorzien van een korte samenvatting en een bronvermelding. De bibliografieën worden gecompleteerd met een auteurs- en een trefwoordenindex en een bronnen-adressenlijst.

Placebo's

In de inleiding wordt aandacht besteed aan het begrip placebo en het onderzoek naar placebo-effect. Het literatuuroverzicht bestaat uit 9 hoofdstukken, waarin respectievelijk de volgende aspecten aan de orde komen: arts-patiënt relatie, placebo-effecten, verklarende theorieën, ethische aspecten, alternatieve geneeswijzen, pijnbestrijding, psychotherapie en placebo bij diverse klachten.

Exercise therapy and musculoskeletal disorders

Centraal staan reumatoïde arthritis, osteoarthritis en lage rugpijn. Uit de literatuur blijkt dat bewegingstherapie (aerobics, zwemmen, fietsen, hardlopen e.d.) steeds meer in populariteit toeneemt bij de behandeling van reumatische aandoeningen en lage rugpijn. Veel onderzoek is de laatste jaren gedaan naar het effect van aerobics bij (osteo)arthritis. Wat dat betreft kent het onderzoek met betrekking tot lage rugpijn een langere traditie.

Massamedia en medici

In de bibliografie zijn onderzoeksverslagen opgenomen over het effect van televisie, radio, kranten en weekbladen op de medische consumptie, het gebruik dat medische beroepsbeoefenaren en instellingen maken van de massamedia om hun diensten aan te prijzen en de popularisering van medische kennis door de massamedia en de gevaren van misleiding die dat met zich meebrengt.

Thuiszorgtechnologie

In ruime kring leeft de verwachting, dat toename van het gebruik van technologie in de thuiszorg zal bijdragen aan vergroting van de mogelijkheden en de kwaliteit van de thuiszorg. Ook zou het gebruik van technologie kunnen leiden tot een zekere kostenbesparing in de gezondheidszorg. In de bibliografie passeren het (overheids)beleid en de ontwikkelingen binnen de thuiszorgtechnologie de revue. Voorts wordt ingegaan op de financiële ontwikkelingen, ethische, psychologische en sociale aspecten. Een ruime plaats is ingeruimd voor de technische hulpmiddelen zelf.

Verpleeghuizen

De kern van de bibliografie bestaat uit literatuur over het spanningsveld tussen vraag en aanbod binnen de ouderenzorg. Terwijl in sommige delen van het land bejaardenoorden moeten sluiten, bestaan er voor andere lange wachtlijsten en wordt een onevenredig beroep gedaan op extramurale voorzieningen als wijkverpleging en gezinsverzorging. De bibliografie is onderverdeeld in de volgende hoofdstukken: beleid en organisatiestructuur, vraag en aanbod in de verpleeghuiszorg, diagnostiek, indicatie en opname, specifieke patiëntencategorieën en aandoeningen. De bibliografie wordt afgerond met hoofdstukken over de kwaliteit van de zorg en enige toekomstverkenningen.

Thesaurus Gezondheidszorg

In samenwerking met het NcGv, het NIPG en het NZi/de NZf is een Thesaurus Gezondheidszorg (TG) samengesteld op basis van de afzonderlijke thesauri/trefwoordenlijsten. De thesaurus is nog niet compleet in de zin dat het onderwerp 'collectieve preventie' nog niet is uitgewerkt. De TG bestaat uit alfabetisch gerangschikte termen. Het is gebruikelijk om een thesaurus hiërarchisch te structureren. Dit was echter onmogelijk: ieder instituut heeft een eigen structuur, naar gelang de organisatiestructuur van het eigen beroepsveld: de geestelijke gezondheidszorg, de intramurale zorg, de basis-

gezondheidszorg en de eerstelijns(gezondheids)zorg en thuiszorg. Wel zijn andersoortige relaties gebruikt: synoniemen, afkortingen, overlappingen in terminologie e.d.

De thesaurus zal elk jaar geactualiseerd worden.

Registratie Wetenschappelijk Onderzoek Eerstelijnsgezondheidszorg (RWO)

Het rapport bevat lopend onderzoek en onderzoek dat is afgesloten in het vorige jaar en het jaar van uitkomen en een lijst met dissertaties. Toegankelijkheid wordt verzekerd door een trefwoorden-, een onderzoekers- en een instituutsregister. Het rapport heeft een voornamelijk inventariserende en signalerende functie. Op basis van de RWO-gegevens in de database wordt regelmatig een trendanalyse gemaakt.

4. OVERIGE ACTIVITEITEN

Ook in 1992 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:

- 16 en 17 januari woonde een groep vertegenwoordigers uit 20 Europese landen een conferentie op het NIVEL bij om te komen tot een internationaal vergelijkende studie van taakprofielen van huisartsen. De studie wordt uitgevoerd en is voorbereid door Wienke Boerma met medewerking van Loek Stokx op verzoek van het Europese bureau van de Wereld Gezondheidszorg Organisatie.
- 20 en 21 maart is er een WHO-bijeenkomst geweest op het NIVEL, waarbij 6 Europese landen vertegenwoordigd waren ten behoeve van de 'Formulation of a Charter for General Practice in Europe'
- 27 maart 33 personen uit Zweden (Stockholm) en ook 10 personen uit Zweden (Uppsala County Council)
- 6 april 30 personen uit Finland in het kader van een multiprofessional management course van de Department of General Practice and Primary Health Care of the University of Helsinki
- 10 april een delegatie van 5 personen uit Turkije van het Ministerie voor Volksgezondheid in Ankara
- 14 april de heer J. Kloppers van het Dept. Community Health in Kaapstad
- 18 mei zijn 5 Roemenen van Artsen zonder Grenzen ontvangen
- In mei mevrouw Dr. Beaulieu, Universiteit van Montreal, Dept. de médecine familiale, voor een meerdaags bezoek over informatiesystemen in de eerste lijn, in bijzonder de Peilstations
- 12-14 oktober bezochten 15 Engelse gezondheidsmanagers het NIVEL om zich te oriënteren op de organisatie van de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg
- Dr. Laübli (Italië) over NIVEL's deelname in Eurocentre Primary Health Care
- Dr. Peerson (Australië) over de Nederlandse gezondheidszorg
- Dr Sheinem (Rusland) over de Nederlandse gezondheidszorg ten behoeve van de herstructurering in Rusland
- Dr Gabanyi (Duitsland) over de Nederlandse thuiszorg

- Dr. Szecsenyi van het Huisartseninstituut van de Universiteit in Göttingen om met Jozien Bensing een workshop over arts-patiënt communicatie op het WONCA-congres 1993 voor te bereiden.
- Prof. Madison (U.S.A.)
- Dr. Krasnik (Denemarken) over opzet gezondheidsenquête
- Dr. Wentzel (Zweden) bezoek Nederlandse gezondheidszorgvoorzieningen

Bezoek op uitnodiging aan buitenland

Op verzoek van de WHO, de Nederlandse regering of op initiatief van buitenlandse regeringen of beleidsfunctionarissen worden NIVEL-medewerkers regelmatig gevraagd naar diverse landen te komen om de plaatselijke autoriteiten te informeren over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem (met name de relatief sterke positie van de eerstelijnsgezondheidszorg) en te adviseren over voorgenomen herstructureringen ter plaatse.

- Jouke van der Zee is op uitnodiging van het Department of Health naar de Verenigde Staten geweest voor advies over 'Primary Health Care' ter gelegenheid van the National Congress on Primary Health Care'
- Koos van der Velden is door de regering van Baskenland uitgenodigd om te adviseren over de oprichting van de eerstelijnsgezondheidszorg aldaar.
- Jouke van der Zee is naar Moskou geweest met een delegatie van KNMG, LHV en VVAA om te zien of de Russische eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen en de Moskouse in het bijzonder kan worden hervormd in de richting van een eerstelijns georiënteerde gezondheidszorg waarin de huisarts een belangrijke rol speelt
- Loek Stokx is door het Ministerie van WVC uitgenodigd om samen met prof.dr. J.C. van Es in het kader van het project Samenwerking Oost-Europa te bezien op welke wijze in Hongarije een sterkere positie voor de huisarts kan worden gecreëerd, vooral door het scheppen van goede universitaire- en beroepsopleidingen

In 1992 zijn door (medewerkers van) het NIVEL de volgende congressen en conferenties georganiseerd:

- International Conference 'Task Profiles of the European General Practitioner', Utrecht, 16-17 januari
- Pain and musculoskeletal disorders, International Society of Behavioral Medicine, Hamburg (NIVEL mede-organisator en voorzitter symposium)
- Fourth European Health Services Research Conference, Parijs (Frankrijk), 16-18 dec

- Consensus conferentie Extramurale verpleegkundige zorg voor kinderen met CARA, januari
- Preventie conferentie, Utrecht, 12 maart (in samenwerking met het NIPG-TNO)
- Symposium 'Paramedische beroepen', Den Haag, 19 maart
- Kwaliteitsconferentie, Utrecht, 30 oktober, (in samenwerking met de Nationale Raad voor de Volksgezondheid)
- Symposium Voedingsadvies bij diabetes, 6 november
- Invitational conference 'Verwijzingen van huisartsen'. Utrecht, 13 november
- Rotterdam in de lift, 13 november
- Consensus conferentie 'Verpleeghuizen'. Utrecht, december 1992

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 1992 vijf keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 1992.

Samenstelling van het bestuur per 31 december 1992.

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. B.R. Schudel, 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
Prof.Dr. L.J. Menges	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. Dr. J.M. Bensing
Directeur
- NWO-Programmacommissie 'Kwaliteit van Zorg' + wetenschappelijke beoordelingscommissie;
 - NWO: werkgemeenschap 'Huisartsgeneeskunde';
 - NWO: werkgemeenschap 'gezondheidszorgonderzoek';
 - Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV): kerncommissie 'Geestelijke Gezondheidszorg';
 - Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV): ad-hoc commissie 'preventieve aanpak van ernstig probleemgedrag';
 - Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): werkgroep gezondheidszorgonderzoek;
 - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): Commissie 'Horizontale Standaarden';
 - Deskundigengroep 'Tandheeskundige Informatiepunten NMT' (TIP);
 - Vier Instituten Overleg (NcGv/NIPG/NIVEL/NZI);
 - Correspondent Maandblad Geestelijke Volksgezondheid;
 - Begeleidingscommissie Trendstudie Vrouwen en Gezondheid K.U. Nijmegen, Vrouwenstudies;
 - Begeleidingscommissie Evaluatieonderzoek Stichting Korrelatie.
- Prof. Dr. J. v.d. Zee
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;
 - Voorzitter NWO, Gebied Medische Wetenschappen deelwerkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek;
 - Commissie van Advies van de Gezondheidsstatistiek;

- Redactie Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg;
 - College Huisartsgeneeskunde;
 - Bestuur Landelijke Vereniging voor Thuiszorg;
 - Voorzitter begeleidingscommissie Gezondheidscentrum Informatica Model.
- Dr. D. de Bakker
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Projectgroep Inventarisatie Kwaliteitssystemen t.b.v. de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid;
 - Begeleidingscommissie onderzoek 'Van Waarneemgroep naar Huisartsengroep', Stichting O&O.
- Dr. J. Dekker
- NWO, Gebied Medische Wetenschappen, Gedragsfactoren bij somatische aandoeningen;
 - NWO, Psychon, Persoonskunde;
 - Nederlandse Behavioral Medicine Federatie, bestuurslid;
 - Begeleidingscommissie Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk;
 - Begeleidingscommissie 'Classificaties en definities voor de paramedische bewegingsberoepen';
 - Voorzitter voorbereidingscommissie symposium van Society of Behavioral Medicine 'Pain and musculoskeletal disorders' in Hamburg 1992;
 - Voorzitter congrescommissie 'Therapietrouw, patiëntenvoorlichting en chronische ziekten', Amsterdam, 1992;
 - Voorzitter voorbereidingscommissie symposium 'Paramedische beroepen in Europa 1992', Rijswijk, 1992.
- Drs. D.M.J. Delnoy
- Interakademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen.
- Dr. M. Foets
- NWO, deelwerkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek;
 - NWO, werkgemeenschap verklarende sociologie;
 - Programma commissie Sociaal Economische

- Gezondheidsverschillen;
 - Programma commissie Determinanten van
 Gezondheid.
- Dr.Ir. R.D. Friele
- CBO werkgroep Voedingsadvies bij diabetes;
 - Diabetes and Nutrition study group of the European Association for the Study of Diabetes.
- Prof.Dr.
 P.P.Groenewegen
- NWO deelwerkgemeenschap gezondheidszorg-
 onderzoek;
 - Voorzitter NWO werkgemeenschap verklarende
 sociologie;
 - Sociaal Wetenschappelijke Adviescommissie van
 de Programma Coördinatiecommissie Aids-onder-
 zoek;
 - Werkgemeenschapscommissie Psychopathologie
 en Psychosociaal Gezondheidsonderzoek (NWO);
 - Bijzonder hoogleraar 'Sociale en ruimtelijke aspek-
 ten van gezondheid en gezondheidszorg' aan de
 Rijksuniversiteit Utrecht.
- Dr. L. Hingstman
- Permanente Subcommissie Huisartsen Beroeps-
 krachtenplanning van de LHV.
- Drs. A.J. ten Hoopen
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid,
 plaatsvervangend adviserend lid Vaste commissie
 voor informatievoorziening en automatisering.
- Mw. Dr. A. Kerkstra
- Begeleidingscommissie Onderzoek 'Transmurale
 Verpleging', Project Relatie 1e-2e lijn, VU-zieken-
 huis;
 - Werkgroep Sociaal Wetenschappelijk CARA-
 Onderzoek;
 - Nursing Research Interest Group;
 - Voorzitter begeleidingscommissie 'Kritische Kwali-
 teitsstandaarden voor de Extramurale Verpleging'.

- Drs. J.J. Kerssens
- Begeleidingscommissie onderzoek 'Doof - Blindheid in Nederland', Stichting Doof-Blinden.
- L.J. Stokx, arts
- Sectie Geneesmiddelengebruik-studies en Farmaco-epidemiologie; Samenwerkingsverband Faculteit Sociale Pharmacie Utrecht en Groningen;
 - Voorzitter begeleidingscommissie 'Evaluatieproject verwijzkaarten' Academisch Ziekenhuis, VU Onderzoekscentrum 1e-2e lijn;
 - Begeleidingscommissie Ziekenfondsraad, project 'Morbiditeitsspecifiek voorschrijven'.
- 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. A.J.E. de Veer
- Klankbordgroep t.b.v. casestudy 'Onderwijs en kennisvernieuwing';
 - Adviesraad voor het Onderwijs (ARO), Utrecht.
- J. v.d. Velden, arts
- Programma commissie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen;
 - Wetenschappelijke Commissie WONCA/SIMG/ NHG congres, 1993;
 - Voorzitter werkgroep Gezondheidszorg en ontwikkelingslanden, Ned. Vereniging van Tropische Geneeskunde;
 - Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Ned. Stichting voor Leprabestriding;
 - Voorzitter Congrescommissie Conferentie 'Public Health in Noord-Zuid Perspectief', 1993;
 - Voorzitter werkgroep 'International Public Health', School of Public Health;
 - Adviesgroep Gezondheidskundige Evaluatie Schiphol;

- Partner/manager EurodataPHC COMAC/EEC;
- Partner/manager WHO/CINDI-programme;
- Steering Committee Eurocentre PHC University of Perugia/St. Mary's Hospital London;
- Wetenschappelijke Commissie International Conference 'Chronic Diseases in an aging Society' 1993;
- College voor Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde;
- Werkgroep 'Gezonde Levensverwachting';
- WHO-Committee 'Prevention in Primary Care'.

Dr. P.F.M. Verhaak

- NWO werkgemeenschap huisartsgeneeskunde;
- Begeleidingscommissie Roken en Patiëntenvoorlichting;
- Begeleidingscommissie Pedagoog in de Eerstelij.

Drs. R.A. Verheij

- Begeleidingscommissie project 'Externe proces-evaluatie Centra voor Thuiszorg Den Haag'.

Drs. G.J. Visser

- Begeleidingscommissie Beroepsprofiel van de paranormale genezer
- Begeleidingscommissie Onderzoek Centrum Geïntegreerde Geneeskunde Winterswijk
- Redactie Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek.

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

Bakker, D. de, H. Sixma, J. van der Velden. Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartsenpraktijk: morbiditeit in de Almeerse huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992
Re 92 ov

Bakker, D.H. de, A.A.M.C. Claessens, J. van der Velden. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: NIVEL, 1992
Re 92 ov

Bartelds, A.I.M. Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 1991. Utrecht: NIVEL, 1992
Re 92 ov

Bartelds, A.I.M. Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 1990. Utrecht: NIVEL, 1992
Re 92 ov

Bartelds, A.I.M. Continuous Morbidity Registration 1991. Utrecht: NIVEL, 1992
Re 92 ov

Bartelds, A.I.M. Continuous Morbidity Registration 1990. Utrecht: NIVEL, 1992
Re 92 ov

Collijn, D.H., A. Kerkstra. Geriatrisch diagnose- en behandel adviesteam in Rotterdam. Utrecht: NIVEL, 1992

→ Dekker, J., W.J.G. Ros, A.P. Bak, L.J.M. Pennings-van Eerden, H.W.A. Wams (red.). Pijn, kwaliteit van leven en chronische ziekten. Amsterdam: Swets, 1992

Intensiv 01 92

Delnoy, D.M.J. De huisarts in het ziekenhuis. Een literatuurstudie uitgevoerd in opdracht van het Merwedeziekenhuis. Utrecht: NIVEL, 1992

Delnoy, D.M.J., T.J.J.M.T. Kersten, L.J. Stokx. Geld, zorg en geldzorgen. Utrecht: NIVEL, 1992

Dierendonck, D. van, P.P. Groenewegen, H. Sixma. Opgebrand, een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992

Donker, G., J.B.F. Hutten, D. Bijl, H. Flierman, J. van der Velden. Hoofdbreken en kopzorgen. Utrecht: NIVEL, 1992

Rey 09/92

Friele, R.D., P.F.M. Verhaak. Vragen naar veranderingen, een beloopstudie onder volwassen cliënten van RIAGG en AMW. Utrecht: NIVEL, 1992

Friele, R.D., P.F.M. Verhaak. Vragen om problemen: een onderzoek onder volwassen cliënten van RIAGG en AMW. Utrecht: NIVEL, 1992

Gloerich, A.B.M., J. van der Zee. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelij. Utrecht: NIVEL, 1992

Rey 09/92

Groenewegen, P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992

Rey 09/92

Groenewegen, P.P. Herstructurering van de gezondheidszorg. (Oratie). Utrecht: NIVEL, 1992

Groenewegen, P.P., P.P.P. Huigen (red). Micro-macro vraagstukken in de sociologie en sociale geografie. Utrecht: Nederlands Geografische Studies, 1992

Hendriks, H.J.M., J.W. Brandsma, C. Wagner, J. Dekker. Effecten van het 'consultatief fysiotherapeutisch onderzoek' (CFO) in de eerste lijn: eindverslag fase 1: een pilot-studie naar de bruikbaarheid van de procedure, de CFO-formulieren en de meetinstrumenten. Utrecht/Amersfoort: NIVEL/SWSF, 1992

Rey 09/92

Hingstman, L., J.B. Pool. Registratie verloskundigen: peiling 1992. Utrecht: NIVEL, 1992

Hingstman, L., J.B. Pool, R. Barentsen. Behoeftebepaling gynaecologen/obstetici 1992. Utrecht: NIVEL, 1992

Hingstman, L., J.B. Pool. Behoefteraming huisartsen 1992. Utrecht: NIVEL, 1992

Repslag
Hoopen, A.J. ten, W.J. Hofdijk, W.P.A. Beckers (red.). Proceedings van het Medisch Informatica Congres 1992. Ontwikkelingen in de Medische Informatica. Rotterdam: Publicon Publishing, 1992

Repslag
Hoopen, A.J. ten, J. Nutma, R.F. van Boven, V. Roos. Het Gezondheidscentrum InformatieModel versie 1.0B. Utrecht: LVG/NIVEL en Nijmegen: KUN, vakgroep Medische Informatica en Epidemiologie, 1992

Repslag
Kramer, K., A. Kerkstra. Eenzaamheid van bewoners in een verzorgings-
tehuis. Utrecht: NIVEL, 1992

Leeuw, A.K. de, H. Maaskant, Y. Overes, D.M. Williams. Thesaurus Gezondheidszorg. Utrecht/Leiden: NIVEL, NcGv, NZi, NIPG, 1992

Loo, M. van. Registratie Wetenschappelijk Onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg; 1991/1992 Utrecht: NIVEL, 1992

Moons, M.A.W., L. Peters. Evaluatie-onderzoek 06-informatie- en advieslijn kindermishandeling. Utrecht: NIVEL, 1992

INT 0992
Noordt, M. van, P.P. Groenewegen, J. van der Zee. Regional variation in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium, Northern France and Nordrhein-Westfalen. Utrecht: NIVEL, 1992

Peters, P. (red.). Jaarboek Innovatie in de Zorgsector '92/'93. 's-Gravenhage: VUGA Uitgeverij b.v., 1992

Pool, J.B. Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1991. Utrecht: NIVEL, 1992

V2V92⁰⁰ Pool, J.B. Home-teams 1990. Utrecht: NIVEL, 1992

Pool, J.B., L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Statistische gegevens per 1 januari 1992 over huisartsen en verloskundigen. Utrecht: NIVEL, 1992

Pool, J.B., L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Statistische gegevens per 1 januari 1991 over huisartsen en verloskundigen. Utrecht: NIVEL, 1992

• Preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg: op zoek naar goede verhoudingen. Verslag van een invitationale conference op 12 maart 1992. Utrecht: NIVEL, 1992

Dy40V92 Sixma, H., C. Thomassen, D. de Bakker, M. Foets. Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartsenpraktijk: gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: NIVEL, 1992

Mej0V92 Sixma, H., D. de Bakker, P.P. Groenewegen, J. van der Velden. Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartsenpraktijk: verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992

Sixma, H., E. Hackenitz. EHBO in Almere 2. De effecten van de opening van het Flevoziekenhuis. Utrecht: NIVEL, 1992

Sluijs, E.M., D.H. de Bakker. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 1992

V2V0V92 STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 2: achtergrondstudies. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1992

V2V0V92 STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 3: achtergrondstudies. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1992

V2V0V92 STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 1: scenariorapport. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1992

Stokx, L.J., A.B.M. Gloerich, T.J.J.M.T. Kersten. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Utrecht: NIVEL, 1992

Stokx, L.J., D.H. de Bakker, D.M.J. Delnoy, A.B.M. Gloerich, P.P. Groenewegen. Verwijscijfers belicht. Utrecht: NIVEL, 1992

Stokx, L.J., M. Foets, D.H. de Bakker, H. Flierman. Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992

Velden, J. van der, D.H. de Bakker, A.A.M.C. Claessen, F.G. Schellevis. Morbidity in General Practice. Dutch National Survey of General Practice. Utrecht: NIVEL, 1992

Reyov92

K

Verheij, R.A., A. Kerkstra. International Comparative Study of Community Nursing. Aldershot: Avebury, 1992

V2V/INT
9200

INT K

Verheij, R.A., A. Kerkstra. Extramuraal verpleging in verschillende landen: een overzicht. Utrecht: NIVEL, 1992

is

Verheij, R.A., D.H. de Bakker. De huisarts in de grote stad. Utrecht: NIVEL, 1992

Visser, G.J. (ed.) Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg: Korte bewerking. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1992

Wiegiers, T.A. Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramuraal verpleegkundige zorg voor kinderen. Utrecht: NIVEL, 1992

V2V00
92

Artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

Baar, M.E. van, J. Dekker, E.Chr. Curfs. Behandeling van sportblessures door fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 1992, 102, nr. 6, p. 156-159

WM Pijnwoud

Bensing, J.M., J. Dronkers. Instrumental and affective aspects of physician behavior. Medical Care; 30 (1992), no. 4, p. 283-298

Bohnen, A.M., M.A. Bruijnzeels, J. van der Velden, J.C. van der Wouden. Otitis media acuta incidentie en beleid. Huisarts en Wetenschap; 35 (1992), nr. 4, p. 134-136

Brink-Muinen, A. van den, J. Dekker. Na- en bijscholing van fysiotherapeuten in de eerste lijn. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 102 (1992), nr. 7, p. 226-233

Calnan, M., P.P. Groenewegen, J.B.F. Hutten. Professional reimbursement and management of time in general practice. An international comparison. Social Science and Medicine; 35 (1992), no. 2, p. 209-216

Dekker, J., B. Boot, L.H.V. van der Woude, J.W.J. Bijlsma. Pain and disability in osteoarthritis: a review of biobehavioral mechanisms. Journal of Behavioral Medicine; 15 (1992), no. 2, p. 189-214

Dekker, J. Effectonderzoek in de fysiotherapie: voorwaarden en grenzen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 70 (1992), nr. 4, p. 253-255

Flierman, H.A., P.P. Groenewegen. Introducing fees for services with professional uncertainty. Health Care Financing Review; 14 (1992), nr. 1, p. 107-115

Friele, R.D., P.F.M. Verhaak. AMW en RIAGG: een vergelijkend cliëntonderzoek. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid; 47 (1992), nr. 9, p. 968-982

Gisbergen M., J. Dekker. Reliability of the diagnosis of impairments and disabilities by exercise therapists. Journal of Rehabilitation Sciences; 15 (1992), nr. 5, p. 67-73

Dekker, J., M.J. Driessen, H. Stumpel, M. Winckers, A. Bartelds. Verwijzingen door huisartsen naar logopedisten. Huisarts en Wetenschap; 35 (1992), nr. 11, p. 425-427. Ook verschenen in: Logopedie en Foniatrie; 64 (1992), nr. 12, p. 367-369

JH792WN
Groenewegen, P.P., A. Krasnik. Kan primaer og sekundaer sundhedstjeneste substituere hinanden? Ugeskrift for Laeger; 154 (1992), nr. 14, p. 904-906

Groenewegen, P.P., J.B.F. Hutten, J. van der Velden. List size, composition of practice and general practitioners' workload in the Netherlands. Social Science and Medicine; 34 (1992), no. 3, p. 263-270 *K*

Reg WN92
Hart, H.E., M.A. Bruijnzeels, J.C. van der Wouden, L.W.A. van Suijlekom-Smit, E. van der Does, J. van der Velden. Het kind met koorts in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap; 35 (1992), nr. 6, p. 246-248

Patienten 92
Hendriks, H.J.M., C. Wagner, J.W. Brandsma, J. Dekker, H.W.A. Wams, R.A.B. Oostendorp. Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek (CFO) in de eerste lijn. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 1992, 102, nr. 6, p. 176-183

V2U, WN92
Kerkstra, A., A.H.M. Voskuilen. Thuisverpleging in Nederland en België. Verpleegkunde; 7 (1992), nr. 1, p. 33-45

Kersten, T.J.J.M.T., D. van Kreveld, J. van der Zee. Contacten tussen huisarts en patiënt tijdens een ziekenhuisopname. Huisarts en Wetenschap; 35 (1992), 3 p. 109-112

Kersten, T.J.J.M.T. De invloed van de huisarts op de specialist. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 70 (1992), 3, p. 171-179

Kersten, T.J.J.M.T. Overleg door huisartsen met specialisten over de ziekenhuisopname van patiënten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 136 (1992), nr. 23, p. 1102-1106

492, WN
Kluijt, I., J.O.M. Zaat, J.Th.M. van Eijk, J. van der Velden. Huisarts en beeldvormende diagnostiek. Huisarts en Wetenschap; 35 (1992), nr. 5, p. 188-191

Patienten 92
Kool van Langenberghe, H.V., J.J. Kerssens, J. Dekker, E.Chr. Curfs. De vraag naar een aanvullende ziektekostenverzekering bij patiënten met een verhoogd risico voor fysiotherapie. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 70 (1992), nr. 2, p. 111-117

Meijer, W.J. A.C.M. van Lindert. Prophylactic oophorectomy. European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology; 47 (1992), p. 59-65

WI Jnt 92
Noordt, M. van, J. van der Zee, P.P. Groenewegen. Regional variation in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium, Northern France, Nordrhein-Westfalen. Das Gesundheitswesen; 54 (1992), nr. 4, p. 173-178 K

Tijhuis, M.A.R., H.D. Flap, M. Foets, P.P. Groenewegen. Netwerken in Nederland. Een onderzoek naar persoonlijke netwerken van Nederlanders. Mens en Maatschappij; 67 (1992), nr. 1, p. 5-22

Parimond 92
Uunk, W.J.G., P.P. Groenewegen, J. Dekker. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: een verklaring en analyse voor verschillen tussen huisartsen. Mens en Maatschappij; 67 (1992), p. 389-411

Verhaak, P.F.M. Consultatiegedrag: valt er nog wat te verklaren? Huisarts en Wetenschap; 35 (1992), nr. 1, p. 2-3

Reg, WI 92
Verhaak, P.F.M., M.A.R. Tijhuis. Psychosocial problems in primary care: some results from the Dutch national study of morbidity and interventions in general practice. Social Science and Medicine; 35 (1992), no. 2, p. 105-110

Visser, G.J. Experimentele samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten. Care; 11 (1992), april/mei, p. 10-15

Visser, G.J. Het dubbele gezicht van preventie in de eerste lijn; een conferentie over programmatische en casuïstische preventie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 136 (1992), nr. 52, pag. 2590-...

Parimond 92
WI
Visser, G.J., L. Peters, J.J. Rasker. Rheumatologists and their patients who seek alternative care: an agreement to disagree. British Journal of Rheumatology; 31 (1992), no. 7, p. 485-490

Wijkel, D., J. van der Zee, D. de Bakker. Ziekenfondsverwijscijfers van samenwerkende huisartsen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 70 (1992), nr. 9, p. 519-526 K

Yperen, E.M. van, J.J. Kerssens. Kwaliteit van diëtetische zorg: het oordeel van de cliënt. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten; 47 (1992), nr. 8, p. 198-203
Paranet 92
WM

Zaat, J.O.M., F.G. Schellevis, I. Kluijt, J.Th.M. van Eijk, J. van der Velden. Laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap; 35 (1992), nr. 5, p. 183-187
Rey 92 WM

Zee, J. van der. Effectiviteit van fysiotherapie: stof tot discussie. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 70 (1992), nr. 4, p. 251-252
Paranet WM 92

Zee, J. van der. Ontwikkelingsgeneeskunde (redactioneel). Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 1992, 70, nr. 8, p. 451

Artikelen in vaktijdschriften

Bensing, J.M., A. van den Brink-Muinen, D.H. de Bakker. Huisarts (m/v): het kleine verschil met de grote gevolgen. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 30, p. 879-883

Boer, A. de, G.J. Visser. Huisarts gevraagd. Functie-eisen voor huisartsen in advertenties. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 3, p. 77-80

Boerma, W.G.W., D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen, S. Kooiker, H.J. Wennink, E. Schadé. Scenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Afwegingen en modellen voor de toekomst. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 12, p. 377-381
V2U, 00, 92

Brink-Muinen, A. van den, J. Chatab, A. Kerkstra. Het preventieve huisbezoek aan zuigelingen en kleuters: een verplicht of een gericht bezoek? Maatschappelijke Gezondheidszorg; 20 (1992), nr. 4, p. 36-38
V2U, 00, 92

Chatab, J. Het kind op het consultatiebureau: kennis over de leefsituatie onmisbaar? Medisch Contact; 47 (1992), nr. 21, p. 663-665
V2U, 00, 92

Chatab, J. Thuis of poliklinisch bevallen. Tijdschrift voor Verloskundigen; 1992, 17, p. 348-351

Paramed 111, 92
Dekker, J., M-J. Driessen, H. Stumpel, M. Winckers, A.I.M. Bartelds. Verwijzingen door huisartsen naar logopedisten. Logopedie en Foniatrie; 64 (1992), nr. 12, p. 367-369

Dierendonck, D. van, P.P. Groenewegen, H. Sixma. De 'opgebrande huisarts'. De Huisarts; 3 (1992), nr. 3, p. 9-15

Dierendonck, D. van, H. Sixma, P.P. Groenewegen. De opgebrande huisarts. 'Burnout' bij huisartsen: beschouwing en literatuurstudie. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 11 p. 327-331

Dierendonck, D. van, H. Sixma, P.P. Groenewegen. De opgebrande huisarts. 'Burnout' bij huisartsen: onderzoek NIVEL samengevat. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 11 p. 331-337

Paramed 100, 92
Gisbergen, M., M.J. Driessen, J. Dekker. Onderzoek naar oefentherapie Cesar: stand van zaken. Cesar Oefentherapie; 23 (1992), nr. 1 p. 10-11,15

Groenewegen P.P. De lotgevallen van herstructurering: beleid heeft vaak onbedoelde gevolgen. Inzet, 16 (1992) p. 30-32

Kerssens, J.J. Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem: gevolgen voor de patiënt. Medisch Contact; 1992, 47, nr. 36, p. 1028-1030

Kersten, T.J.J.M.T. De invloed van de huisarts op de specialist: een theoretische analyse getoetst aan de opvattingen van de huisartsen. Medisch Contact; 70 (1992), nr. 3, p. 171-179

Kersten, T.J.J.M.T., L.J. Stokx, W.A. Meyboom. Ontslagberichtgeving aan de huisarts. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 42, p. 1229-1233

VzV, 91, 00
Kooiker, S.E, H.J. Wennink, D.H. de Bakker, W.G.W. Boerma, P.P. Groenewegen, E. Schadé. Het gebruik van eerstelijnszorg en thuiszorg. Van trends uit het verleden naar ramingen voor de toekomst. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 12, p. 367-372

Moons, M. 06-8381: informatie- en advieslijn kindermishandeling geëvalueerd. VKMagazine; 6 (1992) nr.3, p. 5-7

Oosterman-Meulenbeld, A.C., G.J. Visser. Samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten. 1: Alternatieve geneeswijzen en kwaliteit. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 1, p. 27-28

Oosterman-Meulenbeld, A.C., G.J. Visser. Samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten. Slot: Juridisch kader. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 2, p. 57-58

Dej, 0992 Peters, L., T. van der Kooij. Huisarts en placebo's. Gegevens uit de Nationale Studie. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 27/28, p. 850-852

Pool, J., L. Hingstman, D.H. de Bakker. Praktijkzoekende huisartsen en waarnemen. Een inventariserend onderzoek. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 20, p. 615-619

Riteco, J.A., L. Hingstman. De verloskundige indicatielijst. Tijdschrift voor Verloskundigen; 17 (1992), maart, p. 118-125

Riteco, J.A., L. Hingstman. De verloskundige indicatielijst. Hoe gaan huisartsen, verloskundigen en gynaecologen ermee om? Medisch Contact; 47 (1992), nr. 5, p. 154-158

Riteco, J.A., L. Hingstman. De verloskundige indicatielijst: Hoe denken huisartsen, verloskundigen en gynaecologen erover? Tijdschrift voor Verloskundigen; 17 (1992), januari, p. 58-64

Riteco, J.A., L. Hingstman. De verloskundige indicatielijst. Hoe denken huisartsen, verloskundigen en gynaecologen erover? Medisch Contact; 47 (1992), nr. 5, p. 151-154

Riteco, J.A., T. de Bie-Vos, L. Hingstman. NIVEL-projecten op verloskundig terrein. Onderzoek, registratie en documentatie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Tijdschrift voor Verloskundigen; 1992, 17, p. 358-361

Veer, A. de, D. de Bakker, P. Peters. Vernieuwingsprojecten in de gezondheidszorg. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 36, p. 1033-1037

Veer, A. de. Samenwerken in een home-team. Een onderzoek. Medisch Contact; 47 (1992), nr. 31/32, p. 918-920

Verheij, R.A. 'Thuiszorg voor ouderen en het ziekenhuis thuis', over de wijkverpleging in Frankrijk. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 20 (1992), nr. 11, p. 53-57

Verheij, R.A. Wijkverpleging in Finland: Veel tijd per patiënt en van gespecialiseerd tot all-round. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 20 (1992), nr. 9, p. 43-45

Verheij, R.A. Wijkverpleging in Engeland: Heel anders en toch hetzelfde. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 20 (1992), nr. 7/8, p. 47-49

Visser, G.J. Uit NIVEL onderzoek blijkt ... De Huisarts; 3 (1992)

- Nr. 3, p. 44-46: Preventie in de huisartspraktijk.
- Nr. 4, p. 45-47: Prof.dr. F.J.A. Huygen over 'burnout': "Een gevoel van frustratie hoort bij ons vak".
- Nr. 5, p. 56-59: Vrouwen en mannen: het kleine verschil.
- Nr. 6, p. 32-34: Bejaarden zijn minder gezond en gebruiken meer medicijnen.
- Nr. 7/8, p. 35-38: Mensen zonder vaste rol voelen zich minder gezond.
- Nr. 9, p. 42-45: Opleidingscapaciteit huisartsen moet flink omhoog.
- Nr. 10, p. 80-82: Maatschappelijk werk en RIAGG hebben "zware" cliënten.
- Nr. 11, p. 38-42: Goedkopere zorg vraagt meer dan een appèl op de huisarts.
- Nr. 12, p. 67-69: Samenwerking met "alternatieven" is onder voorwaarden goed mogelijk.

Visser, J. Conferentie preventie eerstelijns. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 20 (1992), nr. 4, p. 53

Visser, J. Fysiotherapeut moet beter adviseren. Intermediair; 28 (1992) nr. 11, p. 33

VzV, 04, 92
Wennink, H.J., S.E. Kooiker, W.G.W. Boerma, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen, S. Kooiker, E. Schadé. Complexe thuiszorg. Welke zorg onder welke voorwaarden? Medisch Contact; 47 (1992), nr. 12, p. 373-376

VzV, 04, 92
Wiegers, T.A., A. Kerkstra. De kwaliteit van de berichtgeving in de extramurale CARA-zorg. Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 1992, nr. 12, p. 442-448

HT, 91, 02
Zee, J. van der. Engels experiment met huisartsen-budget stelt teleur. De Huisarts; 3 (1992), nr. 10, p. 48-49

Boekbijdragen

VzV, 92, 02
Bakker, D.H. de, W.G.W. Boerma. Eerstelijnszorg en thuiszorg in de eenentwintigste eeuw. In: Handboek Thuiszorg. 's-Gravenhage: VUGA, 1992

Reg, 92, 02
Boven, R.F. van, A.J. ten Hoopen. Het primaire zorgverleningsproces en informatiebehoeftebepaling. In: A.J. ten Hoopen, W.J. Hofdijk, W.P.A. Beckers (red.). Proceedings van het Medisch Informatica Congres 1992. Ontwikkelingen in de Medische Informatica. Rotterdam: Publicon Publishing, 1992

Reg, 92, 02
Foets, M. Het meten van gezondheid in de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. In: L. Gunning, M. Mootz (red.). Gezondheidsmeting. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1992

Groenewegen, P.P. Micro-macro vraagstukken: problemen en oplossingen in de sociologie en sociale geografie. In: P.P. Groenewegen, P.P.P. Huigen (red.). Micro-macro vraagstukken in de sociologie en sociale geografie, Utrecht, Nederlands Geografische Studies, 1992

Reg, 92, 02
Hoopen, A.J. ten, A. Bultman, J. Nutma. Het primaire zorgverleningsproces en informatiebehoeftebepaling. In: A.J. ten Hoopen, W.J. Hofdijk, W.P.A. Beckers (red.). Proceedings van het Medisch Informatica Congres 1992. Ontwikkelingen in de Medische Informatica. Rotterdam: Publicon Publishing, 1992

VgU, 00.92
Kuipers, H., J. Vennix, S. Kooiker. Organizing home care in the future: using system dynamics to assess organisational changes. In: D.F. Andersen, G.P. Richardson, J.D. Sterman. Proceedings of the 1990 International System Dynamics Conference, 1992

Ref, 92.00
Roos, V., R.F. van Boven, A.J. ten Hoopen. Automatisering in gezondheidscentra. In: A.J. ten Hoopen, W.J. Hofdijk, W.P.A. Beckers (red.). Proceedings van het Medisch Informatica Congres 1992. Ontwikkelingen in de Medische Informatica. Rotterdam: Publicon Publishing, 1992

paramed, 00.92
Sluijs, E.M. Non-compliance in de eerstelijns-fysiotherapie. In: J.B. den Dekker, I. van Ham, G.M. van Meerwijk, P. Vaes, A. de Wijer (red.). Jaarboek Fysiotherapie 1992. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992

Tijhuis, M.A.R., H.D. Flap, M. Foets, P.P. Groenewegen. Netwerken in Nederland. Een onderzoek naar persoonlijke netwerken van Nederlanders. In: W. Jansen, G.L.H. van den Wittenboer (red.). Sociale netwerken en hun invloeden. Meppel: Boom, 1992

pas
Ref, 92.00
Verhaak, P.F.M., J.M. Bosman, M. Foets, J. van der Velden. Psychological complaints in general practice. A national survey in the Netherlands. In: Cooper, B. and Eastwood. Primary health care and psychiatric epidemiology. London: Routledge (1992)

Voordrachten

Baar, M.E. van: Informatie-overdracht bij verwijzing door medisch specialisten naar de fysiotherapeut. Voordracht gehouden op de GZO-dag, Groningen, december 1992

Baar, M.E. van: Behandeling van sportblessures door fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Lezing gehouden op het Jaarcongres Fysiotherapie, Den Haag, november 1992

- Bakker, D.H. de, A. de Veer: De zorgklassen in de zorgstudie gekwantificeerd. Lezing studiedag NIZW over Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Utrecht, 9 april 1992
- Bakker, D.H. de, E. Hackenitz: Continuity of care in general practice and population mobility. Paper presented at the International Medical Geography Symposium. Charlotte, North Carolina, 4-7 August 1992
- Bakker, D.H. de: Introduction primary health care. Gastcollege gehouden t.g.b. Medical Summer-school. Health in Holland, Utrecht, July 13 1992
- Bakker, D.H. de: Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Lezing gehouden t.g.v. presentatie jaarboek 'Kwaliteitssystemen in ontwikkeling', Utrecht, 29 oktober 1992
- Bakker, D.H. de: Toekomstscenario's voor eerstelijnsgezondheidszorg en thuiszorg. Lezing gehouden t.b.v. de Adviesraad Gezondheidszorg Breda. Breda, 2 februari 1992
- Bakker, D.H. de: Landelijk kwaliteitsbeleid en de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Gastcollege in kader van keuzevak 'Kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg'. Studierichting BMG, Rotterdam, 13 november 1992
- Bartelds A.I.M: Validation of Sentinel data. Lezing gehouden op de 1st Hannover Sentinel Workshop, 29 april 1992
- Bensing, J.M., A. van den Brink-Muinen, D.H. de Bakker: Differences between male and female general practitioners in the care fore psychosocial problems. Lezing gehouden op congres 'Health in Europe; diversity, integration, change'. University of Edinburgh, 18-21 september 1992
- Bensing, J.M., A. van der Brink, D.H. de Bakker: Huisarts (M/V) het kleine verschil met de grote gevolgen. Lezing gehouden voor KNMG, juni 1992
- Bensing, J.M., P.F.M. Verhaak: Goldbergs' pyramide vanuit generalistisch perspectief. Lezing gehouden te Groningen, 19 juni 1992

- Bensing, J.M.: Affective versus instrumental aspects in doctor-patient communication Lezing gehouden op het congres '110 jaar psychologie' op 19 en 20 november 1992
- Bensing, J.M.: Is wetenschappelijke ondersteuning wenselijk? Lezing gehouden op de Eerste Workshop voor Begeleiders van Balint-groepen in Nederland op 28 november 1992
- Bensing, J.M.: Naar een classificatie van het gezondheidszorgonderzoek Lezing gehouden op een invitational conference van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) op 7 oktober 1992
- Bijl, D., J. van der Velden, J.B.F. Hutten, R. Grol: Migraine en andere vormen van hoofdpijn. Voordracht gehouden op NHG-referatendag. Groningen, 30 oktober 1992
- Boerma, W.G.W.: De scenario's en de gehanteerde toetsingskaders. Lezing gehouden op symposium 'Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg', Amsterdam, 8 oktober 1992
- Brink-Muinen, A. van den: Explicitering van kwaliteitseisen. Lezing gehouden voor Stichting Vrouwen & Gezondheid. Utrecht, 18 juni 1992
- Brink-Muinen, A. van den: The Women Connection. Poster presented at Colloque Européen, Paris, 16-18 decembre 1992
- Dekker J.: Kwaliteit en onderzoek. Lezing gehouden op de Studiedag Paramedici en Kwaliteitsbeleid. Utrecht, november 1992
- Dekker, J., M. Raaymakers: A classification of disorders treated by speech therapists. Paper presented at First European Congress of Speech and Language Pathology. Athene, april 1992
- Dekker, J.: Negative affect, pain and disability in osteoarthritis patients: the mediating role of muscle weakness. Poster gepresenteerd op het 2nd International Congress of Behavioral Medicine, Hamburg, 1992

- Dekker, J.: Onderzoek over fysiotherapie bij het NIVEL. Lezing voor het College van Advies inzake het beroep van fysiotherapeut. Rijswijk, september 1992
- Dekker, J., W.M. Zuyderduin: Podotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Lezing voor Nederlandse Vereniging voor Podotherapie. Mierlo, september 1992
- Dekker, J., W.M. Zuyderduin: Oefentherapie Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg. Lezing voor Nederlandse Vereniging voor Oefentherapie Mensendieck. Apeldoorn, november 1992
- Delnoy, D.M.J.: Determining the level of physicians' fees: an international comparison. Lezing op Colloque Européen 'De l'Analyse Economique aux Politiques de Santé'. Parijs, 16-18 december 1992
- Delnoy, D.M.J., T.J.J.M.T. Kersten: Financial Incentives and Continuing Education: a comparison of policy tools for cost containment. Lezing gehouden op 5th International Conference on SSHC. Praag, 29 juni - 3 juli 1992
- Driessen, M.J.: Classificatie en registratie, de basis voor het toetsen van kwaliteit. Lezing gehouden op symposium 'Kwaliteitsontwikkeling in de ergotherapie: van kwaliteitsbewustzijn naar kwaliteitssystemen'. November 1992, Nijmegen
- Foets, M.: Chronic disease and illness behaviour. Lezing gehouden op congres 'Health in Europe; diversity, integration, change'. University of Edinburgh, 18-21 September 1992
- Foets M.: Morbidity in general practice. A comparison of the Netherland with England and Wales. Poster gepresenteerd tijdens de WONCA. Vancouver, 1992
- Friele, R.D., F. Beemster: Verbeteren van huishoudelijk materiaal in de gezinszorg. Inleiding gehouden op manifestatiedag 'zorg voor chronisch zieken'. Utrecht, 10 november 1992

- Friele, R.D., J.J. Knibbe: Monitoring the barriers with the use of patient lifts in home care as perceived by nursing personnel. Inleiding gehouden op First international congress on occupation health for health care workers. Freiburg, 9-11 september 1992
- Friele, R.D.: Afbakenen of samenwerken. Inleiding gehouden voor het samenwerkingsverband RIAGG/AMW/CAD in de regio Deventer e.o. 17 december 1992
- Friele, R.D.: AMW en RIAGG. Inleiding gehouden voor de kerncommissie GGZ van de NRV op 3 september 1992
- Friele, R.D.: Mythes in het diabetesdieet. Inleiding gehouden op symposium Voedingsadvies bij diabetes. Arnhem, 6 november 1992
- Groenewegen, P.P., M. Calnan: Convergence in the control of health systems: implications for professional autonomy. Voordracht gehouden op Social Science and Medicine Conferentie, Peebles, september 1992
- Groenewegen, P.P.: Zorg voor mensen thuis. Lezing gehouden op Invitational Conference Eerstelijnszorg en thuiszorg. Den Haag, 19 juni 1992
- Groenewegen P.P.: Herstructurering van de gezondheidszorg: van imperfecte planning naar een imperfecte markt. Oratie Utrecht, 12 november 1992
- Groenewegen P.P.: Primary health care in Europe. Lessons for Poland. Lezing gehouden op de Conference Primary Care Developments in Poland, Baranow-Sanodmiecki, juli 1992
- Hendriks, H.J.M.: CFO-procedure en resultaten van de pilot-studie. Poster gepresenteerd op NHG-referatendag. Groningen, 30 oktober 1992
- Hendriks, H.J.M.: Physical therapy consultation in primary care. Poster gepresenteerd op de 4th European Health Services Research Conference, Parijs december 1992
- Hingstman, L.: Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden. Lezing gehouden op een afscheidssymposium. Utrecht, 10 april 1992

- Hoek, H.W., M. Maiwald, A. Bartelds, J.J.F. Bosveld: The incidence of eating disorders and the influence of urbanization. Lezing gehouden op het Fifth International Conference on Eating Disorders. New York, 24-26 april 1992
- Jansen, P.G.M.: Functiedifferentiatie in de thuiszorg. Gastcollege bij VO Beroepsinnovatie. Nijmegen, april 1992
- Kerkstra, A., K. Kramer: Factors related to the validity of nurses' ratings of loneliness of old people's home residents. Paper presented at the 6th Biennial Conference of the Workgroup of European Nurse Researchers, Madrid, september 23-26 1992
- Kerkstra, A.: The activities of nurses working in the community. Paper presented at the First Nursing Research Conference organized by JANS, Tokyo, Japan, 2-4 October 1992
- Kerssens, J.J.: Cost containment in pharmaceutical services. Poster presented on the European Conference "From Economic analysis to health policies". Paris, 16-18 December 1992
- Kersten, T.J.J.M.T., D.M.J. Delnoy, V.J.J. Schrijnemaekers: The effect of strengthening primary health care in an echelonnized health care system. Lezing gehouden op 5th International Conference on SSHC. Praag, 29 juni -3 juli 1992
- Knibbe, J.J., R.D. Friele: The prevalence and magnitude of backpain and patient lifting in nursing personnel working in home care. Poster: First international congress on occupation health for health care workers. Freiburg, 9-11 september 1992
- Kooiker, S.: Scenarios for the future use of primary health care in the Netherlands. Lezing gehouden op 5th International Conference on SSHC. Praag, 29 juni - 3 juli 1992
- Kooiker, S.: Trendmatige ontwikkelingen voor de eerstelijnsdisciplines. Lezing gehouden op symposium 'toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg', 8 oktober 1992 te Amsterdam

- Kooiker, S.: Trends en ramingen. Lezing gehouden op Invitational Conference Eerstelijnszorg en thuiszorg. Den Haag, 19 juni 1992
- Moons, M.A.W.: Voordracht bij aanbidding rapport Evaluatie-onderzoek 06-informatie- en advieslijn Kinder mishandeling aan Minister WVC, Rijswijk, 29 juni 1992
- Nusselder, W.: Gezonde levensverwachting: een nieuwe berekeningsmethode. Lezing gehouden voor Werkgroep Gezonde Levensverwachting, november 1992
- Pool J.B. en L. Hingstman: The influence of regulating measures on the size and distribution of General Practitioners. Poster gepresenteerd op Colloque Européen 'De l'Analyse Economique aux Politiques de Santé'. Parijs, 16-18 december 1992
- Sixma, H., D. van Dierendonck: Burn-out bij huisartsen in Nederland. Lezing gehouden in Havenziekenhuis. Rotterdam, 13 mei 1992
- Sixma, H.: De Almeerse huisarts in vergelijking met zijn collega's elders. Lezing gehouden op de RHV-jaarvergadering, 20 november 1992
- Sixma, H., P. Spreeuwenberg, M. van de Pasch: Patient satisfaction with the Dutch general practitioners. Lezing gehouden op congres 'Health in Europe; diversity, integration, change'. University of Edinburgh, 18-21 September, 1992
- Sluijs, E.M., D.H. de Bakker: Presentatie jaarboek 'Kwaliteitssystemen in ontwikkeling'. In samenwerking met de NRV georganiseerde invitational conference, 29 oktober 1992, te Utrecht
- Sluijs, E.M.: Lezing 'Kwaliteitssystemen' voor Postacademisch onderwijs Kwaliteitszorg. R.U. Limburg, Maastricht, 12 juni 1992
- Sluijs, E.M.: Patientenvoorlichting en preventie. Voordracht gehouden tijdens opening fysiotherapeutisch Centrum Amsterdam. 21 maart 1992

- Sluijs, E.M.: Therapietrouw en patientenvoorlichting. Voordracht gehouden op Congres Gezondheid en preventie in opleidingen. Landelijk Centrum GVO. 15 april 1992
- Sluijs, E.M.: Het bevorderen van therapietrouw: verschil in methode bij korte en lange termijn-therapietrouw. Lezing gehouden op Interdisciplinair congres Therapietrouw Patientenvoorlichting en Chronische Ziekten. Ned Behavioural Medicine Federatie. Amsterdam VU, 10 april 1992
- Sluijs, E.M.: Therapietrouw in de fysiotherapie. Voordracht gehouden voor Werkgroep Integratie Fysiotherapie. St. Radboud Ziekenhuis. Nijmegen, 3 juni 1992
- Sluijs, E.M.: Stimuleren van therapietrouw. Lezing gehouden op de Algemene Ledenvergadering Ned Behavioural Medicine Federatie. AZU, 18 september 1992
- Stokx, L.: Costcontainment by quality improvement. Lezing gehouden op 5th International Conference on SSHC. Praag, 29 juni - 3 juli 1992
- Velden, J van der: Preventie in Nederland in internationale context. Lezing gehouden op symposium 'Preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg: op zoek naar goede verhoudingen'. Utrecht, 12 maart 1992
- Velden, J. van der, et al.: Standards for quality and process of care in general practice. Poster gepresenteerd op de WONCA. Vancouver, 1992
- Velden, J. van der: Social Health inequalities and the role of general practice I en II. Twee posters gepresenteerd op WONCA. Vancouver, 1992
- Velden, J. van der: Obstetrical care in the Netherlands. Structure, culture and future. Lezing gehouden op de WONCA. Vancouver, 1992
- Verhaak, P.F.M.: Casusgerichte preventie in de eerstelijnszorg. Lezing gehouden op het symposium 'Preventie in de eerstelijnszorg, op zoek naar goede verhoudingen'. Utrecht, 12 maart 1992

- Verhaak, P.F.M.: Eerstelijnspsychologen: doorsnee activiteiten vanuit marginale positie. Lezing gehouden voor de sectie Eerstelijnspsychologen van het NIP. Utrecht, 26 november 1992
- Verheij, R.A., D.H. de Bakker: Urban problems in general practice. Paper presented at the International Medical Geography Symposium. Charlotte, North Carolina, 4-7 August 1992
- Verheij, R.A.: Extramurale verpleging in verschillende landen. Gastcollege voor de Haagse Hogeschool, sectie PTO-MGZ. 8 oktober 1992
- Visser, G.J.: Huisarts en alternatieve therapeuten. Voordracht gehouden op NHG-referatendag. Groningen, 30 oktober 1992
- Visser, G.J.: Twee gastcolleges 'Alternatieve geneeswijzen' in het kader van het bijvak Algemene Gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Utrecht, 4 en 5 februari 1992
- Wennink, H.J.: Complexe zorg. Lezing gehouden op Invitational Conference Eerstelijnszorg en thuiszorg. Den Haag, 19 juni 1992
- Wennink, H.J.: Inleiding zorgklassen en zorgfuncties. Lezing op studiedag van NIZW over Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Utrecht, 9 april 1992.
- Wennink, H.J.: Maatschappelijke ontwikkelingen rond thuiszorg. Lezing gehouden op symposium 'Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg'. Amsterdam, 8 oktober 1992
- Westert, G.P., A.P. Nieboer, P.P. Groenewegen: Variation in duration of hospital stay between hospitals and between doctors within hospitals. Paper presented at the International Medical Geography Symposium. Charlotte, North Carolina, 4-7 August 1992
- Wiegers, T.A.: The quality of community nursing care for Astmatic Children. Paper presented at the European Nursing Congress. Amsterdam, 11-14 oktober 1992

Zee, J van der (invited speaker): Health policy and Health services research. 4th European Health Services Research Conference, Parijs december 1992

Zee, J van der (invited speaker): Primary health care in the USA. Lessons from Europe. Lezing gehouden op first National Primary Health Care Conference. Washington DC, 25-26 March 1992

Zee, J van der (invited speaker): The future of health care in Europe - Bismarck vs National Health Service. Lezing gehouden op Deutsche Soziologentage. 2 oktober 1992

Zuyderduin, W.M.: Oefentherapie Cesar in de Nederlandse gezondheidszorg. Lezing gehouden voor VBC. Utrecht, november 1992

8. LIJST VAN MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER 1992

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
LEIDING					
Bensing Mw.Dr. J.M.	Directeur (externe zaken)	01-01	31-12	38,0	1,00
Zee Prof.Dr. J. van der	Directeur (algemene leiding)	01-01	31-12	38,0	1,00
Jong T.J.M. de	Hoofd Algemene Zaken	01-01	31-12	38,0	1,00
Groenewegen Prof.Dr. P.P.	Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek (wnd.)	01-01	31-12	38,0	1,00
Verhaak Dr. P.F.M.	Adj.-Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek (wnd.)	01-01	31-12	38,0	1,00

STAF- EN SECRETARIAATSFUNCTIES

Bosman Mw.Ir. J.M.	Directie-secretaris	01-01	31-12	30,0	0,79
Hoopen Drs. A.J. ten	Adviseur Informatica	01-01	31-12	16,0	0,42
Gloerich Drs. A.B.M.	Wetenschappelijk Assistent	01-01	31-12	31,4	0,83
Olthof G.W.	Wetenschapsjournalist	01-01	31-01	28,0	0,06
Cornelius Mw. M.M.	Medewerker Publiciteit en Vormgeving	01-01	31-12	32,0	0,84
Meulen Mw. M.A.M. van der	Medew. Secretariaat Publiciteit	01-04	31-12	8,0	0,16
Leeuwen Mw. M. van	Medew. Secretariaat Directeur	01-01	31-12	30,4	0,80
Notenboom Mw. S.F.	Medew. Secretariaat (Adj.-) Hoofd W.O.	01-01	31-12	16,0	0,42
Zoer Mw. E.	Idem	01-01	31-12	20,2	0,53
Brouwer Mw. M.W.	Medew. Secretariaat Bestuur/Archief	01-01	31-12	19,0	0,50

ONDERZOEK

Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

Zee Prof.Dr. J. van der	Projectleider				
Groenewegen Prof.Dr. P.P.	Projectleider				
Noordt Mw. Drs. M.J.A. van	Ass-onderz.in opleiding	01-01	01-11	19,0	0,42
Wijkverpleging in de Euregio:					
Kramer -de Vries Mw. Drs. K	Ass.-Onderz.	01-04	30-09	24,0	0,32
European Study on Task Profiles of GP's:					
Boerma Drs. W.G.W.	Onderzoeker	01-11	31-12	20,0	0,09

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Internationaal Documentatiecentrum:					
Boermà Drs. W.G.W.	Onderzoeker	01-01	31-12	33,0	0,87

Themagebied Relatie tussen eerste en tweedelijns gezondheidszorg

Delnoy Mw.Drs. D.M.	Onderzoeker	01-03	31-12	38,0	0,84
Pennings Mw.Dr. L.J.M.	Onderzoeker	01-02	31-08	20,0	0,31
Meulen Mw. M.A.M. van der	Medew. Secretariaat	01-01	31-03	19,0	0,12
		01-04	31-12	11,0	0,22
Hackenitz Drs. E.D.J.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-03	38,0	0,25
Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering (DNO):					
Stokx L.J., arts	Onderzoeker	01-01	31-01	38,0	0,08
Gloerich Drs. A.B.M.	Wetensch. ass.	01-01	31-01	19,0	0,04

Project Combinatie inzichten huisartsenhonorering:

Delnoy Mw.Drs. D.M.	Onderzoeker	01-01	29-02	38,0	0,16
---------------------	-------------	-------	-------	------	------

Thema Verloskunde

Hingstman Dr. L.	Projectleider	01-01	31-05	38,0	0,42
Meijer W.J., arts	Projectleider	01-06	31-12	38,0	0,58
Velthuis Mw.J.L.	Medew.secretariaat.	05-10	31-12	16,0	0,10

Evaluatie experimenten verloskundige samenwerkingsverbanden:

Meijer W.J., arts	Projectleider				
Hingstman Dr. L.	Projectleider				
Riteco Mw.Drs. J.A.	Onderzoeker	01-01	31-01	38,0	0,08
Kamp Mw. Drs. B.S.	Student-ass/Ass-onderz.	03-02	03-08	24,0	0,32
	Ass-onderzoeker.	04-09	31-12	38,0	0,33

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

Wiegers Mw.Drs. Th. A.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Berghs Dr. G.A.H.	Arts/Onderzoeker	01-01	30-04	8,8	0,08
		01-05	31-12	1,5	0,03
Bie-Vos Mw. T.A. de	Veldwerkorganisator	01-01	31-01	22,8	0,05
		01-02	01-08	17,1	0,26

Het werk van de Verloskundige:

Jabaaij Mw.Dr. L.	Onderzoeker	01-11	31-12	38,0	0,17
Winckers Drs. M.L.J.J.	Ass.-Onderzoeker	01-12	31-12	38,0	0,08

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Themagebied Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg					
Verhaak Dr. P.F.M.	Projectleider				
Bensing Mw.Dr. J.M.	Onderzoeker				
Sluijs Mw.Dr. E.M.	Onderzoeker	01-07	31-08	19,0	0,08
Bruijel Drs. F.J.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-12	32,0	0,84
Kamphuis Mw. B.M.	Medew. secretariaat	01-01	31-12	19,0	0,50
Kaptein Mw. M.	Observator	26-10	31-12	10,0	0,05
Evaluatie effectiviteit van dieetvoorlichting cholesterol-serum folder:					
Friele Dr.Ir. R.D.	Onderzoeker	01-05	31-12	7,6	0,13
Paas Mw. Drs. G.R.A.	Onderzoeker	01-05	31-12	38,0	0,67
Depressies bij ouderen:					
Collijn Mw.Dr. T.H.	Onderzoeker	01-01	31-10	19,0	0,42
		02-12	31-12	8,0	0,02
Consultatieve psychiatrie in de huisartspraktijk:					
Collijn Mw.Dr. T.H.	Onderzoeker	02-12	31-12	26,0	0,06
Themagebied Samenwerking en samenhang in de eerste lijn					
Bakker Dr. D.H. de	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Hackenitz Drs. E.D.J.	Ass.-Onderzoeker	04-05	31-12	38,0	0,66
Velthuis Mw.J.L.	Medew. secretariaat	05-10	31-12	16,0	0,10
Wiegers Mw. R.P.	Medew. secretariaat	01-01	31-12	32,0	0,84
Ruiter Mw. C.J.	Medew. secretariaat	10-02	05-07	32,0	0,34
Registratie Innovatieve projecten:					
Peters Drs. P.S.H.M.	Onderzoeker	01-02	31-12	20,0	0,48
Innovatieprojecten en kwaliteit van zorg (NWO):					
Peters Drs. P.S.H.M.	Onderzoeker	16-11	31-12	12,0	0,04
Evaluatie Gezondheidszorg Almere:					
Sixma Drs. H.J.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Inventarisatie van kwaliteit-systemen in de zorg-sector:					
Sluijs Mw.Dr. E.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	30,1	0,79
De Grotestads-praktijk:					
Verheij Drs. R.A.	Onderzoeker	01-01	30-06	32,0	0,42

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Burn-out-verschijnselen onder huisartsen:					
DierenJonck Drs. H.G.H. van	Onderzoeker	01-01	31-01	38,0	0,08
Registratie en onderzoek van samenwerkingsverbanden:					
Veer Mw.Dr. A.J.E. de	Onderzoeker	01-01	30-04	32,0	0,28
		01-06	31-12	32,0	0,49
Pool Drs. J.B.	Onderzoeker	01-01	19-09	12,0	0,23
		21-10	31-12	12,0	0,06

Themagebied Volume- en functieaanbod

Hingstman Dr. L.	Projectleider	01-06	31-12	38,0	0,58
Pool Drs. J.B.	Onderzoeker	01-01	19-09	26,0	0,49
		21-10	31-12	26,0	0,13
		01-01	31-12	17,1	0,45
Geelkerken Mw. M. van	Medew. secretariaat	01-01	31-12	17,1	0,45
Bie-Vos Mw. T.A. de	Coordinator	02-10	31-12	24,0	0,16
		01-02	31-08	14,9	0,23
		01-01	31-01	36,0	0,08
Wismeijer Mw.Drs. E.T.	Coordinator	01-01	31-01	36,0	0,08
Fontein Mw. E.	Administratief medew.	01-01	31-12	37,5	0,99
Hoekstra J.	research-medewerker	01-01	31-12	20,0	0,53
Scheepmaker A.F.	Adm. medew.	01-01	31-12	24,0	0,63

Themagebied Vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk

Kernteam Nationale Studie:

Velden J. van der, arts mPH	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Foets Mw.Dr. M.M.E.	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Donker Mw.Drs.G.A.,arts mPH	Coordinator	01-01	30-11	12,0	0,29
Waal Mw.Drs.M.W.M. de	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Abrahamse H.P.H.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Snellenberg J.N.H.M. van	Systeem/Data-beheerder	01-01	31-12	38,0	1,00
Gravestein J.V.	research-medewerker	01-01	31-12	22,8	0,60
Karamat Ali Mw. I.M.	Medew. secretariaat	01-01	05-07	32,0	0,43
		06-07	31-12	20,0	0,26

Continue morbiditeitsregistratie (Peilstations):

Bartelds A.I.M., arts	Arts/onderzoeker	01-01	31-12	12,0	0,32
Heshusius Mw. M.	Medew. secretariaat	01-01	31-12	22,8	0,60
Colet Mw. E.E.	Medew. secretariaat	01-01	31-12	16,0	0,42

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg:					
Stokx L.J., arts	Onderzoeker	01-02	31-12	38,0	0,92
Sociale Netwerken en gezondheid:					
Tijhuis Mw.Drs. M.A.R.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk:					
Hutten Drs. J.B.F.	Ass-onderz.in opleiding	01-01	30-06	19,0	0,25
Bijl D.,arts	Arts/onderzoeker.	01-01	31-03	11,4	0,07
		01-04	30-09	19,0	0,25
Verschillen in hulpverlening tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen:					
Brink Mw.Drs. A. van den	Onderzoeker	01-01	31-08	32,0	0,56
Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen:					
Kooiker Drs. S.E.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Maag/darm-aandoeningen en huisarts:					
Waal Mw.Drs.M.W.M. de	Onderzoeker				
Gezonde levensverwachting:					
Nusselder Mw. Drs. W.J.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Epidemiologie van migraine:					
Flierman Dr. H.A.	Onderzoeker	01-01	02-04	38,0	0,25
Bijl D.,arts	Arts/onderzoeker.	01-01	31-03	7,6	0,05
Arbeid en Gezondheid:					
Velden J. van der, arts mPH	Projectleider				
Abrahamse H.P.H.	Ass.-Onderzoeker				
Themagebied Paramedische Beroepen					
Dekker Dr. J.	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Geelkerken Mw. M. van	Medew. secretariaat	01-01	31-12	17,0	0,45
Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extra-murale fysiotherapie:					
Baar Mw.Drs. M.E. van	Onderzoeker	01-03	31-12	38,0	0,84
Valk Drs. R.W.A.	Onderzoeker	01-04	31-12	26,0	0,51
Groot Mw. R. de	Administratief medew.	01-01	31-12	38,0	1,00

Naam:	Functie:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie II:					
Driessen Mw.Drs. M.J.A.	Onderzoeker	01-01	31-12	22,8	0,60
Gisbergen Drs. M.J.W.M. van	Onderzoeker	01-01	30-04	38,0	0,33
Zuiderduin Drs. W.M.	Onderzoeker	01-07	31-12	38,0	0,50
Sportblessures:					
Baar Mw.Drs. M.E. van	Onderzoeker	01-01	29-02	20,0	0,09
Toepassing ICIDH in de logopedie:					
Raaijmaekers Mw.Drs. M.F.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Consultatief Fysiotherapeutisch Overleg:					
Hendriks Drs. H.J.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	16,0	0,42
Themagebied Extramurale verpleging					
Kerkstra Mw.Dr. A.	Projectleider	01-01	31-12	32,0	0,84
Meulen Mw. M.A.M. van der	Medew. Secretariaat	01-01	31-12	19,0	0,50
Jansen Drs. G.	Wetensch. Ass. (TEG)	01-06	31-12	38,0	0,58
Beemster Drs F.	Wetensch. Ass. (TEG)	01-01	04-05	38,0	0,34
Functie-differentiatie in de Thuiszorg:					
Jansen Drs. P.G.M.	Onderzoeker	01-01	14-12	38,0	0,95
Evaluatie functioneren Geriatrische Diagnose- en behandeladviesteams:					
Collijn Mw.Dr. T.H.	Onderzoeker	01-01	31-10	19,0	0,42
Verpleeghuis en aanverwante zorg:					
Sluijs Mw.Dr. E.M.	Onderzoeker	01-10	31-12	19,0	0,13
Programma technologische vernieuwing in de thuiszorg:					
Friele Dr.Ir. R.D.	Onderzoeker	01-01	30-04	20,3	0,18
		01-05	31-12	24,4	0,43
Beemster Drs F.	Ass.-Onderzoeker	05-05	31-12	32,0	0,55
Tillen in de thuiszorg:					
Knibbe Mw. Drs. J.J.	Onderzoeker	01-02	31-07	30,0	0,39
		01-08	31-12	22,4	0,25
Evalue Intergratie Kruiswerk Gezinsverzorging:					
Verheij Drs. R.A.	Onderzoeker	01-09	31-12	36,0	0,32
Caris-Verhallen Mw. W.	Ass.-onderzoeker	01-02	31-12	24,0	0,21

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Themagebied Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn					
Peters Drs. L.	Projectleider	01-01	31-12	26,6	0,70
Moons Mw.Drs. M.A.W.	Onderzoeker	01-01	31-12	28,0	0,74
Kamphuis Mw. B.M.	Medew. secretariaat	01-01	31-12	19,0	0,50
Consumentenpanel:					
Kerssens Drs. J.J.	Onderzoeker	01-01	31-12	32,0	0,84
Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers:					
Visser Drs. G.J.	Onderzoeker	01-01	31-05	32,0	0,35
		01-06	31-12	24,0	0,37
Bootsma Mw. W.M.	Veldwerker	01-01	31-12	16,0	0,42
Kwaliteit van thuiszorg (ontwikkeling meetinstrument):					
Friele Dr.Ir. R.D.	Onderzoeker	01-01	15-03	28,4	0,15
Proefproject gespecialiseerde thuiszorg voor Aids-patienten:					
Moons Mw.Drs. M.A.W.	Onderzoeker				

ONDERZOEK ALGEMEEN

Storck P.W.A.	Systeem-analist	01-01	31-12	20,0	0,53
Boschman Mw. M.A.	research-medewerker	01-01	31-12	36,0	0,95
Winckers Drs. M.L.J.J.	research-medewerker	02-07	30-11	32,0	0,35
		01-01	31-05	32,0	0,35
Duister Mw. M.H.	research-medewerker	01-01	31-12	38,0	1,00
Spreeuwenberg P.M.M.	research-medewerker	01-01	31-12	28,0	0,74
Hermans Mw.Drs. I.M.J.	Ass.-onderzoeker	01-01	31-12	13,7	0,36

BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

Leeuw Mw.Drs. A.K. de	Coördinator	01-01	31-12	38,0	1,00
Berg Mw. R. van den	Bibliothecaris	01-02	31-12	22,8	0,30
Garde Mw. I. de	Bibliothecaris	01-01	21-01	22,8	0,03
Heijden Drs.P.M.J.R.van der	Plv. Bibliothecaris/ Documentalist	01-01	31-12	32,5	0,86
Boeringa F.H.	Documentalist	01-02	31-12	30,7	0,81
Campan Drs. E.C.M. van	Documentalist	01-01	31-01	24,0	0,26
	Documentalist	03-03	02-08	24,0	0,05

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Mulder P.	Medewerker (TEG)	01-01	01-03	38,0	0,17
	Documentalist	12-10	31-12	38,0	0,22
Bleijerveld P.P.	Medewerker (TEG)	18-03	31-12	38,0	0,79
Verheul Mw. N.E.M.	Medew. Secretariaat	29-04	31-12	36,0	0,64
Registratie Wetenschappelijk Onderzoek:					
Loo Mw. M.E. van	Administratief medew.	01-01	31-12	20,0	0,53

ALGEMENE DIENST

Kerkhof Mw. J.D.M.	Medew. Personeels- en Algemene				
	Zaken	01-01	31-12	20,0	0,53
Zaaijer Mw. Mr. K.A.	Management-assistent	01-04	06-11	32,0	0,51
Franke C.H.	Ass.-Administrateur	01-01	31-12	38,0	1,00
Vlieger Mw. J.H.de	Medew. salarisadm.	01-01	31-12	16,0	0,42
Jong Mw. J.A.M. de	Medew. financiële adm.	01-01	31-12	37,0	0,97
Pons Mw. G.M.D.	Administratief medew.	15-01	14-07	9,1	0,12
Muller B.H.J.	Beheerder	01-01	31-12	36,0	0,95
Spruit W.L.	Medew. Beheer/Receptie	01-01	31-12	28,0	0,74
Jurrius Mw. L.M.	Hoofd Huishouding	01-01	31-12	38,0	1,00
Wind Mw. M.	Assistent Hoofd Huish.	01-01	31-12	14,5	0,38
Sieders Mw. Th.	Schoonmaker	01-01	31-12	13,8	0,36
Drieling Mw. C.Y.	Schoonmaker	01-01	31-12	14,0	0,37
Felperlaan Mw. C.M.	Medew. Receptie/ Verzendafdeling	01-01	31-12	24,0	0,63
Smit Mw. W.	Idem	01-01	31-12	28,0	0,74
Hoogendoorn Mw. M.	Idem	13-02	31-12	22,6	0,53

9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN '92

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in de gevraagde regio.
Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit, Huisartsgeneeskunde, Nijmegen	Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde	Een steekproef van 500 huisartsen in de aangegeven regio
Stichting Informatiecentrum voor de gezondheidszorg	Bepaling representativiteit van de Landelijke Verloskundige Registratie	Adressen van zelfstandig gevestigde verloskundigen
Stichting Orgaan en Weefsel donorwerving	Informatie over orgaan/weefsel donatie	Adressen van alle huisartsen in Nederland
Integraal Kankercentrum Oost	Verzending Nieuwsbrief	Adressen van praktiserende huisartsen in de aangegeven regio.
Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit Amsterdam Onderzoekscentrum 1ste - 2de lijn	Onderzoek naar het beleid van huisartsen en verloskundigen bij een dreigende miskraam	Adressen van 500 huisartsen en 300 verloskundigen
Rijksuniversiteit Groningen Vakgroep Gezondheidswetenschappen	Deskundigheidsbevordering	Aselecte steekproef van 150 huisartsen
Rijksuniversiteit Groningen Vakgroep Huisartsgeneeskunde	HIV problematiek	Adressen van drie aselecte groepen huisartsen
Rijksuniversiteit Utrecht Vakgroep Huisartsgeneeskunde	Symposium i.v.m. het 25 jarig bestaan van de leerstoel huisartsgeneeskunde	Adressen van huisartsen die afgestudeerd zijn in Utrecht vanaf 1973
KNMG Huisarts en verpleeghuisarts registratiecommissie	Herregistratie 1992 van het huisartsenbestand	Adressen van huisartsen die in de opgegeven jaren zijn geregistreerd

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Integraal kankercentrum Oost	Verzending nieuwsbrief	Adressen van praktiserende huisartsen in de aangegeven regio
Instituut voor medische statistiek Nederland	Onderzoek arts-patient contacten	Statistische informatie op E.G.G. en provinciaal niveau
NHG	vooraankondiging NHG-congres 1992, brochure "afval in de huisartspraktijk"	Adressen van alle praktiserende huisartsen in Nederland
Academisch Ziekenhuis Nijmegen Economische en medische administratieve dienst	Overzicht adressenbestand	Adressen van huisartsen in Nederland
Integraal kankercentrum Oost	Verzending van richtlijnen voor behandeling van mamma carcinoom	Adressen van huisartsen in de gevraagde regio
Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid	Onderzoek naar voedingsvoorziening aan huisartsen	Adressen van zelfstandig gevestigde huisartsen die 5-15 jaar in een praktijk werkzaam zijn
Academisch Medisch Centrum, Afd. Medische Psychologie	Onderzoek "Bevordering implementatie consensusrichtlijnen"	Steekproef van 500 huisartsen, verdeeld over drie groepen
Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven	Onderzoek overheidsuitgaven	Aantallen huisartsen per gemeente
Rijksuniversiteit Groningen Vakgroep Huisartsen- en Geneeskunde	Het geven van onderwijs aan vierdejaars medisch studenten	Adressen van huisartsen die na 1985 met een praktijk begonnen zijn, in de drie Noordelijke provincies
International Health Foundation Brussel	Recente statistische gegevens omtrent huisartsen	aantallen huisartsen en arts-assistenten naar geslacht en vestigingsduur

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Hvidovre University Hospital, Copenhagen Denmark	Onderzoek naar helicobacter pylori bij ulcus duodeni afwijkingen	150 adressen van zelfstandige huisartsen
OMNIACC Accountants en Beleidsadviseurs	Stage-opdracht naar financiële dienstverlening	Teruggetrokken
LHV Deskundigheidsbevordering West Nederland	Mailing regionale nascholingsagenda	Adressen van huisartsen in de gevraagde regio
IKO	Verzending nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in de gevraagde regio
NHG	Diverse mailings aan alle huisartsen in Nederland	Adressen van alle huisartsen in Nederland
LHV deskundigheidsbevordering	Onderzoek naar beschikbare formatieplaatsen voor plaatselijke coördinatoren	Uitdraai van gevraagde postcodes
Dr W.F. Stormkliniek	Vergelijken van cijfers uit eigen onderzoek in de omgeving van Rotterdam met de situatie in Nederland	Een tabel waarin de opleidingsvorm van huisartsen is uitgezet tegen de praktijkvorm
Nationaal Ziekenhuis Instituut	Onderzoek naar de functie van Cara-teams	Gestratificeerde steekproef van huisartsen
Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit huisartsgeneeskunde, Nijmegen	Onderzoek naar knelpunten en behoeften rond kwaliteitsbevordering	A-selecte steekproef van 300 huisartsen
Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde	Onderzoek door huisartsen in opleiding	Steekproef van huisartsen
Rijksuniversiteit Utrecht Vakgroep Algemene Gezondheidszorg afdeling Epidemiologie	Onderzoek Terminale Thuiszorg	Tabel van huisartsen werkzaam in gezondheidscentra en zes steden
IKO	Verzending nieuwsbrief	Adressen van huisartsen in de opgegeven regio

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Nederlands Astma Fonds	Onderzoek naar waardering en effectiviteit van de cursus 'Inhalatie-instructie voor dokters-assistenten	Adressen van huisartsen uit de opgegeven regio
IKO	Verzending van het Lustrumboek van het Borst prothese Informatie Centrum	Adressen van praktizerende huisartsen in de aangegeven regio
Universiteit van Amsterdam Instituut voor huisartsgeneeskunde	Up to date houden van het huisarts-opleidersbestand	Adressen van huisartsen in de aangegeven regio
CBS Hoofdafdeling Gezondheidsstatistieken	Ten behoeve van het vademecum	Cijfers over huisartsen ,gezondheidscentra en fysiotherapeuten
Nederlands Philips Bedrijven BV	Verzending van verslagen van periodiek onderzoek van werknemers naar huisartsen	Teruggetrokken
CBS	Enquête	Adressen van verloskundigen
CBS	Statistisch overzicht	Aantal apotheekhoudende huisartsen per provincie
NHG	Mailing met programmaboekje voor het WONCA-congres	Adressen van huisartsen,-assistent-huisartsen en waarnemers
LHV	Verzending van de halfjaarlijkse regionale nascholingsagenda, aankondigingen van de Driedaagse 1993	Adressen van huisartsen in de regio

TREFWOORDENINDEX

A

- aanmelders en signaleerders paramedische beroepen. zie ook verwijzen naar
 - paramedische beroepen: 45, 48
- achteraf-verwijskaarten: 19
- acupuncturisten: 37
- adl: 30
- adspirant-huisartsen: 50
- advieskaarten: 10, 12
- afstemming werkgebieden wijkverpleegkundigen en huisartsen: 30-31
- aids: 23, 26-27, 60, 62
- allochtonen: 55
- almere-project: 28-30
- alpha-hulp: 25
- alternatieve genezers: 34, 36-37
- ambulante geestelijke gezondheidszorg. zie: ggz
- amw en riagg: 37, 42
- anatomical therapeutical chemical classification: 53
- angst voor aids: 60, 62
- anticonceptie: 62
- antroposofische artsen: 37
- apotheekhoudende huisartsen: 49
- apothekersassistenten: 33
- arbeidsomstandigheden thuiszorg: 23, 28
- arbeidsongeschiktheid: 23, 38, 40-41, 55
- arbeidssatisfactie: 51
- arts-patiënt relatie. zie: relatie, arts-patiënt
- attitude
 - bevolking t.o.v. verplichte vaccinatie: 35
 - huisarts t.o.v. patiënt: 29
 - huisarts t.o.v. placebo's: 53-54
 - patiënt t.o.v. gezondheidszorgvoorzieningen: 34-35

B

- baarmoederhalskanker: 60-61
- basisverzekeringen: 12

beddenreductie: 12
bedreiging van huisartsen: 51
behandelkaarten: 11-12
bereikbaarheid
 huisartsen: 28-29, 56-57
 ziekenhuizen: 12
beroepskrachtenplanning
 huisartsen: 50
 obstetrici en gynaecologen: 22
 paramedische beroepen: 46
beroepsprofielen
 paramedische beroepen: 32
 verpleegkundigen: 24
 wijkverpleegkundigen: 24
bewegingsapparaat, aandoeningen aan: 23, 37, 44, 65
bewegingstherapie: 44-45, 65
bibliografieën: 65-66
bijbetaling. zie: eigen bijdrage
bije- of wespstekten: 63
bijwerking van cosmeticum: 63
burnout bij huisartsen: 49, 50-51

C

cara: 17-20, 37
carrièrekeuze huisartsen: 49
cesar: 42, 46-47
centrumassistenten: 33
chronische klachten en chronische patiënten: 29-30, 52, 55, 59
cliënt-toewijzing in de thuiszorg: 24
complexe thuiszorg: 23-24, 26, 32
consultatiefunctie verpleeghuizen: 23, 26
consultduur huisartsen: 56-59
consultfrequentie huisartsen: 9, 12-14, 29, 40-41, 54-56, 61
 zie ook: medische consumptie
consumentenpanel: 34-36
contactredenen: 57-58, 61

D

defined daily dosis. zie: standaarddosis geneesmiddelen
demografische ontwikkelingen: 14, 50
depressiviteit: 37-41
deskundigheidsbevordering: 32
 huisartsen: 11, 15, 17-18
diagnostische faciliteiten en tests: 10, 12-13
diëtisten: 33-36
dienstverband. zie: praktijkvormen en honorering(ssystemen)
draaglast, psychische: 38-40

E

echelongrenzen: 33
eerstelijnspsychologen: 37, 41-42
ehbo: 14, 19
eigen bijdrage, eigen risico en bijbetaling: 12-13, 34
ergonomische interventie in de thuiszorg: 27-28
ergotherapie: 42, 46-48
euthanasie: 60, 63

F

farmaceutisch kompas: 52-53
formularium: 18, 20
functiedifferentiatie in de thuiszorg: 23-24
fysiotherapie en fysiotherapeuten: 33, 36, 42-45

G

gastro-enteritis: 63
geboorten: 22
geneesmiddelen vergoedingen systeem: 34-35
general health questionnaire: 39-42, 55
geriatisch diagnose- en behandeladvies team: 23, 25-26
gezinsverzorging: 23-25, 30-31
gezondheidsbeleving: 29, 40-41, 54-55
gezondheidscentra: 9, 11, 28-29, 33, 50, 55
gezondheidssystemen
 europa: 9-10, 21
 verenigde staten: 21
ggz: 37, 41-42

gp-hospitals: 21
groene weduwe-effect: 29
groepspraktijken. zie: praktijkvormen
grote-stadspraktijken: 50-51, 54-57
gynaecologen: 22

H

hart- en vaatziekten: 56, 60-61
heiligymnasten: 42
herhaalkaarten: 10
herintredende artsen: 50
herregistratie: 31
hmo-constructie: 15
homeopathen: 36
honorering(ssystemen): 16
 apothekers: 33
 huisartsen: 9, 11-12, 15-17, 33, 49-51, 57
 paramedische broepen: 43
 specialisten: 10, 16
 tandartsen: 33
 zie ook: praktijkvormen
hoofdpijn en migraine: 48, 51, 58-60
huidklachten: 37
huisartsen en huisartsgeneeskundige zorg: 9-15, 17-22, 26, 28-31, 33, 36-41, 45-63
huisartsenbedden in ziekenhuizen: 21
huisartsendichtheid. zie: spreiding
huisbezoeken van huisartsen: 9, 29
huishoudelijke apparatuur: 23
huishoudelijke hulp: 30
hulpmiddelen: 25
hulpvraag: 30, 34

I

implementatie kwaliteitssystemen: 32
indicatiestelling in de thuiszorg: 25
influenza(-achtige) aandoeningen: 60-61, 63
intake wijkverpleging en aidsverpleging: 27
integratie wijkverpleging en gezinsverzorging: 24

intercollegiale toetsing. zie: toetsing
interdoktervariantie. zie: verschillen in beroepsuitoefening
internationaal vergelijkend onderzoek: 9-10

K

kindermishandeling: 34, 36
kindertelefoon: 36
klachtenbehandeling: 31
klinische faciliteiten huisartsen: 11, 21
koepels van beroepsbeoefenaren: 31-32
kostenbeheersing en -besparing: 17, 20-21, 30, 33, 35, 66
kruisorganisaties: 24-25
kwaliteit van de arbeid: 23
kwaliteit van de zorg: 30-32
 diëtistische zorg: 35-36
 huisartsgeneeskundige zorg, 17, 20-21
 kwaliteitssystemen: 28, 31-32
 paramedische beroepen: 46
 thuiszorg: 23

I

logopedisten en logopedie: 45-46

M

maatschappelijk werkenden: 33
man-vrouwverschillen
 contactredenen huisartsen: 57-58
 huisartsen: 49-50, 57-58
 medische consumptie: 14, 29, 41, 44-45, 49, 52
 morbiditeit: 38-41, 48, 51, 60
 paramedische beroepen: 42-43, 46-48
 verwijzen: 14-15
manuele tiltechniektraining: 27-28
manueel therapeuten: 37
massamedia: 66
masseurs en massage: 42, 44-45
medische consumptie: 9, 12-14, 16, 29, 40-41, 43-45, 52, 56-57, 61, 66
 zie ook: consultfrequentie
meermanspraktijken. zie: praktijkvormen

meervoudige thuiszorg, 43
mensendieck: 42, 46-47
moeder- en kindzorg: 23-24
mononucleosis infectiosa: 60, 62

N

na- en bijscholing: 31
 huisartsen: 18
 paramedische beroepen: 46-47
 thuiszorg: 24
natuurartsen: 37
nhg-standaarden: 18
numerus fixus studenten geneeskunde: 9, 22

O

obstetrici: 22
onderlinge toetsing. zie: toetsing
onzekerheid bij huisartsen: 57-58
oogheelkunde: 17-19
opleiding(scapaciteit) huisartsen: 49-50
ouderen(zorg): 23, 26, 30-31, 43
overheidsbeleid: 11-12, 15

P

paramedische beroepen: 32, 42-48
particulier verzekerden: 12-15
patiënt en verwijsgedrag: 10, 20, 57
patiëntensatisfactie: 19, 29-30, 34-37, 56
peilstationproject: 49, 60-63
placebo's: 34, 53-54, 65
platteland: 17, 21-22
podothérapie: 42, 46-48
poliklinieken: 9
polio-vaccinaties: 34-35
praktijkassistenten: 29, 56-57
praktijkgrootte huisartsen: 12, 33, 50
praktijkprofielen huisartsen: 9

praktijkvormen

fysiotherapeuten: 42-43, 46-48

huisartsen: 9, 12, 49-52, 54-55

verloskundigen: 21

zie ook: honorering(ssystemen)

preventie rugklachten: 27

prijzen en kosten van geneesmiddelen: 20-21, 34-35, 52

professionalisering: 31

protocollen: 32

thuisverpleging aidspatiënten: 26

psychiatrische ziekenhuizen: 31-32

psychofarmaca: 41

psychische en psychosociale problemen: 29-32, 37-42, 55-56, 59

R

registratie

innovatieve projecten: 32-33

fysiotherapie: 42-45

verloskundigen: 21-22

wetenschappelijk onderzoek: 67

relatie

arts-patiënt: 10, 37

eerstelijns en ggz: 37-42

eerstelijns en tweedelijns: 10-21, 23, 26

paramedische beroepen met verwijzer: 42, 47-48

revalidatiecentra: 47-49

riagg's: 26, 31, 37, 42

rugklachten verpleegkundigen: 27

S

samenwerking: 12

eerstelijns: 28-29, 33

huisartsen en alternatieve genezers: 34, 36-37

huisartsen en wijkverpleegkundigen: 30-31

huisartsen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen: 26

huisartsen en internisten: 27

huisartsen en verpleeghuisartsen: 23, 26

wijkverpleging en aidsverpleging: 27

signaleerders. zie: aanmelders

sociaal economische situatie en morbiditeit: 51
sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen: 25
solopraktijken. zie: praktijkvormen
specialisatie wijkverpleegkundige zorg: 24
specialistische thuisverpleging: 23, 26-27
spijsverteringsstelsel, aandoeningen aan: 48, 51, 56, 60, 64
sport: 65
sportblessures
 fysiotherapeuten: 42, 44-45
 huisartsen: 63
spreiding
 huisartsen: 49-50
 fysiotherapeuten: 42
 specialisten: 13
stad- en plattelandsverschillen: 22
standaarddosis geneesmiddelen: 52-53
standaarden in de huisartspraktijk. zie: nhg-standaarden
standaardisatie: 31-32
standaardpakket-polis: 13
stelselwijziging: 12-13
sterilisatie: 60-62
stotteren: 45
substitutie: 10-13, 15, 21, 26-27, 30
surmenage: 23, 37-41

T

taakopvatting huisartsen: 13, 19, 29
taalstoornissen: 46
telefonisch consult huisartsen: 29
terminale zorg door wijkverpleegkundigen: 31
terugbestelcontacten huisartsen: 12
thesaurus gezondheidszorg: 66-67
thuisbevalling: 21
thuisverpleging: 23
thuiszorg: 10, 23-28, 30-31, 42-44, 66
thuiszorgtechnologie: 23, 27-28, 66
tillen en tilliften: 23, 27-28
toetsing: 18, 31-32, 46-47
tweemanspraktijken. zie: praktijkvormen

U

uitstel-patronen
ultrageluidstherapie: 45
urethritis bij mannen: 63

V

vacatures in de thuiszorg: 25
vaccinatie: 35, 63
vergrijzing. zie: demografische ontwikkelingen
verloskundige zorg, 21-22
 huisartsen: 21-22, 51-52
verloskundigen: 21-22, 33
vernieuwing van de zorg in de eerstelijns: 32-33
verpleeghuisartsen: 25
verpleeghuizen: 23, 31-32, 47, 48-49, 66
verpleegkundig aids-consulenten: 26-27
verpleging en verzorging: 23-28
verschillen in beroepsuitoefening
 fysiotherapeuten: 44
 huisartsen: 9-13, 15, 17, 19-20, 28-30, 38, 45, 54-58, 60
 mannelijke en vrouwelijke huisartsen: 49-50, 57-59
vervolgcontacten huisartsen: 39
verwijzen naar
 alternatieve genezers: 37
 ggz: 37-39, 56
 paramedische beroepen: 45-46, 48-49
 specialisten: 10-19, 29-30, 51, 56
verwijskaarten: 10, 13-14, 19
verzekeringsvorm: 12-15
 medische consumptie: 12-13
verzorgingstehuizen: 31
vestigingsbeleid huisartsen: 9
visitatie: 31
voedingsvoorlichting: 34-36
voorschrijven van geneesmiddelen: 9-10, 17-20, 29-30, 34, 39, 48, 51-54, 56-57, 59
vrouwelijke (huis)artsen: 22, 28, 49-51, 57-59

W

waarneemdiensten: 50

wachlijsten: 23-25, 40, 66

wao. zie: arbeidsongeschiktheid

werkbelasting wijkverpleegkundigen: 31

werkeloosheid: 40-41

wijkverpleegkundige zorg en wijkziekenverzorging: 23-28, 30-31, 33, 66

Z

ziekenfondsverzekerden: 10, 12-15

ziekenhuisopname en -ontslag: 21

ziekteverzuim: 23, 25, 44, 55

zwangerschap: 22, 60, 62

