

1993-1994

JAARBOEK NIVEL 1993

(waarin opgenomen het jaarverslag)



Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)

Postadres : Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht

Bezoekadres : Drieharingstraat 6 - Utrecht

Telefoon : 030 - 319946

Telefax : 030 - 319290

INHOUD

1. INLEIDING	5
1.1 Indeling van het jaarverslag	6
2. AFDELING ONDERZOEK	7
2.1 Internationaal vergelijkend onderzoek	7
2.2 Thuiszorg substitutie en samenhang	9
2.2.1 Verpleging en verzorging	9
2.2.2 Verloskundige zorg	14
2.2.3 Samenhang van voorzieningen in de eerstelijnsgezondheidszorg	17
2.3 Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheidszorg	24
2.3.1 Hulpvraag en hulpvrager in de eerstelijns	24
2.3.2 Relatie eerstelijns - GGZ/Hulpverleningsprocessen	27
2.3.3 Paramedische beroepen	30
2.4 De huisartspraktijk	40
2.4.1 Huisartsen kwantitatief	40
2.4.2 De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk	45
2.4.3 Peilstations	58
3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE	66
4. OVERIGE ACTIVITEITEN	66
5. HET BESTUUR	69
6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)	71
7. NIVEL-RAPPORTEN EN OVERIGE PUBLIKATIES	77
8. LIJST MET MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER	101
9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN	108
TREFWOORDENINDEX	111

1. INLEIDING

Het jaar 1993 was een jaar van consolidatie en reflectie. Consolidatie in die zin dat op een breed terrein onderzoek gedaan is en de resultaten van het onderzoek zijn gepubliceerd. Een enkel terrein kende een inzinking.

Het was een jaar van reflectie omdat het instituut in 1993 deelnam aan een externe visitatie.

Het NIVEL nam deel aan het Experiment Visitaties van de Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen. Na het produceren van een intern rapport waarin de criteria van de KNAW (terms of reference) zo goed mogelijk waren geoperationaliseerd, vond in het verslagjaar de feitelijke visitatie plaats door een commissie die het rapport bestudeerde en besprak en zich vergewist heeft van de juistheid ervan door gesprekken te voeren met medewerkers en afnemers van onderzoeksresultaten.

In het visitatierapport is geprobeerd om de dubbele missie van het instituut tot uiting te doen komen: enerzijds zorgen voor maatschappelijke en beleidsrelevante studies op het gebied van de (eerstelijns)gezondheidszorg en anderzijds de wetenschappelijke missie die inhoudt dat de gedane studies wetenschappelijk van goede kwaliteit zijn en als zodanig worden beoordeeld.

Op het gebied van wetenschappelijke criteria kon worden geput uit een zekere traditie op het gebied van impact-factoren en citatie-tellingen; op het gebied van maatschappelijke impact moesten verschillende operationaliserings zelf worden aangebracht.

Het feit dat het instituut gedwongen werd een dergelijke exercitie uit te voeren heeft het inzicht vergroot in de waarde van instituutsactiviteiten, niet alleen voor de Visitatie Commissie maar ook voor directie en medewerkers.

De Visitatie Commissie legde nogal sterk de nadruk op de nationale functie van het NIVEL en het belang van nationaal-relevante gegevensbestanden en studies. Zonder informatiesystemen zou het NIVEL zijn nationale taak niet goed kunnen vervullen. Ook een uitbreiding van de missie van het instituut naar de gehele (somatische) gezondheidszorg zou gepaard moeten gaan met een evenzeer prominente positie in de informatieverzameling.

De Visitatie Commissie was positief over het principiële multi-disciplinaire karakter van het instituut en oordeelde dat het instituut ervoor zorg zou moeten dragen dat uitbreiding van de missie gepaard zou moeten gaan met uitbreiding van de voor het onderzoek relevante disciplines.

De Commissie was van oordeel dat er op het instituut een goede mix van maatschappelijke relevantie en wetenschappelijke relevantie was bereikt.

In het licht van dit laatste werden in 1993 de banden met de universitaire

wereld verder versterkt doordat mevrouw dr. J.M. Bensing benoemd werd tot hoogleraar Klinische en Gezondheids Psychologie aan de Universiteit van Utrecht, naast haar werkzaamheden als lid van de NIVEL-directie.

Het Jaarverslag 1993 bestaat, zoals het de afgelopen jaren gebruikelijk was, vooral uit resultaten van onderzoek.

Van alle onderzoeken die in 1993 gereed kwamen of waarvan tussentijdse resultaten bekend werden is gepoogd een leesbare samenvatting te geven.

Zij die meer willen weten van de betreffende onderzoeken worden aangeraden rapporten en artikelen aan te vragen en om de verantwoordelijke projectleiders en onderzoekers te benaderen.

1.1. Indeling van het jaarverslag

De in het jaarboek 1992 gevolgde indeling zal ook voor het jaarboek 1993 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

Gezondheidszorg in Europa

Niet alleen in Nederland, ook in andere Europese landen staat het gezondheidszorgsysteem op de helling. Dat geldt in het bijzonder voor de landen in Oost-Europa, die zich in korte tijd tot markteconomieën ontwikkelen. Door naar ervaringen in andere landen te kijken, kunnen in Nederland mogelijke valkuilen in een vernieuwd stelsel worden omzeild. Omgekeerd kunnen andere landen leren van het Nederlandse systeem, in het bijzonder van de sterke positie van de huisarts.

Op verzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft het NIVEL een overzicht samengesteld van de gezondheidszorg en - in het bijzonder - de huisartsgeneeskunde in Europa. In het (engelstalige) boek zijn recente cijfers bijeengebracht over de gezondheidszorgsystemen in 32 landen. Honorering, inkomen en opleiding van de huisartsen krijgen bijzondere aandacht.

Het boek is uitgegeven ter gelegenheid van het congres van de WONCA, de internationale huisartsenorganisatie, dat in juni 1993 in Den Haag werd georganiseerd.

Taakprofielen van Europese huisartsen

Centraal in het internationale onderzoek van het NIVEL staat een onderzoek onder huisartsen in 31 Europese landen, dat zal resulteren in de beschrijving van de daar vigerende taakprofielen. Doel van deze studie, die wordt uitgevoerd met subsidie van de Europese Unie, is de variatie te beschrijven van het dagelijks werk van huisartsen, zowel tussen de verschillende landen onderling, als binnen de landen afzonderlijk.

Eind 1993 hadden bijna 3000 huisartsen de schriftelijke vragenlijst - opgesteld in 28 talen - teruggestuurd. In de meeste landen - zo blijkt - is de huisarts een zelfstandig ondernemer. (Portugal, Spanje en Griekenland vormen de uitzonderingen). In Italië, België, Duitsland en Luxemburg werken de meeste huisartsen solistisch; in Portugal en het Verenigd Koninkrijk komt solistisch werken daarentegen bijna niet voor. Duitse huisartsen zien per dag de meeste patiënten: gemiddeld 50. In België en Frankrijk zijn dat er niet meer dan 17. Daarentegen doen Belgische huisartsen het meeste huisbezoeken: 45 per week.

Gemeten aan de aanwezigheid (en het gebruik) van een hemoglobine-meter, een oogspiegel, een protoscoop, een microscoop, een audiometer, een piekstroom-meter en een electrocardiograaf zijn de huisartspraktijken in Denemarken en Nederland goed uitgerust; de Zuideuropese landen, en ook Frankrijk, scoren hier laag.

Vooraf in Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Ierland krijgt de huisarts gezondheidsproblemen als eerste voorgelegd. (Elders stapt men voor problemen bij kinderen, bij vrouwen, voor psychosociale problemen en voor acute problemen vaker het eerst naar een gespecialiseerde hulpverlener). Niet verrassend gebeurt dat in het algemeen vaker in die landen, waar de toegang tot de tweede lijn door de huisarts wordt 'bewaakt'. Alleen ten aanzien van de behandeling van acute problemen is dat verband niet aantoonbaar.

Huisartsen in Nederland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk passen het meest frequent medische technieken toe. Huisartsen op het platteland doen dat in het algemeen nog wat vaker dan huisartsen in de stad.

Inkomen van huisartsen in West-Europa, 1975 - 1990

De hoogte van het inkomen van huisartsen hangt - zo mag men veronderstellen - samen met het aanbod aan huisartsen en de (politieke) invloed die zij kunnen uitoefenen. Ook het honoreringstelsel is van belang: in een stelsel dat gebaseerd is op betaling per verrichting, kunnen zij een eventuele daling van de 'prijs' van hun produkt (door een groter aanbod aan huisartsen) compenseren door méér te gaan doen. In opdracht van de OECD heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar ontwikkelingen in het inkomen van huisartsen in acht Westeuropese landen.

In 1975 was in zes van de acht landen een duidelijk verband (correlatie: .79) zichtbaar tussen de hoogte van het inkomen en het aantal inwoners per huisarts; alleen in Zweden en Finland verdienden huisartsen, ondanks extreem grote praktijken, relatief weinig. In de jaren daarna was het beleid in beide genoemde landen gericht op een versterking van de eerstelijnszorg; daardoor was in 1990 ook in Finland sprake van een verband tussen inkomen en praktijkgrootte, in Zweden (nog) niet.

Mede door een toename van het aantal beroepsbeoefenaren ging het gemiddeld inkomen van de huisartsen - in relatie tot het bruto nationaal produkt - in alle onderzochte landen omlaag. Voor relatief 'rijke' huisartsen geldt dat nog wat sterker dan voor relatief 'minder rijke'. In Nederland, bijvoorbeeld, verdienden de huisartsen in 1975 8,8 keer zoveel als het bruto nationaal produkt, in 1990 'nog maar' 4,3 keer zoveel. De (minder rijke) Engelse huisartsen zagen hun inkomen verhoudingsgewijs dalen van 4,6 tot 3,5 keer het bruto nationaal produkt. Het inkomen daalde minder naarmate huisartsen

als groep méér politieke invloed hadden, en in staat waren verlies aan inkomen te compenseren door méér diensten te gaan verlenen.

2.2 Thuiszorg substitutie en samenhang

2.2.1 Verpleging en verzorging

Ontwikkelingen in de organisatie van de thuiszorg vinden ook dit jaar hun weerslag in het onderzoek naar verpleging en verzorging. Een eerste opvallend resultaat daarvan is dat de integratie van wijkverpleging en gezinsverzorging - door de overheid beschouwd als een belangrijk instrument om de zorg kwalitatief beter en tegelijk goedkoper te maken - nog maar weinig vruchten heeft afgeworpen. Een tweede resultaat is dat de wachtlijsten in de gezinsverzorging, waarover in het vorige jaarverslag werd gerapporteerd, niet zijn te herleiden tot de omvang van het budget van de instellingen. Dat de grenzen tussen de oude echelons in snel tempo vervagen, blijkt uit het uitbrengen door het NIVEL van een advies over toekomstig onderzoek op het terrein van de verpleeghuiszorg.

Technologie - 'high tech' (tilliften), zowel als 'low tech' (een goed werkende stofzuiger) - kan ook in de thuiszorg een belangrijke plaats innemen. Wèl moet volgens de resultaten van onderzoek op dat terrein méér aandacht worden besteed aan een probleemanalyse en aan een daarop gebaseerde implementatie in het veld. Bovendien blijkt technologie succesvoller te zijn als deze niet alleen door professionals kan worden gebruikt, maar ook door patiënten zelf en de mensen in hun omgeving.

Integratie kruiswerk en gezinsverzorging

Sinds het verschijnen van het rapport 'Van Samenwerken naar Samengaan', in 1990, ziet de overheid in integratie van kruiswerk en gezinsverzorging een manier om de thuiszorg doelmatiger te laten werken. Schaalvergroting en het verschuiven van taken van duurdere naar goedkopere arbeidskrachten zouden de zorg bovendien aanzienlijk goedkoper maken.

In dertien proefgebieden is met financiële steun van de overheid met integratie geëxperimenteerd. In vrijwel alle gebieden is ervaring opgedaan met een gezamenlijke aanmelding, intake en indicatiestelling van cliënten van de wijkverpleging en de gezinsverzorging. In sommige gebieden wordt de zorg daarna verleend door wijkverpleging en gezinsverzorging afzonderlijk. In de meeste andere gebieden bestaan specifieke teams voor verpleging/verzorging en huishoudelijke hulp. In slechts twee regio's bestaan volledig geïntegreerde teams van wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden.

In de evaluatie van deze projecten heeft het NIVEL zich gericht op de intake/indicatiestelling, het geïntegreerd zorgaanbod en de zorgcoördinatie in de praktijk (de 'diepte-evaluatie'); het bureau Hoeksma, Homans en Menting nam de evaluatie van de integratieprocessen (de 'breedte-evaluatie') voor zijn rekening. Volgens de rapportage van het bureau verloopt het integratieproces trager dan was voorzien. Ook de te verwachten besparingen vallen tegen. Tot het jaar 1997 zal er geen sprake zijn van integratiewinst. In de jaren 1998 tot 2002 zal 65 miljoen gulden per jaar worden bespaard, daarna 100 miljoen gulden per jaar. Als ook de kosten van de CAO-harmonisatie (tussen de 60 en 250 miljoen gulden) worden meegeteld, dan zal het integreren van kruiswerk en gezinsverzorging waarschijnlijk meer geld kosten dan het oplevert.

Het loskoppelen van intake en zorgverlening - rapporteert het NIVEL - stuit vooral in de wijkverpleging op bezwaren: men is bang voor een uitholling van het beroep. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn in principe weinig enthousiast over een gezamenlijke intake met de gezinsverzorging. Wie er in de praktijk ervaring mee heeft opgedaan, oordeelt echter milder. Alle betrokken hulpverleners vinden wijkverpleegkundigen het meest geschikt om een geïntegreerde intake te doen.

Geïntegreerd werken leidt tot een verschuiving van taken: in geïntegreerde teams zijn gezinsverzorgenden méér dan elders betrokken bij het begeleiden en verzorgen van cliënten, en doen wijkziekenverzorgenden meer aan huishoudelijk werk, administratie en coördinatie. Wijkverpleegkundigen doen vaker werk dat onder of juist boven hun niveau ligt.

In de meeste gevallen zorgt een wijkverpleegkundige voor de coördinatie van de zorg aan gezamenlijke cliënten van wijkverpleging en gezinsverzorging. Gezinsverzorgenden en helpenden vinden dat niet vanzelfsprekend. Zij zijn zich door de integratie bewust geworden van de problemen rond de coördinatie.

Voor de meeste cliënten van wijkverpleging en gezinsverzorging maakt het niet veel uit of zij zich al dan niet op een centraal punt kunnen aanmelden, en of de zorg al dan niet vanuit geïntegreerde teams wordt verleend.

Al bij al is de winst van de integratie op dit moment nog gering, voor uitvoerenden, maar ook voor cliënten. Bij die conclusie past een aantal relativerende opmerkingen. Bij het onderzoek zijn weinig cliënten betrokken geweest die zowel van de wijkverpleging als van de gezinsverzorging gebruik maken, terwijl integratie juist voor die groep belangrijk is. Bovendien hadden veel geënquêteerde cliënten zich al jaren geleden aangemeld, nog voordat de experimenten waren begonnen. Hulpverleners zelf hebben waarschijnlijk in de experimenten nauwelijks de tijd gehad om aan de nieuwe organisatie te wennen.

Evaluatie zorgwijzer

Overdracht van gegevens is een belangrijke voorwaarde voor een kwalitatief goede thuiszorg. Die overdracht efficiënter te laten verlopen was voor de Stichting Regionaal Kruiswerk 'Mark en Maas' in Oosterhout aanleiding tot het ontwikkelen van de 'zorgwijzer': een schrift met voorgestructureerde antwoordmogelijkheden, dat bij de cliënt thuis ligt, en dat door de betrokken hulpverleners moet worden ingevuld. De stichting dacht er bovendien planmatig werken mee te bevorderen en cliënten actief bij de zorgverlening te betrekken.

Het gebruik van de 'zorgwijzer' is onderzocht met behulp van een scoringslijst en aanvullende interviews. De resultaten zijn niet opwekkend. Wijkverpleegkundigen vullen alleen het 'zorgplan' goed in; de rest van het boekje gebruiken zij niet. Andere hulpverleners schrijven alleen af en toe een notitie, maar meestal is niet duidelijk wie wie is. Eén van de problemen is dat het medicijngebruik niet goed kan worden geregistreerd. Vooral oudere cliënten zien het schrift als 'het boekje van de zuster', zodat ook zij en hun mantelzorgers de zorgwijzer nauwelijks gebruiken. Zoals het nu is, biedt de zorgwijzer dan ook geen oplossing voor problemen in de overdracht.

Wachlijsten in de gezinsverzorging en het budget van de instellingen

Uit onderzoek van het NIVEL in december 1992 bleek dat de wachlijsten in de thuiszorg 'kleiner waren dan aangenomen, maar wel een probleem vormden': 80% van de instellingen voor gezinsverzorging had een wachlijst, met in totaal 12.500 huishoudens. De omvang van de wachlijst varieerde van instelling tot instelling.

In deze vervolgstudie werd de omvang van de wachlijsten van de verschillende instellingen gerelateerd aan het aantal huishoudens dat bij de instellingen in zorg is (de 'gerealiseerde vraag') en aan de omvang en samenstelling van de bevolking van het werkgebied (de 'potentiële vraag'). Vervolgens werd de op die manier 'gewogen' omvang van de wachlijsten gerelateerd aan het budget van de instellingen. Van een verband tussen beide factoren is geen sprake. Wél van invloed zijn de factoren 'stedelijkheid' en 'ziekteverzuim'. De (gewogen) wachlijsten zijn - met andere woorden - niet langer bij instellingen met weinig geld, maar wél bij instellingen in stedelijke gebieden en bij instellingen met een hoog percentage ziekteverzuim. Overigens wordt er naar gestreefd het budget van de instellingen voortaan vast te stellen op basis van een uniforme verdeelsleutel. Daarin zijn de omvang en de (leeftijds)samenstelling van de bevolking in het werkgebied wél verdisconteerd, maar stedelijkheid en ziekteverzuim niet.

Tilliften

Het tillen van patiënten - in en uit het bed of de rolstoel, op en van het toilet - maakt het werk van wijkverpleegkundigen zwaar. Niet voor niets komen rugklachten in deze beroepsgroep vaak voor. De traditionele oplossing voor dit probleem is het aanleren van verantwoorde tiltechnieken. Voldoende is dit niet. Normen voor de maximaal toelaatbare fysieke belasting worden stelselmatig overschreden. Dit vraagt om meer structurele maatregelen.

In het project 'Rotterdam in de lift' gebeurt dat op grote schaal. De opzet is die van een experiment. Van de zeventien basiseenheden in Rotterdam kregen er acht de beschikking over veertig nieuwe tilliften, aangeschaft met subsidie van het ministerie van WVC. Alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in deze 'interventiegroep' werden een volle dag bijgeschoold in de techniek van het tillen en het gebruik van de liften. Ook werden elf 'tilcoördinatoren' - één of twee per basiseenheid - geschoold in het gebruik van de liften en het motiveren en stimuleren van collega's. De negen andere Rotterdamse basiseenheden konden als controlegroep alleen gebruik blijven maken van de zes liften die de Stichting Thuiszorg al in het uitleenmagazijn had staan. De resultaten van dit project zijn positief: een jaar na de start komen in de experimentele groep minder rugklachten voor, terwijl in de controlegroep een lichte stijging te constateren valt.

Onder wijkverpleegkundigen is het project goed ontvangen, maar de inbedding in de organisatie vormt een probleem. Tijdens de intake van patiënten wordt nog steeds niet standaard nagegaan of een tillift nodig is of niet, zoals wel was afgesproken. Of er al dan niet een tillift komt is daardoor afhankelijk van het enthousiasme van de tilcoördinator.

Van meet af aan was het de bedoeling dat ook mantelzorgers de lift zouden gaan gebruiken. Uit interviews met cliënten blijkt dat dat inderdaad regelmatig gebeurt. De wijkverpleegkundige hoeft in die gevallen 's avonds niet meer langs te komen, en cliënten hoeven niet meer op een vast moment naar het toilet. Sommige mantelzorgers zijn er zo bedreven in geraakt dat zij de verpleegkundige moeten uitleggen hoe de lift werkt, in plaats van andersom. Niet alle mantelzorgers zijn echter sterk genoeg om de lift probleemloos te kunnen bedienen. Het zoeken is naar een type tillift die makkelijk is te installeren en makkelijk is te bedienen en in de beperkte ruimte van de eigen woning makkelijk is te manoeuvreren.

Huishoudelijke materialen

Instellingen voor thuishulp hebben de indruk dat helpenden het bij hun cliënten thuis vaak moeten stellen zonder een goed zuigende stofzuiger, een mop, goede sponzen en zemen, een stoomstrijkijzer, een boodschappenwagentje en ander deugdelijk huishoudelijk materiaal. Dat zou de fysieke belasting voor de helpenden vergroten, met kwalijke gevolgen voor het ziektever-

zuim. Drie instellingen hebben daar iets aan trachten te doen in een speciaal op dit probleem gericht project. In twee instellingen werd aan cliënten de voorwaarde gesteld dat zij deugdelijk materiaal in huis moesten hebben. Een derde instelling vormde duo's van 'huishoudassistenten', die uitsluitend huishoudelijk werk verrichtten in problematische huishoudens, en door de instelling van goed materiaal werden voorzien.

De implementatie van deze projecten verliep niet zonder problemen. Slechts één instelling had de kwaliteit van het huishoudelijk materiaal vooraf geïnventariseerd; een andere instelling deed dat pas toen de subsidie al was aangevraagd, en merkte toen dat het probleem niet zo groot was. Veel cliënten voelden zich overrompeld: vooral de mogelijkheid van zorgweigering leidde tot veel protest en discussies ('Is een stroomstrijkijzer wel zo nodig?').

De evaluatie van deze drie projecten - op basis van verslagen van de instellingen, gesprekken met projectleiders, een werkplekanalyse op basis van een registratie door helpenden en interviews met vertegenwoordigers van ouderenbonden - komt tot de conclusie dat het allemaal zo'n vaart niet loopt. Als er al iets niet deugt aan het materiaal, weten de helpenden daarvoor meestal zelf wel een oplossing te vinden. Andere problemen in het werk zijn belastender, zoals het feit dat zij veel gebukt moeten werken. Het werken met 'huishoudassistenten' is geen stap in de goede richting: zij voelden zich in de gekozen opzet zwaarder belast dan hun collega's.

Verpleeghuisonderzoek

In toekomstig onderzoek naar verpleeghuiszorg moet het accent liggen op de bijdrage van deze zorg aan de kwaliteit van leven van patiënten. Dat geldt voor de zorg in verpleeghuizen zelf, maar ook voor vervangende zorg thuis en in verzorgingshuizen. Dat is de belangrijkste aanbeveling in het advies over prioriteiten in het verpleeghuiszorgonderzoek, dat het NIVEL heeft opgesteld in opdracht van de Directie Ouderenbeleid van het ministerie van WVC.

Het advies is gebaseerd op een inventarisatie van bestaand onderzoek op het terrein van de verpleeghuiszorg en een analyse van de beleidsvoornemens van de overheid. Tijdens een werkconferentie is nagegaan hoe in het veld van de verpleeghuiszorg over prioriteiten in het onderzoek wordt gedacht.

Onderzoek naar de inhoud van de zorg is belangrijk om de kloof tussen de onderzoekswereld en de dagelijkse praktijk van de verpleeghuiszorg te overbruggen. Zorginhoudelijk onderzoek vertoont echter lacunes. Zo ontbreekt het aan voldoende kennis over de inhoud van de behandeling, verpleging en verzorging bij verschillende aandoeningen. Ook is gericht onderzoek nodig naar het voorkómen van complicaties van aandoeningen, van ziekenhuisopname en van vereenzaming en isolatie.

Volgens het advies gaat het uiteindelijk om de vraag of de resultaten van de zorg bijdragen aan de kwaliteit van leven van verpleeghuispatiënten. Om die reden verdienen studies naar het oordeel van de patiënten zelf, naar de bejegening van patiënten en naar de effecten van de zorg bijzondere aandacht.

Second International Conference on Community Nursing

Als vervolg op een eerdere internationale conferentie (in 1989) organiseerde het NIVEL op 1 en 2 april 1993 de 'Second International Conference on Community Nursing'. Tijdens die conferentie zijn onderwerpen aan bod gekomen als de behoefte aan extramurale verpleging en de mogelijkheden om die te meten, het functioneren van de wijkverpleging, de samenwerking met andere disciplines, de coördinatie van de zorg en de methodologie van het onderzoek op dit gebied. Het congres werd bezocht door 150 deelnemers uit een groot aantal landen.

2.2.2 Verloskundige zorg

In vergelijking met andere landen bevallen veel vrouwen in Nederland thuis, onder de hoede van de verloskundige of de huisarts. Risicoselectie - wie kan thuis, wie moet in het ziekenhuis bevallen - is dan essentieel. De vraag wie daarover beslist, en op grond van welke criteria, staat onder huisartsen, verloskundigen en gynaecologen echter ter discussie. In het beleid van de overheid is de thuisbevalling nog steeds favoriet. Er doet zich een aantal problemen voor. Zo geven niet alle vrouwen er de voorkeur aan hun kind thuis ter wereld te brengen. Wie daar wél voor kiest, moet - en dat is een tweede probleem - kunnen rekenen op voldoende verloskundige hulp en kraamzorg. En ten slotte staat of valt het beleid met een goede samenwerking tussen de betrokken hulpverleners. Het onderzoek van het NIVEL is op deze onderwerpen geconcentreerd.

Verloskundigen: cijfers over de beroepsgroep

Op 1 januari 1993 werkten in Nederland 1203 verloskundigen, 36 méér dan een jaar daarvoor. Veruit de meesten (97%) zijn vrouw, ruim 60% is jonger dan 40 jaar. De meeste verloskundigen (70%) werken in een eigen praktijk; van hen werkt 27% solo, 32% in een duo- en 41% (vorig jaar nog maar 35%) in een groepspraktijk. Solopraktijken vormen nog steeds de meerderheid (ruim 48% van alle 475 verloskundige praktijken), maar het aantal neemt ieder jaar verder af.

Gemiddeld werkt in Nederland één verloskundige op iedere 3441 vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Op het platteland, en in Zeeland en Friesland, werken relatief weinig verloskundigen. In kleine steden, en in Flevoland en Noord-Holland werken er relatief veel.

In 1992 hebben 62 verloskundigen de opleiding voltooid en kregen 17 een 'gelijkstelling'; 70% van hen werkte op 1 januari 1993 al als verloskundige, 33% zelfs in een eigen praktijk.

Het werk van de verloskundige in Nederland

Nederland heeft momenteel een tekort aan verloskundigen. Praktizerende verloskundigen ervaren daardoor een hoge werkdruk, en het kost hun dikwijls moeite waarneming te vinden bij ziekte en vakantie. Voor de honorering van verloskundigen wordt thans uitgegaan van een normpraktijk van 155 bevallingen per jaar. Volgens de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV) is dit een te hoge norm.

In de eerste fase van dit project, dat samen met de NOV wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van WVC, hebben 54 verloskundige praktijken drie weken lang de gewerkte tijd geregistreerd. Op basis van deze gegevens kon de gemiddelde werktijd per zorggeval worden berekend. Deze cijfers zijn niet meer dan voorlopig, omdat alleen over een beperkte periode en bij een deel van de uiteindelijke onderzoekspopulatie is geregistreerd. Definitieve resultaten zijn niet vóór het najaar van 1994 te verwachten.

Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch?

Al een tijdlang veronderstelden de verloskundigen in de provincie Gelderland dat de plaats van bevallen - thuis of poliklinisch - van invloed zou kunnen zijn op het verloop van de bevalling en de uitkomst daarvan. Men wilde die veronderstelling graag onderzocht zien. Vandaar dat omstreeks 85% van de verloskundigen reageerden op de door het NIVEL rondgestuurde vragenlijst.

Het aantal thuisbevallingen per verloskundige varieert van 20% tot 99% (gemiddeld: 66%) en is afhankelijk van de afstand tot het ziekenhuis: hoe groter die afstand, des te meer bevallingen doet de verloskundige thuis. Van de vrouwen wordt 5% tot 50% (gemiddeld: 20%) tijdens de bevalling naar de specialist verwezen. Verloskundigen verwijzen méér vrouwen naarmate zij zelf méér poliklinische bevallingen leiden. Véél verwijzen gaat ook samen met véél overleg met de specialist. Volgens de Gelderse verloskundigen zijn er nauwelijks niet-medische redenen om een zwangere een poliklinische bevalling aan te raden. Thuis bevallen heeft dan ook hun voorkeur. Bijna unaniem willen zij ook dat het aantal poliklinische bevallingen niet toeneemt.

Splitsing van de thuiskraamzorg

In een adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, eind 1992, maakte staatssecretaris Simons een onderscheid tussen kraamverpleging (de directe zorg voor, rond en na de bevalling) en kraamverzorging (de overige onderdelen van de huidige kraamzorg). Voorgesteld werd alleen de kraamverpleging (gedurende tenminste 24 uur,

verdeeld over 7 à 8 dagen) uit de AWBZ te financieren; voor kraamverzorging zouden cliënten zich aanvullend moeten gaan verzekeren.

In opdracht van de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland onderzocht het NIVEL in een 'verkennende studie' wat de gevolgen zouden zijn van de voorgestelde splitsing. Het onderzoek is gebaseerd op registratie bij kraamverzorgsters en enquêtes onder kraamcentra, verloskundigen en hoofdverpleegkundigen van kraamafdelingen van ziekenhuizen.

'Kraamverpleging' (het observeren en verzorgen van moeder en kind en het geven van voorlichting en instructie) blijkt te worden uitgevoerd volgens een vast patroon, dat wordt bepaald door de tijden waarop de baby wordt gevoed, gewassen en verschoond, de moeder rust, de maaltijd wordt gebruikt en de kraamvisite komt. Sommige taken - zoals de observatie van de baarmoederstand en het temperatuur van de baby - worden zowel 's morgens als 's middags gedaan. Beperking van de kraamzorg tot enkele uren kraamverpleging per dag levert daardoor mogelijk problemen op.

'Kraamverzorging' - huishoudelijk werk en de opvang van eventuele kinderen - wordt de hele dag door uitgevoerd, en is sterk verweven met verplegende taken.

De meeste ondervraagde verpleegkundigen vinden 24 uur thuiskraamzorg niet voldoende om te waarborgen dat de kraamvrouw voldoende rust. Zij verwachten dat moeder en kind bij inkrimping van de zorg in een aantal gevallen - bijvoorbeeld na een vacuüm- of tangverlossing - langer in het ziekenhuis zullen moeten blijven dan nu. Verloskundigen vinden 24 uur thuiskraamzorg voor de kraamvrouw evenmin voldoende. Zij denken bij inkrimping meer taken van de kraamverzorgster te moeten overnemen. Inmiddels is de splitsing van de kraamzorg zeker tot na 1996 uitgesteld.

Verloskundige samenwerkingsverbanden

Samenwerking tussen de hulpverleners die verloskundige zorg leveren - verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen en kinderartsen - verbetert de kwaliteit van de verleende zorg, en vooral de risicoselectie. Dat is in het kort de gedachte achter het Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden. In het kader van dat experiment - dat begon in 1992 en vijf jaar duurt - zijn over het hele land verspreid tien samenwerkingsverbanden opgezet. Sommige van deze groepen zijn nieuw gevormd, elders is bestaande groepen nieuw leven ingeblazen. Het project wordt begeleid door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) en geëvalueerd door het NIVEL.

Als een eerste stap in de evaluatie zijn interviews gehouden met de betrokken hulpverleners, zes uit iedere groep, verdeeld over de verschillende disciplines. Meestal, zo blijkt, zijn het de gynaecologen die het initiatief nemen om de samenwerking te verbeteren; samen met de gynaecologen zijn de

verloskundigen de meest voorkomende beroepsgroep in de samenwerkingsverbanden. De rol van huisartsen in de samenwerkingsverbanden is bescheiden, alleen al omdat zij jaarlijks veel minder bevallingen leiden dan de anderen. De ervaringen maken duidelijk dat verloskundige samenwerking niet 'vanzelf' ontstaat, maar dat er hard aan getrokken moet worden.

2.2.3 Samenhang van voorzieningen in de eerstelijnsgezondheidszorg

In 1993 werd het evaluatie-onderzoek van de gezondheidszorg in Almere afgesloten met een eindrapport. Conclusie: de structuur is grotendeels tot stand gekomen zoals dat oorspronkelijk de bedoeling was, maar in termen van substitutie, kwaliteit en kostenbeheersing heeft het nog niet zoveel opgeleverd.

Het NIVEL heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het werk van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg, die begin 1994 advies heeft uitgebracht over plaats van de huisarts, de specialist en het ziekenhuis in de gezondheidszorg. Samen met het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) is een overzicht gemaakt van feiten, ontwikkelingen en knelpunten op de genoemde terreinen. In opdracht van de commissie is in een latere fase ook onderzoek gedaan naar een nieuwe honoreringsstructuur van huisartsen.

Het onderzoek naar kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg, uitgevoerd in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, is voortgezet met een inventarisatie van praktijkervaringen van de 'voorlopers' op dit gebied.

Gezondheidscentra en hometeams

Op 1 januari 1993 waren er in Nederland - net als in het jaar daarvoor - 161 gezondheidscentra, samenwerkingsverbanden waarin (tenminste) huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden onder één dak met elkaar samenwerken. Daarnaast werken in veel gezondheidscentra fysiotherapeuten (81%), verloskundigen (63%), ziekenverzorgenden (62%) en diëtisten (57%). Vergeleken met 1992 is vooral het aantal centra met diëtetiek aanzienlijk gestegen. Gezondheidscentra zijn vooral te vinden op het verstedelijkt platteland, in forensengemeenten en in grote steden.

In alle centra samen werkten begin 1993 2975 hulpverleners, 5% méér dan begin 1992. Onder hen zijn 620 huisartsen (gemiddeld 3,9 per centrum), 564 wijkverpleegkundigen (3,5 per centrum) en 319 maatschappelijk werkenden (2 per centrum). Samen met de 508 fysiotherapeuten vormen zij 68% van alle hulpverleners in gezondheidscentra.

Bij huisartsen in gezondheidscentra staan ruim één miljoen Nederlanders ingeschreven: 7% van de bevolking. Omgerekend naar volledig bezette arbeidsplaatsen staan bij elk van deze huisartsen gemiddelde 2270 patiënten ingeschreven.

Een hometeam is een samenwerkingsverband van huisartsen, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen, die regelmatig met elkaar overleggen over gemeenschappelijke patiënten. Begin 1992 (de peiling vindt één keer in de twee jaar plaats) waren er 399 hometeams. Daarnaast werden er 205 teams geteld die niet helemaal aan de criteria voldeden: er werd bijvoorbeeld minder dan maandelijks overlegd, of vooral over niet-patiëntgebonden onderwerpen. In de 604 teams werken in totaal 5100 hulpverleners. Daaronder zijn maar liefst 30% van alle maatschappelijk werkers in Nederland, 22% van de huisartsen en 14% van de wijkverpleegkundigen.

Het aantal 'echte' home-teams is sinds 1990 met 61 gedaald. Dat komt doordat één van de disciplines niet meer naar de vergaderingen kwam, of men multidisciplinair overleg niet meer efficiënt vond. Overleg over gemeenschappelijke patiënten zal zich in de toekomst waarschijnlijk meer en meer in subgroepen gaan afspelen.

Gezondheidszorg in Almere

In september 1993 hebben het NIVEL en het NZi het eindrapport van het gezamenlijke evaluatieonderzoek van het Experiment Gezondheidszorg Almere aangeboden aan vertegenwoordigers van de gemeente en het ministerie van WVC. Doel van dat experiment was het opzetten van een samenhangend en beheersbaar stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen, waarbinnen patiënten zoveel mogelijk in de eerstelijns zouden worden behandeld.

Wat betreft de structuur van de gezondheidszorg zijn de meeste plannen gerealiseerd. Vrijwel alle hulpverleners in de eerstelijns zijn in dienst van de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA) en werken in (inmiddels vijftien) wijkgezondheidscentra. Huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere hulpverleners in de eerste lijn kunnen daardoor makkelijk met elkaar overleggen en patiënten vinden alle zorg dicht bij huis. Ook op het gebied van de ouderenzorg en de zorg aan geestelijk en lichamelijk gehandicapten zijn stedelijke koepelorganisaties ontstaan. Het relatief kleine Flevoziekenhuis heeft een grote polikliniek, een grote afdeling voor dagverpleging, en faciliteiten ter ondersteuning van de eerstelijns. Alle sectoren en instellingen werken met elkaar samen in het Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidszorg (SAG). Patiëntenparticipatie heeft vorm gekregen door deelname van patiënten aan bestuursactiviteiten en de oprichting van een Stichting Informatie en Ondersteuning Patiënten/Consumentengroepen (SIOP). Daar staat tegenover dat niet alle specialisten in het Flevoziekenhuis - zoals de bedoeling was - in loondienst werken, dat de gemeente zijn plannende rol heeft losgelaten en dat de zorg niet binnen één financieel kader is gebracht.

Hoewel die structuur goede voorwaarden biedt om de zorg door verschillende hulpverleners inhoudelijk beter op elkaar af te stemmen, heeft dat voorlopig nog niet geleid tot verschuivingen in het gebruik van de zorg. Nu is substitutie - het vervangen van (duurdere) specialistische zorg door (goedkopere) zorg in de eerstelijns - ook niet eenvoudig vast te stellen. In vergelijking met andere Nederlanders blijken Almeerders immers meer last te hebben van acute somatische klachten en (vooral) van psychische en sociale problemen. Zij gaan dan ook relatief vaak naar de huisarts: 44% van de Almeerders bezoekt in twee maanden minstens één keer de huisarts, tegenover 37% in de rest van Nederland. Daar staat tegenover dat de verwijscijfers in Almere niet hoger zijn dan elders in Nederland (70 tegen 72 per 1000 inwoners) en dat patiënten door hun huisarts weinig medicijnen krijgen voorgeschreven (744 tegen 751 voorschriften per 1000 inwoners). Volgens het rapport betekent dat dat 'de extra morbiditeit goed en adequaat wordt opgevangen door een sterke eerstelijnsgezondheidszorg'. Succesvol is vooral het EHBO-beleid: ook na opening van het Flevoziekenhuis stapten de meeste Almeerders (65%) voor eerste hulp rechtstreeks naar het gezondheidscentrum.

Patiënten zijn tevreden, zij het niet opvallend meer dan elders. Zeer tevreden zijn Almeerders over de toegankelijkheid van voorzieningen tijdens 'kantooruren', het functioneren van de EHBO en de (korte) wachttijden bij een bezoek aan een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Minder te spreken zijn zij over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen buiten 'kantooruren' en over de (lange) wachttijden bij een bezoek aan de huisarts.

De totale kosten van de gezondheidszorg in Almere bedroegen in 1991 824 gulden per inwoner, in de rest van Nederland (gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd) 794 gulden. Weliswaar genereren de huisartsen iets minder kosten dan collega's elders - zo schrijven zij gemiddeld per contact voor 16 gulden aan medicijnen voor, tegen 20 gulden in de doorsnee praktijk in Nederland - maar daar staat tegenover dat de in Almere gekozen structuur van de eersteelijnsgezondheidszorg extra kosten met zich meebrengt. In het gebruik van de intramurale voorzieningen zijn de verschillen met de rest van Nederland te verwaarlozen.

Reacties op een veranderde hulpvraag

De zorg in Nederland wordt verleend door hulpverleners die hetzij vrijgevestigd zijn (zoals huisartsen), hetzij werkzaam in een organisatie (zoals wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers). Dat maakt het niet eenvoudig om snel te reageren op een veranderende hulpvraag. Hulpverleners binnen een gezondheidscentrum kost dat wellicht minder moeite: zij kunnen immers dergelijke veranderingen makkelijker met elkaar bespreken.

Om te beoordelen of die veronderstelling klopt, is in dit onderzoek de hulpvraag gemeten bij een groep van 238 oudere chronische patiënten (gemiddel-

de leeftijd: 71 jaar), een categorie patiënten die veel baat heeft bij een goede coördinatie van de verleende zorg. Van deze patiënten stond ongeveer de helft ingeschreven bij een solistisch werkende huisarts, en de anderen bij een huisarts in een gezondheidscentrum. Vier maanden later vond een tweede meting plaats.

Patiënten die in die periode méér behoefte hadden gekregen aan psychosociale hulp (zoals een gesprek over ouder worden) of verpleegkundige hulp, bleken die hulp ook werkelijk gekregen te hebben. Aan veranderingen in de behoefte aan hulp bij ADL-activiteiten (zoals hulp bij licht huishoudelijk werk) of aan informatie was niet zo goed tegemoet gekomen. Of een patiënt bij een huisarts in een gezondheidscentrum stond ingeschreven, maakte nauwelijks iets uit: alleen veranderde behoeften aan psychosociale hulp waren bij deze patiënten beter onderkend.

Overigens bleken mantelzorgers (familie, vrienden, kennissen) in het algemeen alerter gereageerd te hebben op veranderingen in de hulpvraag dan professionele hulpverleners.

Invoering van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg

Kwaliteitssystemen hebben tot doel de kwaliteit van de zorg op een systematische wijze te bewaken, te beheersen en zonodig te verbeteren. Binnenkort wordt invoering ervan wettelijk verankerd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid, ondergebracht bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, is ingesteld om ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitssystemen te volgen en te bewaken.

In opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid doet het NIVEL sinds twee jaar onderzoek naar kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. Tijdens de eerste fase van dit onderzoek - waarover in het Jaarboek 1992 werd bericht - werden interviews gehouden met vertegenwoordigers van koepelorganisaties; in de tweede fase is onderzoek verricht onder 36 instellingen en organisaties van beroepsbeoefenaren, die in de afgelopen jaren een kwaliteitssysteem hebben ingevoerd. Onder de ondervraagde instanties zijn ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties, RIAGG's, instellingen voor maatschappelijk werk, instellingen voor gehandicaptenzorg en organisaties van beroepsbeoefenaren.

Met het invoeren van een kwaliteitssysteem trachten de ondervraagde instellingen het eigen functioneren te verbeteren en klantvriendelijker te maken. Het proces begint met het expliciteren van het werk ('Wat doen we eigenlijk?') en het definiëren van een ideale situatie ('Hoe zou het beter kunnen?'). De meeste systemen beogen zowel kwaliteitsverbetering als kwaliteitsbewaking. Sommige instellingen scherpen bestaande kwaliteitsbewakende activiteiten aan en voegen die samen in één geheel. Andere kiezen voor een projectgewijze aanpak, of ontwerpen een systeem dat in zijn geheel in de organisatie

wordt ingevoerd. In alle gevallen wordt ernaar gestreefd routinematig handelen om te zetten in een kritische reflectie op de geleverde zorg.

Voorlichting, overtuigen en enthousiasmeren zijn belangrijke strategieën om een kwaliteitssysteem in de organisatie ingevoerd te krijgen. Soms wordt een voorbeeldproject gebruikt om direct te laten zien welke positieve effecten invoering kan hebben. Een andere strategie is die waarbij de directie de richting en het tempo van de ontwikkelingen stuurt en de medewerkers daarop aanspreekt. In meer dan de helft van de instellingen zijn kwaliteitsfunctionarissen aangesteld. De meeste instellingen hebben geld uitgetrokken voor scholing, training, externe ondersteuning en automatisering.

Een zwak punt van veel kwaliteitssystemen is het ontbreken van waarborgen voor de continuïteit. Van systematische feedback naar de medewerkers is zelden sprake. Continue aandacht en sturing door de directie en betrokkenheid van de medewerkers zijn dan ook belangrijke voorwaarden om het invoeren van een kwaliteitssysteem te laten slagen.

De ondervraagde instellingen geven in meerderheid de voorkeur aan open communicatie over kwaliteitsverbetering boven een landelijk geregisseerde certificatie. Zij zijn bang dat de ontwikkeling van het eigen kwaliteitssysteem door het invoeren van een landelijk kwaliteitskeurmerk juist zou worden geremd.

Zorgvernieuwing en kwaliteit van zorg

Zorgvernieuwing is er in de eerste plaats op gericht veranderingen aan te brengen in de lokale situatie. Bij kwaliteitsbewaking gaat het niet om de actie, maar om de evaluatie: de kwaliteit van zorg wordt systematisch geëvalueerd, en bij gebleken tekortkomingen wordt actie ondernomen. Men mag aannemen dat in zorgvernieuwingprojecten bijzondere instrumenten worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te normeren, te meten of te beoordelen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van de Registratie van Innovatieve Projecten (RIP), een gezamenlijk project van het NIVEL, het NcGv en het NZi. Met de in 1993 gehouden inventarisatie is een extra vragenlijst meegestuurd.

In verreweg de meeste van de 971 responderende projecten komen de verschillende fasen van de kwaliteitskringloop - normeren, meten, evalueren en verbeteren - op de één of andere manier voor. Zo is in de helft van de projecten sprake van meetbare doelen, vooral gericht op het zorgproces zelf. In meer dan de helft van de projecten worden protocollen gebruikt, die dikwijls binnen het project zijn ontwikkeld, maar wel in andere situaties bruikbaar worden geacht. In 85% van de projecten worden gegevens verzameld die - zo zegt men zelf - gebruikt zouden kunnen worden bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg; in minder dan de helft van de gevallen gebeurt dat laatste ook daadwerkelijk. Evaluatie vindt vrijwel overal plaats, maar in niet meer dan 51 projecten gebeurt dat met behulp van een controlegroep op tevoren

geformuleerde meetbare doelen. Bijna drie kwart van de projecten meldt dat er al verbeteringen zijn opgetreden. Voor een deel betreft het niet expliciet bedoelde verbeteringen in de deskundigheid van de medewerkers en in het leefklimaat.

Vooraf een goede motivatie en het enthousiasme van de medewerkers bevorderen het verbeteren van de kwaliteit van zorg; randvoorwaarden als tijd en geld, weerstanden en taal- en cultuurverschillen werken belemmerend.

Zorgvernieuwing voor ouderen

Eveneens op basis van gegevens uit de Registratie van Innovatieve Projecten kan een beeld worden geschetst van de zorgvernieuwingprojecten ten behoeve van ouderen.

De meeste van deze experimenten zijn gericht op substitutie en het verbeteren van de kwaliteit van de geboden zorg. (Alleen in experimenten rond psychogeriatrische patiënten en verpleeghuispatiënten speelt substitutie een minder belangrijke rol). Dikwijls werken intramurale voorzieningen samen met hulpverleners in de eerstelijns om (extra) hulp te kunnen bieden bij de mensen thuis. Dat - omgekeerd - eerstelijns hulpverleners ook binnen de muren van een ziekenhuis of verpleeghuis werken, komt minder vaak voor.

In de meeste projecten worden patiënten extra voorzieningen aangeboden, en wordt de coördinatie van de zorg verbeterd. Aan het vaststellen van de hulpvraag van patiënten wordt minder aandacht besteed. Ook patiëntgerichte hulp als informatie over (de toegankelijkheid van) zorgvoorzieningen, zit bijna nergens 'in het pakket'.

De meeste experimenten worden geëvalueerd, vaak door een externe instelling, maar lang niet altijd 'volgens de regelen der kunst'. Veel evaluatiestudies moeten het immers stellen zonder 'nulmeting' en controlegroep.

Dergelijke experimenten, hoe zinnig ook, roepen de nodige vragen op: wat gebeurt er als de subsidie wordt stopgezet? is het te verdedigen dat een bepaalde voorziening wél in gemeente A wordt aangeboden, maar niet in gemeente B? wat zijn de gevolgen voor de hulpverleners als steeds meer patiënten thuis kunnen blijven wonen die vroeger allang zouden zijn opgenomen? en vooral: hoe kunnen de ouderen zelf meer direct bij dergelijke experimenten worden betrokken?

Commissie Modernisering Curatieve Zorg

De taak van de vorig jaar ingestelde Commissie Modernisering Curatieve Zorg - de 'Commissie-Biesheuvel' - was 'onderzoek naar en advisering over de positionering van huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg'. Ten behoeve van het eindrapport van de Commissie, dat begin 1994 werd gepubliceerd, heeft het NIVEL twee achtergrondstudies verricht.

De eerste studie, het rapport 'Curatieve zorg in Nederland', is samen met het NZi uitgevoerd. Doel van het rapport was de leden van de Commissie die niet thuis waren in de gezondheidszorg, een globaal beeld geven van de huidige situatie met betrekking tot de genoemde aspecten van de gezondheidszorg. In het rapport wordt achtereenvolgens ingegaan op de posities van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen, hun onderlinge relaties, en de relaties met de verzekeraars. Drie problemen vragen volgens NIVEL en NZi bijzondere aandacht: huisartsen en specialisten functioneren zwak in vraagstukken van organisatie en management; de (nog steeds) scherpe scheiding tussen eerste en tweede lijn kan in de toekomst zowel organisatorisch als zorginhoudelijk tot problemen leiden; en bestaande financiële prikkels zijn niet bevorderlijk voor de door de overheid gewenste samenhang in de zorg, noch voor de gewenste doelmatige inzet van middelen.

De tweede door het NIVEL opgestelde achtergrondstudie gaat over de toekomstige honorering van de huisartsenzorg. De Commissie gaf opdracht voor die studie om haar voorlopige gedachten - in de richting van een uniforme honorering 'per abonnement', maar rekening houdend met verschillen in bewerkelijkheid van categorieën patiënten - te onderbouwen.

Hoewel méér factoren invloed hebben op de bewerkelijkheid, zijn alleen leeftijd en geslacht in de praktijk bruikbaar om een differentiatie van het abonnementshonorarium op te baseren. Het percentage vrouwen verschilt nauwelijks van praktijk tot praktijk, het percentage 65-plussers - gemiddeld 13% van de praktijkpopulatie, maar goed voor 28% van de consulten - wèl. Differentiatie naar leeftijd is dan ook zinvol. Patiënten van 0 tot 64 jaar bezoeken de huisarts gemiddeld 2.99 keer per jaar, patiënten van 65 tot 74 jaar gemiddeld 5.89 keer en patiënten van 75 jaar en ouder gemiddeld 9.77 keer. Die cijfers resulteren in een mogelijk abonnementstarief van, respectievelijk, 80 gulden, 158 gulden en 262 gulden, zowel voor ziekenfonds- als particulier verzekerden.

Een dergelijk uniform, gedifferentieerd abonnement werkt uit in het voordeel van praktijken met veel patiënten van 65 jaar en ouder. Uitsluitend uniformering met een ongedifferentieerd abonnementstarief (waarbij dus alléén het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden zou vervallen) zou bij deze praktijken tot omzetverlies leiden.

Het toekomstig inkomen van de huisarts kan worden aangevuld met functiegebonden toeslagen, die dus afhankelijk zijn van wat de huisarts doet aan diagnostiek, behandelen, verwijzen en preventie. Regionale differentiatie - waarbij huisartsen in achterstandsgebieden zouden kunnen rekenen op een extra toeslag - wordt in Nederland niet uitvoerbaar geacht. Afschaffing van de 'kostenknik' en differentiatie van het abonnement naar leeftijd doen de problemen van die praktijken echter al enig recht.

2.3 Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid

2.3.1 Hulpvraag en hulpvrager in de eerstelijns

In het onderzoek naar de hulpvraag en de hulpvrager in de eerste lijn staat het oordeel van patiënten of, zo men wil, consumenten over de geboden zorg centraal. Een belangrijke rol is weggelegd voor het Consumentenpanel, dat in 1991 in nauwe samenwerking met de Consumentenbond werd opgezet. Met dat panel werd in 1993 onderzoek gedaan naar de kwaliteit van (verschillende aspecten van) de zorg, de voorkeur van consumenten voor vrouwelijke dan wel mannelijke hulpverleners, de pil bij de drogist en wachttijden in het ziekenhuis.

Gewerkt wordt ook aan de ontwikkeling van een gevalideerd en betrouwbaar instrument waarmee het oordeel van groepen patiënten over de eerstelijnszorg kan worden vastgesteld.

Consumentenpanel gezondheidszorg

Bij de uitvoering van onderzoek rond het Consumentenpanel werkt het NIVEL nauw samen met de Consumentenbond. Het panel, dat ruim 1500 huishoudens telt, vormt in leeftijd, geslacht, ziektekostenverzekering en geografische spreiding een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Dat geldt niet voor opleiding, gezinsgrootte en netto jaarinkomen: de 'laag opgeleide alleenstaande met een inkomen beneden het minimum loon' is in het panel ondervertegenwoordigd.

- Kwaliteit van zorg

Dat de consument belang heeft bij een goede kwaliteit van zorg, hoeft geen betoog: patiëntgerichtheid, klantvriendelijkheid, en afstemming op de behoefte van de patiënt zijn sleutelbegrippen in het huidige beleid. Desondanks is onduidelijk welke aspecten van de zorg patiënten in hun oordeel het zwaarst laten wegen.

Uit een enquête onder de deelnemers aan het Consumentenpanel, blijkt dat per discipline te verschillen. Specialisten worden er vooral op beoordeeld of zij bereid zijn informatie te verstrekken over de behandeling. Voor huisartsen geldt hetzelfde, maar beschikbaarheid en deskundigheid zijn óók belangrijke aspecten. Fysiotherapeuten worden vooral beoordeeld op de hygiëne in de praktijk, al moeten ook zij deskundig zijn en bereid om informatie te geven. In het oordeel over de apotheek speelt de continuïteit van de farmaceutische zorg een belangrijke rol: patiënten zijn vóór medicijnbewaking.

Patiënten stellen weinig eisen aan de accommodatie: noch van de specialist, noch van de huisarts of fysiotherapeut verlangen zij een moderne wachtkamer met glossy-magazines en voorlichtingsfolders.

- Voorkeur voor mannelijke of vrouwelijke hulpverleners

Onverwacht weinig - 19% - deelnemers aan het Consumentenpanel hebben een voorkeur voor hetzij een mannelijke, hetzij een vrouwelijke hulpverlener. Dat cijfer varieert per discipline: als het gaat om gezinsverzorging heeft maar liefst 40% van de respondenten een voorkeur voor (meestal) een vrouw. Of de anesthesist een man of een vrouw is, maakt echter niet meer dan 6% van de respondenten iets uit.

Voor zover vrouwen een voorkeur hebben, willen zij in het algemeen een vrouwelijke hulpverlener. Mannen-met-een-voorkeur kiezen voor een mannelijke arts of fysiotherapeut, maar juist voor een vrouwelijke maatschappelijk werkster, verpleegster en (gezins)verzorgster.

Wie voor een vrouwelijke hulpverlener kiest, zegt zich bij haar prettiger te voelen als er sprake is van lichamelijk contact, en makkelijker met haar te kunnen praten. Wie voor een man kiest, zegt juist met hem makkelijker in gesprek te raken. Patiënten laten zich in hun voorkeuren niet leiden door (veronderstelde) zakelijkheid en deskundigheid van mannen of vrouwen. Eén uitzondering: vrouwelijke (gezins)verzorgsters worden deskundiger geacht dan mannelijke.

Veel patiënten met een voorkeur voor een vrouwelijke huisarts, gynaecoloog of (in mindere mate) fysiotherapeut, hebben de afgelopen twee jaar (noodgedwongen) een mannelijke hulpverlener moeten bezoeken.

- De pil bij de drogist

De suggestie van de Tweede Kamer-fractie van de PvdA om de anti-conceptiepil voortaan via de drogist te gaan verstrekken, kreeg in september 1993 veel publiciteit. Eén argument daarvoor was dat 'pilcontroles' door de steeds groter geworden veiligheid en de sterk verlaagde dosering van de pil, eigenlijk niet meer nodig zijn.

Onder potentiële gebruiksters (vrouwen van 20 tot 50 jaar) in het panel zijn ongeveer evenveel voor- als tegenstanders van vrije verkrijgbaarheid van de pil. Voorstanders vinden het makkelijk om de pil bij de drogist te halen, tegenstanders missen de medische controle. Dat vrije verkoop via de drogist de pil duurder maakt, geldt niet als het belangrijkste tegenargument. Opvallend genoeg onderscheiden de huidige pilgebruiksters zich hierin niet van de andere vrouwen in het panel.

- Wachttijden in de polikliniek en bij opname in het ziekenhuis

Voor een patiënt uiteindelijk terecht komt op het spreekuur van de specialist, of in het ziekenhuis wordt opgenomen, wordt er veel gewacht: eerst thuis, dan bij de inschrijving en in de wachtkamer van de specialist.

Gemiddeld heeft ongeveer de helft van de deelnemers aan het Consumentenpanel (voorzover zij daar ervaring mee hebben gehad) langer dan twee

weken gewacht voordat ze bij de specialist terecht konden; iets minder dan de helft wachtte meer dan twee weken op een opname. Dat er gewacht moet worden vinden patiënten begrijpelijk. Als de wachttijd niet veel langer duurt dan wat zij zelf redelijk vinden, zegt meer dan 90% van de patiënten dan ook dat zij na het maken van een afspraak 'voldoende snel' bij de polikliniek terecht konden, of werden opgenomen.

In meer dan de helft van de gevallen lopen spreekuren langer uit dan de 15 minuten die de ziekenhuizen hiervoor als norm hebben gesteld. Mede daardoor kosten inschrijving en wachten in de wachtkamer patiënten gemiddeld ruim veertig minuten. De meesten vinden dat veel te lang. Lange wachttijden leveren dan ook niet meer dan 4% tevreden patiënten op. Gelukkig hebben patiënten niet voor niets gewacht: als het er eindelijk van komt, zijn de meesten tevreden over de duur van het consult met de specialist.

Tevredenheid van patiënten en de kwaliteit van zorg

Onderzoek naar de kwaliteit van zorg is lange tijd uitgegaan van het perspectief van de hulpverlener. Pas de laatste decennia is er meer aandacht voor het perspectief van de consument. In het begin van de jaren tachtig verschijnen enkele 'review'-artikelen waarin het op de patiënt gericht wetenschappelijk onderzoek tot op dat moment onder de loep wordt genomen. De kritiek is niet mals: veel onderzoek mist een theoretische onderbouwing, meetinstrumenten zijn niet gestandaardiseerd en hun betrouwbaarheid en validiteit zijn gering. In het meeste onderzoek blijft bovendien het verband tussen tevredenheid en demografische kenmerken van patiënten enerzijds en 'outcome'-maten als het effect van de zorg en de medische consumptie anderzijds buiten beschouwing.

Inmiddels zijn we tien jaar verder. De vraag is dan ook of de meetinstrumenten die sinds die tijd zijn ontwikkeld, de toets der kritiek wél kunnen doorstaan. Om de kwaliteit van de thuiszorg vanuit het perspectief van patiënten goed te kunnen vaststellen, moet een meetinstrument aan vijf eisen voldoen: het heeft een theoretisch kader, bestaat uit subschalen voor verschillende aspecten van kwaliteit, is getoetst op betrouwbaarheid en validiteit, is toepasbaar bij grote groepen mensen en is al eens eerder toegepast bij de evaluatie van thuiszorg.

Een inventarisatie van onderzoek uit de jaren 1983 tot 1993 leverde in totaal 113 verschillende meetinstrumenten op. Niet meer dan 41 daarvan zijn op validiteit en betrouwbaarheid getest, slechts acht twee of meer keer. Vijf van de onderzochte instrumenten voldoen aan minstens drie van de genoemde criteria, maar niet één aan alle vijf.

In het kader van het Programma Kwaliteit van Zorg wordt nu gewerkt aan de ontwikkeling van een eigen instrument dat het oordeel vaststelt van thuiswo-

nende patiënten met CARA, diabetes mellitus en reuma, lichamelijk gehandicapt en hulpbehoevende ouderen.

2.3.2 Relatie eerstelijns - GGZ/Hulpverleningsprocessen

Volgens het bekende 'filtermodel' van Goldberg en Huxley hebben de (naar verhouding weinige) patiënten die met ernstige psychische problemen door een gespecialiseerde hulpverlener worden gezien, al heel wat stappen gezet. Eerst hebben zij hun problemen voorgelegd aan hun huisarts (de eerste filter), direct of vertaald in lichamelijke klachten. De huisarts heeft de psychische of sociale kanten van de klacht onderkend (de tweede filter) en samen met de patiënt naar een oplossing gezocht. Toen dat onvoldoende soelaas bood, heeft hij een verwijfsbriefje geschreven voor de psychiater, psycholoog of psychotherapeut (de derde filter).

Veel van het onderzoek binnen dit themagebied heeft op alle drie genoemde filters betrekking. Met gegevens van de Nationale Studie is het vóórkomen van psychische problemen in de bevolking onderzocht, en nagegaan welke (groepen) mensen-met-problemen met welke klachten naar de huisarts gaan. In samenwerking met het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit is onderzocht of introductie van consultatie door een psychiater ook in de eerstelijns haalbaar is. Een mogelijk effect van dergelijke consultatie zal de mogelijkheden van huisartsen vergroten om patiënten zelf te (blijven) behandelen.

Psychische problemen en het bezoek aan de huisarts

In het kader van de Nationale Studie hebben - zoals bekend - niet alleen 161 huisartsen (in 103 praktijken) ieder drie maanden lang ieder contact met een patiënt geregistreerd, maar zijn ook bij honderd patiënten per praktijk thuis uitvoerige interviews afgenomen. Daarin kwamen vragen aan de orde over ziekte en medische consumptie en werd de General Health Questionnaire (GHQ) voorgelegd, een instrument dat de kans meet op het vóórkomen van psychische problematiek. De lijst bestaat uit 30 vragen over de gemoedstoestand in de afgelopen maand. Bij meer dan vier keer 'ja' is er gereede kans dat er sprake is van psychische problemen.

Van de ruim 10.300 geïnterviewde patiënten van 14 jaar en ouder heeft ongeveer 13 procent een GHQ-score van meer dan 4, onder wie naar verhouding veel vrouwen, gescheiden mensen, weduwen en weduwnaars en mensen zonder werk. Mensen met een hoge GHQ-score ervaren hun eigen gezondheid bovendien als slecht, en hebben veel acute klachten.

Vooral vrouwen, mensen zonder werk en ziekenfondsverzekerden zetten de stap om naar de dokter te gaan, zeker als zij óók een hoge GHQ-score hebben. Of deze patiënten vervolgens ook werkelijk een psychisch of sociaal

probleem aan hun huisarts voorleggen, hangt niet met dergelijke variabelen samen.

Overigens verdienen vooral gescheiden mensen, weduwen en weduwnaars extra aandacht. Enerzijds lopen zij - blijkens de hoge GHQ-scores - veel risico op psychische problematiek, anderzijds zijn zij niet geneigd snel bij de huisarts aan te kloppen.

Psychische problematiek in de huisartspraktijk

Ongeveer 7 procent van de geïnterviewden heeft een GHQ-score van meer dan 7, wat wijst op het vóórkomen van klinisch relevante psychische problemen. Hoewel deze mensen méér last hebben van chronische en acute aandoeningen dan mensen met een GHQ-score van 7 of minder, is de aard van die aandoeningen dezelfde: beide groepen klagen het meest over hoofdpijn en moeheid, de één alleen vaker dan de andere.

Van de mensen met een hoge score stapt in drie maanden tijd 55 procent naar de huisarts, van de andere groep niet meer dan 35 procent. Maar als zij naar de huisarts gaan, hebben beide groepen (opnieuw) ongeveer gelijke gezondheidsproblemen. Dat blijkt ook uit de registratie van de spreekuurcontacten door de huisarts: patiënten met een hoge score komen net zo goed voor een bloeddrukcontrole, hoesten, rugklachten, hoofdpijn en zelfs 'algemene malaise' als patiënten met een lage score. Zó gek is het dan ook niet dat huisartsen de problemen van 30 procent van de hoog scorende patiënten als puur somatisch benoemen, zelfs als zij sommige patiënten in drie maanden meer dan één keer te zien krijgen.

Veel psychische problemen blijven dus onopgemerkt. Wel worden patiënten met een hoge GHQ-score vaker door hun huisarts 'gevonden', naarmate ze vaker op het spreekuur komen, en meer verschillende klachten tegelijk presenteren. Dan, en ook als patiënten expliciet psychische of sociale problemen ter sprake brengen, zouden huisartsen op hun hoede moeten zijn. Door de patiënt een kort stoornis-specifiek vragenlijstje af te nemen zouden zij hun algemene oordeel dat er 'iets psychisch' aan de hand moet zijn, kunnen omzetten in een stoornis-specifieke waarschijnlijkheidsdiagnose. Ook moet patiënten duidelijk worden gemaakt dat het niet nodig, en ook niet wenselijk is om psychische problemen voor de huisarts in lichamelijke klachten te vertalen.

Consultatieve psychiatrie in de huisartspraktijk

Dat laatste, nu, gebeurt dikwijls wèl: dan vermoedt de huisarts dat achter een lichamelijke klacht psychosociale problematiek schuil gaat. Op deze manier somatiserende patiënten vragen veel tijd van de huisarts en komen vaak bij medisch specialisten. Ook zou het veel huisartsen aan deskundigheid ontbreken om deze patiënten adequaat te behandelen.

Om beter met (problemen van) somatiserende patiënten te kunnen omgaan, werken specialisten van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit al een aantal jaren nauw samen met een consultatieve psychiatrische dienst: in voorkomende gevallen spreken specialist en psychiater samen met een patiënt, waarna de psychiater - aan beiden - schriftelijk advies uitbrengt.

Om te kunnen beoordelen of een vergelijkbare aanpak ook van betekenis kan zijn voor de behandeling van somatiserende patiënten in de huisartspraktijk, is een effectstudie nodig. Voorafgaand daaraan is in een korte haalbaarheidsstudie nagegaan of invoering van psychiatrische consultatie in de eerstelijns eigenlijk wel mogelijk is: zes huisartsen hebben zes maanden lang de somatiserende patiënten die op hun spreekuur kwamen geïdentificeerd, en uit die groep de potentiële deelnemers aan een psychiatrisch consult geselecteerd. De bij het project betrokken psychiater zag vervolgens, samen met de huisarts, 46 van deze patiënten.

De deelnemende huisartsen kenschetsten iets minder dan twintig procent van de patiënten op hun spreekuur als 'somatiseerder'; voor ongeveer een kwart van deze groep (dus 5% van alle bezoekers) vroegen zij een psychiatrisch consult aan. Vrijwel alle betrokken patiënten gingen daarmee akkoord. Somatiserende patiënten voor wie een consult werd aangevraagd, waren angstiger en depressiever dan somatiserende patiënten voor wie dat niet gebeurde, en maakten meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Bovendien riepen zij bij hun huisarts meer negatieve gevoelens op. Huisartsen zeiden door de consultatie meer inzicht gekregen te hebben in de problemen van deze patiënten. In de praktijk werd 40 procent van de door de psychiater gegeven adviezen volledig opgevolgd.

In een toekomstige effectstudie zouden patiënten die in principe voor een psychiatrisch consult in aanmerking komen (omdat zij in het verleden al vaker psychische problemen hebben gehad, of buitensporig vaak gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen) in twee groepen moeten worden ingedeeld, van wie de ene wel, en de ander geen consult krijgt (of op een wachtlijst komt). Beide groepen zouden vervolgens langere tijd moeten worden gevolgd.

Huisarts en kinderen

In de afgelopen vijftien jaar heeft de huisarts ten opzichte van zijn patiënten veel van de oude autoriteit verloren. Tegelijkertijd zijn ook de gezagsverhoudingen in het doorsnee gezin geleidelijk minder hiërarchisch geworden. Ongeveer één op de zeven patiënten op het spreekuur is jonger dan 16 jaar. Het kan haast niet anders, of huisartsen gaan met deze jonge patiënten tegenwoordig gelijkwaardiger om dan vroeger.

Vergelijking van tien op video opgenomen spreekuurgesprekken uit de jaren 1975 tot 1978 met tien gesprekken uit de jaren 1988 en 1989 laat inderdaad

verschillen zien. Consulten uit de laatste periode duren langer en het kind speelt er een belangrijker rol in, vooral aan het begin en aan het einde van het consult. Het kind geeft vaker zelf medische informatie, de huisarts 'stuurt' minder en praat vaker met het kind; de (begeleidende) ouder bemoeit zich daar minder mee. Kinderen-van-nu krijgen en - vooral - nemen méér ruimte dan vijftien jaar geleden. Dat betekent dat de consulten met kinderen een stuk levendiger zijn geworden. Het onderzoek wordt voortgezet.

2.3.3 Paramedische beroepen

Binnen het onderzoek in 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 1993 ondermeer gebruikt voor onderzoek naar de berichtgeving door medisch specialisten, de (fasering in de) behandeling van patiënten met pijn, de behandeling van patiënten met rugklachten en breuken en psychosociale problemen in de fysiotherapiepraktijk.

In het onderzoek naar andere paramedische beroepen - oefentherapie-Mensendieck en -Cesar, ergotherapie, podotherapie en logopedie - is dit jaar ruime aandacht besteed aan de mogelijke toepassing van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), ontwikkeld door de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) en in Nederland bekend als de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps.

Fysiotherapeuten: cijfers over de beroepsgroep

Begin 1993 werkten in Nederland 10.482 fysiotherapeuten (8.883 full-time equivalenten) en 171 heilgymnasten/masseurs. Sinds 1985 is het aantal fysiotherapeuten met 24% toegenomen, en het aantal full-time equivalenten met 20%. In de periode 1991-93 zijn 629 fysiotherapeuten met werken begonnen; in de periode 1989-91 waren dat er nog 1125.

Er zijn 3767 fysiotherapiepraktijken: in 33% daarvan werkt één fysiotherapeut, in 23% twee, en in 16% drie.

Van alle fysiotherapeuten werkt 68% in een eigen praktijk of maatschap, 28% werkt als medewerker in loondienst en 4% op notabasis.

Bijna de helft (48%) van de fysiotherapeuten is een vrouw (in Limburg 40%, in Utrecht 56%), 67% is jonger dan 40 jaar. Van de mannen is 9% jonger dan 30 jaar, van de vrouwen 21%. Ruim een kwart (28%) werkt méér dan 40 uur per week.

Extramurale fysiotherapie

Op 27 april promoveerden J.J. Kerssens en E.Chr. Curfs op een proefschrift over de plaats en functie van de extramurale fysiotherapie. Voor dit onderzoek zijn gegevens verzameld bij fysiotherapeuten, huisartsen en patiënten.

Als zij een patiënt verwijzen, bevelen huisartsen meestal een bepaalde fysiotherapeut aan. Zij nemen niet vaak contact op met de fysiotherapeut als zij een patiënt verwijzen, en ook niet in de loop van de behandeling. Van intensieve onderlinge samenwerking is dus geen sprake.

Huisartsen verwijzen ziekenfondsverzekerden, mensen van middelbare leeftijd of ouder, en vrouwen vaker dan andere ingeschreven patiënten. Verschillen tussen huisartsen in het aantal verwezen patiënten zijn voor 82% te herleiden tot verschillen in de samenstelling van hun praktijkpopulatie. Kenmerken van de huisartsen zelf (zoals het belang dat zij hechten aan samenwerking met fysiotherapeuten) spelen geen rol van betekenis.

Patiënten die door de huisarts naar de fysiotherapeut worden verwezen, hebben relatief vaak klachten van rug en schouder.

Patiënten van medisch-specialisten hebben vooral klachten in de ledematen (knie, onderbeen en hand), die vaak de nasleep zijn van een ongeluk of een operatie. Ook klachten van het zenuwstelsel komen bij deze patiënten wat vaker voor.

Als zij de patiënt onderzoeken, letten fysiotherapeuten meer dan artsen op de gevolgen van aandoeningen en ziekten, en vooral op de gevolgen die zij kunnen behandelen.

Het behandeldoel van de fysiotherapeuten bepaalt voor een belangrijk deel de gekozen behandelvorm. Bij verreweg de meeste patiënten (86%) is pijnbestrijding het doel van de behandeling. Massagetherapie en fysieke therapie in engere zin zijn de bijbehorende behandelvormen. In 57% van de gevallen is de behandeling gericht op het herstel van de bewegingsuitslag van gewrichten. Dat wordt doorgaans aangepakt met bewegingstherapie of manuele therapie. Om vitale functies te verbeteren - een derde behandeldoel - wordt massagetherapie toegepast. Voor het bereiken van minder vaak genoemde doelen als houdings- en bewegingscoördinatie, het reguleren van de spierspanning, het verbeteren van de spierkracht en het geven van inzicht in de klacht is opnieuw bewegingstherapie geïndiceerd.

Massagetherapie (in 69% van de gevallen), bewegingstherapie (61%) en fysieke therapie in engere zin (60%) zijn de meest frequent toegepaste behandelvormen. In 14% van de gevallen kiezen fysiotherapeuten voor een combinatie van deze drie.

Meestal weet de fysiotherapeut het doel dat hij zich heeft gesteld, ook te bereiken. Toch blijft het resultaat wat achter bij hun prognoses. De beste resultaten worden behaald als het gaat om pijnvermindering, herstel van de bewegingsuitslag van gewrichten en het geven van inzicht in de gevolgen van

de klacht. Ontspanning en houdingscoördinatie worden in ruim een kwart van de gevallen (overigens: zoals verwacht) niet bereikt.

Medisch specialist en fysiotherapeut

Ongeveer één op de vijf patiënten van fysiotherapeuten in de eerstelijns is door een medisch specialist verwezen. Een goede informatieoverdracht is een voorwaarde voor kwaliteit in de fysiotherapeutische hulpverlening. Toch is de overdracht van informatie door de specialist - anders dan die door de huisarts - niet eerder onderzocht. De fysiotherapeuten die meedoen aan 'BEEF' hebben ruim een jaar lang een vragenlijst ingevuld, telkens als een patiënt door een specialist werd verwezen. Dit resulteerde in gegevens over 690 patiënten van 35 fysiotherapeuten uit 20 praktijken.

Bij vrijwel alle verwijzingen (96%) krijgt de fysiotherapeut informatie van de specialist. Meestal heeft deze betrekking op de verwijsindicatie en andere anatomisch-pathologische gegevens. Fysiotherapeuten oordelen redelijk positief over de informatieoverdracht. Alleen de informatie over de prognose, eerdere mededelingen aan de patiënt en de voornemens van de specialist schieten volgens hen nogal eens te kort. Dat zijn juist gegevens die de fysiotherapeut nodig heeft om zijn patiënten goede voorlichting te kunnen geven.

Fysiotherapie voor patiënten met pijn

In theorie kunnen in de behandeling door een fysiotherapeut twee fasen worden onderscheiden. In de eerste fase is de behandeling erop gericht voorwaarden te scheppen voor 'fysiologisch herstel' van de patiënt. Fysiotherapeuten stellen zich daarbij doelen als het verminderen van pijn, het reduceren van zwellingen en het verminderen van spierspanning. In de tweede fase gaat het om het herstel van de 'functionele onafhankelijkheid' van de patiënt; bijbehorende doelen zijn bijvoorbeeld het verbeteren van spiersterkte en van bewegingscoördinatie. Fysiotherapeuten maken - volgens dit model - aan het begin van een reeks behandelingen vooral gebruik van massage, manuele therapie en fysiotherapie, en aan het eind vooral van oefentherapie, voorlichting en advies.

Om dit model te toetsen werden gegevens geanalyseerd van 1085 patiënten met rugklachten en 416 patiënten met knieklachten, onder behandeling bij 83 fysiotherapeuten. Vooraf werden 14 verwachtingen geformuleerd met betrekking tot (veranderingen in) de doelen die fysiotherapeuten voor ogen hebben en de methoden die zij toepassen. De helft van die verwachtingen kwam uit, de helft niet. Dat betekent dat de onderzochte fysiotherapeuten slechts ten dele volgens het beschreven model werken. Verder onderzoek kan zich richten op de vraag waarom dat zo is (en hoe fysiotherapeuten gestimuleerd

kunnen worden wèl volgens het model te gaan werken), of op de vraag welk mogelijk ander model aan hun werk ten grondslag ligt.

Fysiotherapie voor patiënten met rugklachten en breuken

Tussen de 60% en 80% van de bevolking heeft wel eens last van rugpijn; tussen de 10% en 50% van deze patiënten komt daarvoor onder behandeling van een fysiotherapeut. Er bestaat echter nog weinig inzicht in de aard van deze behandelingen. In dit onderzoek ligt de nadruk op verschillen in de behandeling van acute en chronische pijn, en van rugpijn met en zonder uitstraling. Negen veronderstellingen over (verschillen in) de fysiotherapeutische behandeling werden getoetst aan de hand van gegevens over bijna 4000 patiënten.

Slechts twee van de zeven veronderstellingen bleken niet juist: in de behandeling van acute rugpijn krijgen het verminderen van pijn en het reguleren van spierspanning niet - zoals verwacht - meer aandacht dan in de behandeling van chronische klachten. Rugpijn met uitstraling wordt - tegen de verwachting in - niet vaker met oefentherapie aangepakt dan andere vormen van rugpijn. Maar verder laat het onderzoek zien dat fysiotherapeuten in het algemeen doen wat ze volgens de literatuur móeten doen. Gezien het ontbreken van deugdelijk effectonderzoek op dit gebied, is dat een verrassende conclusie.

Vergelijkbaar onderzoek op basis van gegevens over 530 fysiotherapiepatiënten met een gebroken been, arm of heup komt tot eenzelfde conclusie. Fysiotherapeuten voldoen goed aan de eisen die in de literatuur aan de fysiotherapeutische behandeling van breuken worden gesteld.

Psychosociale problemen in de fysiotherapiepraktijk

Het nut van fysiotherapie voor patiënten met psychosociale problemen staat ter discussie. Enerzijds zijn fysiotherapeuten door hun manier van werken - waarbij zij patiënten een tijd lang regelmatig 'onder handen hebben' - bij uitstek in staat om deze patiënten te adviseren; anderzijds zijn zij daartoe niet opgeleid.

Van ruim 17.000 onderzochte patiënten heeft 15% lichamelijke klachten die (mede) door psychosociale problemen worden veroorzaakt, en nog eens 19% - omgekeerd - psychosociale problemen als gevolg van hun (slechte) lichamelijke conditie. Patiënten uit de eerste groep worden - in overeenstemming met de literatuur - relatief vaak voor fysiotherapie verwezen met hoofdpijn, hyperventilatie en nek- of schouderklachten. Behandeling is vooral gericht op het verminderen van spierspanning; vaak wordt gebruik gemaakt van massage en warmte/koude-therapie. Meer dan 40% van de patiënten heeft al eerder voor dezelfde klachten fysiotherapie gehad.

Psychosociale problemen als gevolg van chronische, lichamelijke aandoeningen worden vooral door oudere patiënten genoemd, van wie velen ook

moeten zien te leven met beperkingen in termen van zelfzorg, lichaamsbeheersing en mobiliteit. De behandeling van deze patiënten duurt langer dan die van patiënten uit de andere groep. Ook in deze groep is een groot deel van de patiënten (bijna de helft) al eens eerder voor dezelfde klachten bij een fysiotherapeut geweest.

Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek

De ontwikkeling van het vakgebied maakt het voor de verwijzer steeds lastiger om de mogelijkheden van de fysiotherapie te kunnen overzien. Dit probleem is voor een deel te omzeilen door samenwerking of overleg van de fysiotherapeuten en de verwijzende artsen. Consultatie van de fysiotherapeut, voorafgaande aan een eventuele fysiotherapeutische behandeling, kan mogelijk uitkomst bieden.

In samenwerking met de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF) werkt het NIVEL aan een project dat tot doel heeft 'het effect van de invoering van de mogelijkheid tot Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO) in de eerstelijnsgezondheidszorg op de kwaliteit van de zorgverlening' vast te stellen.

Het project bestaat uit twee fasen. Doel van de eerste fase was het uitwerken van het concept van het CFO, de ontwikkeling van de benodigde meetinstrumenten en het testen van dit concept in de praktijk. In het kader van een pilot-studie (waaraan 14 huisartsen en 8 fysiotherapeuten hebben meegedaan) werden in het voorjaar van 1991-93 patiënten door hun huisarts voor een CFO naar een fysiotherapeut verwezen: gemiddeld is dat één vraag per veertien dagen, voor iedere deelnemende huisarts. Zowel de deelnemende huisartsen als fysiotherapeuten noemen de procedure van het CFO en de gebruikte formulieren na afloop van de studie praktisch hanteerbaar en functioneel. Huisartsen zeggen ook tevreden te zijn over de manier waarop de consultvraag werd beantwoord. In de tweede fase van het project, waarin CFO op grotere schaal is geïntroduceerd, liep eind 1993 af. Het afsluitende evaluatieonderzoek verschijnt in het voorjaar van 1994.

Behoefteraming ergotherapeuten

Volgens alarmerende geluiden uit 'het veld' dreigt er een structureel tekort aan ergotherapeuten: vooral verpleeghuizen zouden moeite hebben bestaande vacatures op te vullen.

De toekomstige vraag naar ergotherapie kan eenvoudig worden berekend door het huidige gebruik te extrapoleren op basis van (verwachte) veranderingen in de groei en samenstelling van de bevolking. Volgens de 'middenvariant' van de meest recente bevolkingsprognose van het CBS zijn in 2005 dan ongeveer 15% méér ergotherapeuten nodig dan in 1992; volgens de 'hoge-variant' ongeveer 18%.

Nog méér ergotherapeuten zijn nodig als ook rekening wordt gehouden met andere factoren. Wordt het aantal ergotherapeuten in (nu nog) schaars bedeelde gebieden (zoals noord-Nederland) op peil gebracht, dan zijn naar schatting 13% meer beroepsbeoefenaren nodig. Het feit dat gemeenten volgens de nieuwe Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) verantwoordelijk worden gesteld voor woon-, zorg- en vervoersvoorzieningen van gehandicapten is naar schatting goed voor 16% extra ergotherapeuten, uitbreiding van de ergotherapie in de eerstelijns (tot één ergotherapeut op 75.000 inwoners) voor nog eens 21%. De groeiende rol van de ergotherapie in het bedrijfsleven (als gevolg van de Arbo-wet), tenslotte, zou het aantal ergotherapeuten wel eens met 6% kunnen doen toenemen.

Tegelijkertijd is ook uitoefening van het beroep aan veranderingen onderhevig. Naar verwachting zal in 2005 de gemiddelde werkweek één uur dalen tot 28 uur (4% méér ergotherapeuten), zal 10% van de tijd aan niet-patiënt gebonden werk worden besteed (12% extra) en zal het percentage ergotherapeuten met éénvijfde groeien tot 80%.

Afhankelijk van de vraag welke veronderstellingen bij de berekeningen worden betrokken, zullen in de jaren 1992 tot 2005 jaarlijks minimaal 187, en maximaal 313 ergotherapeuten moeten worden opgeleid.

Ergotherapie

Een medische diagnose biedt zelden voldoende informatie over de functionele problemen van de patiënt. Daarom begint iedere ergotherapeutische behandeling met het stellen van een eigen diagnose. In deze studie is een analyse gemaakt van diagnoses en behandeldoelen gesteld door 143 ergotherapeuten (van 49 verschillende afdelingen ergotherapie) bij 944 patiënten uit verpleeghuizen, revalidatiecentra en ziekenhuizen en 107 patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen.

Bij patiënten uit beide groepen worden in gelijke mate stoornissen, beperkingen en handicaps gediagnostiseerd. Behandeldoelen hebben in de eerste plaats betrekking op de beperkingen en - in mindere mate - op de stoornissen van de patiënten; vooral in de psychiatrie is ook aandacht voor hun handicaps (in termen van hun sociaal en beroepsmatig functioneren).

Door statistische bewerking van de data konden de (19) behandeldoelen binnen de groep van niet-psychiatrische patiënten tot 7, en binnen de groep psychiatrische patiënten tot 5 dimensies worden herleid: de kerntaken van de ergotherapie. Dit betekent dat het grote aantal categorieën van de ICDH voor toepassing binnen de ergotherapie aanzienlijk gereduceerd kan worden.

Oefentherapie-Cesar en -Mensendieck

Ook oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck bedienen zich van een eigen diagnose, die het resultaat is van lichamelijk onderzoek naar de houding en de beweging van de patiënt.

In deze studie is een analyse gemaakt van de stoornissen en beperkingen waarmee patiënten onder behandeling komen, en vervolgens van de behandeling zelf. 48 Oefentherapeuten-Cesar leverden gegevens over 1020 patiënten; 52 oefentherapeuten-Mensendieck over 1088 patiënten. Ongeveer tweederde van deze patiënten is vrouw, hun leeftijd gemiddeld 34 jaar; de meesten werden door hun huisarts verwezen. Gemiddeld bestaat een behandeling bij een oefentherapeut-Cesar uit 15 wekelijkse zittingen; die bij een oefentherapeut-Mensendieck uit 14.

Houdingsstoornissen (vooral in de rug), pijn, verminderde bewegingsuitslag van gewrichten en afwijkende spierspanning zijn veel voorkomende stoornissen. De helft van de patiënten ervaart daardoor beperkingen (meestal méér dan één), vooral in bewegen (tillen, buigen, lang staan) en dagelijkse activiteiten (huishouden, sport). Door de geregistreeerde stoornissen te clusteren konden drie groepen patiënten worden onderscheiden: patiënten met problemen aan het bewegingsapparaat, patiënten met algemene stoornissen, vaak met een psychosociale achtergrond (zoals moeheid) en patiënten met bewegingsstoornissen. Oefentherapeuten-Cesar zien daarnaast nog een vierde groep: patiënten met stoornissen in het zenuwstelsel.

De behandeling is vaker gericht op de stoornissen van de patiënt dan op de beperkingen. Zowel bij de oefentherapie-Cesar als bij de oefentherapie-Mensendieck heeft de behandeling in 80% van de gevallen tot doel de houding te verbeteren; in iets meer dan 10% van de gevallen tracht de therapeut bewegingsbeperkingen te verminderen. In de behandeling ligt dan ook dikwijls de nadruk op houdingsoefeningen, ADL-training en oefeningen om de pijn tegen te gaan; daarnaast wordt in de oefentherapie-Cesar aandacht besteed aan spieroefeningen en in de oefentherapie-Mensendieck aan ontspanningsoefeningen. Op welke behandelvormen de therapeut de nadruk legt, hangt af van het doel dat zij zich voor de behandeling stelt.

Logopedie

Ook in het onderzoek op het terrein van de logopedie is gewerkt aan een mogelijke aanpassing van de ICIDH, nodig voor het vastleggen van specifieke diagnoses. Uit de ICIDH werden alle stoornissen, beperkingen en handicaps die relevant kunnen zijn voor de logopedie, geselecteerd en in drie consultatieronden aan inhoudelijk deskundigen voorgelegd. De daaruit resulterende indeling van logopedische diagnoses werd verwerkt in een registratieformulier, dat in zes praktijken werd uitgetest. In totaal werden 301 patiënten geregis-

treerd. Niet alleen vonden de deelnemende logopedisten de indeling in grote lijnen bruikbaar, ze wisten hem ook betrouwbaar toe te passen.

Podotherapie

In het jaarboek 1992 zijn de resultaten besproken van een landelijke enquête onder 125 podotherapeuten. Om meer gedetailleerd inzicht te krijgen is aan 36 podotherapeuten gevraagd een registratieformulier in te vullen aan het begin en na afloop van de behandeling van (een deel van) hun patiënten.

64% van de (897) geregistreeerde patiënten (voor 69% vrouwen en gemiddeld 46 jaar oud) werd verwezen door de huisarts, 29% kwam op eigen initiatief; de rest werd verwezen door een internist, orthopeed, chirurg of andere specialist. De meest voorkomende stoornissen van patiënten zijn pijn, een standafwijking van de voet en stoornissen van de motoriek. Behandeling bestaat meestal uit het maken van een podotherapeutische zool (69%), het geven van advies (37%), algemene voetverzorging (26%) en het maken van silicone hulpstukken (22%). De behandelvormen worden gekozen in overeenstemming met het doel van de behandeling. Zo dienen podotherapeutische zolen om standafwijkingen van de voet en houdingsafwijkingen te corrigeren en pijn en vermoeidheid te doen afnemen; orthesen worden toegepast ter correctie van standafwijkingen van de tenen en het verminderen van pijn. De gevonden samenhang van behandelvorm en behandeldoel is minder triviaal dan op het eerste gezicht lijkt: de behandeldoelen - geformuleerd als het doen afnemen of corrigeren van stoornissen - zijn kennelijk valide. Dat betekent dat de podotherapeutische zorg met behulp van de ICDH inzichtelijk kan worden gemaakt.

Patiëntenvoorlichting diëtisten

Vrijwel altijd geven diëtisten hun cliënten schriftelijke informatie over de samenstelling van voedingsmiddelen. Patiënten met hypercholesterolemie kunnen op twee manieren worden voorgelicht. In de 'analysecijfer-methode' krijgen zij uitgebreide informatie over de samenstelling van zo'n 500 voedingsmiddelen. Bij de 'categorieën-methode' wordt van 250 voedingsmiddelen slechts aangegeven of het gebruik daarvan 'sterk aan te raden', 'aan te raden', dan wel 'af te raden' is.

In opdracht van de Nederlandse Hartstichting en het Voorlichtingsbureau van de Voeding heeft het NIVEL de effectiviteit van die twee methoden onderzocht. Drie groepen patiënten werden gevormd: één (controle-)groep kreeg alléén voorafgaand aan het eerste consult bij de diëtist summier informatie over voeding bij hypercholesterolemie. De twee andere (experimentele) groepen kregen daarnaast ook informatie van de diëtist, elk volgens één van beide methodes. Het effect werd gemeten aan de hand van veranderingen in de voedselconsumptie (het percentage vet en het percentage verzadigde

vetzuren). Ook werden effecten nagegaan op zaken als de variatie in het voedingspatroon en de attitude van patiënten.

Al voordat zij voor de eerste keer bij de diëtist kwamen, bleken de respondenten hun voedingspatroon te hebben veranderd. Hun (verzadigd-)vetconsumptie lag onder die van de gemiddelde Nederlander, doordat zij bepaalde vette voedingsmiddelen al hadden laten staan. Zes weken (en twee consulten) later was de consumptie van verzadigd vet bij patiënten die volgens de 'categorieën-methode' waren voorgelicht, het sterkst gedaald. Doordat zij vaker een ander voedingsmiddel als alternatief waren gaan gebruiken, was hun voedingspatroon bovendien minder saai dan dat van patiënten in de twee andere groepen. Dat is frappant, omdat een werkgroep van het Voorlichtingsbureau van de Voeding eerder juist zijn voorkeur had uitgesproken voor de 'analysecijfer-methode'. Overigens droeg het voorlichtingsmateriaal in beide experimentele groepen bij aan het oplossen van praktische problemen met het dieet.

Oefentherapie voor patiënten met reumatoïde artritis en artrose

Als gevolg van de ziekte zelf, bijwerkingen van medicijnen en een verminderde fysieke activiteiten hebben patiënten met reumatoïde artritis en artrose een verminderde fysieke 'fitheid'. Oefentherapie is erop gericht de 'fitheid' van patiënten te verbeteren, en pijn en stoornissen te verlichten. Het effect van oefentherapie staat echter ter discussie. In deze studie werden de resultaten van 24 effectstudies (18 studies over reumatoïde artritis en 6 over artrose) nader geanalyseerd.

In negen effectstudies worden verbeteringen of niet-significante resultaten gerapporteerd; in niet één studie wordt de conditie van de patiënten minder. Hoewel op enkele studies wel wat valt af te dingen - zo is de randomisatie van patiënten niet in alle studies even geslaagd geweest, en is niet het hele scala aan oefentherapeutische behandelingen onderzocht - is dat toch een gunstig resultaat. Om het effect van oefentherapie bij deze patiënten goed te begrijpen, zijn zorgvuldige analyse van specifieke interventies en 'uitkomstmaten' en een theoretische verklaring van het mogelijk effect, van bijzonder belang.

Overigens wijst eigen onderzoek van het NIVEL bij patiënten met artrose, uitgevoerd met de afdeling fysiotherapie van de Hogeschool Midden-Nederland, op een samenhang van 'negatieve emoties', spierzwakte en beperkingen. Patiënten die angstig (of met andere negatieve emoties) reageren, zijn geneigd bewegingen te beperken en krijgen juist daardoor slappe spieren. Verdere beperkingen zijn daarvan het gevolg. Eenzelfde redenering - maar dan voor 'pijn', in plaats van 'beperkingen' - is denkbaar, maar daarvoor ontbreekt vooralsnog de empirische steun.

Psychologie en paramedische zorg

Dat laatste onderzoek is een aardig voorbeeld van de raakvlakken tussen paramedische zorg en psychologie. Daarvan zijn er drie. In de eerste plaats hebben psychologie en paramedische zorg tot op zekere hoogte op dezelfde gezondheidsproblemen betrekking: afasie, stotteren, geheugenstoornissen, apraxie en stoornissen in de bewegingscoördinatie zijn daarvan voorbeelden. In de tweede plaats worden klachten van patiënten in veel gevallen in stand gehouden of veroorzaakt door een wisselwerking van paramedische en psychologische factoren (zie het bovengenoemde voorbeeld). En in de derde plaats gaat het in de paramedische behandeling vaak om het veranderen van gedrag. Psychologische kennis over (en methoden van) behandeling kunnen dan ook van veel belang zijn: therapietrouw, bijvoorbeeld, kan erdoor worden verhoogd. Omgekeerd kunnen de concrete, gedragsmatige interventies van paramedici een belangrijke aanvulling vormen op psychologische interventies die gericht zijn op verandering van coping-stijl of levensstijl.

2.4 De huisartspraktijk

Ook al heeft de verzameling van gegevens uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk in 1987/88 plaatsgevonden, neemt dit niet weg dat er nog volop met het materiaal wordt gewerkt.

Weerbarstige onderdelen van de Nationale studie, zoals het ingewikkelde bestand van voorgeschreven geneesmiddelen gaven in 1993 een deel van hun geheimen prijs; maar er is nog meer op komst.

Een studie waarin het beloop van chronische aandoeningen gedurende twee jaar is gevolgd in een beperkt aantal praktijken kon met een proefschrift worden afgerond.

Andere deelstudies, zoals 'arbeid en gezondheid' toonden aan dat, in tegenstelling tot de algemeen heersende opinie, de huisartspraktijk wel degelijk een scherp beeld geeft van beroepsgebonden aandoeningen.

De belangstelling voor de 'Nationale Studie' richt zich ook op een ander type onderzoek; met enige moeite, goede wil en de uitdrukkelijke toestemming van de huisartsen is het mogelijk om te onderzoeken wat er van mensen met bepaalde aandoeningen na een aantal jaren is terecht gekomen. In een grote studie naar 'reumatoïde artritis' en verwante aandoeningen is in een beperkt aantal praktijken uitgezocht hoe de toestand na 4 jaar is van patiënten die in de Nationale Studie als reumatisch werden aangeduid.

Voordat de verschillende in 1993 verschenen delen van de Nationale Studie worden beschreven volgt eerst een beeld van de huisartspraktijk in kwantitatieve zin; aantal huisartsen, spreiding over Nederland, samenstelling van de beroepsgroep naar leeftijd, geslacht en praktijkvorm worden hier beschreven.

2.4.1 Huisartsen kwantitatief

In 1992 steeg het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen met bijna 1 % (60) tot 6695; hetgeen resulteerde in een iets lager (want de Nederlandse bevolking groeit ook) aantal inwoners per huisarts (2310 t.o.v. 2315 per 1 jan 1992). De groei van 60 huisartsen is het saldo van 284 vestigingen en 224 huisartsen die de praktijk neerlegden. Van het aantal artsen per 1-1-93 is 14,7% vrouw; van het aantal nieuw gevestigde artsen 32%, terwijl van het aantal huisartsen in opleiding 45% vrouw is. Langzaam maar zeker zet de feminisering van het huisartsenvak door; in 1980 was nog slechts 4% van alle huisartsen van het vrouwelijk geslacht.

Nog steeds werkt iets meer dan de helft van de Nederlandse huisartsen (52%) in een solo-praktijk; 29% werkt in een tweemanspraktijk; 10% in een groepspraktijk (3 of meer huisartsen) en 9% in een multidisciplinair gezondheidscentrum.

Ook hier geven de cijfers van nieuwgevestigde huisartsen aan dat er geleidelijk een verandering plaatsvindt; van de in 1992 gevestigde huisartsen begon 43% in een solopraktijk; 32% in een duo-praktijk, 12% in een groepspraktijk en 13% in een gezondheidscentrum.

Vraagt men huisartsen-in-opleiding naar hun voorkeur voor een bepaalde praktijkvorm, dan zou maar 10% het liefst in een solopraktijk werken (7% heeft geen voorkeur); bijna de helft (48%) wil een duo-praktijk en meer dan een derde (35%) wil in een groepspraktijk. Ongeveer een kwart wil in een gezondheidscentrum werken (44% expliciet niet!) en ruim 60% geeft de voorkeur aan een vrij beroep (16% in dienstverband; 22% geen voorkeur).

Het is duidelijk dat de feitelijke vestigingsmogelijkheden niet goed aansluiten bij de voorkeuren van de aspirant huisartsen; veranderingen zouden sneller kunnen gaan als jonge artsen hun wensen zouden kunnen realiseren.

Regionale verschillen bestaan nog steeds; in Overijssel treft men 1 huisarts aan op een kleine 2500 inwoners; daar vlak bij in Flevoland telt de gemiddelde huisartspraktijk 1963 zielen. Traditioneel kleine praktijken treft men aan in de grote steden (2190 inwoners per huisarts).

Op 1 januari 1993 volgden 573 artsen de tweejarige beroepsopleiding tot huisarts. De tijd tussen artsexamen en begin van de beroepsopleiding is in 1992 niet verder gestegen; hij bedraagt 35 maanden. Tussen de verschillende opleidingen verschillen deze 'wachtijden'; Groningen kent de langste (42 maanden) en bij de Vrije Universiteit te Amsterdam behoeft men slechts 30 maanden te wachten.

Per 1993 waren er ongeveer 450 praktijkzoekende huisartsen: een behoorlijke daling (van 85 huisartsen) vergeleken met het jaar daarvoor. Voor meer dan de helft van deze groep is het moment van afstuderen nog maar kort geleden; de overigen hebben langer geleden de beroepsopleiding voltooid. Nog steeds (dat wil zeggen zo lang als de huisartsencijfers worden bijgehouden)

geldt dat ongeveer 5 jaar na de opleiding 60% van de huisartsen zich zelfstandig heeft gevestigd; een kwart tot 30% wordt nooit huisarts, vaak omdat men andere werkzaamheden vindt. Een heel klein gedeelte geeft aan nooit de bedoeling te hebben gehad om huisarts te worden (4 artsen), tijdens de opleiding van gedachten te zijn veranderd (5 artsen) of geen serieuze vestigingsplannen te hebben gehad (14 artsen). Het gaat totaal om 23 artsen op 1 jan 1993; het is de vraag op welke noemer dit moet worden betrokken; als de eerste 9 op het aantal afgestudeerden wordt betrokken (289), dan betreft het 3 à 4 %; totaal zou het dan om 5 à 6 % gaan; een getal wat bij de berekening van het artsen tekort dient te worden meegenomen.

Huisartsentekort?

De belangstelling voor het huisartsenvak heeft in de loop van de jaren nogal geschommeld. Aan het eind van de jaren zestig konden huisartsen hun praktijk aan de straatstenen niet kwijt wegens gebrek aan opvolgers. Dit ondanks het feit dat vanaf het midden der jaren zestig de tarieven voor huisartsenhulp sterk waren opgetrokken. Het aantal inwoners per huisarts bedroeg in die tijd gemiddeld 2950 per huisarts; in bepaalde delen van het land (Brabant, Overijssel, Zuid Holland) lag het gemiddelde rond de 3300 zielen per huisarts. In die tijd studeerden er überhaupt weinig artsen af en degenen die afstudeerden werden liever specialist. Echter, toen de na-oorlogse geboortegolf de universiteiten bereikte (1963-1970), bleek van een verminderde belangstelling voor de studie geneeskunde geen sprake te zijn. Het aantal medicijnstudenten steeg dusdanig dat men uit vrees voor artsenoverschotten per 1974 een numerus fixus instelde; per jaar zouden er niet meer dan 1400 plaatsen worden ingesteld. Ook de belangstelling voor huisartsenvak nam toe; de gemiddelde praktijkgrootte daalde van 2950 in 1972 tot 2350 in 1986. Toen werd een vestigingsbeleid voor huisartsen van kracht en was het gedaan met de daling van de gemiddelde praktijkgrootte. Met een gemiddelde praktijkgrootte van ruim 2300 inwoners per huisarts heeft Nederland een van de laagste huisartsendichtheden in Europa. In België is er bijvoorbeeld één huisarts per 500 inwoners, maar is dan ook (nog steeds) geen studentenstop voor geneeskunde.

Er komen per jaar ongeveer 280 adspirant huisartsen van de beroepsopleiding; er vertrekken ongeveer 225 huisartsen, maar bij de nieuwe huisartsen is de animo om een flinke solo-praktijk over te nemen gering. Meer dan de helft van de toekomstige huisartsen is vrouw; uit de jaarlijkse enquêtes onder pas afgestudeerde huisartsen blijkt dat zij gemiddeld een kleinere praktijk willen (1850 patiënten) dan hun mannelijke collega's (2200 patiënten). Bijna 85% van de vrouwelijke adspirant huisartsen ambieert een werkweek van minder dan 32 uur (tegenover 37 % van de mannen). Het verschil tussen het aantal benodigde plaatsen en het aantal afstuderenden is zo gering, zeker als men

met wensen om part time te werken rekening houdt, dat er serieuze tekorten gaan ontstaan als de capaciteit van beroepsopleiding niet wordt uitgebreid. Ook de numerus fixus moet op de helling, want wat zich bij de huisartsen afspeelt, ziet men tot op zekere hoogte ook bij de specialisten. Er dreigt bijvoorbeeld een tekort aan gynaecologen en voor andere specialisten is het een kwestie van uitrekenen.

Solopraktijken in minder aantrekkelijke gebieden (binnensteden, industriegebieden) zijn de eerste moeilijk overdraagbare praktijken; net als in de jaren zeventig, overigens. Slechts 1 op de 11 praktijkzoekende huisartsen wil zich daar vestigen, terwijl een kwart van de Nederlandse huisartsen daadwerkelijk in grote steden werkzaam is.

Dreigende tekorten kunnen worden voorkomen op basis van de beschikbare kennis, maar dan moet dat wel snel gebeuren.

Nascholing voor huisartsen in Rotterdam

Om de behoefte aan nascholing in de regio te peilen, besloot de Stichting Nascholingscentrum Huisartsen Rotterdam, waarin de Districts Huisartsen Vereniging, drie Regionale Huisartsen Verenigingen en de Commissie voor de Artsencursus Rotterdam (CAR, de plaatselijke Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen) zijn vertegenwoordigd, tot een omvangrijk marktonderzoek. Het onderzoek bestond uit vier onderdelen: gesprekken met kleine groepjes huisartsen, een sterkte-zwakke analyse van het Rotterdamse aanbod aan nascholing, een analyse van de deelname aan cursussen van de CAR in de afgelopen twintig jaar en een schriftelijke enquête onder Rotterdamse huisartsen over hun wensen en opvattingen met betrekking tot nascholing. Het NIVEL voerde beide laatste activiteiten uit.

In de afgelopen twintig jaar is het bereik van de CAR toegenomen: in de periode 1972-1976 nam slechts 41% van de gevestigde huisartsen één of meer keren deel aan een CAR-cursus, in de periode 1987-1991 60%. Met het aantal deelnemers aan CAR-cursussen nam ook het gemiddeld aantal cursussen per huisarts toe: van 1.69 per huisarts per vijf jaar tussen 1972 en 1976, tot 3.10 per huisarts per vijf jaar in de periode 1987-1991. Vrouwelijke huisartsen blijken meer CAR-cursussen te volgen dan mannen en jongeren meer dan ouderen. Ook huisartsen in duo-of groepspraktijken en gezondheidscentra volgen meer cursussen dan solisten.

Uit de schriftelijke enquête onder Rotterdamse huisartsen blijkt de CAR de meest populaire aanbieder van nascholing te zijn: 72% van de respondenten zegt in de afgelopen drie jaar een CAR-cursus te hebben gevolgd, met een gemiddelde van 5.9 dagdelen per deelnemende huisarts per jaar. Ook krijgt de CAR van de respondenten de hoogste waardering. Vooral werkbelasting, gebrek aan vrije tijd en moeheid 's avonds maken het de respondenten moeilijk om aan nascholing te doen. 29 Procent van de respondenten vindt

het lastig dat de nascholing overdag wordt gegeven; een kwart heeft moeite met het volgen van nascholing-in-kleine-groepjes, waarbij men met het eigen handelen wordt geconfronteerd.

Klanten van de CAR onderscheiden zich van niet-klanten doordat zij minder belemmeringen ervaren bij het volgen van nascholing, negatiever staan tegenover het organiseren van nascholing door de farmaceutische industrie, een voorkeur hebben voor langere cursussen, méér dagdelen nascholing per jaar voor zichzelf nodig vinden en vaker vrouw zijn.

Niet-klanten van de CAR geven in meerderheid (64%) de voorkeur aan kortere cursussen van maximaal twee dagdelen (tegen 26% van de vaste klanten); éénderde (33%) geeft de voorkeur aan het volgen van cursussen in de avonden (tegen 9% van de vaste klanten). Een minderheid (36%) van de niet-klanten vindt het belangrijk dat het onderwijs confronterend is en toetsingselementen bevat, tegen maar liefst 89% van de vaste klanten.

Op drie punten kan de CAR zelf iets doen om het de niet-klanten meer naar de zin te maken. In de eerste plaats kan meer plaats worden ingeruimd voor korte cursussen. In de tweede plaats kunnen meer cursussen in de avonden worden georganiseerd. En tenslotte: hoewel in de Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen veel belang wordt gehecht aan de eigen inbreng van huisartsen, is een meer divers aanbod aan nascholingsactiviteiten het overwegen waard.

Nascholing voor huisartsen in twee LHV-districten

Als vervolg op het onderzoek in Rotterdam is een schriftelijke enquête gehouden onder huisartsen in twee LHV-districten: Friesland en de Stedendriehoek. Onder de 372 huisartsen die de nascholingsenquête ingevuld terug hebben gestuurd, zijn 234 (63%) 'WDH-klanten': zij volgen tenminste zes dagdelen WDH-nascholing per jaar. Binnen de resterende 138 huisartsen (die per jaar dus minder dagdelen WDH-nascholing volgen en de doelgroep zijn van het participatie-verhogend beleid van WDH's) kunnen twee subgroepen worden onderscheiden. De eerste groep bestaat uit (76) 'niet-nascholers': huisartsen die niet alleen weinig WDH-nascholing volgen, maar ook niet of nauwelijks deelnemen aan andere vormen van nascholing. De tweede groep bestaat uit (63) 'niet-WDH-klanten': huisartsen die weliswaar weinig WDH-nascholing volgen, maar wel (redelijk) vaak deelnemen aan andere vormen van nascholing: gemiddeld 11 dagdelen per jaar of meer.

'Niet-nascholers' hebben, méér dan huisartsen in de beide andere groepen, het gevoel dat zij in de praktijk minder nascholing volgen dan zij eigenlijk zouden willen. Méér dan 'WDH-klanten' vinden zij het een belemmering dat zij maar moeilijk waarneming kunnen vinden. Zij hebben dan ook minder dagen waarneming per jaar tot hun beschikking dan de beide andere groepen. Ook ervaren zij meer belemmeringen in de huiselijke sfeer: ze hebben meer

bezwaar tegen overnachten buitenshuis dan 'WDH-klanten', en zij noemen het feit dat geen kinderopvang is te krijgen, vaker een belemmerende factor dan 'niet-WDH-klanten' en 'WDH-klanten'.

'Niet-WDH-klanten' verschillen alleen van huisartsen uit beide andere groepen doordat zij vaker bezwaar hebben tegen nascholing in de avonden en minder vaak tegen nascholing 's ochtends.

Financiële en organisatorische belemmeringen, zoals niet-nascholers die ervaren, kunnen slechts worden opgelost in samenwerking met de beroepsorganisatie. Om huisartsen die wel nascholen (maar niet bij de WDH) naar WDH-cursussen te 'lokken', zou nascholing vooral 's middags georganiseerd moeten worden. WDH's zouden ook kunnen overwegen om meer variatie in het aanbod aan te brengen.

Huisarts: poortwachter en rentmeester

Sinds 1 april 1991 kunnen Britse huisartspraktijken met meer dan 9000 ingeschreven patiënten budgethouder worden voor bepaalde welomschreven zorgtypen, waaronder poliklinische verrichtingen. De hoogte van het budget wordt vastgesteld op basis van gegevens over zorggebruik in het voorafgaande jaar. Eventuele overschotten kunnen worden geïnvesteerd in de patiëntenzorg (diagnostische apparatuur of extra personeel). Driehonderd praktijken meldden zich aan om mee te doen, waarschijnlijk uit onvrede met het National Health System en vanwege de relatief grote onafhankelijkheid die het budgetsysteem naar verwachting zou bieden. Huisartsen verwachtten daarvoor meer invloed te krijgen op specialisten. De kritiek op het systeem spitst zich vooral toe op het gevaar van selectie van patiënten en op de vrees voor het ontstaan van een 'two tier system': een kwalitatief goed en patiëntvriendelijk circuit voor patiënten van fundholders en een 'tweederangs' circuit voor de patiënten van alle overige huisartsen.

Bij het initiëren van een dergelijk systeem in de Nederlandse situatie moet met een aantal punten rekening worden gehouden. Het vaststellen van zorgtypen die onder het budget gaan vallen - te denken valt aan poliklinische verrichtingen door de specialist, behandeling door de fysiotherapeut, geneesmiddelen en diagnostische verrichtingen - vormt een cruciale beslissing. Bij het vaststellen van de inhoud van het budget moet ervoor worden gezorgd dat huisartsen geen belang krijgen bij het afwentelen van zorg op niet-gebudgetteerde zorgfaciliteiten (zoals wijkverpleegkundige thuiszorg). Daarnaast moet worden gewaakt voor compensatiemechanismen. Zouden bijvoorbeeld alleen substitutiegevoelige poliklinische verrichtingen in een budget worden ondergebracht, dan zouden specialisten een mogelijk verlies aan inkomen kunnen gaan compenseren door meer niet-gebudgetteerde verrichtingen te gaan doen. Dus moeten hetzij alle poliklinische verrichtingen van verwante specialismen binnen het budget vallen, of geen enkele. Ondanks

deze problemen is het de moeite waard op kleine schaal en onder verschillende condities met budgetbeheer te gaan experimenteren.

2.4.2 De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

De Nationale Studie is indertijd opgezet als een bundeling van een twaalfstal deelvraagstellingen. In de opzet zouden deze vraagstellingen in ieder geval beantwoord kunnen worden; voor nieuwe vraagstelling was dit niet zeker, al zijn de aantallen ziekten, problemen, verrichtingen, patiënten en huisartsen dusdanig dat in de praktijk vele additionele vraagstellingen zonder probleem kunnen worden beantwoord.

In 1993 kwam van de oorspronkelijke deelstudies gereed de studie naar 'chronische ziekten' in de huisartspraktijk en een belangrijk deel van de studie naar sociaal-economische omstandigheden en gezondheid: arbeid en gezondheid; een studie naar gezondheidsproblemen van de beroepsbevolking, zoals deze aan de huisarts worden gepresenteerd.

Nadat in 1992 het eerste beschrijvende rapport over het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk was gepresenteerd, verschenen in 1993 de eerste deelstudies, waarin het voorschrijven van specifieke geneesmiddelen is onderzocht.

Van de 'tweede generatie' studies (dat wil zeggen: studies met andere vraagstellingen dan de oorspronkelijke twaalf) verschenen in het verslagjaar de volgende rapportages:

- gezonde levensverwachting en chronische ziekten (een studie op basis van de patiënten-enquête)
- het eindrapport van 'NHG-standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk' (een studie naar het handelen van huisartsen in de tijd vlak vòòr de eerste standaarden werden ingevoerd)
- sociale netwerken en gezondheid; een onderzoek naar de relatie tussen sociale steun en gezondheid en omgekeerd op basis van de patiënten-enquête uit de Nationale Studie
- medische berichtgeving in de media; vindt men berichtgeving over ziekten in de media terug in de registratie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Tenslotte valt een studie te noemen, die men als eerste van de 'derde generatie-studies' kan beschouwen; in deze studie, naar reumatoïde artritis en verwante aandoeningen, wordt in een beperkt aantal huisartspraktijken na 4 jaar vastgesteld wat er met patiënten is gebeurd, die in Nationale Studie als lijdende aan deze aandoeningen werden bestempeld.

Chronische ziekten in de huisartspraktijk; een studie naar co-morbiditeit en kwaliteit van zorg

Eén van de meer serieuze beperkingen van de 'Nationale Studie' vormt de 3-maands registratieperiode. Voor aandoeningen die weinig voorkomen en voor de studie van het verloop van ziekte-episodes is dit eigenlijk te kort. Registratie van alle morbiditeit en verrichtingen kon echter niet langer worden doorgezet, zonder de praktijken ernstig te ontwrichten. Registratie van een beperkte hoeveelheid aandoeningen en verrichtingen kon wel over een langere periode plaatsvinden. Zo werden bij 15 huisartsen in zeven praktijken gedurende 21 maanden na de 3 maanden van de Nationale Studie alle in de huisartspraktijk bekende patiënten met de volgende vijf chronische aandoeningen gevolgd:

- hypertensie (hoge bloeddruk)
- chronische hart- en vaatziekten
- diabetes mellitus (suikerziekte)
- CARA (chronische a-specifieke respiratoire aandoeningen)
- gonartrose en coxartrose (artrose van knie of heup)

Bij het vaststellen van de aantallen patiënten die voor het onderzoek in aanmerking kwamen, stuitten de onderzoekers op een verschijnsel dat meestal als een verstoring wordt beschouwd: patiënten hadden soms niet òf de ene òf de andere aandoening, maar meer dan één (vooral patiënten met artrose en diabetes). In experimenteel onderzoek wordt deze verstoring fluks opgelost door deze patiënten niet in het 'design' op te nemen (en dus met conclusies te komen die slechts een zeer beperkte en met name voor de huisartspraktijk onvoldoende geldigheid hebben), maar de onderzoekers van NIVEL en Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut namen terecht deze eerste uitkomst tot leidraad voor hun studie. 'Co-morbiditeit' werd tot onderzoeksprobleem gemaakt in plaats van tot storende bijkomstigheid.

Uit een studie van de tot dusver verschenen onderzoeksliteratuur bleek dat een goede omschrijving van het begrip 'co-morbiditeit' geen overbodige luxe is; ziekten kunnen, los van elkaar, gelijktijdig voorkomen, maar ook, al dan niet expliciet oorzakelijk, aan elkaar zijn gerelateerd of een gemeenschappelijke oorzaak of achtergrond hebben. Een zekere uniformiteit in omschrijving en gebruik van begrippen wordt door de auteurs bepleit.

Een belangrijke vraag in het onderzoek was de vraag naar de betrouwbaarheid van de diagnose van huisarts, in dit geval naar de mate waarin een aantal expliciete diagnostische criteria waren gehanteerd. Bij diabetes was de overeenstemming tussen de criteria en de diagnose het grootst (96%); bij CARA het kleinst (in 58% van de gevallen overeenkomst tussen diagnose en criteria). In het algemeen kan men spreken van een redelijke overeenstemming tussen diagnose en criteria, al waren er tussen de 15 huisartsen

verschillen aan te wijzen in de mate waarin de diagnoses aan de criteria voldeden.

Terug naar de co-morbiditeit; dit blijkt vooral een verschijnsel te zijn bij de oudere patiënt; bij personen jonger dan 65 jaar komt co-morbiditeit, dat wil zeggen, het gelijktijdig voorkomen van een van de 5 onderzochte aandoeningen, nauwelijks voor (0,3% van de mensen). Boven de 65 jaar heeft 23% één van de genoemde 5 aandoeningen; van deze groep heeft 15% er meer dan één. (totaal 3,5%, meer dan 10 maal zo vaak als bij de groep jonger dan 65 jaar).

De patiënten met meer dan één aandoening hadden meer contacten met de huisarts dan de patiënten met één chronische aandoening; zij presenteerden bovendien meer nieuwe ziekten. Het betreft hier vooral myalgie (spierpijn), luchtweg-infecties en urineweg-infecties.

Gedurende de 21 maanden dat het onderzoek duurde is ook het beloop gevolgd en is geprobeerd een verband te leggen tussen het handelen van de huisarts, de therapietrouw van de patiënt en het beloop van de ziekte. Als 'uitkomstmaten' werden de volgende maten gehanteerd; bij ischemische hartziekte een normale bloeddruk, bij CARA het aantal exacerbaties ('aanval- len') en bij de artrosen het aantal episoden met gewrichtsproblemen.

Er lijkt verband te bestaan tussen bezoektrouw van patiënten en de hoogte van het aantal goed ingestelde hypertensie-patiënten en tussen het handelen van de huisarts en het aantal goed ingestelde diabetespatiënten. Verder zijn verbanden afwezig; de onderzoekers concluderen dat de gebruikte uitkomstmaten het ziekteverloop niet goed weergeven.

Zij eindigen hun betoog met een pleidooi voor het opnemen van co-morbiditeit in de door het Nederlands Huisartsen Genootschap ontwikkelde standaarden, die tot dusver immers gericht zijn op één ziekte tegelijk en dus niet geheel recht doen aan de realiteit van de huisartspraktijk.

Arbeid en gezondheid

Door de in Nederland in zwang zijnde scheiding tussen de behandelende sector en geneeskundigen die zich met arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg of controle voor de ziektewet of WAO bezig houden, blijft de taak van de huisarts bij arbeidsgebonden ziekte onderbelicht. In landen waar de huisarts bepaalt hoeveel dagen iemand van zijn werk mag verzuimen ligt zo iets natuurlijk anders.

Toch is de kans groot dat iemand die in het arbeidsproces is opgenomen bij gezondheidsklachten gewoon zijn huisarts raadpleegt en dat dus de registratie van de huisarts allerlei interessante arbeidsgerelateerde medische problematiek bevat.

In de studie 'arbeid en gezondheid' is bekeken of personen met een bepaald beroep bepaalde klachten en ziekten vaker presenteerden dat men op grond

van een toevalsverdeling van de klachten zou verwachten. Ook is een grove analyse gemaakt van verschillen in klachtenpatronen tussen 'werkenden', 'werklozen' en 'arbeidsongeschikten'.

Klachtenpatronen van personen met een bepaald beroep springen duidelijk, ook in de huisartspraktijk, naar voren.

Werknemers in de dienstverlenende sector (waaronder horeca-personeel, huishoudelijk personeel, politie en brandweer) komen vaker bij de huisarts dan personen uit andere sectoren.

Dat geldt voor bijna alle typen klachten en aandoeningen, maar vooral voor zogeheten vage symptoom-complexen; in dit geval zijn dat klachten als algemene angstgevoelens, haaruitval en niet te lokaliseren pijn. Werknemers uit de industrie leggen vaak klachten van het bewegingsapparaat en klachten aan het oog aan de huisarts voor. Klachten van het hart- en vaatstelsel (waaronder hoge bloeddruk) komen vooral voor in de sector van beleidvoerende en hogere leidinggevende functies.

De resultaten voor de afzonderlijke beroepsklassen en -groepen zijn opvallend. Binnen de sector van de dienstverlening lopen koks, kelners, en buffetbedienden bijna zes keer meer risico op angina pectoris dan andere werknemers, schoonmaakpersoneel loopt meer risico op huidinfecties.

Hoge beroepsrisico's zijn ook te vinden in de sector van ambachten, industrie en transport. Zo lopen slagers vijftien maal meer risico op een vingerinfectie; machine reparateurs en onderhoudsmonteurs op gewrichtsaandoeningen, lassers en plaatwerkers op een metaaldeeltje in het oog, huisschilders op een maagzweer en laders en lossers op problemen aan de wervelkolom.

Maar ook andere beroepen kennen hun problemen. Onderwijzers in het basisonderwijs lopen bijvoorbeeld een zes keer hoger risico op een maagzweer dan mensen met een ander beroep.

Mensen met een WAO- of AAW-uitkering bezoeken hun huisarts tweemaal zo vaak als werkenden, vooral met chronische klachten. Aandoeningen van het bewegingsapparaat en psychische problemen zijn vaak aanleiding tot het bezoek. Ook hebben meer WAO-ers maagklachten, hartaandoeningen, klachten van het zenuwstelsel en sociale problemen. Zij ontvangen minder preventieve zorg van hun huisarts dan andere patiënten. Vergeleken met werkenden komen ook werklozen vaker bij de huisarts. Binnen deze groep komen problemen van het bewegingsapparaat en sociale problemen naar verhouding vaak voor.

Men mag uit het onderzoek concluderen dat de huisartspraktijk een tot op heden ten onrechte verwaarloosde bron is voor informatie over de relatie tussen arbeid en gezondheid. Naast de hier gepresenteerde duidelijke verbanden, wordt ook een aantal op voorhand niet ondubbelzinnig te interpreteren relaties (zoals die tussen drukkers en ziekten van het perifere zenuw-

stelsel of tussen fysiotherapeuten en pneumonie) gevonden. Hiervoor is nader onderzoek op zijn plaats.

Voorschrijven van geneesmiddelen

In de Nationale Studie is het onderwerp 'voorschrijven van geneesmiddelen' nog nauwelijks geëxploreerd. Er zijn beschrijvende overzichtsrapporten verschenen, waarin het verband tussen klachten, problemen en aandoeningen en het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen in zijn algemeenheid is onderzocht, maar elke in redelijke mate voorkomende aandoening en elk in redelijke mate voorgeschreven geneesmiddel leent zich voor nadere analyse. In deze paragraaf wordt de 'oogst' van 1993 beschreven. Het gaat om vier studies:

- 1) een methodologische studie naar de verhouding tussen internationaal gestandaardiseerde doses (DDD) en werkelijk voorgeschreven doses (PDD) geneesmiddel
- 2) een, eveneens, methodologische studie naar de overeenkomst tussen feitelijk voorschrijfgedrag en potentieel gedrag afgeleid van 'papierpatiënten'
- 3) een studie over het voorschrijven van benzodiazepines aan mannen en vrouwen
- 4) een studie over het voorschrijven van homeopathische geneesmiddelen.

1) de verhouding DDD/PDD

Om de zin van een onderzoek naar de verhouding tussen feitelijke voorgeschreven doses geneesmiddelen en internationaal gestandaardiseerde doses te kunnen begrijpen dient iets te worden uitgelegd over de gebruikte begrippen en de redenen waarom ze worden gebruikt.

De belangrijkste reden is dat onderzoek naar voorgeschreven geneesmiddelen zo buitengewoon ingewikkeld is. Alleen als men precies weet wat, hoeveel en voor hoelang er is voorgeschreven kan men gefundeerde uitspraken doen (en dan nog weet men niet wat de patiënt tot zich heeft genomen). Meestal weet men veel minder; bijvoorbeeld alleen het aantal en/of het soort voorschriften. Zelden weet men exact hoe het voorschrift luidde.

Daarom heeft een internationaal gezelschap een Defined Daily Dosis vastgesteld; de onderstelde gemiddelde dosis van een geneesmiddel per dag bij gebruik door een volwassene. Van vrijwel ieder geneesmiddel is deze DDD vastgesteld. Dit betekent, dat men, als men de naam van het medicijn kent, een redelijke taxatie kan maken over de sterkte van de dosis werkzame stof. Men hoeft dan niet de feitelijke dosering te kennen.

Echter, het vaststellen van de DDD's bergt altijd iets van een compromis in zich; er zijn internationale, dikwijls door gewoonte en cultuur bepaalde

verschillen, vaak worden geneesmiddelen niet afzonderlijk, maar in combinatie-preparaten verstrekt en tenslotte wordt de standaard dosis dikwijls aangepast op basis van individuele kenmerken van de patiënt, zoals leeftijd, ernst van de aandoening, bijkomende pathologie of het gebruik van andere geneesmiddelen.

Er is een zekere discussie gaande over de vraag of voor oude of heel jonge mensen de DDD's niet dienen te worden aangepast. Dit zou zinvol zijn als de feitelijke praktijk bij het voorschrijven bij bepaalde leeftijdscategorieën beduidend af zou wijken van de in de DDD's verankerde normen.

Een Studie gelijk de Nationale Studie bevat voldoende feitelijk voorgescreven geneesmiddelen, dat een vergelijking met de norm mogelijk is. Voor personen ouder dan 70 jaar en personen jonger dan 12 jaar zijn feitelijk voorgescreven geneesmiddelen en DDD's vergeleken.

De conclusie van deze exercitie is, dat er zich voor ouderen en jongeren afwijkingen van de normen voordoen, maar dat de discrepanties bij ouderen de 15% niet overstijgen en ook bij jongeren, hoewel de verschillen hier groter zijn, de grenzen waaronder of -boven aanpassing aanbevoelen zou moeten worden, niet zijn overschreden.

2) De geldigheid van 'papierpatiënten' in het voorschrijf-onderzoek

Het is al gesteld dat geneesmiddelenonderzoek ingewikkeld is door de grote variatie in aandoeningen en voorgescreven middelen. Vaak heeft men of alleen de beschikking over voorgescreven middelen en weet men niets over de indicatie, of men heeft wel de indicatie maar niet de precieze prescriptie.

Daarom (en ook om de verwarrende veelvormigheid van het reële voorschrijven te vermijden) neemt men vaak zijn toevlucht tot zogenaamde 'vignetten'; beschrijvingen van denkbeeldige patiënten met aan de realiteit ontleende problematiek. Men kan artsen vragen (al dan niet via meerkeuze-toetsen om het nog makkelijker voor de onderzoekers te maken) wat zij in zo'n geval bij zo'n patiënt zouden voorschrijven.

Het probleem van een dergelijke opzet laat zich snel raden; men weet niet of de (huis)arts in de realiteit hetzelfde middel zou voorschrijven. De Nationale Studie biedt ook hier soelaas; naast de omvangrijke hoeveelheid gegevens over indicaties en voorgescreven geneesmiddelen, is ook aan de huisartsen een aantal van deze 'vignetten' voorgelegd.

Het eerste geval betreft een 40 jaar oude man met hoofdpijn en vermoeidheidsklachten en een te hoge bloeddruk; verder geen afwijkingen.

Het tweede geval gaat over een 36 jarige vrouw met slaapproblemen in verband met een verhuizing naar de plaats waar haar man al werkt.

Het derde geval gaat over een beroepsvoetballer met een geblesseerde knie (geen kapotte meniscus).

Het vierde geval betreft een 36 jarige vrouw met 2 kinderen die nooit met klachten komt (alleen voor pilcontrole) en nu opbelt over verhoging (37.9) en een opgezwollen keel en een zontje met acute tonsillitis. Ze zegt dat ze het zich niet kan veroorloven om nu ziek te zijn.

Tenslotte een 27 jarige vrouw met verscheidene vage klachten, die op een naderende depressie kunnen duiden.

Bij al deze gevallen is aan de huisartsen gevraagd of zij een geneesmiddel zouden voorschrijven en zo ja welk of welke.

In het Nationale Studie-bestand is, zo goed en zo kwaad als dat ging, gezocht naar overeenkomstige gevallen en feitelijk voorschrijfgedrag.

Uit het onderzoek komt, dat er een behoorlijke overeenstemming is over de vraag of er wordt voorgeschreven, maar niet in dezelfde mate over de gebruikte middelen. Zo werden bij de depressieve patiënt in werkelijkheid meer benzodiazepines (zoals valium) voorgeschreven dan dat men bij de papieren patiënt opgaf en bij de vrouw met keelontsteking in werkelijkheid meer antibiotica dan op papier. Papieren patiënten lokken toch kennelijk sociaal wenselijk gedrag uit.

Bij de man met hoge bloeddruk zijn er ook forse verschillen (op papier worden minder vaak medicijnen voorgeschreven dan in werkelijkheid), maar hier zijn de auteurs voorzichtig met hun conclusie; de vergelijkbaarheid van de twee gegevens zou hier niet optimaal zijn. Voor de slaapproblemen en de ontwrichte knie waren de reacties op papier en in de praktijk vrijwel identiek.

3) Het voorschrijven in de huisartspraktijk van kalmeringsmiddelen (benzodiazepines) bij mannen en vrouwen

In het vorige stukje is al vermeld dat huisartsen in werkelijkheid vaker kalmerende middelen als benzodiazepines (zoals valium) voorschreven dan ze, desgevraagd, op papier zeggen te doen.

In een aparte analyse van het geneesmiddelenbestand uit de Nationale Studie is het voorschrijven van deze middelen nog eens onder de loep genomen.

Wat blijkt: ten eerste dat 9 van de 10 recepten niet de huisarts maar door de assistente worden afgegeven, in het overgrote deel (80%) van de gevallen op verzoek van de patiënt. Bij nieuw uitgeschreven recepten (door de huisarts zelf) is slechts in één procent van de gevallen sprake van een verzoek door de patiënt.

Deze middelen wordt vaker aan vrouwen dan aan mannen voorgeschreven (in de verschillende leeftijdsgroepen variërend van 1.7 maal zo vaak tot (bij vrouwen boven de 45) bijna tweemaal zo vaak).

Door de onderzoekers is een onderscheid gemaakt tussen indicaties waarvoor kalmerende middelen inderdaad kunnen worden voorgeschreven

(angsten, stress en slapeloosheid) en indicaties waarvoor ze eigenlijk niet moeten worden gebruikt (hoofdpijn, malaise, spierpijn e.d.). Bij de nieuwe recepten worden voorschriften voor 'oneigenlijke' indicaties vaker bij vrouwen dan bij mannen uitgeschreven. De auteurs besluiten met de aanbeveling om geen recepten buiten de drie eigenlijke indicaties uit te schrijven en vooral om een eind te maken aan de gewoonte om zonder nadere evaluatie herhaalreceptuur uit te schrijven.

4) Het voorschrijven van homeopatische middelen in de huisartspraktijk

Het gebruik van homeopatische middelen is in Nederland tamelijk wijd verbreid; uit CBS-enquêtes blijkt dat er per jaar bijna tien miljoen contacten zijn met al dan niet medisch opgeleide homeopatische genezers.

Uit het 'voorschrijfbestand' van de Nationale Studie kon inzicht worden verkregen in de plaats die het homeopatische middel bij het algemene voorschrijfpatroon van geneesmiddelen inneemt.

Van de 170 artsen (inclusief arts-assistenten) die aan de Nationale Studie deelnamen bleek 1 op de 3 in het geheel geen homeopatische receptuur uit te schrijven en voor nog eens de helft gaat het om minder dan 1 procent van de recepten.

Het vaker dan incidenteel voorschrijven van homeopatische middelen is dus toe te schrijven aan een kleine groep huisartsen (bij 14% van de huisartsen bedraagt de het aantal homeopatische middelen tussen 1 en 5 %, en bij 6% van de huisartsen is dit meer dan 5%). Deze artsen, die bijna 60% van alle homeopatische receptuur uit de Nationale Studie voor hun rekening nemen, treft men wat vaker aan in grote steden en in het midden van het land; bij kinderen tot 14 jaar en bij particuliere patiënten ligt het percentage homeopatische middelen boven het gemiddelde.

Zijn de klachten van de patiënt 'algemeen en niet gespecificeerd' dan is kans groter dat naar een homeopatisch middel wordt gegrepen. De hoge score van homeopatische middelen bij aandoeningen van het bewegingsapparaat is terug te voeren op de populariteit van een gelei (SRL-gelei) tegen spierkrampen en ook tegen prostatitis wordt nogal eens een homeopatisch middel voorgeschreven.

Onder 'gewone' huisartsen is het voorschrijven van homeopatische middelen beperkt tot een kleine groep; de indicatiestelling ligt vaak in de sfeer van 'algemene malaise, achteruitgang' en andere ongespecificeerde klachten.

Aandoeningen van het bewegingsapparaat

Het hier beschreven onderzoek is uniek, in die zin dat van een groep patiënten, die in 1987/88 met een nieuwe klacht (een 'incidente' klacht noemen epidemiologen dit deftig) op het gebied van het bewegingsapparaat bij de

huisartsen van de Nationale Studie kwamen, 4 jaar later is gekeken (niet door het NIVEL, maar door de Reuma research groep van TNO) hoe hun situatie op dit moment is.

Niet alle praktijken uit de Nationale Studie zijn geselecteerd; uit logistieke redenen zijn 26 praktijken met 44 huisartsen uit Gelderland, Utrecht, Noord Brabant en Zuid Holland uitgekozen, tezamen een kleine 100.000 patiënten omvattend.

Van de 4761 personen uit 1987/88 was 4 jaar later nog 83% in dezelfde huisartspraktijken ingeschreven; van deze laatste groep gaf 80% toestemming aan het vervolg-onderzoek mee te doen.

In plaats van cijfers per 3 maanden zijn nu gegevens over een heel jaar verzameld. men vindt dat, op jaarbasis, 11% van de bevolking een nieuwe 'reumatische' klacht presenteert en 8% een recidief. Bijna 1 op de 5 Nederlanders consulteert de huisarts met een 'incidente' reumatische klacht. In bijna een kwart van de nieuwe gevallen gaat het om rugpijn; bij de recidieve gevallen is dat meer dan de helft. Andere veel voorkomende klachten vindt men in de nek, schouder, knie en voet (9-12%).

In de diagnoses blijken de zogenaamde aandoeningen van de weke delen (spieren, pezen, peesaanhechtingen en slijmbeurzen) veruit het meest voor te komen; opgeteld zijn ze goed voor meer dan de helft van de diagnoses.

In een huisartspraktijk van 2000 zielen (iets onder het gemiddelde) vindt men 16 nieuwe gevallen van artrose, 3 gevallen van jicht, 1 nieuw geval van reumatoïde artritis en eens in de twee jaar een geval van de ziekte van Bechterew.

De klachten geven veel pijn en functieverlies (3/4 van de patiënten geeft in de enquête aan veel pijn te hebben) en meer dan de helft (56%) van de personen die in 1987/88 als nieuwe reumapatiënten werd geïdentificeerd, bleken vier jaar na dato nog steeds last te hebben; 44% gaf aan dat de klachten sinds 1987/88 niet waren verbeterd en bijna kwart consulteerde nog steeds de huisarts. Klachten van nek en rug hadden het ongunstigste beloop.

Bij een klein deel van de patiënten (6%) werd bloedonderzoek aangevraagd, meestal bezinking en in 40% een reumafactortest. Dit gebeurde naar verhouding vaker bij klachten over meerder gewrichten, hand en voet.

Röntgenfoto's werd bij 1 op de 6 patiënten aangevraagd, vooral bij patiënten met rug- en heupklachten. Alles bij elkaar werd bij 1 op de 5 patiënten nadere diagnostiek uitgevoerd.

De behandeling vindt vooral plaats door pijnstillers (NSAIDS); vooral bij schouder en rugklachten. Een zalf vooral bij nekklachten en kalmerende middelen (benzodiazepines) bij nek- en rugklachten. In 7% van de gevallen kreeg men een injectie (elleboog en schouderklachten).

De huisarts geeft ook adviezen (schoenen en steunzolen vooral bij klachten van rug en voet).

Een kwart van de patiënten met nieuwe klachten en de helft van de patiënten met recidiverende klachten werd in de onderzoeksperiode verwezen naar de fysiotherapeut, vooral bij klachten van rug, schouder en nek.

In het ROME-project is ook de behandeling van de specialist onderzocht. Bijna 15% was na 4 jaar nog onder specialistische behandeling.

Specialisten lieten vaker diagnostisch onderzoek doen (3 1/2 maal zo vaak als huisartsen); bij bijna 2/3 was dit Röntgen-onderzoek, waaronder myelografie of CT-scan.

Bij patiënten met rugklachten werd in 80% Röntgen-diagnostiek uitgevoerd; een CT-scan bij een kwart van de patiënten met rugklachten.

Therapie betrof in 15% pijnstillers (rugklachten en klachten in meerder gewrichten); injecties voor elleboog en schouderklachten; adviezen vooral bij rug- en voetklachten.

Operaties werden bij een kwart van de verwezen patiënten uitgevoerd; vooral bij klachten van hand of pols (ganglion, peesproblemen) en heup en knie (inclusief artroscopie). Specialisten verwezen weer een kwart van de nieuwe patiënten en een derde van de recidieven naar de fysiotherapeut of oefen-therapeut, en 15% (nieuwe klachten) resp 25% (recidieven) werd naar een andere specialist doorverwezen; in 30% de orthopeed.

In het onderzoek is ook gevraagd naar de gevolgen van de aandoening voor het uitoefenen van (betaald) werk; bijna een kwart heeft veranderingen in de werksituatie moeten doorvoeren, variërend van 'kalmer aan doen' tot 'stoppen'; een kleine 4% verzuimde 12 maanden of langer, vooral patiënten met rugklachten. Ruim 2% van de nieuwe gevallen en 8% van de recidieven werd afgekeurd, daarboven stopte 3% met werken en ging 3% minder werken.

Bijna 1 op de 5 patiënten gaf aan, naast de reguliere geneeskundigen ook alternatieve genezers te hebben geraadpleegd.

Het onderzoek heeft zaken aangetoond: ten eerste dat reuma-achtige aandoeningen een omvangrijk en serieus probleem vormen en ten tweede dat deze follow-up van de Nationale Studie buitengewoon interessant is, met name ook door het 'zorgbeslag' buiten de huisartspraktijk bij het onderzoek te betrekken.

Het kind bij de huisarts

Kinderen vormen een belangrijke groep van patiënten in de huisartspraktijk. Met behulp van gegevens van de Nationale Studie is door de Erasmus Universiteit Rotterdam en het NIVEL uitgezocht met welke klachten en problemen kinderen (van 0 tot 14 jaar) bij de huisarts komen, welke factoren de presentatie van gezondheidsproblemen beïnvloeden, en wat vervolgens het beleid is van de huisarts.

In totaal werden in 103 huisartspraktijken bijna 50.000 contacten met kinderen geregistreerd. 78 Procent van deze contacten vond plaats tijdens het spreek-

uur, 11 procent tijdens een visite (iets minder dan bij volwassenen) en de rest via de telefoon. Bijna 80 procent van de 'zorgepisoden' (de contacten, dus, rond één en hetzelfde probleem) bestond uit één contact, 14 procent uit twee.

Kinderen komen vooral bij de huisarts met aandoeningen van de luchtwegen (bovenste luchtweg-infecties, acute bronchitis, hoesten, acute tonsillitis en CARA), de huid (wratten en eczeem), het oor (acute, en niet-etterige otitis media), het maag/darmkanaal (maag/darm infecties, wormen en buikpijn). Ook algemene klachten (rode hond, waterpokken, overige virusziekten met en zonder exantheem, allergie en koorts) worden dikwijls aan de huisarts voorgelegd.

Kinderen met een lage sociaal-economische status (15 procent van alle contacten) leggen veel problemen van de luchtwegen voor, kinderen uit één-ouder gezinnen (7 procent) relatief vaak sociale problemen. Allochtone kinderen presenteren meer problemen van de ademhalingsorganen dan anderen. Endocriene en metabole problemen worden het meest gepresenteerd door Surinaamse en Antilliaanse kinderen (met wie 2 procent van alle contacten plaatsvindt) en Turkse en Marokkaanse kinderen (3 procent); Problemen van het bewegingsapparaat worden het meest gepresenteerd door kinderen met een Indonesische achtergrond (2 procent).

Trauma's (een gebroken pols of elleboog) komen relatief vaak voor bij pubers met een lagere sociaal-economische status.

De verrichtingen van de huisarts zijn in overeenstemming met de gepresenteerde morbiditeit. Zo worden middelen voor de ademhalingsorganen en systemische antimicrobiële middelen zeer frequent voorgeschreven (in, respectievelijk, 18 en 13 procent van de episodes). Er wordt weinig gebruik gemaakt van laboratoriumonderzoek. In 8,5 procent van de episodes verwijst de huisarts naar een specialist.

Sociale netwerken en gezondheid

Alléén leven is niet gezond; reeds lang is bekend dat bijvoorbeeld huwelijk en kinderen mensen beschermen tegen ongezonde leefgewoonten en toen in 1979 een studie verscheen waaruit bleek dat mensen met veel familieleden en vrienden, die ze ook vaak zagen, langer leefden dan mensen die zelden contact met vrienden en familie hadden is een groot aantal onderzoeken verricht om het mechanisme achter dit verband te ontrafelen. Sociale netwerken worden geacht op twee manieren de gezondheid te bevorderen: 1) door 'buffer'-effecten, als hulp en steun bij het omgaan met stress en 2) op directe wijze; hoe beter men in netwerken is geïntegreerd, hoe uitgebalanceerder iemands leven is, onafhankelijk van stress.

Echter; dit is voornamelijk theorie. Onderzoek waarin het bovenstaande bewezen is is er niet of nauwelijks.

Uit de 13000 ondervraagden omvattende patiënten-enquête van de Nationale Studie kan wel het nodige worden afgeleid. Er is gevraagd naar omvang en samenstelling van netwerken, naar leefgewoonten, gezondheid en gebruik van voorzieningen.

Het als proefschrift verdedigde onderzoek probeert de relaties tussen aard en omvang van de netwerken ervaren ziekte en gezondheid vast te leggen.

Ten eerste worden interessante beschrijvende gegevens gerapporteerd. Iedere Nederlander boven de 18 zegt gemiddeld 6 echte vrienden te hebben en noemt, ook weer gemiddeld, 4 mensen die onlangs steun bij een en ander hebben geleverd.

Netwerken bestaan voor 40% uit familieleden; dat is op het platteland hoger dan in de stad en hoger opgeleiden hebben minder familie in hun netwerk dan lager opgeleiden.

Er wordt een verband gevonden tussen de aard van het netwerk en de ervaren gezondheid; mensen die lid zijn van een religieuze groep of van een vereniging en mensen met veel 'echte' vrienden rapporteren dat ze zich gezonder voelen dan anderen, ook als men rekening houdt met verschillen in leeftijd, geslacht en opleiding tussen mensen.

Dit gaat echter niet op als men in plaats van de ervaren gezondheid het al dan niet hebben van een chronische aandoening probeert in verband te brengen met kenmerken van het netwerk; dan wordt geen verband gevonden; sterker nog, hoe meer gezondheidsproblemen men heeft, hoe meer sociale steun men rapporteert. Dit laatste is niet zo vreemd; steun moet ook nodig zijn.

Verwacht werd, dat iemands netwerk kleiner wordt als zijn ziekte langer duurt. Dit werd echter niet gevonden in dit dwarsdoorsnede-onderzoek; alleen bij 'sociaal-ernstige' ziekten, ziekten, die zichtbaar zijn en bij anderen angst oproepen (zoals kanker) vindt men kleinere netwerken. Overigens nemen in dergelijke gevallen hulpverleners soms de plaats in van voormalige collega's op het werk; het netwerk wordt dan niet kleiner maar anders van samenstelling.

Al met al worden weinig effecten gevonden; de auteurs pleiten nog voor een longitudinaal onderzoek en voor de integratie van theorieën uit de sociologie met die uit de psychologie (omgaan met ernstig ingrijpende gebeurtenissen).

Gezonde levensverwachting

Eén van de indicatoren voor de gezondheidstoestand van een bevolking is, van oudsher, de gemiddelde levensverwachting bij geboorte of op andere momenten.

Met het toenemen van de levensverlengende medische technologie rijst de vraag of 'levensverwachting' als zodanig wel zo'n goede indicator is. Moet niet veeleer aandacht worden geschonken aan de kwaliteit van het leven. Om

aan deze kritiek tegemoet te komen is het begrip 'gezonde levensverwachting' ontwikkeld; het aantal jaren dat men zonder gebreken en in betrekkelijk goede gezondheid doorbrengt.

Deze maat kan men berekenen als men van veel mensen uit verschillende leeftijdscategorieën weet hoe ze hun gezondheid waarderen en hoeveel stoornissen, beperkingen en aandoeningen ze ondervinden.

De enquête-gegevens uit de Nationale Studie zijn, evenals de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek, bij uitstek geschikt om dergelijke berekeningen te maken.

De levensverwachting bij geboorte bedraagt ruim 73 jaar voor mannen en bijna 80 jaar voor vrouwen.

De levensverwachting zonder chronische aandoeningen bedraagt ruim 51 jaar voor mannen en 53 jaar voor vrouwen. Deze chronische aandoeningen behoeven het gevoel van gezondheid niet direct te beïnvloeden; hooikoorts is een chronische aandoening, die waarschijnlijk het gevoel van ongezondheid niet negatief beïnvloedt.

De levensverwachting zonder ervaren ongezondheid is voor mannen 61 jaar en voor vrouwen bijna 65 jaar. Leven zonder beperkingen zit tussen beide vorige indicatoren in; voor mannen 53 jaar en voor vrouwen 58 jaar.

Men kan ook de gezonde levensverwachting uitdrukken als een percentage van de totale levensverwachting. Voor 65-jarige mannen geldt dan dat ze 47% van hun levensverwachtingen zonder chronische aandoeningen leven, 50% zonder beperkingen en 65% zonder ervaren ongezondheid. Voor 65-jarige vrouwen zijn deze percentages respectievelijk, 47 (chronische ziekten), 33 (beperkingen) en 58 (zonder ervaren ongezondheid).

Vrouwen leven dus wel langer dan mannen, maar mannen leven langer zonder beperkingen, chronische aandoeningen en ervaren ongezondheid.

Met deze cijfers kan men allerlei exercities doen; stel nu reuma plotsklaps geheel restloos te genezen zou zijn, hoeveel winst in levensjaren zonder beperkingen of ongezondheid zou dat opleveren. Per ziekte kan men vaststellen of bij (theoretische) eliminatie de 'winst' vooral in het aantal levensjaren zit of in het aantal levensjaren zonder ongezondheid. Deze exercities zijn inderdaad uitgehaald; bij CARA, suikerziekte, reuma/rugklachten is de winst gezonde levensverwachting het grootst; men wint niet zozeer levensjaren, maar wel jaren zonder beperkingen. Bij hart- en vaatziekten en kanker worden vooral levensjaren-an-sich gewonnen.

De uitkomsten van het onderzoek geven inzicht in de effecten van de voortgang van de medische wetenschap en vormen een aanvulling op de traditionele wijze waarop de gezondheidstoestand van een bevolking wordt vastgesteld.

Medische consumptie en media

Artsen klagen over de invloed van publikaties in de media op de hulpvraag van hun patiënten; meestal beschouwen zij de hulpvraag als toegenomen en het extra beroep op hun diensten als overbodig en onredelijk.

Toch is het precieze effect van publikaties in kranten en tijdschriften en, met name, televisieprogramma's erg moeilijk vast te stellen.

Ook hier kan de Nationale Studie uitkomst bieden; gedurende een heel jaar zijn in gemiddeld 40 huisartspraktijken alle contacten tussen huisarts en patiënt geregistreerd. Ook kan achteraf worden gereconstrueerd welke artikelen in de schrijvende pers zijn verschenen en welke ziekten in TV-programma's aan de orde zijn geweest.

Door rond de datum van publikatie of uitzending periodes 'voor' en 'na' te vergelijken, toegespitst op de aan de orde gestelde aandoeningen, kan al dan niet een effect in de trant van een toename worden vastgesteld. Het onderzoek beperkte zich tot publikaties in kranten en televisie-uitzendingen.

Er werden 44 onderwerpen geïsoleerd. Bij 6 van de onderwerpen vond men een effect; de stijging was het sterkst na een krantartikel over een nieuw geneesmiddel tegen migraine. Men bedenke dat het onderzoek over 1987/88 ging; kennelijk kwam Immigran toen net opzetten; het heeft sindsdien de publiciteit niet verlaten. Ook het onderwerp 'aspirine tegen hartinfarct' heeft een toegenomen doktersbezoek ten gevolge, vermoedelijk vanwege de tegenstrijdigheid van de boodschappen. Een behandeling in krant en op televisie van een nieuw ontstollingsmiddel tegen hartinfarcten levert ook meer klachten bij de huisarts op, evenals een verhaal over een mazelen-epidemie. De laatste twee onderwerpen betroffen 'een nieuwe kunstknief' en een uitzending over epilepsie.

De conclusie is dat de meest opvallende stijgingen te constateren zijn als er over nieuwe middelen of therapieën wordt gepubliceerd. Als 'hoop' wordt gegeven, is er vaak een latente vraag van mensen die bij de huidige stand van kennis en behandeling niet verder geholpen kunnen worden. Dit werpt een nieuw (en minder verontrustend) licht op de invloed van de media op consultaties in de huisartspraktijk.

2.4.3 Peilstations

Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations

De Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland, het landelijk netwerk van 46 huisartspraktijken onder beheer van het NIVEL, bestond in 1993 25 jaar. Iedere week melden de deelnemende huisartsen, die samen een representatieve selectie van één procent van de Nederlandse bevolking bestrijken, het vóórkomen van bepaalde ziektebeelden en gebeurtenissen in hun praktijk.

In het jaar 1992 registreerden de deelnemers aan de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations vier nieuwe onderwerpen:

- vermoeden op bijwerking van cosmetica;
- bije- of wespesteek;
- urethritis bij de man;
- acute gastro-enteritis;
- sportletsels (eerder geregistreerd van 1979 tot 1983).

Voortgezet is de registratie van:

- influenza-achtig ziektebeeld;
- onderzoek op baarmoederhalskanker door de huisarts;
- vermoede en bevestigde hartinfarcten;
- sterilisaties (bij de man en de vrouw);
- incidente diabetes mellitus;
- suicide(pogingen);
- acute ongewone hoofdpijn;
- mammografieën;
- angst voor AIDS.

Zogenaemd incidenteel onderzoek werd gedaan naar de vaccinatie tegen influenza door huisartsen.

Bijwerkingen van cosmetica

Cosmetica hebben minder vaak onaangename bijwerkingen dan wel wordt verondersteld. In 1992 meldden zich op iedere 10.000 inwoners gemiddeld 12 mensen met dergelijke klachten bij de huisarts, voor het merendeel vrouwen tussen de 20 en 44 jaar. De klachten hebben vrijwel allemaal te maken met de hoofdhuid of de slijmvliezen. Make-up en andere produkten voor de huid (verantwoordelijk voor 63% van de klachten) zijn de grootste boosdoeners; shampoos, badschuim en deodorant (18%) en parfums en eau de toilettes (8%) veroorzaken minder klachten.

Bije- of wespesteeken

In 1992 zijn - na extrapolatie - 20.000 Nederlanders (13 per 10.000) door een bij of wesp gestoken, vooral in de maanden juli, augustus en september.

Bij het grootste deel (80 procent) van de gemelde patiënten worden slechts lokale verschijnselen vastgesteld. Van de algemene reacties op een bije- of wespesteek zijn de meeste ook 'licht'. Er werd slechts één patiënt gemeld met zeer ernstige, levensbedreigende algemene verschijnselen.

Urethritis bij de man

Voor urethritis bij de man worden huisartsen in de grote steden méér geraadpleegd dan de huisartsen op het platteland en - vooral - in de kleinere steden

en forenzen-gemeenten. De landelijke jaarlijkse cumulatieve incidentie is ongeveer éénderde van die in Amsterdam.

Acute gastro-enteritis

Gemiddeld 62 van de 10.000 Nederlanders bezochten in 1992 hun huisarts vanwege voedselvergiftiging. In de grote steden komt de klacht bijna twee keer zo vaak voor als op het platteland, in de zuidelijke provincies twee keer zo vaak als elders. Zuigelingen en peuters vormen de kwetsbaarste groepen; op latere leeftijd daalt de kans op voedselvergiftiging aanzienlijk.

In 12% van de door de huisartsen ingezonden faecesmonsters werd een campylo-bacter gevonden; in 3% de - beruchte - salmonellabacterie.

Sportletsels

Ook in de jaren 1979-1983 werden sportletsels door de CMR-Peilstations geregistreerd. Onderzoek door de Stichting Consument en Veiligheid deed echter vermoeden dat het aantal sportletsels inmiddels aanzienlijk hoger moest zijn. Naar verwachting zouden jaarlijks 600.000 mensen in Nederland tijdens sportbeoefening letsel oplopen waarvoor medische behandeling wordt gevraagd. Volgens de registratie van de Peilstations zijn dat er - na extrapolatie - niet meer dan ongeveer 165.000 mensen die met een sportletsel naar de huisarts gaan.

Influenza

Gegevens over influenza worden al 25 jaar door Peilstations Nederland verzameld. De griep epidemie in de winter van 1992 op 1993 was in vergelijking met andere jaren relatief mild: op het hoogtepunt, in februari 1993, hadden gemiddeld 27 van de 10.000 Nederlanders griep, tegen gemiddeld 40 in de winter daarvóór. Met 49 zieken per 10.000 inwoners werden de zuidelijke provincies relatief zwaar getroffen.

Door aanvullend etiologisch onderzoek kon bij 127 (33%) van 388 onderzochte patiënten een virus worden geïsoleerd; in 69% van de gevallen was dit een influenzavirus (meestal type B). Doordat de virussen vroegtijdig worden geïsoleerd - de eerste isoleringen dateren van zes weken vóór het begin van de epidemie - speelt Peilstations Nederland een belangrijke rol bij het tijdig ontdekken en volgen van griep epidemieën.

Volgens het jaarverslag werd 36% van de Nederlanders van 65 jaar en ouder in 1992 door de huisarts tegen griep ingeënt. In 15 peilstation-praktijken werden patiënten daartoe door de huisarts opgeroepen; 91% van de betrokken patiënten gaf aan die oproep gehoor.

Onderzoek op baarmoederhalskanker

Na het invoeren van het georganiseerde bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker waarbij de huisarts het uitstrijkje maakt, is het percentage uitstrijkjes bij vrouwen in de leeftijdsgroep van 35 tot 54 jaar toegenomen van 47 op de honderd uitstrijkjes in 1984 naar 71,5 op de honderd in 1992. De efficiëntie van deze screening is in de loop van een kleine tien jaar dus verhoogd.

Hartinfarcten

Per 10.000 Nederlanders werd in 1992 door de huisarts 18 maal een hartinfarct vermoed, en 13 maal door nader onderzoek aangetoond. Mannen krijgen vaker een hartinfarct dan vrouwen, en bovendien op jongere leeftijd (doorgaans vanaf het 50-ste levensjaar). In het westen en zuiden van het land en in de grote steden worden meer hartinfarcten gemeld dan elders.

Sterilisaties

De populariteit van sterilisaties is in de laatste jaren zowel bij de mannen als bij de vrouwen afgenomen. In 1981 was 5,5% van de mannen tussen de 22 en 31 jaar gesteriliseerd, in 1992 nog maar 1,7%. Van de vrouwen tussen 25 en 29 jaar was in 1980 6,9% gesteriliseerd, in 1992 nog maar 1,4%. Deze daling hangt waarschijnlijk samen met het feit dat vrouwen op steeds latere leeftijd kinderen krijgen. Bovendien zijn de bezwaren tegen het langdurig gebruiken van orale anticonceptie minder geworden door de introductie van lichter gedoseerde typen.

Suicide(pogingen)

In 1992 werden de huisartsen op iedere 10.000 inwoners 6 maal geconfronteerd met zelfmoord of een poging daartoe. Anders dan wel wordt verondersteld, is dat cijfer over de afgelopen tien jaar vrijwel constant gebleven.

Acute ongewone hoofdpijn

Bij 24 procent van de patiënten met acute ongewone hoofdpijn (in de jaren 1988 tot 1992) is een subarachnoidale bloeding aanwezig. Vroege herkenning daarvan kan leiden tot een gunstige prognose voor sommige patiënten, maar heeft op de prognose voor alle patiënten met een dergelijke bloeding weinig invloed. Acute ongewone hoofdpijn blijkt in een groot aantal gevallen op ernstige pathologie te berusten. Het vóórkomen ervan is gelukkig zeldzaam: 1 op de 10.000 personen per jaar.

Mammografieën

Het aantal door huisartsen aangevraagde borstfoto's is voor het eerst sinds jaren enigszins gedaald: van 131 naar 122 per 10.000 vrouwen. Borstfoto's

worden vooral aangevraagd door vrouwen tussen de 35 en 55 jaar; dat is juist de groep die niet wordt bereikt door reeds lopend bevolkingsonderzoek, dat zich immers richt tot vrouwen tussen de 50 en 69 jaar.

Angst voor aids

Sinds 1988 registreren de huisartsen vragen van patiënten die wijzen op ongerustheid over of angst voor aids. Alleen die patiënten worden geregistreerd die niet aan aids lijden en niet bewezen seropositief zijn. Na een aantal jaren constant te zijn gebleven, is het aantal patiënten met dergelijke vragen in 1992 flink toegenomen, tot 22 op iedere 10.000 inwoners (1991: 16 per 10.000). Driekwart van deze patiënten is tussen de 20 en 44 jaar. Huisartsen in de grote steden en de zuidelijke provincies hebben meer consulten waarin aids ter sprake komt dan hun collega's elders.

Vragen om euthanasie

In 1992 hebben 40 patiënten aan de registrerende huisartsen gevraagd om euthanasie, en één om hulp bij zelfdoding. Dat is minder dan 1 patiënt per registrerende praktijk. Bijna de helft (18) van deze patiënten was 75 jaar of ouder; de meesten leden aan een veelal uitgezaaide vorm van kanker. Een verzoek om euthanasie werd bij 29 patiënten ondersteund door een euthanasieverklaring. Niet gevraagd is of de huisartsen aan het verzoek hebben voldaan.

Lyme ziekte

Lyme ziekte komt niet frequent voor: in 1992 werden 12 patiënten gemeld, uit alle provinciegroepen en elk van de drie urbanisatiegroepen.

In 1991 eindigde het Eurosentinel project, waarin werd samengewerkt met peilstationsnetwerken in landen van de Europese Gemeenschap en Zwitserland. Tussen de projectleiders van deelnemende netwerken zijn echter contacten blijven bestaan. Gemeenschappelijke activiteiten bij de registratie van influenza(-achtige aandoeningen) en het aanvragen van bloedonderzoek naar HIV-antistoffen zijn daardoor ook in 1992 voortgezet. Daaruit blijkt dat in Nederland relatief weinig HIV-tests worden aangevraagd. In 1992 ging het om nog geen drie tests per huisarts per jaar, tegen bijvoorbeeld bijna 14 tests in België en 15 in Frankrijk.

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

De produktie van de Bibliotheek en Documentatie kende naast haar structurele dienstverlenende activiteiten een grote verscheidenheid: vier bibliografieën, een engelstalige trendstudie op het gebied van huisartsgeneeskundige zorg, gecompleteerd met een overzicht van in 1993 lopend onderzoek, een literatuurdatabase Statistische Data Gezondheidszorgsystemen, een literatuurdatabase Kwaliteit van de Zorg, het jaarlijkse overzicht Registratie Wetenschappelijk Onderzoek voor het eerst op diskette, overname van de bibliotheekcollectie van de Landelijke Vereniging Thuiszorg, het automatiseren van enkele administratieve bibliotheekactiviteiten, uitbreiding van de Thesaurus Gezondheidszorg en last but not least de groei van de bibliotheekcollectie met 3400 titels.

Bibliografieën

Recertification of Primary Health Care Professionals

De bibliografie opent met de problematiek rondom definiëring, de ontwikkeling en kosten en baten van recertificatie. In de hoofdstukken twee en drie wordt respectievelijk aandacht besteed aan literatuur over wet- en regelgeving en opleiding. In het vervolg van de bibliografie passeren verschillende eerstelijns beroepsgroepen de revue: huisartsen, apothekers, tandartsen, paramedici, verloskundigen en de thuiszorg.

Ouderen in instellingen: substitutie en eerstelijnsgezondheidszorg

Centrale begrippen in deze bibliografie zijn 'afstemming van zorgvoorzieningen voor ouderen' en 'substitutie'. Voorts wordt aandacht besteed aan (overheids)beleid, beleidsondersteunend onderzoek, onderlinge samenwerking tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen en samenwerking van deze instellingen met de eerstelijnsgezondheidszorg. In de laatste hoofdstukken is literatuur opgenomen over projecten en experimenten in de ouderenzorg en diverse aspecten van dagbehandeling.

Community Nursing II

In het eerste hoofdstuk wordt literatuur beschreven over algemene onderwerpen, overheidsbeleid en de positie van community nursing in verschillende landen. Het zwaartepunt van de bibliografie wordt gevormd door hoofdstuk twee, waarin verpleegkundige modellen, verpleegkundig onderzoek en theoretische aspecten van community nursing aan de orde komen. Daarnaast is in de bibliografie literatuur opgenomen over takenpakket en procedures, aidsproblematiek, arbeidssatisfactie, aspecten samenhangend met samenwer-

king en coördinatie. De bibliografie eindigt met een hoofdstuk over de vraagzijde: hulpbehoefte en patiëntensatisfactie.

Dependent Elderly Quality of Life Indicators

De bibliografie bevat een uitgebreid overzicht van meetinstrumenten, die vanuit verschillende gezichtshoeken de 'kwaliteit van het leven' meten: lichamelijk functioneren, gezondheid, tevredenheid en psychologisch welbevinden. Elke beschrijving volgt een vast patroon: de bron waarin het meetinstrument beschreven staat, doel, beschrijving, validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument en literatuurverwijzingen.

General Practice Research in the Netherlands: Primary Care and General Practice: Trends and Inventory

Trendstudie over de jaren 1971 tot en met 1992. Opvallend is de sterke groei van onderzoek op het terrein van de eerstelijnszorg tot 1990. Daarna is er een teruggang te bespeuren van nieuw aangevangen eerstelijns onderzoek. De groei over de periode 1981-1985 kan verklaard worden door o.a. het begin van een structureel beleid van de overheid in deze, de activiteiten van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de stichting van onderzoeksinstituten op het gebied van huisartsgeneeskundige zorg. De volgende jaren worden getekend door de start van het SGO-programma, het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden door de NHG en het begin van de Nationale Studie van het NIVEL. De teruggang is wellicht te verklaren door een gegroeide aandacht voor echelonoverschrijdend onderzoek.

Literatuurdatabase Statistische Data Gezondheidszorgsystemen

Alle uit voornamelijk statistische data bestaande documenten zijn uit de bibliotheekcollectie geselecteerd. Deze documenten zijn heringedeeld op land, in een nieuwe, aan de bibliotheekcatalogus gekoppelde database opgenomen en voorzien van specifieke trefwoorden. Het beheer van deze nieuwe loot aan de stam is een continue activiteit geworden.

Literatuurdatabase Kwaliteit van de Zorg

De database is ontwikkeld in samenwerking met het NcGv en bestaat uit twee gekoppelde datasets. De database is gevuld met literatuurgegevens die gebruikt zijn voor de overzichtsstudies Kwaliteit van de Zorg en met literatuurgegevens uit de bibliotheekcatalogi van NIVEL en NcGv. Deze inhoudelijk horizontale database geeft de gebruiker direct toegang tot het hele scala van kwaliteitsaspecten binnen de gezondheidszorg.

Overname Bibliotheekcollectie van de Landelijke Vereniging Thuiszorg

In 1993 is begonnen met de verwerking van een gedeelte van de overgeno-

men collectie van het LVT. Naast waardevolle specifieke literatuur over thuiszorg, konden ook zeer oude rapporten over o.a. gezinsverzorging en wijkverpleging worden opgenomen. Literatuur die niet relevant was voor de NIVEL-bibliotheek of die het NIVEL reeds in haar bezit had, zijn doorgesluist naar andere bibliotheken. In 1993 zijn een klein 450 rapporten en boeken verwerkt. In 1994 zal deze activiteit afgerond worden.

Collectievorming Bibliotheek

De bibliotheekcollectie is toegenomen met 3399 documenten en tijdschriftartikelen. Ruim 1000 artikelen en documenten gingen over de eerstelijnsgezondheidszorg, waarbinnen de extramurale verpleging en verzorging (450), huisartsen (248), paramedische beroepen (157), en verpleeg- en verzorgingshuizen (111) de koplopers zijn. Naast het traditionele onderzoeksterrein, de eerstelijnszorg, is literatuur op het gebied van gezondheidszorgsystemen een belangrijk kerngebied geworden binnen de collectievorming van de bibliotheek (968). Voorts springen in het oog de onderwerpen 'patiënt en consument' (180), epidemiologie (171), basisgezondheidszorg (146) en 'gezondheidsonderzoek en registratiesystemen' (130).

Registratie Wetenschappelijk Onderzoek Eerstelijns(gezondheids)zorg

Het rapport bevat ruim 700 in 1993 lopende en/of in 1992 afgesloten onderzoeksprojecten. Dit vormt een stijging van ca. 10% ten opzichte van het vorig jaar. Deze stijging heeft waarschijnlijk vooral te maken met een intensievere samenwerking met andere registrerende instanties, zoals het Swidoc, LC-GVO, SWSF en het NcGv.

Voor het eerst in haar twintigjarige geschiedenis is het jaaroverzicht RWO op diskette verschenen. Met behulp van een menugestuurd zoekstelsel kan er eenvoudig worden gezocht op trefwoord, onderzoeker en onderzoeksinstituut. Ook kunnen zes van de belangrijkste en meest recente publikaties per onderzoek in beeld worden gebracht. Op basis van de RWO-gegevens wordt regelmatig een trendanalyse gemaakt (zie ook de hierboven genoemde 'General Practice Research in the Netherlands'). Om een twintigjarige trendstudie mogelijk te maken is een start gemaakt met de retrospectieve invoer van onderzoeksprojecten die in de jaren '70 werden uitgevoerd en derhalve niet in de geautomatiseerde database zijn opgenomen.

Thesaurus Gezondheidszorg en Thesaurus ELGZ

De Thesaurus gezondheidszorg (TG) is een gezamenlijk produkt van de vier nationale onderzoeksinstituten, het NcGv, NZi, TNO-PG en NIVEL. In 1993 is de TG uitgebreid met termen die samenhangen met 'kwaliteit van de zorg' en 'arbeid en gezondheid'. De Thesaurus ELGZ is grotendeels in de TG geïntegreerd.

4. OVERIGE ACTIVITEITEN

In 1993 hebben evenals in voorgaande jaren weer verschillende binnenlandse en buitenlandse bezoekers ons instituut bezocht:

- op 5 en 6 januari Prof.dr. G. Lüschen, Düsseldorf, Dr. T. Abel, Universiteit van Marburg, Prof. W. Cockerham Birmingham (USA), Dr. R. Peeters, Universitaire Instelling, Antwerpen
- 12 januari dhr. G. Almagor van de WHO
- in januari 25 Deense verpleegkundigen van de Sygeplejeskolen, Randers, Denemarken
- 15 februari Mrs. A. Talsma, University of Michigan School of Nursing
- 5 maart D.M. Fleming, Royal College for General Practitioners, Birmingham, UK
- 17 maart Mrs. J. Gooderham, Avebury Publishers
- 25 maart Dr. L. Döbrössy (WHO)
- 29 maart - 8 mei Prof. P. Davis, Dept. of Community Health, School of Medicine, University of Auckland, New Zealand
- 31 maart Prof.dr.K.A. Luker and Prof.dr. M. Pearson, University of Liverpool, Liverpool, England; Dr. M.J. Bull, University of Minnesota, Minneapolis, USA; P. Koponen, M.A.,R.N. and S. Pellinen, M.Sc., University of Tampere, Tampere, Finland
- 3 en 4 april Prof. M. Calnan, Canterbury, UK
- 5 april Raymond DeVries, St. Olaf College, Dept. of Sociology, Northfield Minnesota, USA
- 23 april Dr. M. Lember, University of Tartu, Estland
- 27 april Christina Kärvinge, Swedish Parliamentary Committee on Funding and Organisation of Health Services and Medical Care (Min. of Health and Social Affairs) en Per Carlsson, National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden
- 11 mei Dr. Christensen, Faculteit Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Kopenhagen, Denemarken
- ook op 11 mei Dr. S. Oassa en Dr. A. Restian, Rumanian General Practitioners Association, Bucharest
- 17 mei Prof.dr. D. Wilkin, Centre for Primary Care Research, Manchester en J. Goicochea, M.D. Regional Advisor for Primary Health Care, WHO
- 25 mei 10 personen van de afdeling onderzoek van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (Brussel)
- 11 juni Prof.Dr. A. Garg, Dept. of Industrial and Systems Engineering, University of Wisconsin, USA
- 17 juni Prof.dr. H. Van den Bussche, Duitsland

- 22-23 juni Dr. W. Hubrich
- 15 juli 20 studenten in het kader van de Medical Summerschool: Health Care and Medicine in the Netherlands
- 11 augustus Mikko Murtonen, Dept. of General Practice and Public Health, Helsinki, Finland
- 30 augustus Prof. T. Abel, Universiteit van Marburg
- 11 november Dr. L. Pas van het Academisch Centrum voor Huisartsgeroepkunde, Vrije Universiteit van Brussel
- 16 november Dr. I. Glazunov en Dr. L. Döbrössy van het WHO Cindi-programma
- 1 december prof. Alvan Feinstein, Harvard Medical School, New Haven, Verenigde Staten. Aan het eind van zijn bezoek heeft hij een lecture gehouden over 'klinimetrie in relatie tot gezondheidszorgonderzoek'
- 6 december 1993, Isabel Sagües en Roberto Nuño, trainees van de Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad (uitgezonden door de Baskische regering in het kader van hun 'Health Management Programme')
- 28 december Dr. Collard, SEMA Group, Brussel.

Verder dient nog vermeld te worden, dat de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid op 22 april een werkbezoek gebracht heeft aan het NIVEL.

Ook zijn er een aantal conferenties/symposia (mede) door het NIVEL georganiseerd:

Op 21 januari werd in samenwerking met de Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuiszorg in de Domus Medica te Utrecht een symposium georganiseerd over 'Wetenschapsbevordering in Verpleeghuizen'

Op 5 en 6 februari vond in het Koninklijk Instituut voor de Tropen het congres Public Health in Noord-Zuid perspectief plaats, dat door het Koninklijk Instituut voor de Tropen en de Vereniging Volksgezondheid en Wetenschap wat geïnitieerd en waarvoor het NIVEL de congresorganisatie verzorgde. J. van der Velden was voorzitter van de congrescommissie.

In 's-Hertogenbosch is op 1-2 april door het NIVEL de Second International Conference on Community Nursing georganiseerd. Meer informatie hierover staat in hoofdstuk 2.2.1.

Op 29 april is door het NIVEL in samenwerking met de NVAGG en de VOG/AMW de georganiseerde invitational conference 'AMW - RIAGG: aanknopingspunten voor samenwerking' gehouden.

Dit jaar werd op 13-17 juni het WONCA/SIMG congres met als thema Quality of Care in Family Medicine/General Practice in Den Haag gehouden. Het NIVEL heeft hier ook een aantal bijdragen aan geleverd zowel in de organisatie als in de vorm van voordrachten en het organiseren van symposia.

J. van der Velden was betrokken bij de organisatie als lid van de wetenschappelijke commissie. Drs. W. Boerma heeft in opdracht van de NHG ter gelegenheid van het WONCA-congres het boekje 'Health Care and General Practice across Europe' samengesteld.

Mw. Prof.dr. J.M. Bensing organiseerde samen met Dr. J. Szecsenyi drie symposia over 'Doctor-patient communication and the quality of care', met als subthema's resp.: 'Research on doctor-patient communication', 'Education in doctor-patient communication' en 'Doctor-patient communication: can it be taught?'.

Dr. P.F.M. Verhaak organiseerde het symposium 'Primary Care and Psychiatry', Drs. L. Stokx het symposium 'Health information systems and quality of care' en Drs. W. Boerma het symposium 'General Practice in an European perspective'.

In het kader van een tussentijdse evaluatie van het Thuiszorgtechnologie programma is door WVC op 25 augustus een miniconferentie georganiseerd, waarbij NIVEL gastheer was. Naast WVC waren ook het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Ziekenfondsraad, Instituut voor Medical Technology Assessment, Vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam, TNO/Centrum Medische Technologie, St. Medische Technologie, Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing, St. Dienstverlening Thuiswonenden, Center for Biomedical and Health-care Technology, Kruisver. Breda, Management Adviescentrum Centrum b.v., Thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord en het NIVEL hier vertegenwoordigd.

Op 17 en 18 december vond de Fifth International Health Services Research Conference plaats in Maastricht. De afgelopen vijf jaar heeft het NIVEL deze conferentie steeds georganiseerd, iedere keer met een partner uit een ander land (respectievelijk uit Duitsland (Keulen), Engeland (Londen), en Frankrijk (Parijs)). Dit jaar is de conferentie tezamen met the Netherlands School of Public Health georganiseerd voor het eerst onder auspiciën van de onlangs opgerichte European Public Health Association (EUPHA). Volgend jaar zal de conferentie in Kopenhagen plaatsvinden.

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 1993 vijf keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 1993.

Samenstelling van het bestuur per 31 december 1993.

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. F.W. den Ouden	VOG (Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector) sectie AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk)
Mw. J.A.M. v.d. Heiden	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dhr. Th. Koekenbier	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
Mw. Dr. A. Kerkstra	Ondernemingsraad NIVEL

*) Tevens lid van het Dagelijks Bestuur

6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)

Mw. Dr. J.M. Bensing
Directeur

- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV): kerncommissie 'Geestelijke Gezondheidszorg';
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV): adviesgroep 'preventie gedragsproblematiek ernstig verstandelijk gehandicapten';
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): adviesgroep gezondheidszorgonderzoek;
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): Commissie Raamwerken;
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): Werkgroep huisarts-patiënt relatie;
- Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO): Programmacommissie 'Kwaliteit van Zorg';
- Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO): werkgemeenschap 'Huisartsgeneeskunde';
- Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO): werkgemeenschap 'gezondheidszorgonderzoek';
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Pharmacie (KNMP): werkgroep 'bejegening in de apotheek';
- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (correspondent);
- Begeleidingscommissie Onderzoek 'Evaluatie Wet Collectieve Preventie';
- Begeleidingscommissie KWAZO-overzichtsstudie 'Chronisch zieken';
- Begeleidingscommissie KWAZO-overzichtsstudie 'Continuïteit van zorg';
- Begeleidingscommissie KWAZO-project 'Optimalisering van signalisering, diagnostiek en behandeling van depressieve en angststoornissen'.

Prof. Dr. J. v.d. Zee
Directeur

- 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 voor Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde;
- Voorzitter begeleidingscommissie Gezondheidscentrum Informatica Model;
- Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO): lid Commissie 'Kwaliteit van Zorg';
- Permanent lid Wetenschappelijke Commissie Health Services Research Conference
- Permanent lid Organiserend Comité Health Services Research Conference.

Dr. D.H. de Bakker

- Begeleidingscommissie onderzoek 'Van Waarneemgroep naar Huisartsengroep', Stichting O&O;
- Begeleidingscommissie KWAZO-overzichtsstudie Continuïteit van Zorg;
- Lid projectgroep 'Inventarisatie Kwaliteitssystemen' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Ir. J.M. Bosman

- Permanent lid Organiserend Comité Health Services Research Conference;
- Lid Vier Instituten Overleg (NIVEL, NcGv, NIPG, NZI).

Dr. J. Dekker

- Nederlandse Behavioral Medicine Federatie, bestuurslid;
- NWO werkgemeenschap gedragsfactoren bij somatische aandoeningen (GSA)
- NWO werkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek (GZO);

- Begeleidingscommissie Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk;
 - Begeleidingscommissie 'Classificaties en definities voor de paramedische bewegingsberoepen';
 - Stichting Symposia en Congressen Behavioral Medicine, bestuurslid;
 - redactie van het 'Tijdschrift voor Seksuologie';
 - Associate editor van International Journal of Behavioral Medicine.
- Drs. D.M.J. Delnoij
- bestuur Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen. In het kader van dit lidmaatschap tevens zitting gehad in de beoordelingscommissie voor de IWZ-prijs 1993 (toegekend aan doctoraalscripties op het terrein van de gezondheidszorg).
- Drs. M.J.A. Driessen
- Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, bestuurslid;
 - Stichting Onderzoek Ergotherapie, bestuurslid;
 - Begeleidingscommissie Ontwikkeling Intercollegiale Toetsing Ergotherapie.
- Dr. M. Foets
- NWO werkgemeenschap 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 van de European Association of the Study of Diabetes.
- Prof.Dr.
P.P.Groenewegen
- Bijzonder hoogleraar 'Sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg' aan de Rijksuniversiteit Utrecht;
 - NWO werkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek;
 - NWO werkgemeenschap verklarende sociologie (voorzitter tot mei 1993);

- NWO werkgemeenschap psychopathologie en psychosociaal gezondheidsonderzoek;
 - Sociaal Wetenschappelijke Adviescommissie van de Programmacoördinatiecommissie Aids-onderzoek;
 - NRV-kerncommissie beroepen (vanaf nov. 1993).
- Dr. L. Hingstman
- Permanente Subcommissie Huisartsen Beroepskrachtenplanning 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
- Werkgroep Sociaal Wetenschappelijk CARA-Onderzoek;
 - Nursing Research Interest Group;
 - Voorzitter begeleidingscommissie 'Kritische Kwaliteitsstandaarden voor de Extramurale Verpleging';
 - Overseas Editorial Adviser 'Health & Social Care in the community'.
- Drs. J.J. Kerssens
- Begeleidingscommissie onderzoek 'Doof - Blindheid in Nederland', Stichting Doof-Blinden.
- Drs. H. Sixma
- Lid begeleidingscommissie onderzoek 'EHBO in de tweedelijjn' (Samenwerkingsproject 1e/2e lijn, VU)
- L.J. Stokx, arts
- Sectie Geneesmiddelengebruik-studies en Farmaco-epidemiologie; Samenwerkingsverband Faculteit Sociale Pharmacie Utrecht en Groningen;
 - Voorzitter begeleidingscommissie 'Evaluatieproject verwijskaarten' Academisch Ziekenhuis, VU Onderzoekscentrum 1e-2e lijn;
 - Begeleidingscommissie Ziekenfondsraad, project 'Morbiditeitsspecifiek voorschrijven';
 - Lid labcode platform NHG/SAN;
 - Lid begeleidingscommissie onderzoeksproject 'Parkinson'

- 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 'kennisvernieuwing in het onderwijs' t.b.v. een onderzoek uitgevoerd door de Adviesraad van het Onderwijs (ARO), Utrecht.
- J. v.d. Velden, arts
- Programmacommissie 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 Leprabestrijding;
 - Voorzitter Congrescommissie Conferentie 'Public Health in Noord-Zuid Perspectief', 1993;
 - Voorzitter werkgroep 'International Health', Netherlands School of Public Health;
 - Adviseur Stichting Domus Medica Krupitsa;
 - Adviseur Gezondheidsonderzoek Urk;
 - Adviseur ROME-project;
 - Steering Committee Eurocentre PHC University of Perugia/St. Mary's Hospital London;
 - Lid Wetenschappelijke Commissie International Conference 'Chronic Diseases and Changing Care-patterns in an aging Society' 1993;
 - College voor Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde;
 - Werkgroep 'Gezonde Levensverwachting';
 - Lid WHO-Committee 'Preventive Practices in Primary Care in Europe'.
- Dr. P.F.M. Verhaak
- NWO werkgemeenschap huisartsgeneeskunde;
 - Begeleidingscommissie Roken en Patiëntenvoorlichting;

- Begeleidingscommissie Huisartsen en problematisch alcoholgebruik, project Katholieke Universiteit Nijmegen.
- 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. LIJST VAN 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.

Artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

Bartelds, A.I.M. Validation of Sentinel Data. *Das Gesundheitswesen*; 55 (1993), 1, p. 3-7

Bensing, J.M., A. van der Brink-Muinen, D.H. de Bakker. Gender differences in practice style: a Dutch study of General Practitioners. *Medical Care*; 31 (1993), 3, p. 219-229

Bensing, J.M. Onderzoek onderzocht. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 71 (1993), 6, p. 353-354

Bransen, E.M., J. van der Velden. Het premenstrueel syndroom in de Nederlandse huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*; 36 (1993), 10, p. 322-327

Casteren, V. van, P. Leurquin, A. Bartelds, F. Gurtner, V. Massari, S. Maurice-Tison, A.T. Vega, R. Mak. Demand patterns for HIV-tests in general practice: information collected by Sentinel networks in 5 European countries. *European Journal of Epidemiology*; 9 (1993), 2, p. 169-175

Dekker, J., M.E. van Baar, E.Chr. Curfs, J.J. Kerssens. Diagnosis and Treatment in Physical Therapy: an investigation of their relationship. *Physical Therapy*; 73 (1993), 9, p. 568-576

Dekker, J., P. Tola, G. Aufdemkampe, M. Winckers. Negative affect, pain and disability in osteoarthritis patients: the mediating role of muscle weakness. *Behaviour Research Therapy*; 31 (1993), 2, p. 203-206

Dekker, J., P. Tola, G. Aufdemkampe, M. Winckers. Categories of pain behaviour in osteoarthritis patients. *Physiotherapy Theory and Practice*; (1993), 9, p. 157-163

- Dekker, J., P.H. Mulder, J.W.J. Bijlsma, R.A.B. Oostendorp. Exercise therapy in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a review. *Advances in Behaviour Research and Therapy*; 15 (1993), p. 211-238
- Dekker, J. Psychologie en paramedische zorg: raakvlakken en mogelijkheden tot uitwisseling. *Gedrag & Gezondheid*; 21 (1993), 6, p.263-273
- Foets, M., M.E. van Baar. Alcohol consumption and general health status in the Dutch national survey of general practice. An analysis of the position of abstainers. *International Journal of Health Sciences*; 4 (1993), 2, p. 75-83
- Gisbergen, M.J.W.M. van, J. Dekker, W. Zijderduin. Reliability of the diagnosis of impairments in survey research in the field of chiropody. *Disability and Rehabilitation*; 15 (1993), 2, p. 76-82
- Goossens, A., J. van der Zee. Organisatie en financiering gezondheidsonderzoek ter discussie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 71 (1993), 6, p. 350
- Hendriks, H.J.M., J.W. Brandsma, C. Wagner, J. Dekker, R.A.B. Oostendorp. Eerste ervaringen met het consultatief fysiotherapeutisch onderzoek. *Tijdschrift voor Fysiotherapie*; 103 (1993), 5, p. 190-200
- Hingstman, L., J. Riteco. Huisarts en verloskundige: taakuitoefening en taakopvatting. *Huisarts en Wetenschap*; 36 (1993), 3, p. 99-101
- Kerssens, J.J. Vorm en duur van thuiskraamzorg naar het oordeel van kraamvrouwen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 71 (1993), 2, p. 91-98
- Kuijvenhoven, M., R. de Melker, J. van der Velden. Prescription of Antibiotics and Prescribers' Characteristics. A Study into Prescription of Antibiotics in Upper Respiratory Tract Infections in General Practice. *Family Practice*; 10 (1993), 3, p. 366-370
- Leeuwen, S. van, H. Flap, M. Tjihuis. Cohesie in de Nederlandse samenleving. *Sociale Wetenschappen*; 36 (1993), p.23-43
- Masurel, N., A.J.M. Bartelds, A.M.J.W. Baars, J.K. van Wijngaarden, E.C.J. Claas. Influenza in het seizoen 1992/'93; vaccinsamenstelling voor het seizoen 1993/'94. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*;137 (1993), 39, p. 1987-1990

Melker, R.A. de, M. Kuijvenhoven, J. van der Velden. Het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste luchtweginfecties. *Huisarts en Wetenschap*; 36 (1993), 1, p. 2-5

Rooyackers-Lemmers, E., E. van der Lisdonk, H. van der Hoogen, J. van der Velden. Otitis externa: klachten en medicamenteus beleid. *Huisarts en Wetenschap*; 36 (1993), 6/7, p. 212-213

Schellevis, F.G., E. van der Lisdonk, J. van der Velden, J.Th.M. van Eijk, C. van Weel. Validity of diagnoses of chronic diseases in general practice. *Journal of Clinical Epidemiology*; 46 (1993), 5, p. 461-468

Schellevis, F.G., J. van der Velden, E. van der Lisdonk, J.Th.M. van Eijk, C. van Weel. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *Journal of Clinical Epidemiology*; 46 (1993), 5, 469-473

Sixma, H.J., E.H. Langerak, G.J.P. Schrijvers, J. van der Bent. Attempting to reduce hospital costs by strengthening primary care institutions. *Journal of the American Medical Association*; 269 (1993), 19, p. 2567- 2572

Sluijs, E.M., D.H. de Bakker. De ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de fysiotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*; 103 (1993), 1, p. 13-18

Sluijs, E.M., G.J. Kok, J. van der Zee. Correlates of Exercise Adherence in Physical Therapy. *Physical Therapy*; 73 (1993), 11, p. 771-782

Sluijs, E.M., J. van der Zee, G.J. Kok. Differences between physical therapists in attention paid to patient education. *Physiotherapy Theory and Practice*; 9 (1993), p. 103-117

Stokx, L., J. Visser, T. Roos. Als de ziektekosten wilt beperken, moet je gezond gedrag stimuleren. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*; 11 (1993), 2, p. 10, 12-14

Stokx, L.J., A.B.M. Gloerich, J.A.H.J. Hoenen, T.J.J.M.T. Kersten, P. Been. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. *Huisarts en Wetenschap*; 36 (1993), 13, p. 440-444

Terluin, B., D.H. de Bakker, P. Verhaak. Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*; 36 (1993), 10, p. 314-321

Veer, A. de, D. de Bakker. Praktijkvorm en het handelen van de huisarts. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 71 (1993), 5, p. 279-287

Veer, A.J.E. de, W.G.W. Boerma, D.H. de Bakker. Afstemming van doelpopulaties en samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen in de stad. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 71 (1993), 8, p. 449-453

Verhaak, P.F.M. Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. British Journal of General Practice; 43 (1993), p. 203-208

Waals, F.W. van der, J. Mohrs, M. Foets. Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. British Medical Journal; 307 (1993), 6900, p. 363-366

Weel, C. van, B. Bolibar, E. Carrillo, S. Juncosa, W. Boerma, J. van der Velden. Primary care registration systems in Europe: in search of a standardised framework. A case study on three European data systems. International Journal of Health Sciences; 4 (1993), 2, P. 51-60

Westert, G.P., A.P. Nieboer, P.P. Groenewegen. Variation in duration of hospital stay between hospitals and between doctors within hospitals. Social Science & Medicine; 37 (1993), 6, p. 833-839

Wiegers, T.A., A. Kerkstra. Het CARA-huisbezoek bij kinderen; de kwaliteit van verschillende modellen vergeleken. Verpleegkunde; 8 (1993), 2, p. 80-91

Zee, J. van der. Het EG-onderzoeksbeleid: vallen en opstaan. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 71 (1993), 1, p. 57-58

Artikelen in vaktijdschriften

Baar, M.E., J. Dekker, H.V. Kool van Langenberghe. Medisch specialist en fysiotherapeut; informatieoverdracht naar de eerste lijn. Medisch Contact; 48 (1993), 27/28, P. 851-853

Bakker, D. de. Thuiszorg belemmerd door afstemming werkgebieden. Geografie; 2 (1993) 4, p. 21-23

Bensing, J.M. De relatie tussen apotheker en cliënt in een veranderende samenleving. Pharmaceutisch Weekblad; 128 (1993), 46, p. 1380-1387

Caris-Verhallen, W., H. Sixma. Burn-out bij huisartsen. De rol van persoonskenmerken, werkstijl en praktijkorganisatie. Medisch Contact; 48 (1993), 17, p. 519-522

Delnoij, D., L. Stokx. Huisarts: naast poortwachter nu ook rentmeester. Medisch Contact; 48 (1993), 24, p. 747-749

Driessen, M.J., J. Dekker, J. van der Zee, G.J. Lankhorst. Ergotherapeuten: werksituatie en taakuitoefening. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie; 21 (1993), 3, p. 75-82

Driessen, M.J., J. Dekker, J. van der Zee, G.J. Lankhorst. De relatie tussen ergotherapeuten en verwijzers. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie; 21 (1993), 4, p. 109-118

Foets, M., G.J. Visser. Het voorschrijven van homeopathische middelen in de Nederlandse huisartspraktijk. Medisch Contact; 48 (1993), 22, p. 683-687

Foets, M., I. Elie, F van de Rijt. De invloed van medische berichtgeving in de media op het consultatiegedrag van huisartsen. Medisch Contact; 48 (1993), 20, p. 617-619

Foets, M., L. Stokx. Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Medisch Contact; 48 (1993), 16, p. 489-492

Groenewegen, P.P. De wet van Roemer. Geografie; 2 (1993) 4, p. 8

Groenewegen, P.P. Documentatie Nederland: Polio-epidemieën. Geografie Educatief; 4e kwartaal 1993, p. 35

Groenewegen, P.P. Medische geografie krijgt in Nederland nog weinig aandacht. Geografie; 2 (1993) 4, p. 4-5

Groenewegen, P.P. Naar een nieuw experiment in Almere? Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek; 11 (1993), 6, p. 24-26

Hall, E.V. van, M. Kerdel, J. van der Velden. Medicalisering van de overgang. Medisch Contact; 48 (1993), 6, p. 179-181

Hingstman, L., J. Riteco. Thuis of in het ziekenhuis bevallen. Mening van de consument. Tijdschrift voor Verloskundigen; 18 (1993), p. 66-74

Hingstman, L., J. Harmsen. De dokter wil niet naar Rotterdam. *Geografie*; 2 (1993) 4, p. 15-17

Hingstman, L. Apotheekhoudende huisartsen in Nederland. Aantal, samenstelling en spreiding. *Praktijkmanagement voor de huisarts*; november 1993, p. 2-3

Hingstman, L. Opleiding en vestiging. *Geografie*; 2 (1993), 4, p.18

Kerssens, J.J., H.V. Kool van Langeberghe, J. Dekker, E.Chr. Curfs. Wat weten patiënten van de kosten van zorg? Geschatte en berekende kosten van fysiotherapeutische behandelingen. *FysioPraxis*; 2 (1993), 4, p. 24-26

Knibbe, J.J., N.E. Knibbe. Praktijk fysieke belasting vereist. Bijstellen normen. *Arbeidsomstandigheden*; 69 (1993), 9, p. 473-476

Peters, L., J.J. Kerssens, M. Andela. Poliovaccinatie: verplichten of niet? Een peiling onder de Nederlandse bevolking. *Medisch Contact*; 48 (1993), nr.15, p. 470-472

Raaijmakers, M.F., J. Dekker. De ICDH in de logopedie. *Logopedie en foniatry*; 65 (1993), 5, p. 140-146

Schut, H., R.D. Friele. Voedingsvoorlichting bij diabetes mellitus. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*; 48, (1993), 8, p. 180-182

Sluijs, E.M., D.H. de Bakker. De ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de fysiotherapie. *Sigma*; 1993, 4, p. 24-28

Verheij, R. Kloof tussen huisartsen in stad en op platteland. *Geografie*; 2 (1993) 4, p. 19-20

Verheij, R.A. Tussen kerk en huisarts. 'Sozialstationen': de wijkverpleging in Duitsland. *MGZ*; 21 (1993), 1, p. 28-30

Visser, J. Alternatieve en reguliere geneeswijzen (reactie op C.P. van der Smagt). *Medisch Contact*; 48 (1993), 12, p. 354-355

Visser, J. *MGZ*; 21 (1993)

- 2, p. 23-25: NIVEL toont aan: nauwelijks wachtlijsten in het kruiswerk, maar problemen zijn er wel
- 3, p. 38-41: Extramurale CARA-zorg: een kwestie van differentiëren

- 4, p. 38-41: Functiedifferentiatie is binnen de thuiszorg meer dan ooit noodzakelijk
- 6, p. 30-32: Tilliften worden ingezet om rugklachten te voorkomen. 'Rotterdam in de lift'

Visser, J. Onderzoek naar wachtlijsten in de gezinsverzorging; veel cliënten moeten wachten, maar minder dan wel wordt gedacht. *Thuiszorg*; 22 (1993), 2, p. 4-6

Visser, J. Uit NIVEL onderzoek blijkt ... *De Huisarts*; 4 (1993)

- 1, p. 40-44: Invloed van de media niet zo groot als vaak wordt gedacht
- 2, p. 14-18: Huisarts in de grote stad: zonder meer een vak apart
- 3, p. 31-35: Advies over oudere patiënt wel aangevraagd, maar niet altijd opgevolgd
- 4, p. 52-56: Adviezen farmacotherapeutisch kompas doorgaans goed opgevolgd
- 5, p. 34-38: Een aardige dokter is ook een vaardige dokter
- 6, p. 42-44: Huisartsen werken op onderdelen al lang conform de standaarden
- 7/8, p. 38-43: Huisartsgeneeskunde heeft in heel Europa de wind mee
- 9, p. 42-45: Nascholing aan huisartsen vereist gevarieerd aanbod
- 10, p. 81-86: Het 'andere' Almere heeft nog niet alle ambities waargemaakt
- 11, p. 54-56: Huisarts en patiënten met hoofdpijn kennen elkaar slecht
- 12, p. 57-60: De verlossende huisarts verliest langzaam terrein

Wieggers, T.A., G. Berghs, W. Meijer, T.J.J.M.T. Kersten. De verloskundige en haar praktijk in Gelderland. *Tijdschrift voor Verloskundigen*; 18 (1993), p. 298-306

Zuijderduin, W., J. Dekker. Podotherapeuten: werksituatie en taakuitoefening. *Nederlands Tijdschrift voor Podotherapeuten*; 13 (1993), 1, p. 6-9

Zuijderduin, W., J. Dekker. Relatie verwijzer - Oefentherapeuten Mensendieck. *Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie Mensendieck*; 54 (1993), 3, p. 70-77

Zuijderduin, W., J. Dekker. De relatie verwijzer-podotherapeut. *Podosophia*; (1993), 1, p. 17-23

Zuijderduin, W., J. Dekker. Oefentherapeuten Mensendieck: werksituatie en taakuitoefening. Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie Mensendieck; 54 (1993), 1, p. 2-8

Zuijderduin, W., J. Dekker. De relatie verwijzer - Oefentherapeut Cesar. Cesar; 24 (1993), 2, p. 29-35

Zuijderduin, W., J. Dekker. Oefentherapeuten Cesar: werksituatie en taakuitoefening. Cesar; 24 (1993), 1, p. 10-15

Boeken en boekbijdragen

Bakker, D.H. de, E.M. Sluijs. Kwaliteitssystemen in de Nederlandse Gezondheidszorg: de stand van zaken in 1992. In: Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: de Tijdstroom b.v., 1993

Bensing, J.M., L.H.C. Tan, S.A. de Boer, S.S.L. Mol. LACONTO in everyday general practice: a multisystem comparison. In: Mol, S.S.L., J.M. Bensing (eds.) Doctor-patient communication and the quality of care. Methods and measures; process and outcome. Report of an invitational workshop. Utrecht: NIVEL, 1993

Berg, W. van der, M.R. Eliel, J. van der Velden. Lungcancer. In: Dobrössy L. Opportunities for preventive practices in primary care in Europe. Copenhagen WHO. 1993

Friele, R.D. Diät-barrieren und Bewältigungsstrategien bei Manifestation eines insulinpflichtigen Diabetes Mellitus und ein Jahr danach. In: Chantelau E. (eds). Das Diabetes Diät-Dilemma. Verlag Kirchheim Mainz. 1993, p. 108-122

Friele, R.D., E. Chantelau. Diät-Barrieren bei Patienten mit Insulinpumpentherapie und liberalisierter Diät. In: Chantelau E. (eds). Das Diabetes Diät-Dilemma. Verlag Kirchheim Mainz. 1993, p. 161-170

Friele, R.D., J.J. Knibbe. Monitoring the barriers with the use of patient lifts in home care as perceived by nursing personnel. In: Hagberg, M., F. Hofman, U.U. Stössel, G. Westlander. Occupational health for health care workers. Ecomed verslag Landsberg, Deutschland, 1993, p. 360-362

Friele, R.D. Vergleich der Diät-Barrieren und ihrer Bewältigungsstrategien bei Typ-1- und Typ-2-Diabetikern. In: Chantelau E. (eds). Das Diabetes Diät-Dilemma. Verlag Kirchheim Mainz. 1993, p. 123-139

Groenewegen, P.P. Primary health care in the Netherlands: from imperfect planning to an imperfect market? In: Chinitz, D.P., M.A. Cohen (eds.). The changing roles of governments and the market in health care systems. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute, 1993

Hendriks H.J.M., J.W. Brandsma, C. Wagner. Consultatie van de fysiotherapeut: een middel voor een betere samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut. In: Jaarboek Fysiotherapie/Kinesitherapie, 1993

Knibbe, J.J., R.D. Friele. Back pain and patient lifting in nurses working in home care. In: Hagberg M, Hofman F, Stössel UU, Westlander G. In: Hagberg, M., F. Hofman, U.U. Stössel, G. Westlander. Occupational health for health care workers. Ecomed verslag Landsberg, Deutschland, 1993, p. 312-314

Oostendorp R.A.B., A.T.M. Bernards, J. Dekker. Fysiotherapeutische behandelmogelijkheden bij artrose. In: Goedhard en Knook (eds). Artrose bij ouderen. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 1993

Velden, J. van der, e.a. Comorbiditeit en chronische ziekte. In: Kramer P.G., D. Ruwaard (red). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven RIVM, 1993 p. 146-149

Velden, J. van der, W. Boerma. Prerequisites for preventive practice in primary care in Europe. In: Dobrössy L. Opportunities for preventive practice in primary care in Europe. Copenhagen WHO, 1993

Verhaak, P., R.V. Bijl, A. van de Bergh-Jets, P.P.M. Harteloh. Psychische problematiek. In: Kramer, P.G., D. Ruwaard (red.). Volksgezondheid Toekomstverkenningen. Bilthoven: RIVM, 1993, p. 166-175

Verheij, R.A., A. Kerkstra. Extramurale verpleging vergeleken in België, Canada, Duitsland, Engeland, Finland, Frankrijk, Nederland, Noorwegen en de Verenigde Staten. In: Handboek Thuiszorg. 's-Gravenhage: VUGA-uitgeverij, 1993

Rapporten

Bakker, D.H. de, A.J.J. van der Kwartel, L.J. Stokx, D.M.J. Delnoij, J.K. van Dijk, L.J.R. van der Meulen. Curatieve zorg in Nederland - Feiten, ontwikkelingen, knelpunten. Utrecht: NIVEL/NZi, 1993. Achtergrondstudie ten behoeve van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg

Bartelds, A.I.M. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 1992. Utrecht: NIVEL, 1993

Beemster, F., R.D. Friele. Huishoudelijke materialen, werkomgeving en werkorganisatie. Utrecht: NIVEL, 1993

Boerma, W.G.W., F.A.J.M. de Jong, P.H. Mulder. Health care and general practice across Europe. Utrecht: NIVEL/NHG, 1993

Bruijnzeels, M.A., L.W.A. van Suijlekom-Smit, J. van der Velden, J.C. van der Woude. Het kind bij de huisarts. Rotterdam/Utrecht: Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut - Afd. Kindergeneeskunde EUR/NIVEL 1993

Cools, H.J.M., J.M. Bosman (red.) Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen. Symposium 21 januari 1993. Utrecht: NIVEL, 1993

Delnoij, D. Nascholing voor huisartsen in Rotterdam: een marktonderzoek. Utrecht: NIVEL, 1993

Doeschate, E.M.A. ten, J. van der Velden. Melkveehouderij en gezondheid. Deel uit de serie Praktijkreeks Veehouderij. Doetinchem: C. Misset b.v., 1993

Groenewegen, P.P., A. Kerkstra, G.A. Jansen. Wachtlijsten in de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1993

Harmsen, J. Hometeams 1992. Utrecht: NIVEL, 1993

Harmsen, J., L. Hingstman, M.J. Driessen. Behoefteraming ergotherapeuten 1993. Utrecht: NIVEL, 1993

Jabaaij, L., M. Winckers, W. Meijer. Het werk van de verloskundige in Nederland. Voorlopige resultaten. Utrecht: NIVEL, 1993

Jansen, P.G.M., A. Kerkstra. Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1993

Jansen, P.G.M. Aanbevelingen voor functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1993

Jansen, P.G.M., W.J. Meijer. Verkennende studie naar de voorgestelde splitsing van de thuiskraamzorg. Utrecht: NIVEL, 1993

Jong, J.C. de, A.I.M. Bartelds, A.M. van Loon. Virologische NIVEL/RIVM-surveillance van influenza-achtige ziekten (IAZ) in het seizoen 1992/1993. Rapport nr. 243614001. Bilthoven: RIVM, 1993

Kerkstra, A. Community Nursing, Proceedings of the International Conference on Community Nursing, 1 and 2 April 1993. Utrecht: NIVEL, 1993

Kerssens, J.J., E.Chr. Curfs. Extramurale fysiotherapie. Proefschrift Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 27 april 1993

Leeuw, A. de, F. Boeringa, P. van der Heijden, J. Bensing. General Practice Research in the Netherlands. Utrecht: NIVEL, 1993

Mol, S.S.L., J.M. Bensing (eds.) Doctor-patient communication and the quality of care. Methods and measures; process and outcome. Report of an invitational workshop. Utrecht: NIVEL, 1993

Moons, M., J.H. Biewenga, A. Kerkstra. Project gespecialiseerde thuiszorg voor patiënten met AIDS. Utrecht/Rotterdam: NIVEL/Academisch Ziekenhuis Rotterdam, 1993

Pool, J.B. Cijfers over samenwerking 20. Gezondheidscentra per 1 januari 1992. Utrecht: NIVEL, 1993

Pool, J.B. Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1992. Utrecht: NIVEL, 1993

Pool, J.B., L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Statistische gegevens per 1 januari 1991 over in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten. Utrecht: NIVEL, 1993

Preconference Meeting on Health Status Measurement and Fifth European Health Services Research Conference 16-18 december. Abstracts. Utrecht: NIVEL, 1993

Raaijmakers, M.F., J. Dekker. Toepassing van de ICDH in de logopedie. Utrecht/Gouda: NIVEL/Ned. Ver. voor Logopedie en Foniatrie, 1993

Sixma, H., D.H. de Bakker, J. van der Bent. Het Experiment Gezondheidszorg Almere. Eindevaluatie van een experiment met een sterke eerstelijnszorg en een krap geplande tweede lijn. Utrecht: NIVEL/NZi, 1993

Sluijs, E. Therapietrouw door voorlichting. Handleiding voor patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie. Utrecht: Landelijk Centrum GVO/NIVEL, 1993

Sluijs, E.M., A. Kerkstra, J. van der Zee. Advies Prioriteiten verpleeghuisonderzoek. Utrecht: NIVEL, 1993

Velden, J. van der, J. Hutten, D. Bijl, B. Brandenburg, M. Hofstra, R. Grol. NHG-standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1993

Velden, J. van der, H.Ph.H. Abrahamse, D.H. de Bakker. Arbeid en gezondheid; een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1993

Verheij, R.A., W. Caris, A. Kerkstra. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Utrecht: NIVEL, 1993

Waal, M. de, G. Donker, J. van der Velden. Spijsverteringsziekten in de bevolking en huisartspraktijk. Utrecht/Breukelen: NIVEL/NLDS, 1993

Bibliografieën

Bleijerveld, P.P., D.H. Collijn. Ouderen in instellingen: substitutie en eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1993

Boeringa, F.H., E.M. Sluijs. Recertification of primary health care professionals. Utrecht: NIVEL, 1993

Heijden, P. van der, A. Kerkstra. Community Nursing II. Utrecht: NIVEL, 1993

Mulder, P.H., E.M. Sluijs. Dependent elderly: quality of life indicators. Utrecht: NIVEL, 1993

Lezingen en posterpresentaties

Baar, M.E. van: Informatie-overdracht van medisch specialist naar de eerstelijnsfysiotherapeut. Voordracht gehouden op het Jaarcongres Fysiotherapie. Den Haag, 12 en 13 november 1993

Baar, M.E. van: Behandeling van patiënten met pijn door de eerstelijnsfysiotherapeut. Voordracht gehouden op het Jaarcongres Fysiotherapie. Den Haag, 12 en 13 november 1993

Bakker, D.H. de, W. Boerma, B. Schadé: Future scenarios for home care in the Netherlands. Paper presented at the International Conference 'Chronic diseases and changing care patterns in an ageing society'. Amsterdam, June 9-11, 1993

Bakker, D.H. de, E.M. Sluijs: Overwegingen bij het invoeren van een kwaliteitssysteem. Lezing gehouden in het kader van PHO-cursus 'Actualiteiten in het kader van kwaliteitszorg'. Academisch Ziekenhuis Maastricht, 13 mei 1993

Bakker, D.H. de, E.M. Sluijs: Quality systems in health care: the state of the art in the Netherlands. Poster gepresenteerd on the Tenth International Conference on Quality Assurance. Maastricht, June 20-23 1993

Beemster, F., R.D. Friele: Evaluation study of four projects on the improvement of working conditions in home help. Paper presented at the International conference 'Healthy Aging'. Rotterdam, March 18-20 1993

Bensing, J.M., D.H. de Bakker, C. Taes: De vrouw als patiënt. Lezing gehouden op een conferentie van het PPlatform Vrouwenhulpverlening Zuid-Holland. Den Haag, 30 november 1993

Bensing, J.M., L. Hingstman, D.H. de Bakker: Uw toekomst als huisarts, U huisarts van de toekomst. Lezing gehouden op de WTC-conferentie. Rotterdam, februari 1993

Bensing, J.M., V.C.L.M.G. Tielens: De relevantie van affectief gedrag in het huisartsconsult. Lezing gehouden op een conferentie van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Groningen, 23 april 1993

Bensing, J.M.: De vrouw in de gezondheidszorg: een factor van betekenis. Lezing gehouden op de studiedag 'Sekse-asymmetrieën in de gezondheidszorg'. Maastricht, 17 december 1993

Bensing, J.M.: De relatie tussen apotheker en cliënt in een veranderende omgeving. Jaarcongres KNMP, den Haag, 5 oktober 1993

Bijl, D.: De behandeling van CARA-patiënten in de huisartspraktijk. Voor-
dracht gehouden op Referatendag NHG/HVG-VU

Bijl, D.: The influence of epidemiology on the treatment of adult headache patients in Dutch general practice. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Bijl, D.: Treatment of chronic non-specific lung disease in dutch general practice. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Boerma, W.G.W.: Profiles of general practice in Europe. Paper presented at the 5th European Health Services Conference. Maastricht, 16-18 december 1993

Boerma, W.G.W.: Task profiles of general practice in Europe. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Boerma, W.G.W.: The quality of care in general practice; basic considerations. Lezing gehouden tijdens WHO-meeting on Reforms in Family Medicine/General Practice in Countries of Central and Eastern Europe. Sinaia, Roemenië, 25-28 oktober 1993

Brink-Muinen, A. van der: The demand for female GP services. Paper presented at the 5th European Health Services Conference. Maastricht, 16-18 december 1993

Bruijnzeels, M.A., E. Crone-Kraaijeveld, L.W.A. van Suijlekom-Smit, J.C. van der Wouden, J. van der Velden: Diseases in childhood in the Netherlands. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Bruijnzeels, M.A., L.W.A. van Suijlekom-Smit, J. van der Velden, J. van der Wouden. The child in general practice . Poster gepresenteerd op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Collijn, D.H., A. Kerkstra: The role of the community psychiatric nurse in Geriatric Consultation Teams. Poster gepresenteerd op de Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Collijn, D.H., A. Kerkstra: Innovation of care for the elderly: geriatric consultation teams, a suitable tool? Paper presented at the International conference 'Healthy Aging'. Rotterdam, March 18-20, 1993

Collijn, D.H., P. Verhaak, D. Wijkkel, C.M. van der Feltz-Cornelis, F.J. Huyse: Profiles of Somatizing Patients in General Practice. Paper presented at the European General Practice Research Workshop on Research in and Management of Chronic Diseases. Parijs, 14-17 oktober 1993

Collijn, D.H., P. Verhaak: Depression and dementia among the elderly in General Practice; Complaints, treatment, comorbidity, incidence and prevalence. Poster presented at the International conference 'Healthy Aging'. Rotterdam, March 18-20

Dekker, J.: Effect van oefentherapie bij patiënten met RA en OA: een overzicht. Lezing gehouden op refereeravond Reumatologen Randstad. Utrecht, 22 Maart 1993

en op: Bijeenkomst werkgroep SWORA. Utrecht, 11 juni 1993

en op: Jaarcongres Fysiotherapie, Den Haag, 12 november 1993

Dekker, J.: Exercise therapy in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a review. Paper presented at the 12th World Congress of Psychosomatic Medicine. Bern, Zwitserland, september 1993

Delnoij, D.: GP's Income Trends in Western Europe: 1975-1990. Paper presented at the 5th European Health Services Conference. Maastricht, 17-18 december 1993

Delnoij, D.: Theoriegestuurd onderzoek in de gezondheidszorg: de invloed van institutionele structuren op het handelen van artsen. Voordracht. Utrecht, 30 maart 1993

Donker, G.: Comorbidity in migraine/severe headache. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Donker, G.: Determinants of visits to a family physician in patients with migraine/severe headache. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Feltz-Cornelis, C.M. van der, F.J. Huyse, D. Wijkkel, D.H. Collijn, P. Verhaak: Feasibility of Psychiatric Consultation of Somatizing Patients in General Practice. Poster presented at the Symposium of the World Psychiatric Asso-

ciation, Section of Epidemiology and Community Psychiatry. Groningen, 1-3 september 1993

Foets, M.: The severity of chronic diseases: an approach according to different criteria. Lezing gehouden op het Internationale Congres 'Chronic diseases and changing care patterns in an ageing society'. Amsterdam, 9-11 juni 1993

Friele, R.D., J.J. Knibbe: Using patient lifters in home care: monitoring the nurses's attitudes. Voordracht gehouden op de Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Friele, R.D.: Cliënten van RIAGG en AMW. Inleiding op de invitational conference AMW-RIAGG. Utrecht: 29 april 1993

Friele, R.D.: Gefaseerde voedingsvoorlichting bij diabetes mellitus. Inleiding voor werkgroep van diëtisten werkzaam in academische ziekenhuizen, 9 maart 1993

Friele, R.D.: Inleiding over de afstemming RIAGG en AMW en het beloop van de problematiek van cliënten van het AMW voor de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam, 26 januari 1993

Friele, R.D.: Strategies for implementing dietary guidelines for diabetes. Invited speech 11th International symposium on diabetes and nutrition. EASD, Glasgow, July 1-3 1993

Friele, R.D.: Thuiszorgtechnologie. Lezing tijdens mini-conferentie 'Thuiszorg-technologie' van het Ministerie van WVC, 25 augustus 1993

Groenewegen, P.P. De huisarts als budgethouder. Lezing gehouden op Jaarvergadering van de Regionale Huisartsenvereniging Almere, 19 november 1993

Groenewegen, P.P., M. Koster, J. Dekker. Professional autonomy and market control of paramedical professions: a comparison of four European countries. Paper presented at the 5th European Health Services Conference. Maastricht, 16-18 december 1993

Groenewegen, P.P.: De gezondheidszorg in Almere: ruimte voor een nieuwe experimentele fase? Lezing gehouden op symposium 'Almeerse gezondheidszorg op de onderzoekstafel'. Almere, 29 september 1993

Groenewegen, P.P.: Hulpverleners in de gezondheidszorg; een bedreigde soort? Lezing gehouden op symposium 'Daar word ik ziek van'. Tiel, Ziekenhuis Rivierenland, 4 november 1993

Hendriks, H.J.M.: De effecten van het CFO: een beschrijving van de resultaten. Voordracht gehouden op het Jaarcongres Fysiotherapie. Den Haag, 12 en 13 november 1993

Höppener, P., L. Stokx: 'Why do GPs refer patients for laboratory tests?'. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Hutten, J.B.F.: Diagnosis of urinary tract infections in Dutch general practice: the use of urinary test-strips and urinary sediment. Poster gepresenteerd op het WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Jabaaïj, L. Voordracht over het werk van de verloskundigen voor Verloskundigen-kring Amsterdam, 17 juni 1993

Jansen, P.G.M.: Criteria voor complexiteit van de verpleegsituatie binnen de wijkverpleging. Lezing gehouden op 11e Gezondheidszorgonderzoeksdag. Nijmegen, 10 december 1993

Jansen, P.G.M.: Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg: consequenties voor het onderwijs. Gastcollege Master of Science Degree in Nursing, Hogeschool Midden-Nederland. Utrecht, 12 maart 1993

Jansen, P.G.M.: Levels of expertise in community nursing and co-operation with home help agencies. Voordracht gehouden op de Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Jansen, P.G.M.: Onderscheid in deskundigheid. Lezing gehouden op het symposium 'Functiedifferentiatie in de Thuiszorg' georganiseerd door de sectie MGZ van NU'91. Utrecht, 1 maart 1993

Kaptein, M., L. Meeuwesen, J.B. Bensing: Huisarts-kind communicatie: een longitudinaal onderzoek naar gesprekspatronen. Lezing gehouden op de Conferentie Interactie Analytisch Onderzoek (CIAO). Universiteit Utrecht, 12 mei 1993

Kerkstra, A., F. Beemster: The quality of first home visit to mothers with newborn infants by community nurses. The Quality of First Home Visits to mothers with newborn infants by community nurses. Poster presented at the

First International Conference on Community Health Nursing Research. Edmonton, Canada, 26-29 September 1993

Kerkstra, A.: Community Nursing in the Netherlands: recent developments. Seminar at the University of Liverpool, 8 juni 1993

Kerkstra, A.: Horizontale functiedifferentiatie in de thuiszorg. Lezing gehouden op het symposium 'Functiedifferentiatie in de Thuiszorg' georganiseerd door de sectie MGZ van NU'91. Utrecht, 1 maart 1993

Kerkstra, A.: International Comparison on Home Nursing. Keynote speech at the Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Kerssens, J.J., Yperen, E.M. van: Patient's evaluation of dietetic care. Paper presented at the 10th International Conference on Quality Assurance in Health Care. Maastricht, 20-23 juni 1993

Kerssens, J.J.: Instrumentarium voor het meten van patiënten satisfactie. Lezing gehouden op de conferentie 'Kwaliteitsbeoordeling door Patiëntenraadpleging'. Maarssen, 25 en 26 mei 1993

Kerssens J.J.: Samenwerking tussen fysiotherapeut en arts. Lezing gehouden op het Jaarcongres Fysiotherapie. Den Haag, 12 en 13 november 1993

Kersten, J., R.D. Friele, J.J. Knibbe: Het patiëntenperspectief: een tillift in huis. Voordracht gehouden tijdens 2e SWV-congres. Groningen, 30 oktober 1993

Klaassen, J.W.M., M. Dijkshoorn, J.J. Knibbe: A need to change care patterns: prevention of back problems. Poster gepresenteerd op het Internationale Congres 'Chronic diseases and changing care patterns in an ageing society'. Amsterdam, 9-11 juni 1993

Knibbe, J.J., R.D. Friele: Identifying the risk profile of physical stress causing back pain in community nurses. Voordracht gehouden op de Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Knibbe, J.J., R.D. Friele: Back pain in nurses working in home care. Poster gepresenteerd op de Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Koorevaar, C.Th., M.A. Bruijnzeels, J.C. van der Wouden, E. van der Does, J. van der Velden, L.W.A. van Suijlekom-Smit. Patients suspect of meningitis. A study in general practice. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Kramer, K.H., A. Derksen, A. Kerkstra, F. Stevens, J. van der Zee: Comparison of community nursing care in The Netherlands, Belgium and Germany. Voordracht gehouden op de Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Meeuwesen, L., J.M. Bensing, M. Kaptein: Physician-parent-child communication over the years: an interactional analysis. Lezing gehouden op WONCA conferentie 'Quality in General Practice'. Den Haag, 13-17 juni 1993

Meeuwesen, L., M. Kaptein, J.M. Bensing: Physician-child communication over the years. Presentation at the Sixth International Congress on Language and Children. Italië, Universiteit van Triest, 24 juli 1993

Meijer, W.J., L. Hingstman, B. Kamp: The midwife obstetrical collaboration groups in the Netherlands. Paper presented at the 23rd International Congress of the International Confederation of Midwives. Vancouver, Canada, May 9-14, 1993

Meijer, W.J., P.G.M. Jansen: Splitsing van thuiskraamzorg en verpleging en verzorging niet zonder meer mogelijk. Voordracht gehouden tijdens de 11e Gezondheidszorgonderzoeksdagen. Nijmegen, 10 december 1993

Meijer, W.J.: Evaluation of a quality assurance program in obstetrical health care. Paper presented at the 10th International Conference on Quality Assurance in Health Care. Maastricht, 20-23 juni 1993

Meijer, W.J.: Het NIVEL-onderzoek naar de voorgestelde splitsing van de thuiskraamzorg. Voordracht gehouden voor kraamverzorgenden en leidinggevenden, georganiseerd door de Ondernemingsraad van de Stichting Thuiskraamzorg Utrecht, 11 november 1993

Moons, M., J.H. Biewenga, A. Kerkstra: Home care for patients with AIDS: an experiment with specialized nursing care at home. Voordracht gehouden op de Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Nusselder, W.: The contribution of specific chronic conditions to healthy life expectancy. Lezing gehouden op het Internationale Congres 'Chronic diseases and changing care patterns in an ageing society'. Amsterdam, 9-11 juni 1993

Paas, G.: Onderzoek naar effectiviteit van dieetvoorlichtings-methoden. Consequenties voor de diëtist. Lezing voor free-lance diëtisten van de NHS, 26 november 1993

Paas, G.: Resultaten van het onderzoek naar effectiviteit van dieetvoorlichtings-methoden, gebruikt bij patiënten met hypercholesterolemie. Lezing voor medewerkers afd. voeding van het VoVo. Den Haag, 20 december 1993

Schellevis, F.: Comorbidity of chronic diseases in General Practice. Lezing gehouden op het Internationale Congres 'Chronic diseases and changing care patterns in an ageing society'. Amsterdam, 9-11 juni 1993

Sixma, H. D. van Dierendonck: Het voorkomen van burnout bij huisartsen. Cursusmiddag voor huisartsopleiders van de VU-Amsterdam. Amsterdam, 9 februari 1993 en 23 november 1993

Sixma, H., D.H. de Bakker: The structural planning of health care facilities; a case description of the Almere Health care experiment. Poster presented at the 5th European Health Services Conference. Maastricht, 16-18 december 1993

Sixma, H. Limiting health care expenditures by strengthening primary care institutions. Paper presented at the 5th European Health Services Conference. Maastricht, 16-18 december 1993

Sixma, H.: Burnout bij (vrouwelijke) huisartsen. Voordracht ten behoeve van Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen, afd. Rotterdam, 25-2-1993

Sixma, H.: Het experiment Gezondheidszorg Almere; enkele resultaten uit tien jaar evaluatie-onderzoek. Lezing bij de presentatie van het eindrapport Experiment Gezondheidszorg Almere. Almere, 29 september 1993

Sixma, H.: Het voorkomen van burnout. Voordracht tijdens nascholingsdag voor huisartsen van WDH-Enschede. Hengelo, 25 juni 1993

Sixma, H.: Huisarts en burnout; regionale verschillen en mogelijkheden tot preventie. Voordracht voor KNMG-afd. Drenthe. Assen, 4 november 1993

Sixma, H.: Opgebrand; de onvermijdelijke eindfase van een roeping?. Cursus gegeven voor opleiding "Huisarts opleiders", Vakgroep HVG-VU. Amsterdam, 9-2-1993

Sluijs E.M., D.H. de Bakker, J. Dekker. The evolution of quality system elements in physiotherapy. Lezing gehouden op de International Conference on Quality Assurance in Physiotherapy. Valkenburg, 24-25 juni 1993

Sluijs, E.M. De mogelijkheden en de taak van de klinisch psycholoog in de kwaliteitsprojecten. Gastcollege. Utrecht, Post Doctoraal Onderwijs Klinische Psychologie, Centrale RINO groep, 26 november 1993

Sluijs, E.M. Fysiotherapeuten en therapietrouw van patiënten. Gastcollege. Utrecht, Hogeschool Midden-Nederland, Academie voor Fysiotherapie, 12 november 1993

Sluijs, E.M. Gastcollege Medische fitness en therapietrouw. Post HBO cursus Medische Fitness voor fysiotherapeuten. Hogeschool Midden Nederland, Academie voor Fysiotherapie, De Uithof, Utrecht, 29-1-1993

Sluijs, E.M. Therapietrouw in de fysiotherapie. Gastcollege. Utrecht, Hogeschool Midden-Nederland, Academy voor Fysiotherapie; 8 november 1993

Sluijs, E.M.: Lange termijn therapietrouw. Lezing voor Post HBO cursus Medische Fitness. Utrecht, Hogeschool Midden-Nederland, 19 november 1993

Sluijs, E.M.: Preventie: blijft de patiënte de therapie trouw? Voordracht gehouden op het Jaarcongres Fysiotherapie. Den Haag, 12 en 13 november 1993

Sluijs, E.M.: Stimuleert de fysiotherapeut de therapietrouw van de patiënt voldoende? Lezing. Purmerend, Waterland Ziekenhuis, 30 november 1993

Sluijs, E.M.: Therapietrouw, een zaak van de fysiotherapeut? Lezing voor de Regionale Vereniging Fysiotherapie. Helmond, Ziekenhuis Elkerliek, 7 december 1993

Stokx, L.J., D.H. de Bakker, G.A. Jansen, A. Kerkstra: De rol van de huisarts bij verzorgingstehuisbewoners en zelfstandig wonende ouderen. Lezing gehouden tijdens het Gerontologisch Congres 'Ouder worden'. Rotterdam, 18-19 november 1993

Tijhuis, M.A.R.: Network duration and personal networks. Lezing gehouden op het Internationale Congres 'Chronic diseases and changing care patterns in an ageing society'. Amsterdam, 9-11 juni 1993

Valk, R. van der, J. Dekker, M. van Baar: Physical therapy and home care. Lezing gehouden op het Internationale Congres 'Chronic diseases and changing care patterns in an ageing society'. Amsterdam, 9-11 juni 1993

Valk, R.W.A. van der: De fysiotherapeutische behandeling van patiënten met rugklachten. Voordracht gehouden op het Jaarcongres Fysiotherapie. Den Haag, 12 en 13 november 1993

Veer, A. de, P. Peters, D.H. de Bakker: Vernieuwingen in de ouderenzorg. Poster gepresenteerd tijdens het congres 'Ouder Worden', Rotterdam

Veer, A. de, D.H. de Bakker: Quality of home care for non-institutionalized chronically ill elderly people. Lezing gehouden op het Internationale Congres 'Chronic diseases and changing care patterns in an ageing society'. Amsterdam, 9-11 juni 1993

Veer, A. de, P. Peters, D.H. de Bakker: Vernieuwingen in de ouderenzorg. Lezing gehouden op IWZ-symposium, 17 maart 1993

Veer, A. de, D.H. de Bakker: Responsiveness of health care provision to changes in health care needs of chronically ill elderly patients. Paper presented at the 5th European Health Services Conference. Maastricht, 16-18 december 1993

Veer, A. de: Vernieuwingen in de gezondheidszorg. Gastcollege, vakgroep Beleid en Management in de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, Rotterdam, november 1993

Velden, J. van der: Morbidity in general practice: the narrow edge between epidemiology and health services research. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Velden, J. van der: De huisarts in de grote stad in internationaal perspectief. Voordracht tijdens LHV studiedag. Heelsum, maart 1993

Velden, J. van der: Naar een landelijk informatienetwerk huisartsenzorg. Kwaliteit van Zorg in de huisartsgeneeskunde. Lezing voor de Stichting Domus Medica Krupitsa. Markelo, augustus 1993

Velden, J. van der. LINH. Lezing EMD-dag. Ede, oktober 1993

Verburgh, M., M.A. Bruijnzeels, L.W.A. van Sujlekom-Smit, J. van der Velden, J.C. van der Wouden. The child with fever in general practice. Poster gepresenteerd op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Verhaak P.F.M.: Determinants for the help-seeking process, Goldberg and Huxley's first filter. Lezing gehouden op FIEP congres 'Epidemiology in psychiatry and mental health'. Lissabon, 16 april 1993

Verhaak P.F.M.: Symptoms presented by psychologically disturbed patients: what might a GP expect? Lezing gehouden op WONCA-symposium 'Primary care and Psychiatry', Den Haag 14 juni 1993

Verhaak P.F.M.: Accuracy of general practitioners in recognizing mental illness. Lezing gehouden op congres World Psychiatric Association, section Epidemiology. Groningen, 1-3 september 1993

Verheij, R.A., A. Kerkstra: Community Nursing in Europe: Common concerns, common solutions? Keynote speech at the Conference 'Good Practice in Community Nursing'. Manchester, 12 mei 1993

Verheij, R.A., W. Caris-Verhallen, A. Kerkstra: Integratie kruiswerk en gezinsverzorging: evaluatie van een aantal experimenten. Lezing gehouden tijdens het 2e SWV-congres. Groningen, 30 oktober 1993

Verheij, R.A.: Integratie Kruiswerk en Gezinsverzorging. Lezing gehouden tijdens de studiedag 'Nieuwe vormen van indicatiestelling voor thuiszorg en ouderenzorg' in het kader van het Post Academisch Onderwijs Algemene Gezondheidszorg. Utrecht, 14 december 1993

Vliet, I. van, A. Kerkstra, N. Mosterd: Legal competence and the educational system of community nurses in Belgium, Germany and The Netherlands. Voordracht gehouden op de Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Waal, M. de: Disorders of stomach function in general practice: interdoctor variation. Lezing gehouden op WONCA/SIMG congres. Den Haag, 13-17 juni 1993

Wiegers, T.A., A. Kerkstra: The quality of nursing reports on asthma home visits. Voordracht gehouden op de Second International Conference on Community Nursing. 's-Hertogenbosch, 1-2 april 1993

Wiegers, T.A., G.A.H. Berghs: The choice of home or hospital birth in the Netherlands: the midwife and her practice. Paper presented at the 23rd International Congress of the International Confederation of Midwives. Vancouver, Canada, May 9-14, 1993

Zee, J. van der: Verpleeghuizen en eerstelijns. Voordracht gehouden op het symposium 'Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen'. Utrecht, 21 januari 1993

Zuijderduin, W.: Podiatric practice in the Netherlands; the relationship between diagnosis and interventions. Lezing gehouden op 3rd European and 1st World Congress of Podiatry; Brighton, U.K., 8-12 oktober 1993

8. LIJST VAN MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER 1993

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
LEIDING					
Bensing Mw. Prof.Dr. J.M.	Directeur (externe zaken)	01-01	31-03	38,0	0,25
		01-04	31-12	18,0	0,35
	(Hoogleraar Univ. Utrecht)	01-04	31-12	20,0	0,40
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 Wetensch. Onderzoek	01-01	30-06	38,0	0,50
	Hoofd Onderzoeksafdeling 1	01-07	31-12	38,0	0,50
Verhaak Dr. P.F.M.	Adj.-hoofd Wetensch.Onderz.	01-01	30-06	38,0	0,50
	Hoofd Onderzoeksafdeling 2	01-07	31-12	38,0	0,50
STAF- EN SECRETARIAATSFUNCTIES					
Bosman Mw.Ir. J.M.	Directie-secretaris	01-01	31-12	30,0	0,79
Hoopan Drs. A.J. ten	Adviseur Informatica	01-01	31-12	16,0	0,42
Taes Mw. Dr. C.G.J.	Wetenschappelijk Assistent	15-11	31-12	24,0	0,08
Gloerich Drs. A.B.M.	Wetenschappelijk Assistent	01-01	28-02	38,0	0,16
Hutten Drs. J.B.F.	Wetenschappelijk Assistent	01-12	31-12	32,0	0,07
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	01-01	31-12	8,0	0,21
Leeuwen Mw. M. van	Medew. Secretariaat Directeur	01-01	31-12	30,4	0,80
	Medew. Secretariaat				
Notenboom Mw. S.F.	(Adj.-) Hoofd W.O.	01-01	31-12	16,0	0,42
	Idem	01-01	31-12	21,5	0,57
Zoer Mw. E.	Medew. Secretariaat				
Brouwer Mw. M.W.	Bestuur/Archief	01-01	31-12	19,0	0,50
ONDERZOEKSAFDELING 1					
Groenewegen Prof.Dr. P.P.	Hoofd afdeling 1				
Bakker Dr. D.H. de	Adjunct-hoofd afdeling 1				
Meulen Mw. M.A.M. van der	Medew. Secretariaat	01-01	31-12	30,0	0,79
Karamat Ali Mw. I.M.	Medew. secretariaat	01-01	31-12	32,0	0,84
Velthuis Mw. J.L.	Medew. Secretariaat.	01-01	31-12	32,0	0,84
Wiegens Mw. R.P.	Medew. Secretariaat	01-02	31-12	16,0	0,39
Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg					
Zee Prof.Dr. J. van der	Projectleider				
Groenewegen Prof.Dr. P.P.	Projectleider				
Kroneman Mw. Ir. M.W.	Ass-onderz.in opleiding	01-09	31-12	17,6	0,15

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ		
		Begin	Einde	tijd		
European Study on Task Profiles of GP's:						
Boerma Drs. W.G.W.	Onderzoeker	01-01	31-12	22,0	0,58	
Internationaal Documentatiecentrum:						
Boerma Drs. W.G.W.	Onderzoeker	01-01	31-12	16,0	0,42	
Themagebied Relatie tussen eerste en tweedelijns gezondheidszorg						
Structuur en financiering:						
Delnoy Mw.Drs. D.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00	
Thema Verloskunde						
Meijer W.J., arts	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00	
Evaluatie experimenten verloskundige samenwerkingsverbanden:						
Meijer W.J., arts	Projectleider					
Veer Mw.Dr. A.J.E. de	Onderzoeker	01-10	31-12	24,0	0,16	
Kamp Mw. Drs. B.S.	Ass-onderzoeker	01-01	03-09	38,0	0,67	
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	31-12	1,4	0,04	
Het werk van de Verloskundige:						
Jabaaij Mw.Dr. L.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00	
Winckers Drs. M.L.J.J.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00	
Onderzoek naar de effecten van de voorgestelde splitsing van de thuiskraamzorg:						
Jansen Drs. P.G.M.	Onderzoeker	15-02	31-05	34,5	0,26	
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	01-01	03-02	38,0	0,09	
Registratie Innovatieve projecten en Innovatieprojecten en kwaliteit van zorg (NWO):						
Peters Drs. P.S.H.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	32,0	0,84	
Groot Mw. R. de	Administratief medew.	01-02	31-12	24,0	0,58	
Evaluatie Gezondheidszorg Almere:						
Sixma Drs. H.J.M.	Onderzoeker	01-01	30-06	38,0	0,50	
		01-07	30-09	30,4	0,20	
Inventarisatie van kwaliteit-systemen in de zorg-sector:						
Sluijs Mw.Dr. E.M.	Onderzoeker					

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Registratie en onderzoek van samenwerkingsverbanden:					
Veer Mw.Dr. A.J.E. de	Onderzoeker	01-01	30-09	32,0	0,63
		01-10	31-12	8,0	0,05
Themagebied Vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk					
Velden J. van der, arts	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Foets Mw.Dr. M.M.E.	Projectleider	01-01	30-06	38,0	0,50
Abrahamse H.P.H.	Ass.-Onderzoeker	01-01	30-04	38,0	0,33
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
Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg:					
Stokx L.J., arts	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Snellenberg J.N.H.M. van	Systeem/Data-beheerder	01-01	31-12	22,0	0,58
Sociale Netwerken en gezondheid:					
Tijhuis Mw.Drs. M.A.R.	Onderzoeker	01-01	31-08	38,0	0,67
Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen:					
Kooiker Drs. S.E.	Onderzoeker	01-01	31-08	38,0	0,67
Maag/darm-aandoeningen en huisarts:					
Waal Mw.Drs.M.W.M. de	Onderzoeker	01-01	30-06	38,0	0,50
Gezonde levensverwachting:					
Nusselder Mw. Drs. W.J.	Onderzoeker	01-01	28-02	38,0	0,16
		01-03	30-04	8,0	0,04
Gezondheid en sociaal-economische status:					
Velden J. van der, arts	Onderzoeker				
Abrahamse H.P.H.	Ass.-Onderzoeker	01-06	31-12	19,0	0,29
Geografische variatie in ziekten en medische consumptie:					
Jansen Drs. P.G.M.	Onderzoeker	01-09	31-12	19,0	0,17
Themagebied Extramuraal verpleging					
Kerkstra Mw.Dr. A.	Projectleider	01-01	31-12	32,0	0,84
Jansen Drs. P.G.M.	Wetenschappelijk assistent	01-01	18-09	38,0	0,72
Bakker Drs. R.H.C.	Wetenschappelijk assistent	04-10	31-12	38,0	0,24
Functie-differentiatie in de Thuiszorg II:					
Jansen Drs. P.G.M.	Onderzoeker	02-07	31-12	38,0	0,50

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Evaluate Intergratie Kruiswerk Gezinsverzorging:					
Verheij Drs. R.A.	Onderzoeker	01-01	31-07	36,0	0,63
Caris-Verhallen Mw. W.	Ass.-onderzoeker	01-01	31-07	24,0	0,37
Themagebied Thuiszorgtechnologie					
Friele Dr.Ir. R.D.	Projectleider	01-01	31-12	32,0	0,84
Beemster Drs F.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-12	32,0	0,84
Tillen in de thuiszorg:					
Knibbe Mw. Drs. J.J.	Onderzoeker	01-01	31-12	16,0	0,42
Kersten Drs. J.W.E.T.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-05	32,0	0,35
		02-07	01-12	32,0	0,35
ONDERZOEKSAFDELING 2					
Verhaak Dr. P.F.M.	Hoofd afdeling 2				
Dekker Dr. J.	Adjunct hoofd afdeling 2				
Sluijs Mw.Dr. E.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Kamphuys Mw. B.M.	Medew. secretariaat	01-01	31-12	38,0	1,00
Geelkerken Mw. M. van	Medew. secretariaat	01-01	31-12	31,7	0,83
Themagebied Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg					
Verhaak Dr. P.F.M.	Projectleider				
Bruijtel Drs. F.J.	Ass.-Onderzoeker video- theekbeheerder	01-01	30-09	32,0	0,63
		01-11	31-12	32,0	0,14
Kruijdsdijk R.A.J.T. van	Ass. Video-renovatie	16-08	31-12	38,0	0,38
Kaptein Mw. M.	Observator	01-01	31-07	10,0	0,15
Brilstra Mw. E.H.	Observator	01-02	31-08	11,0	0,17
Evaluatie effectiviteit van dieetvoorlichting cholesterol-serum folder:					
Friele Dr.Ir. R.D.	Onderzoeker				
Paas Mw. Drs. G.R.A.	Onderzoeker	01-01	31-10	38,0	0,83
Consultatieve psychiatrie in de huisartspraktijk:					
Collijn Mw.Dr. T.H.	Onderzoeker	01-01	30-11	34,0	0,83
Het beloop en behandeling van psychosociale problemen: verschillen tussen huisartsen:					
Pasch Mw. Drs. M. van der	Onderzoeker	01-07	31-08	32,0	0,14
De huisartsenzorg in vrouwengezondheidscentrum 'Aletta':					
Brink-Muinen Mw.Drs.A.v.den	Onderzoeker	01-01	31-12	32,0	0,84
Caris-Verhallen Mw. W.	Ass.-onderzoeker	01-09	31-12	24,0	0,21
Kaptein Mw. M.	Ass.-Onderzoeker	01-09	31-12	10,0	0,09

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Themagebied Volume- en functieaanbod					
Hingstman Dr. L.	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Pool Drs. J.B.	Onderzoeker	01-01	31-03	38,0	0,25
Harmen Drs. J.	Ass.-Onderzoeker	01-04	31-12	38,0	0,75
Bie-Vos Mw. T.A. de	Coordinator	01-01	31-12	24,0	0,63
Fontein Mw. E.	Administratief medew.	01-01	31-03	37,5	0,24
Groot Mw. R. de	Administratief medew.	01-02	31-12	14,0	0,34
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
Positie van vrouwen in besturen van gezondheidszorginstellingen:					
Risseeuw Mw. Drs. I.	Onderzoeker	04-11	31-12	32,0	0,13
Themagebied Paramedische Beroepen					
Dekker Dr. J.	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extra-murale fysiotherapie:					
Baar Mw.Drs. M.E. van	Onderzoeker	01-01	30-11	38,0	0,92
		01-12	31-12	7,6	0,02
Valk Drs. R.W.A. van der	Onderzoeker	01-01	31-12	26,0	0,69
Abrahamse H.P.H.	Ass.-Onderzoeker	01-06	31-12	19,0	0,29
Groot Mw. R. de	Administratief medew.	01-01	31-01	38,0	0,08
Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podo- en ergotherapie II:					
Driessen Mw.Drs. M.J.A.	Onderzoeker	01-01	15-10	22,8	0,47
		16-11	31-12	22,8	0,08
Zuiderduin Drs. W.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg:					
Raaijmaekers Mw.Drs. M.F.	Onderzoeker	01-02	31-12	38,0	0,92
Consultatief Fysiotherapeutisch Overleg:					
Hendriks Drs. H.J.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	16,0	0,42
Ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie:					
Heugten, Mw. Drs. C.M. van	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie:					
Baar Mw.Drs. M.E. van	Onderzoeker	01-12	31-12	30,4	0,07
Bijl D., arts	Arts/Onderzoeker	01-12	31-12	7,6	0,02
Themagebied Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn					
Peters Drs. L.	Projectleider	01-01	31-12	26,6	0,70
Foets Mw. Dr. M.M.E.	Projectleider	01-07	31-12	38,0	0,50

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
Moons Mw. Drs. M.A.W.	Onderzoeker	01-03	31-12	28,0	0,53
Consumentenpanel:					
Kerssens Dr. J.J.	Onderzoeker	01-01	31-12	32,0	0,84
Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers:					
Visser Drs. G.J.	Onderzoeker	01-01	31-12	8,0	0,21
Bootsma Mw. W.M.	Veldwerker	01-01	31-05	23,6	0,26
Kwaliteit van thuiszorg vanuit het patiëntenperspectief:					
Sixma Drs. H.J.M.	Onderzoeker	01-07	30-09	7,6	0,05
		01-10	31-12	30,4	0,20
Campen Drs. E.C.M. van	Ass.-Onderzoeker	01-08	31-12	32,0	0,35

ONDERZOEK ALGEMEEN

Storck P.W.A.	Systeem-analist	01-01	31-12	20,0	0,53
Snellenberg J.N.H.M. van	Systeem/Data-beheerder	01-01	31-12	16,0	0,42
Gravestein J.V.	research-medewerker	01-01	31-12	22,8	0,60
Boschman Mw. M.A.	research-medewerker	01-01	31-12	36,0	0,95
Duister Mw. M.H.	research-medewerker	01-01	31-12	38,0	1,00
Spreeuwenberg P.M.M.	research-medewerker	01-01	15-10	28,0	0,58
		16-11	31-12	28,0	0,09
Hermans Mw.Drs. I.M.J.	Ass.-onderzoeker	01-01	31-12	11,4	0,30

BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

Leeuw Mw.Drs. A.K. de	Coordinator	01-01	31-12	38,0	1,00
Berg Mw. R. van den	Bibliothecaris	01-01	30-06	22,8	0,30
		01-07	31-12	24,0	0,32
Heijden Drs.P.M.J.R.van der	Plv. Bibliothecaris/				
	Documentalist	01-01	31-12	32,0	0,84
Boeringa F.H.	Documentalist	01-01	31-12	30,0	0,79
Mulder P.	Documentalist	01-01	11-01	38,0	0,03
Campen Drs. E.C.M. van	Documentalist Cont. van Zorg	01-01	30-06	23,0	0,30
Bleijerveld P.P.	Medewerker bibl./doc.	01-01	08-07	38,0	0,52
Zijthoff P ten	Medewerker bibl./doc.	05-07	31-12	38,0	0,49
Verheul Mw. N.E.M.	Medew. Secretariaat	01-01	30-06	36,0	0,47
		01-07	31-12	32,0	0,42
Registratie Wetenschappelijk Onderzoek:					
Loo Mw. M.E. van	Administratief medew.	01-01	30-06	20,0	0,26
		01-07	31-12	24,0	0,32

Naam:	Functie:	Periode		Werk- FTEQ	
		Begin	Einde	tijd	
ALGEMENE DIENST					
Kerkhof Mw. J.D.M.	Medew. Personeels- en Algemene Zaken	01-01	31-12	20,0	0,53
Schinkel Mw. E.E.	Ass. Personeels- en Algemene Zaken	01-01	31-12	7,8	0,20
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	32,0	0,84
Muller B.H.J.	Beheerder	01-01	31-01	36,0	0,08
Kraus Drs. E.	Beheerder	16-02	28-02	16,0	0,01
	Beheerder	01-03	31-12	28,0	0,62
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
Goris 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
Drielinger Mw. C.Y.	Schoonmaker	01-01	31-07	14,0	0,21
Sijpenhof Mw. S.P.	Schoonmaker	13-09	31-12	10,0	0,08
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	01-01	31-12	21,5	0,57

9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIES IN HET JAAR 1993

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
VIRBAC diergeneesmiddelen	promotie-onderzoek toxocara	verzoek ingetrokken
WONCA Singapore	verspreiding Newsletter	alle adressen van huisartsen verzoek ingetrokken
Nederlands Huisartsen Genootschap	diverse mailings	adressen van alle huisartsen in Nederland
Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)	up to date houden van bestand	adressen van huisartsen
Universitair Huisarts Instituut Groningen	onderzoek naar discrepantie tussen theorie en praktijk	aselecte steekproef van 300 huisartsen
SIG zorginformatie	data dictionary	aantallen huisartsen en assistent huisartsen per WGR-subregio
Instituut voor Medische Statistiek Nederland	onderzoek over morbiditeit en (farmaco)-therapie	aantallen huisartsen per E.G.G. en per provincie
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie	mailing	adressen van alle huisartsen in Nederland
Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn	versturen Nieuwsbrief -	adressen van alle huisartsen in Nederland
Rijksuniversiteit Groningen Vakgroep Huisartsgeneeskunde	onderwijs, stageplaatsen	adressen van praktizerende huisartsen in de drie noordelijke provincies
Nederlands Huisartsen Genootschap	onderzoek en mailing	adressen van huisartsen in Nederland
Congrescommissie "Chronisch ziek, relatie en seksualiteit"	mailing	adressen van huisartspraktijken in Noord en Zuid-Holland en Utrecht

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
De heer M.G.G. Weijts, huisarts in opleiding	onderzoek in het kader van de opleiding tot huisarts	gestratificeerde steekproef onder Nederlandse huisartsen
Het Loo Erf	mailing	adressen van alle Nederlandse huisartsen
Academisch Ziekenhuis Nijmegen	onderzoek naar de prevalentie van CVS	adressen van praktizerende huisartsen
NIVEL	vergelijkend onderzoek	adressen van huisartsen in Nederland
Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit	LHV project implementatie toetsing	steekproef van 600 huisartsen verdeeld over de 23 DHV-districten
Landelijke Huisartsen Vereniging	deskundigheidsbevordering - verzending regionale nascholingsagenda	adressen van huisartsen in de regio
Mw A.W. Andriessen	mailing	adressen van alle verloskundige praktijken in Nederland
Dr. G.J. van Hoytema Stichting	mailing cursus "Immunologie en Infectieziekten"	adressen van zelfstandig gevestigde huisartsen in de vijf noordelijke provincies
Nederlands Huisartsen Genootschap	mailing NHG-Standaard	adressen van gevestigde huisartsen
Rijksuniversiteit Utrecht Vakgroep Huisartsgeneeskunde	praktijkstages voor medisch studenten	adressen van gevestigde huisartsen in de regio
Nijenrode University	mailing voor de cursus "management in de Gezondheidszorg"	adressen van gevestigde huisartsen
Academisch Ziekenhuis Utrecht	mailing voor het symposium "The Spine, movements all around"	adressen van huisartsen in de regio Utrecht verzoek ingetrokken

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Nederlands Huisartsen Genootschap	mailing "Thuiszorgtechnologie"	adressen van huisartsen
HVRC	up to date houden van bestand	adressen van nieuw gevestigde huisartsen en adressen van huisartsen die gestopt zijn met de praktijk
NIVEL project "Oefentherapie bij artrose"	onderzoek naar het effect van oefentherapie bij artrose	adressen van huisartsen en fysiotherapeuten in de verschillende regio
Bohn Stafleu Van Loghum	vergelijking lijsten abonnees voor "witte" gebieden	aantallen huisartsen per district op postcode
Regionale Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (RVVF)	contacten leggen tussen vrijgevestigde fysiotherapeuten	aantallen fysiotherapeuten op postcode in het Rijnmondgebied verzoek ingetrokken
STOGO	ten behoeve van de Rijksplannologische Dienst	aantallen huisartsen op postcode

TREFWOORDENINDEX

A

- Aandoeningen aan het bewegingsapparaat: 31-32, 36-39, 45-48, 50, 52-55, 62
- Aandoeningen aan het maagdarmkanaal: 48, 55, 59-60
- Aandoeningen aan het spijsverteringsstelsel: 55
- Aandoeningen aan het zenuwstelsel: 31, 36, 48-49
- Aandoeningen aan luchtwegen en longen: 28, 46-49, 51, 55, 57, 59-60, 62
- Acute aandoeningen: 28
 - acute bronchitis: 55
 - acute gastro-enteritis: 59-60
 - acute ongewone hoofdpijn: 59, 61
 - acute rugpijn: 33
 - acute tonsillitis: 51, 55
- Adl-training: 36
- Adspirant-huisartsen: 41
- Advisering door huisartsen: 53-54
- Afasie: 39
- Afstemming vraag en aanbod: 24, 63
 - zie ook: Flexibiliteit zorgaanbod
- Alleenstaanden: 55
- Allergieën: 55, 57
- Allochtonen. zie: Etnische groepen
- Almere-project: 17-19
- Alternatieve geneeswijzen en alternatieve genezers: 49, 52, 54
- Algemeen maatschappelijk werk: 20
- Anesthesisten: 25
- Angst: 29, 38, 52, 59, 62
- Angst voor aids: 59, 62
- Anticonceptie: 24-25, 51, 61
- Anticonceptiepil bij de drogist: 24-25
- Antibiotica: 51, 55
- Apotheken en apothekers: 24
- Apraxie: 39
- Arbeid en gezondheid: 39, 45, 47-49
 - zie ook: Sociaal economische situatie en gezondheid
- Arbeidsomstandigheden thuiszorg: 12-13
 - zie ook: Werkbelasting

Arbeidsongeschiktheid: 47-48, 54
Artrose: 38, 46, 53
Arts-assistenten: 52

B

Baarmoederhalskanker: 59, 61
Bechterew, ziekte van: 53
Bejegening: 13
Beloop van de ziekte: 47, 53
Benzodiazepines: 49, 51-53
Bereikbaarheid: 19
Beroepsgroepen en klachtenpatroon: 48-49
Beroepskrachtenplanning
 huisartsen: 41-42
 obstetricki en gynaecologen: 42
 paramedische beroepen: 34-35
Beroepsprofielen. zie: Taakprofielen
Beschikbaarheid: 24
Bevolkingsonderzoek: 61-62
Bewegingstherapie: 31
Bezoektrouw: 47
Bibliografieën: 63-64
Bibliotheek en documentatie: 63-65
Bije- of wespsteken: 59
Bijwerkingen van cosmetica: 59
Bijwerkingen van geneesmiddelen: 38
Binnensteden. zie: Stedelijke gebieden
Bloeddrukcontrole: 28
Bloedonderzoek: 62
Breuken: 30, 33
Bronchitis: 55
Budgetbeheer: 44-45
Buikklachten: 55
Burgerlijke staat: 27-28

C

CARA: 46, 55, 57
Carrièrekeuze huisartsen: 41
Cesar. zie: Oefentherapie Mensendieck en Cesar
Centrale meldpunten: 10
Certificatie: 21

Chirurgie en chirurgen: 37, 54
Chronische klachten en chronische patiënten: 19, 28, 38-39, 45-48, 53-57
Co-morbiditeit: 46-47
Commissie Modernisering Curatieve Zorg: 22-23
Commissie voor de Artsencursus Rotterdam: 42-43
Community nursing: 14, 63
Compliantie: 39, 47
Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek: 34
Consultatieve psychiatrie: 27-29
Consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters: 19
Consultduur. zie: Spreekuurgedrag
Consultfrequentie: 28, 47-48, 55
 zie ook: Medische consumptie
Consumentenpanel: 24-26
Continuïteit van de zorg: 24
 zie ook: Nazorg, Overdracht van zorg
Coördinatie van de zorg. zie: Zorgcoördinatie
Coping: 39, 55
CT-scan: 54

D

Dagverpleging: 18
Databases: 64-65
Deeltijdarbeid: 41-42
Defined Daily Dosis. zie: Standaarddosis geneesmiddelen
Denkbeeldige patiënten. zie: Papieren patiënten
Depressiviteit: 29, 51
Deskundigheid: 24
Deskundigheidsbevordering huisartsen: 42-44
Diabetes mellitus: 46, 57, 59
Diagnostiek: 23, 35-36, 46, 54
Diëtetiek en diëtisten: 17, 37-38
Dienstverband. zie: Praktijkvormen
Dienstverlenende sector en klachtenpatroon: 48
Drukkers: 48
Duopraktijken: 40, 42

E

Eczeem: 55
Eén-ouder-gezinnen: 55
Effect- en effectiviteitsmeting: 13, 26, 31, 33, 37-38, 57-58

EHBO: 19
Elleboogklachten: 53-55
Ergotherapie en ergotherapeuten: 30, 34-35
Etnische groepen: 55
Europa. zie: Gezondheidszorgsystemen
Externe visitatie: 5
Eurosentinel project: 62
Euthanasie: 62

F

Filtermodel van Goldberg en Huxley: 27
Fitheid: 38
Flexibiliteit zorgaanbod: 19-20
Functiegerichte zorg: 22
 zie ook: Samenwerking
Fundholding. zie: Budgetbeheer
Fysiotherapie en fysiotherapeuten: 17, 24-25, 30-34, 49, 54

G

Gastro-enteritis: 59-60
Geestelijke gezondheidszorg: 20, 27-29
Gehandicaptenzorg: 18, 20, 35
Geheugenstoornissen: 39
General Health Questionnaire: 27-28
Gezinsverzorging en gezinsverzorgenden: 9-11, 25
Gezondheidsbeleving: 27, 56-57
Gezondheidscentra: 17-20, 40, 42
Gezondheidsgedrag. zie: Leefstijl
Gezonde levensverwachting: 56-57
Gezondheidszorgsystemen
 almere: 17-19
 database: 64
 europa: 7-8
 groot-brittannië: 44
 oost-europa: 7
Griep. zie: Influenza(-achtige) aandoeningen
Groepspraktijken: 40, 42
Groot-Brittannië. zie: Gezondheidszorgsystemen
Grote-stadspraktijken. zie: Stedelijke gebieden
Gynaecologen: 14, 16, 25, 42

H

- Handklachten: 31, 53-54
- Hart- en vaatziekten: 46, 57, 59, 61
- Heilgymnastiek en heilgymnasten: 30
- Heupklachten: 46, 53-54
- HIV-antistoffen: 62
- Hoesten: 28, 55
- Homeopatische geneesmiddelen: 49, 52
- Hometeams: 17-18
- Honorering(ssystemen):
 - huisartsen: 8, 17, 23, 41, 44-45
 - paramedische broepen: 30
 - specialisten: 18
 - verloskundigen: 15
- Hoofdpijn en migraine: 28, 33, 50, 52, 58, 59, 61
- Hoofdverpleegkundigen: 16
- Hooikoorts: 57
- Huidklachten: 48, 55, 59
- Huisartsen en huisartsgeneeskundige zorg: 7-8, 14, 16-20, 22-24, 27-29, 31, 34, 36-37, 39-55, 58-62, 64
- Huisbezoeken van huisartsen: 7
- Huishoudelijke apparatuur: 12
- Huishoudassistenten: 12-13
- Huisschilders: 48
- Hulpvraag: 19, 22, 24-27, 63
 - zie ook: Medische consumptie
- Huwelijk: 55
- Hygiëne: 24
- Hypercholesterolemie: 37
- Hypertensie: 46-47, 50-51
- Hyperventilatie: 33

I

- Incidente klachten: 52-54, 59-60
- Indicatiestelling en risicoselectie: 9, 14, 16
- Industriegebieden: 42
- Influenza(-achtige) aandoeningen: 59-60, 62
- Informatieoverdracht
 - hulpverlener-patiënt. zie: Voorlichting
 - tussen hulpverleners. zie: Overdracht van zorg
- Injecties: 53-54

Inkomen. zie: Honorering(ssystemen)
Intake: 9-10, 12
Integratie wijkverpleging en gezinsverzorging: 9-10
Interdoktervariantie. zie: Verschillen in beroepsuitoefening huisartsen
Internationaal vergelijkend onderzoek: 7-8
Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps: 30, 35-37
Internisten: 37
Invloed huisartsen op specialisten: 44

J

Jicht: 53

K

Kalmeringsmiddelen. zie: Benzodiazepines
Kanker: 56-57, 59, 61
Keelonsteking: 51
Kinderen in de huisartspraktijk: 29-30, 52, 54-55
Klachtenpatronen beroepsgroepen, werkenden, werklozen en arbeidsongeschikten: 48
Knieklachten: 31-32, 46, 50-51, 53-54
Koorts: 55
Kosten, kostenbeheersing en -bewaking: 17, 19
Kostenknik: 23
Kraamverzorging en -verpleging: 14-16
Kwaliteit van de zorg: 17, 20-22, 24, 26
 database: 64
 diëtistische zorg:
 huisartsgeneeskundige zorg: 45-47
 paramedische beroepen: 34
 verloskundige zorg en kraamzorg: 16
Kwaliteit van het leven: 13, 56, 64

L

Laders en lossers: 48
Landelijke Vereniging Thuiszorg: 64-65
Lassers en plaatwerkers: 48
Leefstijl: 39, 55-56
Levensverwachting: 45, 56-57
Life events: 56

Logopedie en logopedisten: 30, 36

Loondienst

 fysiotherapeuten: 30

 specialisten: 18

Lyme ziekte: 61

M

Maatschappelijk werkenden: 17-19, 25

Machinereparateurs: 48

Mammografieën: 59, 61-62

Man-vrouwverschillen: 25, 27, 31, 49, 51-52, 61

Mantelzorg: 12, 20

Manuele therapie en manueel therapeuten: 31-32

Massage en masseurs: 30-33

Massamedia: 45, 58

Medicijnbewaking: 24

Medicijngebruik: 11

Medische consumptie: 8, 19, 23, 26-29, 47-48, 54-56, 58

 zie ook: Consultfrequentie

Medische technieken en technologie: 8, 56

Meermanspraktijken. zie: Praktijkvormen

Meetinstrumenten. zie: Onderzoeksmethoden en meetinstrumenten

Meningen en voorkeuren consumenten: 24-26

 zie ook: Patiëntensatisfactie

Mensendieck. zie: Oefentherapie Mensendieck en Cesar

Missie-uitbreiding Nivel: 5

Moeheid: 28, 36, 42, 50

Motorische stoornissen: 37

Myelografie: 54

N

Na- en bijscholing huisartsen: 42-44

Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen: 39, 45-58

Nekklachten: 33, 53-54

NHG: 7

NHG-standaarden: 45, 47

Nieuwe klachten. zie: Incidente klachten

O

Oefentherapie Mensendieck en Cesar: 30, 32-33, 36, 38, 54

Onderbeenklachten: 31

Onderhoudsmonteurs: 48
Ondersteuning van eerstelijns door imgz: 18
Onderwijzend personeel: 48
Onderzoeksmethoden en meetinstrumenten: 14, 26-27, 34, 49-51, 64
Oogklachten: 48
Oorklachten: 55
Oost-Europa. zie: Gezondheidszorgsystemen
Operaties: 54
Opleiding(scapaciteit) huisartsen: 40-42
Orthesen: 37
Orthopedisten: 37
Otitis media: 55
Ouderen(zorg): 18-19, 22, 33-34, 47, 63-64
Overdracht van zorg: 10-11, 32

P

Papieren patiënten: 49-51
Paramedische zorg en beroepen: 30-39
Part time werken. zie: Deeltijdarbeid
Patiëntgerichtheid: 22, 24
Patiëntenparticipatie: 11, 18, 22
Patiëntensatisfactie: 13, 19, 26
 zie ook: Meningeën en voorkeuren consumenten
Peilstations: 58-62
Peuters: 60
Pijn en pijnbestrijding: 28, 30-33, 36-38, 50, 52-53, 55, 58-59, 61
Pijnstillers: 53-54
Pilcontroles: 25, 51, 61
Platteland: 14, 17, 56, 59-60
Pneumonie: 49
Podotherapeutische zolen: 37
Podotherapie en podotherapeuten: 30, 37
Poliklinieken: 18, 25-26
Poliklinisch bevallen: 15
Polsklachten: 54-55
Praktijkassistenten: 51
Praktijkgrootte huisartsen: 8, 41
Praktijkvormen
 fysiotherapeuten: 30
 huisartsen: 19, 40-42
 verloskundigen: 14
Preventie en preventieve zorg: 23, 48

Prioriteiten in onderzoek: 13
Psychiatrische ziekenhuizen: 35
Psychiatrie en psychiaters: 27-29, 35
Psychische en psychosociale problemen: 20, 27-28, 30, 33-34, 36, 48, 50-52,
55
Psychologie: 39
Pubers: 55

R

Recertificatie: 63
Registratie
 continue morbiditeitsregistratie: 58-62
 fysiotherapie: 30
 gezondheidscentra: 17-19
 hometeams: 17-18
 innovatieve projecten: 21-22
 verloskundigen: 14-15
 wetenschappelijk onderzoek: 64-65
Relatie eerstelijns en ggz: 27-29
Religie: 56
Reumatoïde artritis: 38-39, 45, 53-54, 57
Revalidatiecentra: 35
Riagg's: 20
Risicoselectie. zie: Indicatiestelling en risicoselectie
Röntgen-onderzoek: 54
Rode hond: 55
Rugklachten
 hulpverleners: 12
 patiënten: 28, 30-33, 36, 53-54, 57

S

Samenwerking:
 elgz-imgz: 18, 22, 63
 gezondheidscentra: 17-18, 40
 hometeams: 17-18
 huisartsen en fysiotherapeuten: 31, 34
 verloskundigen en huisartsen/gynaecologen: 15-17
 wijkverpleging: 14
 ziekenhuis-consultatieve psychiatrische dienst: 29
Schouderklachten: 31, 33, 53-54
Screening: 61-62

Slaapproblemen: 50-52
Sociaal economische situatie en gezondheid: 39, 45, 55-56
Sociale netwerken en gezondheid: 45, 55-56
Sociale steun: 55-56
Solopraktijken: 19, 40-42
Somatiserende patiënten: 28-29
Specialisten: 15-18, 22-26, 28-32, 37, 42, 54-55
 zie ook: Ziekenhuiszorg en ziekenhuizen
Spierklachten: 31-33, 36, 47, 52, 53
Sportletsels: 59-60
Spreekuurgedrag: 26, 29-30
Spreiding huisartsen: 39
Standaarddosering geneesmiddelen: 49-50
Standaarden in de huisartspraktijk. zie: NHG-standaarden
Stedelijke gebieden: 11, 14, 17, 42, 52, 56, 59-62
Steunzolen: 53
Sterilisatie: 59, 61
Stotteren: 39
Stress: 52, 55
Substitutie: 17-18, 22, 27, 63
Suicide(pogingen): 59, 61-62

T

Taakprofielen
 gezinsverzorgenden: 10
 huisartsen: 7
 verloskundigen: 15-16
 wijkverpleegkundigen: 10
 wijkziekenverzorgenden: 10
Takenpakket. zie: Taakprofielen
Therapietrouw. zie: Compliance
Thesaurus Gezondheidszorg: 65
Thuisbevalling: 15
Thuiszorg: 9-23
Thuiszorgtechnologie: 9, 11-12
Tillen en tilliften: 9, 11-12
Toegankelijkheid: 19, 22
Tonsillitis: 51, 55
Trauma's: 55
Tweemanspraktijken. zie: Duopraktijken
Two tier system: 44

U

Uitstrijkjes: 61
Urethritis bij de man: 59
Urineweg-infecties: 47

V

Vaccinatie: 59-60
Vage klachten: 48, 51
Verloskundige zorg: 14-15
 huisartsen: 14
Verloskundigen: 14, 16-17
Verpleeghuisonderzoek: 13
Verpleeghuizen en verpleeghuiszorg: 13, 20, 35, 63
Verpleegkundigen: 25
 zie ook: Wijkverpleging en wijkziekenverzorging
Verschillen in beroepsuitoefening huisartsen: 31
Vervangende zorg: 13
Verwijzen: 15, 19, 23, 27, 31-32, 34, 36-37, 54-55
Verzorgenden: 25
 zie ook: Gezinsverzorging en gezinsverzorgenden
Verzorgingstehuizen: 13, 63
Vestigingsbeleid huisartsen: 41
Video-opnamen: 29
Vignetten. zie: Papieren patiënten
Visitatie, externe: 5
Voedingspatronen: 38
Voetklachten: 37, 53-54
Voorlichting: 24, 32, 37-38
Voorschrijven van geneesmiddelen: 19, 39, 45, 49-52, 55
Vrienden: 56
Vrouwelijke of mannelijke hulpverleners: 24-25
 fysiotherapeuten: 30
 huisartsen: 40-41

W

Wachtkamers: 24
Wachtlijsten: 9, 11
Wachttijden: 19, 24-26
Warmte/koude-therapie: 33
WAO. zie: Arbeidsongeschiktheid
Waterpokken: 55

Werkbelasting

huisartsen: 42

verloskundigen: 15

wijkverpleegkundigen: 11-13

Werkenden en werklozen: 48

Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen: 43-44

Wervelkolomklachten: 48

Wijkverpleging en wijkziekenverzorging: 9-12, 14, 17-19, 63

WONCA: 7

Wormen: 55

Wratten: 55

Z

Ziekenhuisopname en -ontslag: 24-26

Ziekenhuiszorg en ziekenhuizen: 17, 19, 20, 22-25, 35

zie ook: Specialisten

Ziekte van Bechterew: 53

Ziekte-episodes: 46

Ziekteverzuim: 11-12, 47, 54

Zorgcoördinatie: 9-10, 14, 19, 22

Zorgvernieuwing: 21-22

Zorgverzekering en zorgverzekeraars: 15, 23, 27, 31, 52

Zorgwijzer: 10-11

Zuigelingen: 60