

JAARBOEK NIVEL 1995

(waarin opgenomen het jaarverslag)



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

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Postadres : Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht

Bezoekadres : Drieharingstraat 6 - Utrecht

Telefoon : 030 - 2319946

Telefax : 030 - 2319290

INHOUD

1. INLEIDING	5
2. AFDELING ONDERZOEK	8
2.1 De huisartspraktijk	8
2.2 Verpleging en verzorging	15
2.3 Paramedische beroepen	22
2.4 Verloskundige zorg	28
2.5 Hulpvraag en hulpvrager	29
2.6 Samenhang en samenwerking in de gezondheidszorg	33
2.6.1 De relatie huisarts-specialist-ziekenhuis	33
2.6.2 De relatie eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg	36
2.6.3 Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg	37
2.7 Beroepen in de gezondheidszorg	41
2.8 Internationaal vergelijkend onderzoek	44
2.9 Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations	48
2.10 Overig onderzoek	51
3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE	54
4. OVERIGE ACTIVITEITEN	56
5. HET BESTUUR	58
6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)	60
7. LIJST VAN PUBLIKATIES	67
8. LIJST MET MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER	89
9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN	97

1. INLEIDING

Kwaliteit van zorg

Als 1995 een naam zou moeten krijgen dan is 'het jaar van de **kwaliteit**' het meest van toepassing.

Binnen het NWO-programma 'Kwaliteit-van-zorg-onderzoek' (inderdaad, afgekort tot KWAZO) werd aan het eind van het jaar een groot onderzoek afgesloten naar het meten van kwaliteit van zorg vanuit patiënten-perspectief, terwijl in samenwerking met de Rijksuniversiteit te Groningen en de Vrije Universiteit te Amsterdam een onderzoek naar het ontwikkelen van meetinstrumenten rond continuïteit van zorg in de thuiszorg voor chronisch zieken en gehandicapten van start ging.

De ontwikkeling van kwaliteitssystemen binnen alle instellingen van gezondheidszorg in Nederland werd door het NIVEL vijf jaar na de eerste kwaliteitsconferentie in Leidschendam onderzocht en op de tweede Leidschendamconferentie gepresenteerd. Er is de nodige voortgang geboekt (vijf jaar geleden was de term 'kwaliteitssysteem' alleen bij hobbyisten en gedrevenen bekend, nu is vrijwel elke instelling er serieus mee bezig), al is met name de systematische en structurele betrokkenheid van de cliënt bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen nog een achtergebleven onderwerp.

De afdeling bibliotheek en documentatie zorgde voor 'flankerend beleid' door alle literatuur over kwaliteit van zorg in een aparte database te verzamelen en te distribueren.

Tenslotte ging het op video-materiaal gebaseerde onderzoek naar communicatie tussen hulpverlener en patiënt gewoon dòòr, nu met onderzoek naar bejegening in de verpleging en verzorging. Met internisten, kinderartsen en gynaecologen werden afspraken gemaakt over het opnemen van video-materiaal over arts-patiënt communicatie in de polikliniek; een onderzoek dat een belangrijk onderdeel vormt van het onderzoekprogramma rond de uitbreiding van het onderzoeksterrein van het NIVEL naar de gehele (somatische) gezondheidszorg.

Kwaliteit van onderzoek

Het NIVEL neemt deel aan twee universitaire onderzoekscholen. De eerste (CARE: Extramurale Gezondheidszorg) is een samenwerkingsverband tussen de Rijksuniversiteit Limburg (o.a. vakgroepen Huisartsgeneeskunde, Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, Gezondheidsrecht, Beleid & Beheer), Het EMGO-(Extramurale Gezondheids Onderzoeks-)instituut van de Vrije Universiteit, de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (HSV) van de Katholieke Universiteit te Nijmegen en het

NIVEL (themagebieden huisartsenzorg, verpleging en verzorging, kwaliteit van zorg, paramedische zorg, huisarts/specialist/ziekenhuis, internationaal vergelijkend onderzoek).

De tweede onderzoeksschool 'Psychology and Health' is een samenwerkingsverband tussen de Universiteit van Utrecht (vakgroep Psychologie), de Rijksuniversiteit te Leiden, de Katholieke Universiteit Brabant (idem) en het NIVEL (hulpverlener-patiënt communicatie, relatie eerstelijns-GGZ).

Beide onderzoekscholen werden in 1995 door de KNAW (Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen) erkend.

Het NIVEL heeft met deze participatie zijn bindingen met de universitaire wereld versterkt. Het besluit om een bijzondere leerstoel rond paramedische zorg aan de Vrije Universiteit in te stellen geeft de versterking nog een extra impuls.

Positie NIVEL in 1995

Academisch wetenschappelijk onderzoek is echter niet NIVEL's primaire taak. Het NIVEL verricht toegepast en strategisch beleidsrelevant en beleidsonderbouwend onderzoek in de gezondheidszorg en heeft hierin een nationale taak, die tot uitdrukking komt in de opbouw van gegevensbestanden (databases) op nationaal niveau en nationale schaal.

Het NIVEL verricht gezondheids**zorg**onderzoek; dat wil zeggen onderzoek waarin de invloed van financiële en wettelijke randvoorwaarden op de relatie tussen vraag naar en aanbod van gezondheidszorg wordt bestudeerd. Uitkomstparameters zijn het gebruik en de kosten van zorg en (veranderingen in) het welzijn en de gezondheid van de bevolking. Het onderscheidt zich daarmee van de universiteiten (vooral fundamenteel en strategisch onderzoek) en van een instelling als het RIVM, dat eerder gezondheidsonderzoek dan gezondheids**zorg**onderzoek verricht. Voor gezondheids**zorg**onderzoek is namelijk een goede verankering in veld, beleid en wetenschap, zoals tot uiting komend in de gevarieerde samenstelling van het NIVEL-bestuur, van essentieel belang.

Met het verschijnen van het regeringsstandpunt op het eerste en derde deel van de door de Raad voor het Gezondheidsonderzoek (RGO) uitgevoerde Brede Analyse van het Gezondheidsonderzoek (ja, inderdaad, afgekort tot BAGO) is deze positie van de door het ministerie van VWS gesteunde buitenuniversitaire (en buiten-departementale) instituten als NIVEL en NcGv (Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid) nog eens bevestigd en dient in dat licht een nadere afbakening met het (tot het verrichten van gezondheidszorgonderzoek neigende) RIVM plaats te vinden.

De rol van het NIVEL in het ten behoeve van het (overheids-)beleid verrichte onderzoek is met de komst van de organisatie Zorg Onderzoek Nederland (ZON) veranderd. Was er tot dusver een korte en directe verbinding tussen

onderzoek en beleid; de komst van de ZON-organisatie heeft de verhoudingen in onderzoeksland complexer gemaakt.

Ten eerste omdat in de overgangssituatie de nieuwe organisatie nog concreet vorm moet krijgen en plannen moet ontwikkelen en ten tweede in verband met de indirecte relatie tussen de langzamerhand ontwikkelde onderzoeksprogramma's en het actuele beleid.

Het NIVEL ziet niet op tegen concurrentie op kwaliteit, maar ziet met enige bezorgdheid een discrepantie ontstaan tussen acute beleidsvragen, te beantwoorden door 'quick, cheap and dirty' onderzoek en de ongetwijfeld procedureel zeer zorgvuldige doch tamelijk tijdrovende procedures voor het overige gezondheidszorgonderzoek.

Overigens vindt in toenemende mate subsidiëring van onderzoek plaats met gelden van de Europese Commissie of andere Europese organen, zeker nu, onontkoombaar, gezondheidszorg doel van Europese regelgeving gaat worden.

Inhoud en werkwijze

De resultaten van onderzoek zijn ingedeeld volgens onderstaande onderwerpen:

- de huisartspraktijk
- verpleging en verzorging
- paramedische zorg
- verloskundige zorg
- hulpvraag en hulpvrager
- samenhang en samenwerking
 - waaronder huisarts/specialist/ziekenhuis, organisatie en kwaliteit van zorg en relatie eerste lijn/GGZ
- beroepen in de gezondheidszorg
- internationaal vergelijkend onderzoek

De gevonden resultaten zijn niet alleen afkomstig van in 1995 gepubliceerd onderzoek; sterker nog, veel wat in 1995 daadwerkelijk werd gepubliceerd is al veel eerder 'gevonden' (men denke aan de lange wachttijd voor internationale tijdschriften) en dus ook in het jaarverslag opgenomen, destijds. Het jaarverslag geeft resultaten 'heet van de naald'. Het criterium is dat ze intern in de onderzoekersvergadering besproken en getoetst zijn en dat ook een eventuele begeleidingscommissie op de hoogte is gesteld.

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

2. AFDELING ONDERZOEK

2.1 DE HUISARTSPRAKTIJK

In overeenstemming met de voorstellen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (de 'Commissie-Biesheuvel') wordt de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg versterkt. Huisartsen, overheid en verzekeraars - deelnemers aan de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg - hebben in 1995 afgesproken dat de huisarts een grotere rol gaat spelen in de acute medische zorg, minder patiënten zal verwijzen naar fysiotherapeuten en andere paramedici en eerder generieke preparaten zal voorschrijven dan merkgeneesmiddelen.

In het NIVEL-onderzoek naar de huisartsenpraktijk speelt de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk nog altijd een belangrijke rol. Daarnaast is in het afgelopen jaar onderzoek verricht met gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Aan dat netwerk, waarmee in de toekomst beleidsrelevante aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen in kaart gebracht kunnen worden, doen nu vijftig huisartsenpraktijken mee.

Huisartsenzorg in Aletta

Aletta, zo genoemd als hommage aan Aletta Jacobs, vestigde zich in 1980 in een statig herenhuis aan één van de Utrechtse singels. Begonnen als een door vrijwilligers gerund informatie- en documentatiecentrum, groeide het in vijftien jaar uit tot een landelijk centrum voor vrouwengezondheidszorg, met een eigen huisartsenpraktijk.

In een driejarig (promotie-)onderzoek is het doen en laten van de drie huisartsen van Aletta vergeleken met dat van vijftig mannelijke en vrouwelijke huisartsen in 21 (groeps)praktijken, die eerder hadden meegedaan aan de Nationale Studie. Het materiaal bestond uit een patiëntenquête, een registratie van alle ingeschreven patiënten en een drie maanden durende registratie van alle spreekuurcontacten. Ook werden in Aletta video-opnames gemaakt van spreekuurgesprekken, die vergeleken konden worden met soortgelijke opnames bij acht mannelijke en acht vrouwelijke collega's uit de controlegroep.

De praktijkpopulatie van Aletta is geen doorsnede van de stedelijke bevolking. Kort samengevat zijn de nu bij Aletta ingeschreven patiënten (voor 84 procent vrouwen) jong, hoog opgeleid, alleenstaand, werkend en zonder kinderen. 85

Procent van de vrouwen onder hen noemt zich 'goed' gezond. In vergelijking met andere patiënten melden zij iets vaker chronische huidaandoeningen en aanhoudende klachten rond menstruatie en overgang. Ook zeggen zij meer last te hebben van niet-chronische gezondheidsklachten als moeheid, hoofdpijn en andere klachten die niet alléén lichamelijk van aard zijn. Veel van deze vrouwen hebben last van psychische problemen: zij voelen zich onder druk staan, slapen slecht en zijn ongelukkig. Aan de huisarts leggen zij veel vragen voor over de anti-conceptiepil, hooikoorts, verkoudheid en schimmelinfecties. Ook komen zij vaak met psychische en sociale problemen op het spreekuur.

Afgaande op de op video opgenomen spreekurgesprekken, hebben de huisartsen van Aletta tijdens het spreekuur meer verbale aandacht voor hun patiënten dan hun collega's elders. Zij laten merken dat zij de patiënt begrijpen, herhalen haar woorden en geven haar steun. Maar in ander opzicht gaan zij niet zo heel anders te werk: zij leven mee met hun patiënten, maken persoonlijke opmerkingen en zorgen er met grapjes voor dat het consult niet te zwaar wordt, maar dat doen de andere huisartsen - mannen en vrouwen - óók. Huisartsen van Aletta geven relatief veel medische informatie en vragen weinig naar de psychosociale aspecten van klachten. Maar net als de anderen stellen zij hun patiënten regelmatig vragen om meer te weten te komen over de klacht en geven zij adviezen mee voor thuis.

Afwijkend is vooral de manier van communiceren: de huisartsen van Aletta praten meer dan andere huisartsen, kijken hun patiënten vaker aan, zijn vriendelijker en tonen zich minder geïrriteerd. Ook hun patiënten praten relatief veel en tonen zich assertiever dan patiënten van andere huisartsen. Zij geven veel informatie over psychosociale onderwerpen, al doen ze dat iets minder dan patiënten van andere vrouwelijke huisartsen. Ook vragen zij minder om uitleg - waarschijnlijk omdat zij die al krijgen. In het algemeen tonen vrouwen zich bij een vrouwelijke huisarts minder geïrriteerd en zenuwachtig dan bij een mannelijke huisarts.

Voor de eerste keer met een bepaalde klacht geconfronteerd, vragen de huisartsen van Aletta méér diagnostisch onderzoek aan en doen zij minder vaak lichamelijk onderzoek bij patiënten. Ook schrijven zij minder geneesmiddelen voor dan andere huisartsen; wel adviseren zij patiënten vaker een geneesmiddel zonder daarvoor een recept uit te schrijven. In aantallen verwijzingen naar de tweede lijn zijn geen verschillen, op twee uitzonderingen na: patiënten van Aletta worden iets vaker naar de geestelijke gezondheidszorg en iets vaker naar een fysiotherapeut verwezen.

Kenmerkend voor de vrouwengezondheidszorg is dat rekening wordt gehouden met de specifieke socialisatie van vrouwen. In de praktijk passen huisartsen dat uitgangspunt echter zelden toe. Ook betrekken zij zelden maatschappelijke en situationele factoren bij het hulpverleningsproces - een tweede kenmerk van vrouwengezondheidszorg. Op onderdelen gaan vrouwelijke huisartsen - zowel in Aletta als daarbuiten - echter duidelijk anders te werk dan mannen. Zij stimuleren patiënten vaker om te praten over problemen die met schaamte zijn beladen, of waarop een taboe rust. Ook houden zij vaker rekening met gevoelens en eerdere ervaringen van patiënten en praten zij vaker over de leefsituatie van de patiënt en de invloed daarvan op de klachten.

Vergeleken met hun reguliere collega's tonen de huisartsen van Aletta meer respect voor hun patiënten, door na te gaan of dezen tevreden zijn over het consult en door hun normen en de waarden te accepteren. Door te vragen naar de mening van de patiënten en alternatieven en informatie te geven, stimuleren zij verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Tenslotte werken zij - net als andere vrouwelijke huisartsen - vaker ontmedicaliserend: zij besteden wat meer aandacht aan preventie en praten vaker over de noodzaak van een vervolgspraak.

Moeheid bij de huisarts

In het augustusnummer van Huisarts en Wetenschap werden de resultaten gepubliceerd van een onderzoek naar sekseverschillen bij moeheid, uitgevoerd in samenwerking met de vakgroep klinische psychologie en gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie: interviews met ruim 9000 mannen en vrouwen tussen de 15 en 64 jaar.

Ruim één op de drie vrouwen en bijna één op de vier mannen klagen over moeheid. Meestal is dat niet hun enige klacht: vermoeide mensen voelen zich minder gezond dan anderen en komen vaker bij de dokter. Ook hebben zij meer vage klachten als lusteloosheid, duizeligheid en slapeloosheid en kampen zij met meer psychische en sociale problemen: veel vermoeide mannen hebben problemen op het werk en veel vermoeide vrouwen weten niet 'wat zij van zichzelf vinden'. Zowel de vrouwen als de mannen zijn jonger en beter opgeleid dan mensen die niet over moeheid klagen.

Bij vrouwen gaat moeheid vaak samen met problemen rond anti-conceptie, menstratieklachten en zwangerschap. Waarschijnlijk spelen daarbij niet alleen biologische processen een rol, maar ook de betekenis die vrouwen aan klachten geven. Vrouwen met werk klagen vaker over moeheid dan vrouwen zonder werk. Welk werk zij hebben, maakt daarbij geen verschil. Ook vrouwen met de zorg voor kinderen jonger dan zes jaar zijn gauwer moe dan anderen. Vrouwen die een baan combineren met de zorg voor kinderen zijn

het meeste moe. Daarentegen komen klachten over moeheid het minst vaak voor onder vrouwen zonder werk en zonder kleine kinderen.

Anders dan vrouwen zijn mannen met de zorg voor kleine kinderen niet meer of minder moe dan andere mannen. Kennelijk heeft het verzorgen van kleine kinderen voor hen een andere betekenis dan voor vrouwen. Bij mannen is de aard van het werk doorslaggevend. Mannen die hoofdarbeid verrichten, klagen vaker over moeheid dan mannen die handarbeid verrichten. Dat is vooral het geval als zij te kampen hebben met ernstige psychische problemen. Mannen die niet - of niet meer - werken, klagen eerder over moeheid naarmate hun gezondheidstoestand slechter is.

Mental disorders in the community and in general practice

Begin mei verscheen bij de Engelse uitgeverij Avebury het boek 'Mental disorders in the community and in general practice'. Uitgangspunt van het boek is de constatering dat patiënten en professionals verschillende betekenissen geven aan het begrip 'mental disorder'. Op basis van gegevens van de Nationale Studie wordt vanuit wisselend perspectief - patiënt, huisarts, psychiater - het proces geanalyseerd waarin het besef van psychische problemen leidt tot een bezoek aan de huisarts en mogelijk gespecialiseerde hulp in de geestelijke gezondheidszorg.

Van de vele mensen die zelf psychische problemen ervaren, zijn sommigen ook naar psychiatrische maatstaven gestoord ('mentally disturbed'); omgekeerd ervaren vrijwel alle mensen uit die laatste categorie ook zelf psychische problemen. Hoewel regelmatige bezoekers van de huisarts, komen mensen met psychische problemen meer niet dan wél op het spreekuur, althans niet in een tijdsbestek van enkele maanden. Evenmin vragen mensen uit deze groep hun huisarts in grote getale nadrukkelijk om psychologische hulp.

Huisartsen benoemen niet alleen expliciete vragen om psychologische of maatschappelijke hulp als 'psychosociaal', maar dikwijls ook algemene klachten als pijn of malaise, klachten van het zenuwstelsel en maag- of darmklachten. Dat gebeurt vaak bij patiënten die ook naar psychiatrische maatstaven gestoord zijn en iets minder vaak bij patiënten die dat niet zijn maar zelf wél psychische problemen ervaren. Desondanks noemt de huisarts eenderde van de klachten van de eerste groep patiënten en de helft van de klachten van de tweede groep patiënten 'zuiver somatisch'. Daarnaast benoemen huisartsen - nogal stereotiep - ook klachten van vrouwen, oudere of gescheiden patiënten relatief vaak als psychosociaal, ook als deze mensen zelf geen problemen ervaren.

Lichamelijke klachten die de huisarts als psychosociaal herkent, worden zelden als zodanig behandeld. Doorgaans grijpen huisartsen alleen in - door psycho-

farmaca voor te schrijven, de patiënt zelf te begeleiden of te verwijzen naar gespecialiseerde zorg - als de patiënt de klachten expliciet als psychosociaal formuleert.

Veel mensen lijden in termen van psychiatrische standaarden, is de conclusie, maar niet al die mensen delen dat inzicht, velen van hen zoeken andere oplossingen voor hun problemen en huisartsen zijn het daar vaak mee eens. Huisartsen moeten inzien welke betekenis de klacht voor de patiënt heeft en handelen in overeenstemming met diens wensen, zonder de klinische diagnose daarbij uit het oog te verliezen.

Ziekte van Parkinson

Ten tijde van de gegevensverzameling voor de Nationale Studie bezochten 353 mensen één of meer keer hun huisarts in verband met de ziekte van Parkinson, van wie 41 voor de eerste keer; dat betekent een incidentie van 0,4 promille per jaar en een prevalentie van 1,4 promille in drie maanden. 85 Procent was ouder dan 60 jaar; ruim een kwart was weduwe of weduwnaar en bijna een kwart woonde in een verzorgingstehuis.

Gemiddeld kwamen deze patiënten in drie maanden 3,5 keer in de huisartsenpraktijk, inclusief bezoeken voor andere ziekten of problemen, waaronder hoge bloeddruk en decompensatio cordis en psychische problemen als slaapstoornissen, angst en nervositeit en depressies. Bijna de helft van de Parkinsonpatiënten heeft voor deze ziekte alleen contact met de assistente. Contact met de huisarts betekent in meer dan de helft van de gevallen contact tijdens een visite. Bij 80 procent van de reeds bekende en bij ruim de helft van de nieuwe patiënten schrijft de huisarts medicijnen voor. Na diagnostiek en een gesprek is de huisarts bij nieuwe patiënten al snel zeer zeker (50 procent) of tamelijk zeker (30 procent) van de diagnose. 9 Procent van de bekende en 17 procent van de nieuwe patiënten wordt naar de specialist verwezen; verwijzingen naar andere hulpverleners komen weinig voor, wellicht een gevolg van de korte registratieduur.

Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)

In 1995 is de driejarige pilot-studie naar het functioneren van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) afgesloten. De gegevens uit dat netwerk - een gezamenlijk project van NIVEL, NHG, LHV en WOK - zullen te zijner tijd een landelijk representatief beeld opleveren van het handelen van de huisartsen, geschikt voor wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep en het overheidsbeleid.

Momenteel doen 96 huisartsen in 50 praktijken aan het project mee, iets méér dan bij aanvang was voorzien. Alle praktijken zijn geautomatiseerd, in die zin dat naast de administratieve modules ook de medische modules van

een (door de beroepsgroep goedgekeurd) Huisartsen Informatie Systeem (HIS) worden gebruikt. Naast praktische ondersteuning krijgen de praktijken een financiële tegemoetkoming voor hun inspanningen. Ook krijgen de deelnemende huisartsen geregeld feedback over hun handelen.

In de eerste jaren van het project is veel energie gestoken in de selectie van de huisartsen en het ontwikkelen van aangepaste programmatuur. Het bleek niet eenvoudig bestaande informatiesystemen aan de behoeften van een dergelijk project aan te passen. De beschikbare apparatuur is divers, kent technische tekortkomingen en biedt weinig mogelijkheden voor medisch-inhoudelijke ondersteuning. Ook is het projectteam van LINH afhankelijk van de bereidheid van derde partijen om mee te doen. Desondanks is de verwijsmodule inmiddels in alle praktijken operationeel en wordt zodanig aangepast dat ook verwijzingen binnen de eerstelijns (inclusief de fysiotherapie) geregistreerd kunnen worden. Met de diagnostiekmodule kunnen nu gegevens worden vastgelegd over het aanvragen van biochemisch, haematologisch en microbiologisch onderzoek; aan een bredere toepassing wordt gewerkt. De prescriptiemodule - waarin het voorschrijven van een geneesmiddel gekoppeld kan worden aan de aard van de klacht - is binnen één HIS ontwikkeld en uitgetest. Specificaties voor de verdere ontwikkeling en implementatie van de contactmodule zijn beschreven. In zeven praktijken is het handelen van de huisarts geregistreerd bij patiënten met middenoorontsteking en cara - twee onderwerpen waarover een NHG-Standaard bestaat. Registratie van het al dan niet naleven van een aantal andere standaarden is in voorbereiding.

Kostencijfer huisartsenzorg

In het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) legt het ministerie van VWS vast wat de verschillende sectoren van de zorg het komende jaar mogen kosten. Wordt in een bepaalde sector meer geld uitgegeven dan was voorzien, dan moet het ontstane tekort in de jaren daarna binnen die sector worden gecompenseerd. In het FOZ 1995 bleek de huisartsenhulp aan ziekenfondsverzekerden in 1993 - het FOZ loopt altijd twee jaar 'achter' - zeven miljoen en die aan particuliere patiënten tien miljoen meer te hebben gekost dan was geraamd; bovendien lag er nog een 'schuld' van 33 miljoen uit 1990. Ter compensatie van die 50 miljoen gulden verlangde de minister een geringe daling van de tarieven.

De kosten van huisartsenzorg aan ziekenfondsverzekerden zijn redelijk betrouwbaar te berekenen door het abonnementstarief te vermenigvuldigen met het aantal verzekerden. De kosten van de zorg aan particulier verzekerden moeten echter worden geschat. Sinds het eind van de jaren zeventig is dat de taak van het CBS, dat daarvoor ondermeer gebruik maakt van cijfers over aantallen verzekerden, van de (onvolledige) schadelastgegevens van de

zorgverzekeraars en van gegevens over het huisartsenbezoek uit de jaarlijkse Gezondheidsenquête.

In december 1994 werden LHV en het ministerie het eens over het financiële beleid voor 1995. Vooral de LHV hield echter twijfels over de waarde van de cijfers uit het FOZ. In opdracht van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (PWH) - met vertegenwoordigers van huisartsen, overheid en verzekeraars - heeft het NIVEL het cruciale contactfrequentiecijfer van het CBS vergeleken met betrouwbare gegevens van de contactregistratie en de patiëntenquête uit de Nationale Studie. Op die manier kon het bezoek aan de huisartsenpraktijk (in 1987) van twee kanten worden vastgesteld.

Patiënten antwoorden de vraag of zij 'de afgelopen twee weken bij de huisarts zijn geweest' vaak ten onrechte met 'ja', zo blijkt uit de resultaten. Veel mensen vergissen zich: zij denken nog maar net bij de huisarts te zijn geweest, terwijl dat in werkelijkheid langer dan twee weken geleden was. Of zij menen bij de dokter te zijn geweest terwijl zij alleen contact hadden met de assistente, bijvoorbeeld voor het afhalen van een herhaalrecept. Dat soort vergissingen alleen al leiden tot een overschatting van het bezoek aan de huisarts van dertig procent. Bovendien kwamen patiënten die aan de patiëntenquête meededen, vaker bij de huisarts dan patiënten die de enquêteur de deur wezen. Als iets dergelijks zich ook voordoet bij de respondenten van de Gezondheidsenquête - en waarom zou dat niet het geval zijn? - dan belooft dat weinig goeds voor de betrouwbaarheid van de uitkomsten daarvan.

Met de gegevens van de Nationale Studie kon vrij precies worden berekend wat de particuliere huisartsenzorg in 1987 heeft gekost: de optelsom van de kosten van contacten met particulier verzekerden (binnen en buiten kantooruren), bevallingen en keuringen. Voor het jaar 1987 komt dat neer op een bedrag van 558 miljoen gulden. Omdat huisartsen zelf hebben geregistreerd, zijn echter onnauwkeurigheden mogelijk. Zo zullen telefonische contacten en contacten tijdens de waarneming er wel eens tussendoor zijn geglipt. Ook werden de huisartsen het registreren - begrijpelijk - na verloop van tijd moe, waardoor in de laatste maand niet meer alle contacten werden vastgelegd. Daarmee rekening houdend, worden de meest waarschijnlijke kosten over 1987 op ongeveer 570 miljoen gulden geschat, 50 miljoen minder dan het bedrag dat voor dat jaar in het FOZ wordt genoemd.

Patiënten op naam van de huisarts: een Noors experiment

In Noorwegen hebben patiënten geen vaste huisarts in wiens praktijk zij zijn ingeschreven. Vooral in de grotere steden levert dat problemen op: van één patiënt kan in meerdere gezondheidscentra een medisch dossier liggen,

terwijl niemand het overzicht heeft over zijn of haar complete (ziekte)geschiedenis. Bij wijze van experiment is daarom in vier steden begonnen met inschrijving op naam van de huisarts; nieuw is ook dat huisartsen een deel van hun inkomen verwerven uit een abonnementshonorarium per patiënt. Het is nog te vroeg om te kunnen vaststellen of de doelstelling van het experiment -

betere afstemming van de zorg op de wensen en behoeften van patiënten en betere voorwaarden voor interdisciplinaire samenwerking en voor preventie - wordt gehaald. Toch valt er voor Nederland al een les te trekken: juist nu andere landen de voordelen van ons systeem ontdekken, is het zaak ervoor te zorgen dat deze verworvenheden in ons land niet verloren gaan.

2.2 VERPLEGING EN VERZORGING

In de sector verpleging en verzorging is de rust nog lang niet weergekeerd. Doelmatigheid, produktiviteit en flexibiliteit zijn langzamerhand vertrouwde begrippen geworden. Ook in het onderzoek van het NIVEL is die ontwikkeling terug te vinden. De studies naar de effecten van de invoering van functiedifferentiatie in de thuiszorg en naar de eigen bijdragen in de gezinsverzorging zijn daarvan twee voorbeelden. Het onderzoek naar thuiszorgtechnologie - zoals dat naar de introductie van tilliften - is in 1995 grotendeels afgerond. Nieuw is de aandacht voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, vooral voor de bejegening van en de communicatie met cliënten.

Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg

Een doelmatiger inzet van het beschikbare personeel - dat is in het kort het doel van de functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Door *verticale* functiedifferentiatie worden de taken binnen de verpleging (namelijk die van verpleegkundigen en 'verpleegsters', de vroegere ziekenverzorgenden), binnen de verpleging en de verzorging onderling (namelijk die van verpleegsters en gezinsverzorgenden) en in principe ook binnen de verzorging afgebakend en op elkaar afgestemd. *Horizontale* functiedifferentiatie geeft verpleegsters en - vooral - verpleegkundigen de mogelijkheden om zich te bekwamen in de zorg aan een specifieke groep cliënten.

In een meerjarig (promotie-)onderzoek is onderzocht wat de invoering van deze vormen van functiedifferentiatie - met uitzondering van die binnen de verzorging - betekent voor de kwaliteit van de arbeid en de kwaliteit van de zorg. Negen thuiszorgorganisaties deden aan het onderzoek mee. Drie daarvan differentieerden 'verticaal' door middel van functieomschrijvingen en een instrument voor de toewijzing van cliënten. Zes andere differentieerden

'horizontaal' door de introductie van aandachtsgebieden. Om de effecten daarvan te kunnen meten, had binnen iedere instelling een deel van de hulpverleners wèl en een deel niet met de nieuwe werkwijze te maken. Hulpverleners vulden tweemaal een schriftelijke vragenlijst in: voorafgaand aan de introductie van de nieuwe manier van werken (in 1994) en één jaar later. Daarnaast sprak de onderzoeker iedere maand met een contactpersoon in de organisatie en werden ook cliënten telefonisch geïnterviewd.

Niet iedereen weet de verticale functiedifferentiatie te waarderen. Sommige hulpverleners, zo bleek uit de gesprekken, werken niet graag met de instrumenten die daarvoor nodig zijn omdat het hun dwingt tot een kritische blik. Ook vraagt het een andere manier van werken dan gebruikelijk. Daar staat tegenover dat men makkelijker met elkaar in gesprek raakt over de juiste inzet van hulpverleners.

Verticale differentiatie stuit ook op een praktisch probleem. Hoewel ruim de helft van de cliënten door een wijkverpleegster kan worden geholpen, worden die in de praktijk meestal aan een wijkverpleegkundige toegewezen, al dan niet samen met een verpleegster. Dat komt vooral doordat er te weinig verpleegsters in dienst zijn - niet verwonderlijk, want de erkenningsnormen schrijven een verhouding voor van drie wijkverpleegkundigen op één wijkverpleegster.

Eén jaar na de eerste peiling zijn alle ondervraagde hulpverleners minder te spreken over hun werk: men vindt daar minder voldoening in en is minder tevreden geworden over de leidinggevende, collega's en cliënten. Kennelijk eist de verzakelijking van de thuiszorg zijn tol. Hulpverleners die ervaring hebben opgedaan met verticale differentiatie, onderscheiden zich op dit punt niet van hun collega's die nog op de oude manier werken.

Daarentegen maakt horizontale functiedifferentiatie het werk juist wèl aantrekkelijker. Door de extra taken hebben hulpverleners met een aandachtsgebied meer mogelijkheden om in hun werk te groeien. Hun tijdsdruk neemt af en doordat zij meer met anderen moeten overleggen, ervaren zij meer feedback. Voor de kwaliteit van de arbeid werkt deze vorm van differentiatie preventief: hulpverleners met een aandachtsgebied zijn na een jaar nog even tevreden met hun werk, terwijl hun collega's zònder juist minder tevreden zijn geworden. Voor wijkverpleegsters zijn ouderen/psychogeriatricie, incontinentie en reuma geschikte aandachtsgebieden. Voor wijkverpleegkundigen komen daarnaast ook cara, oncologie, diabetes, wond/stoma-zorg en neurologie in aanmerking.

Func tiedifferentiatie heeft geen invloed op het (positieve) oordeel van cliënten over de zorg, althans voorzover dat in de korte onderzoeksperiode kon worden vastgesteld.

Begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners

In Nederland wonen zo'n 24.000 mensen lange tijd - meestal tot aan hun dood - in psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen. Voor de begeleiding van deze patiënten, van wie ruim tachtig procent dement is, bestaan verschillende methodieken. Tot de meest traditionele behoren de realiteitsoriëntatie training en de gedragsbenadering. Beide hebben een directieve aanpak: de begeleider bepaalt de lijn en de oudere gaat daarin mee. Van recenter datum zijn de validerende benadering, snoezelen, warme zorg, Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL) en psychomotorische therapie. In deze methodieken staan de belevingswereld en de behoeften van patiënten centraal: zij hoeven niet zonnodig gecorrigeerd te worden, maar mogen dement zijn.

Volgens de literatuur over dit onderwerp stellen alle methodieken het welzijn van de patiënt centraal. Sommige trachten dat te beïnvloeden door activiteiten met een therapeutisch karakter en zijn - dus - geschikt voor licht en matig dementerende patiënten. Andere zijn meer gericht op een verbetering van het leefklimaat en daardoor ook voor ernstig en zeer ernstig dementerenden bruikbaar. Alle methodieken kunnen door de verschillende disciplines die bij de hulpverlening zijn betrokken, in praktijk worden gebracht. Psychologen en activiteitenbegeleiders spelen de hoofdrol bij individuele benadering en groepsbenadering van patiënten; verpleegkundigen en verzorgenden vooral bij een 24-uurs benadering.

In vrijwel alle psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen worden één of meer methodieken toegepast, zo blijkt uit een schriftelijke enquête (respons: 60 procent). Anders dan verwacht, is het stadium van dementie niet van invloed op de keuze voor een bepaalde methodiek. Wel blijkt - analoog aan de bevindingen uit de literatuurstudie - ook in de praktijk het belang van multidisciplinaire samenwerking, van het treffen van organisatorische maatregelen en van goede bijscholing van de hulpverleners. Om beter inzicht te krijgen in het effect van de methodieken, zijn effectstudies met een experimentele opzet noodzakelijk. Ook is onderzoek nodig naar de vraag in hoeverre het stadium van dementie en andere kenmerken van de patiënt de keuze voor een bepaalde methodiek bepalen. En tenslotte moeten scherpere eisen gesteld worden aan de kwaliteit van de scholing in de verschillende methodieken.

Thuiszorgtechnologie

Tijdens het symposium Techniek in de Thuiszorg (op 28 september 1995) heeft het NIVEL de resultaten gepresenteerd van een evaluatie van het Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie van het ministerie van VWS. Met dit programma, waarvoor in de jaren 1991 tot en met 1994 15 miljoen gulden werd uitgetrokken, hoopte het ministerie het gebruik van technologie te stimuleren en zo de thuiszorg een nieuwe impuls te geven. Het gaat in totaal om veertig projecten, uitgevoerd op initiatief van de zorgaanbieders zelf.

Projecten gericht op substitutie - bijvoorbeeld de continue toediening van antibiotica thuis - hebben, ondanks de vrij kleine aantallen patiënten, relatief het meeste geld gekost. Toch kan behandeling van patiënten thuis goedkoper zijn dan behandeling in het ziekenhuis. Dat geldt niet voor de monitoring van patiënten: die zal om verschillende redenen thuis juist duurder uitvallen. Wel wordt in beide gevallen tegemoet gekomen aan de wens van de patiënt om zo lang mogelijk thuis te blijven. De afgesloten projecten hebben een groot aantal protocollen en andere documenten opgeleverd, die ook in andere situaties bruikbaar kunnen zijn.

Van de projecten gericht op het verbeteren van de arbeidsomstandigheden van verplegenden en verzorgenden zijn er twee succesvol geweest: de introductie van tilliften bij patiënten thuis en van middelen om het aantrekken van steunkousen makkelijker te maken. Zoals ook bij de thuisbehandeling van mensen met cystic fibrosis, blijkt uit deze projecten dat de introductie van thuiszorgtechnologie kans van slagen heeft als ook patiënten zelf en hun mantelzorgers er mee kunnen omgaan. Een paar projecten waren dan ook expliciet op de ondersteuning van patiënten en mantelzorgers gericht.

Ten slotte was een groot aantal projecten bedoeld om de efficiëntie van de thuiszorgorganisaties te verbeteren, bijvoorbeeld door de introductie van draagbare computers om cliëntgegevens vast te leggen. Op een enkele uitzondering na zijn deze projecten sterk intern gericht; het patiëntenperspectief ontbreekt dan ook vrijwel.

Een combinatie van een 'bottom up'- benadering en een 'top-down'-benadering kan de thuiszorgtechnologie verder stimuleren. Daarbij zorgt de eerste voor vernieuwing en maakt de tweede het mogelijk dat relevante geachte technieken worden uitgetest.

Patiënten met stoma

Het aanleggen van een stoma heeft ingrijpende gevolgen. Niet alleen is de operatie zelf zwaar, daarna ziet de patiënt zich geconfronteerd met het verlies van een lichaamsfunctie, met een lichaam dat fysiek anders functioneert en

met nog onbekende eisen op het gebied van de persoonlijke verzorging. Dat alles vraagt van de patiënt een groot aanpassingsvermogen.

Volgens een eerder uitgevoerd onderzoek hebben stomapatiënten vlak na hun operatie méér psychosociale problemen dan patiënten bij wie géén stoma werd aangelegd, vooral rond werk en seksualiteit. Na een jaar zijn die problemen echter minder zwaar. Om te zien of dat proces zich voortzet, zijn de patiënten die aan dat onderzoek meededen, opnieuw benaderd. 68 Patiënten waren in staat en bereid opnieuw mee te doen, van wie 28 een stoma hebben en 40 niet.

Ook vier jaar na hun operatie hebben stomapatiënten in het dagelijks leven niet méér problemen dan patiënten zonder stoma. Van de patiënten die zich een jaar na de operatie slecht hadden aangepast, waren er vier jaar later méér ernstig ziek of overleden dan van de patiënten die dat juist goed was gelukt. Het is dus belangrijk dat patiënten die een darmoperatie hebben ondergaan, nog geruime tijd na ontslag uit het ziekenhuis worden begeleid.

Rugklachten, fysieke belasting en preventieve mogelijkheden in verzorgingshuizen

Veel werknemers in de gezondheidszorg melden zich ziek vanwege rugklachten en andere klachten van het bewegingsapparaat. Daarom heeft de Stichting AWOB (Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden) een Plan van Aanpak gepubliceerd, dat verzorgingshuizen moet helpen bij de ontwikkeling van een verzuim- en arbobeleid. Samen met het advies- en onderzoeksbureau Locomotion en het NIA (Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden) heeft het NIVEL onderzoek gedaan ter voorbereiding van dit Plan.

In 17 onderzochte instellingen had 56 procent van het verplegend en verzorgend personeel (n=445) in het jaar voor het onderzoek last van de rug. Gemiddeld voeren zij per dienst twee tilhandelingen uit met een verhoogd risico voor de gezondheid. Daarnaast hebben zij veel last van zogenoemde 'statische' belasting, door bewoners op bed te wassen (nodig bij 12 procent van de bewoners) en hen te helpen bij het douchen (14 procent) of het aantrekken van steunkousen (24 procent).

Van het overige personeel (n=190) had 38 procent in één jaar last van de rug, vooral als zij lang moeten staan, vaak moeten bukken of veel moeten reiken.

Van de 80 geënquêteerde managers van verzorgingshuizen is een ruime meerderheid zich bewust van de problemen bij verplegenden en verzorgenden. Tweederde ziet het tillen en verplaatsen van bewoners als het belangrijkste probleem. Anders dan het personeel zelf noemt slechts een minderheid van de managers (39 procent) 'statische' belasting als probleem genoemd.

Volgens gezondheidskundige normen zou bij 16 procent van de bewoners een tillift ingezet moeten worden. In de praktijk is dat slechts bij 2 procent ook werkelijk het geval. Verzorgenden zien voordelen in het gebruik van tilliften, maar denken dat bewoners er bang voor zijn. Het kost hun veel tijd een lift elders in het gebouw te vinden en de liften zijn niet altijd eenvoudig te bedienen. De meeste van de (31) geënquêteerde bewoners staan negatief tegen het gebruik van tilliften, vooral als zij er zelf (nog) geen gebruik van maken. Maar ook de gebruikers noemen nadelen: men voelt zich er niet veilig in en vindt het weinig comfortabel en zelfs pijnlijk om getild te worden.

De inrichting van de woonruimten - met drempels, kleedjes en vaste vloerbedekking - maakt het gebruik van tilliften er niet eenvoudiger op. Gebrek aan ruimte maakt ook de door het personeel gewenste inzet van hoog-laag bedden en andere hulpmiddelen om de 'statische' belasting tegen te gaan, moeilijk realiseerbaar. Naast een tekort aan expertise is het ruimteprobleem ook volgens het management van de instellingen een belangrijke barrière om de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Een aantal instellingen heeft reeds ervaringen met een preventiebeleid. De resultaten zijn bemoedigend: minder verzorgenden met rugklachten, minder verzuim, minder 'sjorren' aan bewoners en een beter imago van het huis.

Eigen bijdrage gezinsverzorging

Tot 20 juni 1994 was de eigen bijdrage voor gezinsverzorging in principe 8,25 per uur. Hoeveel cliënten precies moesten betalen hing af van de samenstelling van hun huishouden en de hoogte van hun netto-maandinkomen. Met een modaal inkomen van tegen de 2500,- betaalde een gezin met kinderen bijvoorbeeld maximaal 50 gulden per week, met een inkomen van 4000,- 160 gulden per week. Een onderscheid werd gemaakt in 45 inkomensklassen, elk met een eigen maximaal per week te betalen bedrag.

Op 20 juni 1994 gingen die inkomensafhankelijke maximumbedragen flink omhoog. Ook werd het aantal inkomensklassen teruggebracht van 45 tot zeven en werd het uurtarief verhoogd tot 10 gulden. Het onderscheid tussen gezinnen met en zonder kinderen kwam te vervallen. Op grond van gegevens van acht instellingen werd berekend dat alle cliënten samen gemiddeld 26 procent méér aan eigen bijdragen betalen. Vooral in de lagere inkomenscategorieën zijn de verhogingen fors. Een gezin met een netto-maandinkomen van 1775,- (dus net boven het minimum) betaalde vóór de aanpassing gemiddeld 3,50 en nu 22 gulden per week, meer dan zes keer zoveel. De nieuwe regeling treft gezinnen harder dan alleenstaanden. Met een netto-inkomen tussen de 1450,- en 1750,- zijn die laatsten gemiddeld zelfs 10 tot 40 procent goedkoper uit dan vroeger.

Van alle cliënten heeft 14 procent te maken gehad met een verhoging van de eigen bijdrage van meer dan 50 procent en meer dan 10 gulden (voor alleenstaanden: 5) gulden per week. Voor deze cliënten - van wie er vijfhonderd telefonisch werden geïnterviewd - vormen de kosten van de gezinsverzorging een zware financiële last. Zo geeft een (echt)paar met kinderen sinds deze zomer gemiddeld 20 procent (was: 12 procent) van het besteedbaar inkomen aan gezinsverzorging uit. Deze groep komt daarmee onder het sociaal minimum.

Het totaal aantal cliënten van de gezinsverzorging is als gevolg van de nieuwe eigen-bijdrageregeling niet kleiner geworden. Toch heeft 5 procent van de geïnterviewden om financiële redenen minder uren hulp gevraagd en nog eens 5 procent is er zelfs helemaal mee gestopt. Van de gezinnen met kinderen heeft zelfs 25 procent vanwege de te hoge kosten een punt achter de gezinsverzorging moeten zetten. Eén op de vijf cliënten overweegt in de toekomst op gezinsverzorging te gaan bezuinigen of er helemaal van af te zien.

Maandelijks betalen de geïnterviewden ongeveer 80 gulden (alleenstaanden) tot ruim 90 gulden (samenwonenden) aan andere eigen bijdragen dan die van de gezinsverzorging. Bijna 10 procent heeft door de opeenstapeling van kosten op deze zorgvoorzieningen moeten bezuinigen, vooral op dagopvang, maaltijdvoorziening en boodschappenhulp. Meer dan de helft heeft moeten bezuinigen op basale levensbehoeften als kleding, eten, telefoon en krant, een derde op uitstapjes, vakantie en cadeautjes. 11 Procent van de geïnterviewden - vooral paren met kinderen - heeft geprobeerd van de sociale dienst, het ziekenfonds, de belastingen of de werkgever een vergoeding te krijgen voor de duurder geworden gezinsverzorging; 6 procent is dat gelukt. De nieuwe eigen-bijdrageregeling heeft niet geleid tot een groter beroep op andere zorgvoorzieningen, zoals de wijkverpleging. De meeste cliënten die de hulpverlening hebben stopgezet doen een beroep op familie, burens of kennissen. Een enkeling heeft zich gedwongen gevoeld naar een verzorgingstehuis te verhuizen.

Duur van de hulpverlening en inkomen

De studie naar de gevolgen van de eigen-bijdrageregeling deed vermoeden dat cliënten die voor korte tijd gezinszorg nodig hebben er financieel beter voorstaan dan cliënten die daar lang gebruik van maken. Een vervolgstudie op basis van - representatieve - gegevens van zes instellingen voor gezinsverzorging in het zuiden en midden van het land maakte duidelijk dat die indruk juist is: mensen met kortdurende hulp - alleenstaanden en gezinnen - verdienen gemiddeld méér dan mensen met langdurige hulp. Van de alleenstaanden die korter dan drie maanden hulp krijgen, verdient 40 procent meer dan 1650 gulden netto per maand; van de gezinnen heeft 45 procent een

inkomen van meer dan 3000 gulden netto per maand. Van de alleenstaanden en gezinnen die langer hulp krijgen, heeft niet meer dan 20, respectievelijk 30 procent een dergelijk hoog inkomen. Overigens is die laatste groep veruit in de meerderheid: ruim 90 procent van de éénpersoons- en ruim 70 procent van de meerpersoonshuishoudens krijgt langer dan drie maanden hulp van de gezinsverzorging.

2.3 PARAMEDISCHE BEROEPEN

De paramedische beroepen worden de laatste jaren kritisch gevolgd door patiënten, artsen, beleidmakers en paramedici zelf. Als reactie daarop wordt hard gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van eigen diagnostiek en van standaarden en protocollen van de beroepsuitoefening. Het onderzoek op dit terrein valt onder te verdelen in onderzoek naar de plaats en functie van de paramedische zorg in de Nederlandse gezondheidszorg, naar het proces van de paramedische zorg en naar het effect van de behandeling.

De omvang van de fysiotherapeutische behandeling bij verschillende categorieën patiënten

In de in 1995 voorgestelde bezuinigingen op de fysiotherapie heeft het 'clustermodel' van de Haagse zorgverzekeraar AZIVO een belangrijke rol gespeeld. Daarin worden patiënten op grond van de medische diagnose van de verwijzende arts ingedeeld in één van vier clusters; patiënten in een lager cluster krijgen maximaal minder bezoeken vergoed dan patiënten in een hoger cluster. Die indeling gaat uit van de veronderstelling dat patiënten uit één cluster ongeveer even lang bij de fysiotherapeut onder behandeling zijn. In opdracht van het ministerie heeft het NIVEL uitgezocht of dat klopt. In dat onderzoek is gebruik gemaakt van registratiegegevens uit het project Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF).

Anders dan verwacht, waren de verschillen in behandelduur tussen patiënten uit een zelfde cluster minstens zo groot als die tussen patiënten uit verschillende clusters. Weliswaar verschilden patiënten uit de eerste drie clusters van die uit cluster 4, maar dat bleek het gevolg van de aanwezigheid van een relatief kleine groep patiënten die vóór bij de fysiotherapeut komen: patiënten met reumatoïde artritis, CVA, multiple sclerose, cara, cystic fibrosis en parkinson. Een alternatieve indeling in drie clusters - waarin gebruik werd gemaakt van een meer eenduidige indeling van medische diagnoses en verwijfsindicaties - leidde tot een vergelijkbaar (negatief) resultaat.

Dat de medische diagnose een lage voorspellende waarde heeft voor de duur van de behandeling, is overigens niet verwonderlijk. Eerder onderzoek had al duidelijk gemaakt dat de leeftijd van de patiënt, de duur van de klacht en de werkdiagnose van de fysiotherapeut veel méér zeggen over het te verwachten aantal zittingen. Daarom werd onderzocht of de homogeniteit van de clusters verbeterde als met deze variabelen rekening werd gehouden. Dat bleek maar zeer ten dele het geval: weliswaar werden de verschillen binnen de clusters kleiner en die tussen de clusters groter, maar van homogene groepen was nog steeds geen sprake.

Landelijke toepassing van de door AZIVO gehanteerde limieten zou het totaal aantal zittingen met 39 procent doen dalen, zo kon worden berekend. Dat is beduidend méér dan de 22 procent waar het kabinet op mikte. Er was dus ruimte voor een indeling die minder patiënten zou treffen. Dat zou - zo werd geopperd - bijvoorbeeld het geval zijn als de behandeling van chronisch zieken, die vaak langdurig fysiotherapie nodig hebben, niet aan een limiet werd gebonden. Ook zouden oudere patiënten met bepaalde aandoeningen kunnen worden ontzien. De vergoeding voor alle andere patiënten zou in dat geval tot tien of elf zittingen moeten worden beperkt.

Zoals bekend heeft minister Borst inmiddels besloten chronisch zieken via de zogenoemde lijst langdurige fysiotherapie vrij te stellen van de nieuwe limiet van negen zittingen per behandeling.

Ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie

Naar schatting één op de drie CVA-patiënten met een laesie in de linker hersenhelft lijdt aan apraxie: aangeleerde, doelgerichte en willekeurige handelingen zijn niet meer vanzelfsprekend. Ergotherapeuten kunnen een rol spelen in de behandeling van deze patiënten. In de praktijk is men het echter niet eens over de diagnostiek en over de principes en het effect van de behandeling. Een door het NIVEL en de afdeling ergotherapie van de Hogeschool van Amsterdam ontwikkeld protocol voor de diagnostiek en behandeling van apraxie kan de kwaliteit van leven van CVA-patiënten helpen verbeteren en bijdragen aan een kwalitatief betere ergotherapeutische zorg.

Het protocol is ontwikkeld op basis van een uitgebreide literatuurstudie en consultatie van deskundigen. Een eerste versie is anderhalf jaar lang uitgetest op afdelingen ergotherapie in ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen. Vervolgens is het bijgestelde protocol maximaal drie maanden lang toegepast bij een groep van 42 CVA-patiënten, die daarvoor schriftelijk toestemming hadden gegeven. Telkens werd begonnen met een uitgebreide diagnostische procedure. Voor de behandeling zelf koos de ergotherapeut - in overeenstemming met het protocol - elke twee weken een nieuw behandelingsdoel: een handeling die in die periode geoefend zou worden, zoals het

aantrekken van een trui of koffie zetten. Afhankelijk van de resultaten van de diagnostische procedure werden verschillende vormen van behandeling toegepast (mondellinge of schriftelijke instructie, verbale of fysieke begeleiding, feedback met video-opnames en dergelijke). Na afloop van de behandeling verrichtten de ergotherapeut en de onderzoeker bij iedere patiënt een aantal metingen.

Op de stoornis zelf heeft de behandeling door de ergotherapeut weinig effect. In hun dagelijks functioneren zijn de patiënten die volgens het protocol werden behandeld, er echter duidelijk op vooruitgegaan. Apraxie kan niet worden genezen, maar met de juiste therapie kan een patiënt zich in het dagelijks leven nog lang zelfstandig redden. Voor ergotherapeuten is die conclusie belangrijk. Hun behandeling richt zich immers juist op beperkingen voor de patiënt en veel minder op (het opheffen van) de stoornis zelf.

Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg

In 1995 werd een langlopend onderzoek naar de functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg afgesloten. Gegevens voor dit onderzoek werden in 1993 en 1994 verzameld door middel van een schriftelijke enquête onder bijna 400 logopedisten en registratie in honderd praktijken of afdelingen.

Van het totaal aantal uren logopedie wordt 42 procent verzorgd door vrijgevestigde logopedisten en 18, 24 en 16 procent door logopedisten werkzaam in, achtereenvolgens, het basisonderwijs of een GGD, het speciaal onderwijs en de intramurale sector. Sinds 1989 is het aantal uren logopedie door vrijgevestigden sterk toegenomen. Ruim 90 procent van de vrijgevestigde logopedisten noemt de huisarts als degene die de meeste patiënten verwijst; 75 procent van de logopedisten in het basisonderwijs noemt in dat verband de jeugdarts en 32 procent van de intramuraal werkende logopedisten de verpleeghuisarts.

Bij een verwijzing voor logopedie is de verwijzer wettelijk verplicht informatie te geven over de diagnose; ook kunnen aanwijzingen worden gegeven over de behandeling van de patiënt. Van de logopedisten die informatie over de diagnose belangrijk vinden, zegt ruim 60 procent die ook te krijgen; onder de logopedisten in intramurale instellingen is dat ruim 80 procent. 15 Procent van de logopedisten doet mee aan vormen van intercollegiale toetsing en 30 procent maakt gebruik van een geautomatiseerd informatiesysteem.

Van de patiënten bestaat het merendeel uit jongens tot 12 jaar. Veel patiënten worden behandeld vanwege articulatiestoornissen (44 procent) en taalontwikkelingsstoornissen (42 procent). In de praktijk wordt bij één patiënt

vaak meer dan één logopedische diagnose gesteld. Statistische analyse leidde tot zes dimensies van met elkaar samenhangende stoornissen.

Logopedische stoornissen leiden dikwijls tot beperkingen: patiënten kunnen zich minder goed uiten (60 procent), begrijpen anderen minder goed (42 procent), kunnen niet goed meedoen aan gesprekken (34 procent) en hebben problemen met eten en drinken (10 procent). De eerste drie beperkingen hangen nauw met elkaar samen.

Veel patiënten zijn gehandicapt in hun bezigheden of beroep (48 procent) en in hun sociale integratie binnen (26 procent) en vooral buiten het gezin (43 procent). Ook deze handicaps worden vaak bij één patiënt tegelijk gediagnostiseerd.

De behandeling is in de eerste plaats gericht op het opheffen van de stoornis en beperking en in mindere mate op het opheffen van de handicap. Bijna altijd (in 95 procent van de gevallen) worden specifieke functies geoefend, zoals horen (33 procent) en mondmotoriek (32 procent). Ook wordt dikwijls advies en informatie gegeven (83 procent). In 36 procent van de gevallen oefenen de logopedisten bepaalde vaardigheden, zoals het vermogen om zich te uiten. Welk interventie-element wordt gekozen hangt nauw samen met het gekozen doel van de behandeling. Soms - 'slikstoornissen worden behandeld door de patiënt te leren slikken' - ligt die samenhang voor de hand, soms ook is het verband verrassend: zo wordt vaak geoefend met emoties en cognities teneinde de sociale integratie buiten het gezin te bevorderen.

Diëtetiek in de Nederlandse gezondheidszorg

Ter voorbereiding van een onderzoek naar de plaats en functie van diëtisten is de Nederlandse en Amerikaanse vakliteratuur uit de jaren 1989 tot en met 1994 bestudeerd. Die maakt duidelijk waar diëtisten werken en bij welke ziektebeelden zij een rol spelen. Ook zijn er veel protocollen, richtlijnen en aanbevelingen voor de behandeling. Gegevens ontbreken echter over de relatie van de diëtist met verwijzers, over patiënten die naar de diëtist worden doorverwezen en behandeld en over de werkwijze van diëtisten.

Om die kennis alsnog te verzamelen, is een omvangrijke enquête verstuurd aan een representatieve steekproef van ruim duizend diëtisten, verspreid over heel Nederland (respons: 91 procent). De beroepsgroep bestaat bijna uitsluitend uit vrouwen (99 procent) en is relatief jong (gemiddelde leeftijd: 35 jaar). Meer dan de helft (58 procent) van de respondenten werkt in de gezondheidszorg, voornamelijk in ziekenhuizen, kruiswerk- of thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen of in een eigen praktijk. 14 Procent werkt buiten de gezondheidszorg en 28 procent heeft geen betaald werk; 17 procent zoekt werk (erbij) in de gezondheidszorg.

Diëtisten die in de gezondheidszorg werken - en dan vooral de vrijgevestigden onder hen - vinden 'het verlenen van zorg' hun meest belangrijke taak.

Samenwerking met andere zorgverleners vinden zij het minst belangrijk. Opvallend genoeg behandelt ruim de helft van de diëtisten (56 procent) patiënten (dan ook) zonder verwijzing vooraf. Eenvijfde van de diëtisten regelt voor deze groep patiënten ook achteraf geen verwijzing. Voorzover patiënten wél worden verwezen, gebeurt dat meestal door de huisarts of een medisch specialist. De verwijzing is echter niet altijd volledig en voldoet niet altijd aan de wettelijke verplichtingen en aan de wensen van de diëtist. Zo ontbreken bij 10 procent van de diëtisten meestal de - wettelijk verplichte - gegevens over de diagnose. Omgekeerd wordt ook de verwijzer niet altijd even goed op de hoogte gehouden van de behandeling.

Ruim 80 procent van de diëtisten registreert patiëntengegevens met behulp van de probleem-georiënteerde registratie (POR), of van een daarvan afgeleid registratiesysteem, en 85 procent werkt met protocollen. Dat betekent dat intercollegiale toetsing in principe mogelijk zou moeten zijn. De helft van de diëtisten gebruikt protocollen die door henzelf of door hun afdeling zijn gemaakt. Vooral diëtisten in ziekenhuizen maken hun eigen protocollen voor specifieke problemen en ziektebeelden. Het ontwikkelen van individuele kennis heeft op papier een hoge prioriteit. Desondanks heeft een kwart van de diëtisten in een periode van drie jaar géén na- en bijscholing gevolgd. Dat is opvallend veel, omdat juist de afgelopen jaren veel in de diëtistische zorg is veranderd, bijvoorbeeld in de zorg aan diabetespatiënten.

Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg

Het rapport 'Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' is een eerste evaluatie van een drie jaar durend ondersteuningsprogramma voor paramedici, uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut (voorheen SWSF). In dit programma worden de tien paramedische beroepen door middel van werkconferenties, studiedagen en consulentschappen geholpen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Daarnaast ontwikkelt het CBO instrumenten voor kwaliteitszorg, zoals methoden voor intercollegiale toetsing en protocollen, standaarden en richtlijnen. Om de voortgang te bewaken en tijdige bijsturing mogelijk te maken wordt het programma ieder jaar door het NIVEL geëvalueerd.

Deze eerste evaluatie is gebaseerd op schriftelijke enquêtes en mondelinge interviews bij vertegenwoordigers van de tien beroepsgroepen. Het ondersteuningsprogramma is nog duidelijk in opbouw. Zo heeft het enige tijd geduurd voordat de beschikbare gelden (eerlijk) over de tien beroepsgroepen waren verdeeld en beroepsgroepen en uitvoerders overeenstemming hadden bereikt over de inhoud van het programma. Het programma verloopt in grote lijnen naar wens, vooral wat betreft de ontwikkeling van intercollegiale toetsing, protocollen en standaarden. De beroepsgroepen beschouwen de

verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid als een complexe aangelegenheid. Het ziet er dan ook niet naar uit dat zij er op korte termijn in zullen slagen een samenhangend kwaliteitsbeleid te ontwikkelen dat past binnen het eigen strategisch beleid, voor zover dat al aanwezig is. Bij een aantal beroepsgroepen is het kwaliteitsbeleid beperkt tot een lijst met aandachtspunten en prioriteiten, waaraan geen lange-termijnvisie ten grondslag ligt. Wel gaan alle beroepsgroepen proberen meer samenhang in de activiteiten aan te brengen.

Verdere verspreiding binnen de beroepsgroep van de know-how die in het ondersteuningsprogramma wordt opgedaan, is problematisch. Veel beroepsgroepen beschikken niet over een bureau of over een stafmedewerker die deze taak voor zijn of haar rekening kan nemen. Doordat veelal sprake is van vrijwilligerswerk bestaat er bovendien veel verloop in besturen en commissies. De beoogde programmatische aanpak - het aanbieden van gezamenlijke activiteiten voor alle beroepsgroepen - heeft volgens de deelnemers het grote voordeel dat men van elkaars ervaringen kan leren. Die gezamenlijkheid kent echter ook zijn grenzen, omdat de beroepsgroepen zich in verschillende fasen van ontwikkeling bevinden: volgens sommige beroepen gaat het ondersteuningsprogramma veel te snel, volgens anderen te traag. Specifieke, op de situatie van de beroepsgroep toegesneden, individuele begeleiding blijkt in veel gevallen nodig.

Het rapport is een goede basis om de voortgang in de twee volgende jaren in kaart te brengen. De eindevaluatie verschijnt in 1997.

Programmering onderzoek doelmatigheid paramedische zorg

Binnen afzienbare tijd zal de Ziekenfondsraad een onderzoeksprogramma laten uitvoeren naar de effectiviteit en de doelmatigheid van de paramedische zorg. Om relevante onderzoeksvragen op het spoor te komen, heeft de Raad het NIVEL opdracht gegeven voor het maken van een programmeringsstudie. In die verkennende studie, die is uitgevoerd in samenwerking met het Nederlands Paramedisch Instituut en de Vakgroep Epidemiologie en Biostatistiek van de Rijksuniversiteit Limburg, wordt aangegeven op welke gebieden toekomstig onderzoek gewenst is. De studie omvat de tien paramedische beroepsgroepen: diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten.

In het rapport wordt met bestaande (onderzoeks)gegevens over de beroepsuitoefening een gedetailleerd beeld geschetst van elk van deze beroepsgroepen; daarnaast worden op basis van gegevens uit interviews met deskun-

digen prioriteiten vastgesteld voor toekomstig onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van paramedische zorg. Die prioriteiten hebben betrekking op onderzoek naar zorgbehoefte en indicatiestelling, preventieve zorg, behandeling, kwaliteit van zorg en meetinstrumenten. Overigens zijn de voorgestelde prioriteiten bij de verschillende beroepsgroepen van wisselend belang.

2.4 VERLOSKUNDIGE ZORG

De verloskundige zorg in Nederland staat of valt met een goede risicoselectie. Alleen op die manier kunnen vrouwen zo mogelijk thuis, en zo nodig in het ziekenhuis van een kind bevallen. Hoewel de beroepsgroepen verschillend denken over mogelijke richtlijnen voor een verwijsbeleid, komt de samenwerking tussen verloskundigen, gynaecologen, huisartsen en andere betrokken hulpverleners plaatselijk goed van de grond. In het onderzoek van het NIVEL neemt die samenwerking - van groot belang voor de kwaliteit van de zorg - een belangrijke plaats in. Ook het werk en de werkomstandigheden van verloskundigen zijn onderwerpen van onderzoek.

Verloskundige samenwerking

Het project Verloskundige Samenwerkingsverbanden heeft tot doel de kwaliteit van de verloskundige zorg - en vooral van de risicoselectie - te vergroten door de betrokken hulpverleners beter met elkaar te laten samenwerken. Het project, waaraan nu negen samenwerkingsverbanden meedoen, wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) en geëvalueerd door het NIVEL. In 1995 verscheen het verslag van een enquête onder de deelnemende verloskundigen, huisartsen en gynaecologen.

Het verbeteren van het werkklimaat en van de kwaliteit van zorg, het ontmoeten van andere zorgverleners en het verhogen van de efficiëntie zijn voor alle geënquêteerden belangrijke voordelen van een samenwerkingsverband. Daarnaast zien huisartsen de groep als een ondersteuning voor de dagelijkse werkzaamheden en verloskundigen als een gelegenheid om hun positie ten opzichte van gynaecologen te versterken. Volgens de meeste respondenten heeft een samenwerkingsverband vooral tot taak knelpunten in de verloskundige zorg in de regio bespreekbaar te maken. Integratie van de zorg en het bereiken van consensus over risicoselectie zijn andere belangrijke taken. Daarnaast noemen vooral verloskundigen de taak ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk zorg in de eerstelijns wordt gegeven; vooral huisartsen en gynaecologen benadrukken het belang van bij- en nascholing. Het belang van regelmatige bijeenkomsten - goed voorbereid, geleid door een voorzitter en genotu-

leerd door een secretaris - wordt algemeen onderschreven. Het afstemmen en organiseren van de informatievoorziening en steun uit de eigen beroepsgroep zijn ook belangrijke voorwaarden voor succes.

Volgens de onderzoekers doen samenwerkingsverbanden er goed aan te beginnen met het bespreken van onderwerpen waarbij iedereen gebaat is.

Burnout bij verloskundigen

Vorig jaar publiceerde het NIVEL de resultaten van een onderzoek naar het werk van verloskundigen, gebaseerd op een in 1992 rondgestuurde schriftelijke enquête. Eind 1993 kregen de respondenten een aanvullende vragenlijst voorgelegd met vragen over burnout, een bij hulpverleners veel voorkomend geheel van emotionele uitputting, depersonalisatie en het gevoel minder te presteren. Tweehonderd verloskundigen (74 procent) vulden de vragenlijst in. De gegevens konden worden vergeleken met die welke eerder waren verzameld onder andere beroepsgroepen.

Verloskundigen tonen minder tekenen van burnout dan huisartsen. Vergeleken met verpleegkundigen zijn zij meer emotioneel uitgeput, maar scoren zij lager op beide andere aspecten van burnout. Onderlinge verschillen hangen samen met de werkdruk en de manier van werken. Een hoge werkdruk kan tot burnout leiden als de verloskundige moeilijk kan omgaan met stressvolle situaties. De plaats van bevallen speelt ook een rol: naarmate een verloskundige relatief meer bevallingen thuis leidt (en niet in het ziekenhuis), is de kans op emotionele uitputting en depersonalisatie kleiner.

2.5 HULPVRAAG EN HULPVRAGER

Tot het midden van de jaren tachtig werd in het gezondheidszorgonderzoek weinig aandacht besteed aan het afstemmen van het kwaliteitsbeleid op de wensen en eisen van de patiënt. Men volstond met het meten van tevredenheid van patiënten, waarbij gebruikers via een vragenlijst hun mening konden geven over het functioneren van voorzieningen. Programma's gericht op kwaliteitsverbetering werden daardoor vooral opgesteld volgens de opvattingen van zorgverleners en beleidsmakers. Tijdens de eerste zogenoemde Leidschendam-conferentie (1990) werd echter afgesproken dat gebruikers een meer prominente rol zouden moeten spelen. Het oordeel van patiënten en manieren om dat oordeel te meten, spelen ook in het onderzoek van het NIVEL een belangrijke rol.

Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een gezamenlijk project van het NIVEL en de Consumentenbond. Het bestaat uit een min of meer vaste groep van 1500 huishoudens, die op belangrijke punten (zoals leeftijd, geslacht, ziektekostenverzekering en spreiding over het land) een goede afspiegeling vormen van de Nederlandse bevolking. In principe wordt het panel tweemaal per jaar telefonisch en tweemaal per jaar schriftelijk benaderd. Uitbreiding van het bestaande panel met een panel bestaande uit chronisch zieke patiënten is in voorbereiding.

Patiënten en de nieuwe tandartsverzekering

Begin 1995 werd een deel van de tandheeskundige zorg aan ziekenfondsverzekerden uit het ziekenfondspakket gelicht en ondergebracht in een aanvullende verzekering. De meeste bij het ziekenfonds verzekerde panelleden weten dat de periodieke controle bij de tandarts nog steeds door het ziekenfonds wordt vergoed; ruim zestig procent weet dat ook het verwijderen van tandsteen nog in het pakket zit. Tussen de tien en dertig procent van de respondenten denkt echter ten onrechte dat ook andere behandelingen, zoals een zenuwbehandeling, het vullen van gaatjes, het trekken van kiezen en het maken van een röntgenfoto, nog door het ziekenfonds worden vergoed. Toch zegt tweederde voldoende door de verzekeringsmaatschappij te zijn geïnformeerd; éénderde vond de informatie onvoldoende of onduidelijk.

De meeste verzekerden (56 procent) kregen eind 1994 bericht van de verzekeraar dat zij zich voor een aanvullende verzekering konden aanmelden; van deze groep is driekwart tevreden over de gang van zaken. Een kleinere groep verzekerden (31 procent) kreeg automatisch een aanvullende verzekering aangeboden; van hen is amper de helft tevreden over hoe dat is gegaan. Een kleine minderheid (8 procent) heeft zelf contact gezocht met de verzekeraar. Veruit de meeste verzekerden kregen destijds twee of drie mogelijke verzekeringspakketten voorgelegd. Uiteindelijk heeft tweederde daadwerkelijk een aanvullende verzekering afgesloten.

Van hen die zich aanvullend hebben verzekerd, koos de ene helft voor een basisverzekering en de andere helft voor een uitgebreide verzekering. Éénderde van de ondervraagden die zich niet aanvullend hebben verzekerd, heeft geen gebit meer of vindt dat zo goed dat men geen hulp denkt nodig te hebben; de anderen vinden de premie te hoog (15 procent), de gegeven informatie te onduidelijk (10 procent) of geven andere redenen op. Mensen die zich aanvullend hebben verzekerd, zijn beter op de hoogte van de inhoud van de wijzigingen en kwamen in het verleden vaker bij de tandarts dan

mensen die niet voor een aanvullende verzekering hebben gekozen. Onder die laatste groep zijn relatief veel ouderen.

Bejegening en informatieverstrekking in de gezondheidszorg

Medio 1994 kregen de deelnemers aan het panel vijftien vragen voorgelegd over bejegening en informatiebereidheid bij de huisarts, de specialist, de apotheek, de tandarts en de fysiotherapeut. Ruim 860 panelleden die in een periode van twee jaar één of meer keren met deze hulpverleners contact hadden gehad, stuurden de vragenlijst terug: een respons van 57 procent.

Over de bejegening door huisartsen zijn de patiënten in het algemeen goed te spreken. Meer dan tweederde vindt dat de huisarts altijd vriendelijk is, de patiënt altijd serieus neemt en hen als een gelijkwaardige behandelt. Tussen de vijftig en zestig procent vindt dat de huisarts voldoende persoonlijke aandacht en tijd geeft en begrijpelijke taal spreekt. Een even grote groep vindt dat zij altijd bij de huisarts terecht kunnen met vragen. Over de informatiebereidheid van de huisartsen is men niet zo tevreden. Minder dan de helft van de ondervraagden - tussen de veertig en vijftig procent - vindt dat de huisarts 'altijd' zegt hoe hij verwacht dat klachten en ziekten zullen verlopen, uitleg geeft over de voor- en nadelen van een bepaalde behandeling, tijdens onderzoek en behandeling uitlegt wat er gebeurt en informatie geeft over mogelijke risico's. Minder dan één op de vijf patiënten vindt dat de huisarts informatie geeft over de kosten van een behandeling (hetgeen voor particuliere patiënten van belang kan zijn) en wijst op de mogelijkheid van een 'second opinion' bij een collega-arts. Toch zijn de meeste patiënten tevreden over de feitelijke gang van zaken tijdens hun laatste bezoek aan de praktijk. Maar liefst 89 procent van de respondenten heeft toen voldoende informatie van de huisarts gekregen en slechts 10 procent 'te weinig'.

Patiënten voelen zich door medisch specialisten minder goed bejegend dan door huisartsen. Minder dan de helft van de ondervraagden vindt dat specialisten begrijpelijke taal spreken en dat zij open staan voor vragen. Hun informatiebereidheid wordt wat beter beoordeeld. Zo zeggen méér patiënten van specialisten dan van huisartsen dat zij de voor- en nadelen van behandeling uitleggen en vertellen over de prognose. Wat betreft bejegening en informatiebereidheid 'scoren' de tandartsen goed, al valt op onderdelen nog wel wat te verbeteren. Fysiotherapeuten komen van alle hulpverleners het beste uit de bus. Zij nemen patiënten voldoende serieus, geven tijd en aandacht en verstrekken voldoende en ook begrijpelijke informatie. Maar ook zij mogen naar de mening van patiënten best méér vertellen over de mogelijke risico's van een behandeling en uitleggen wat er tijdens een behandeling precies gebeurt.

Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief

In het kader van het Programma Kwaliteit van Zorg van NWO heeft het NIVEL - in nauwe samenwerking met patiëntenorganisaties - een betrouwbaar en valide instrument ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van de gebruikers te meten. Het instrument bestaat uit vier vragenlijsten, bestemd voor vier categorieën van thuiswonende patiënten: mensen met astmatische en met reumatische aandoeningen, mensen met een blijvende lichamelijke handicap en hulpbehoevende mensen van 65 jaar en ouder.

Hoe patiënten de zorg ervaren hangt niet alleen af van hun werkelijke ervaringen, maar ook van hun wensen en behoeften. Vanuit het perspectief van patiënten kan onderzoek naar kwaliteit zich dus niet beperken tot tevredenheid alléén. Eerst moet duidelijk worden hoe belangrijk patiënten bepaalde aspecten van zorg vinden (zoals toegankelijkheid, bereikbaarheid en bejegening) en vervolgens in hoeverre hulpverleners in de praktijk aan die wensen voldoen. Om in de vragenlijsten de juiste vragen te kunnen opnemen, is de hulp ingeroepen van patiënten zelf. Zes discussiegroepen, elk bestaande uit vijf tot tien patiënten uit één van de patiëntencategorieën, kwam twee of drie keer bij elkaar. Uit de ervaringen van de deelnemers werden de onderwerpen afgeleid die in de op te stellen vragenlijsten zouden worden opgenomen. Sommige van deze onderwerpen zijn voor alle patiënten relevant, andere zijn eigen aan de betreffende categorie van patiënten.

In de vier vragenlijsten wordt ingegaan op bejegening, informatiebereidheid, autonomie van patiënten, continuïteit van zorg, bereikbaarheid en toegankelijkheid, kosten, professionaliteit van hulpverleners en accommodaties. Ter validering zijn de lijsten eerst voorgelegd aan deskundigen en daarna - met kleine aanpassingen - aan ruim duizend patiënten (tweehonderd per categorie), die daartoe door hun patiëntenverenigingen werden uitgenodigd. Sommige patiënten kregen de lijst schriftelijk voorgelegd, anderen telefonisch of in een face-to-face interview. Een derde versie, tenslotte, werd aan deze zelfde patiënten voorgelegd en ook aan ongeveer zeshonderd patiënten die via hun huisarts waren uitgenodigd mee te doen. Dit keer gebeurde dat uitsluitend schriftelijk - niet alleen uit kostenoverwegingen, maar ook omdat eerder op die manier de hoogste respons was bereikt.

De vragenlijsten voor cara- en reumapatiënten worden binnenkort toegepast in het kader van een experiment dat erop gericht is de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van patiënten te verbeteren. Soortgelijke toepassing van de andere instrumenten is in voorbereiding.

2.6 SAMENHANG EN SAMENWERKING IN DE GEZONDHEIDSZORG

In het denken over de gezondheidszorg maakt een 'horizontale' indeling in echelons langzamerhand plaats voor een 'verticale' indeling in transmurale zorgarrangementen, georganiseerd rondom de vraag van patiënten. Een goed functionerend verwijssysteem is daarbij even hard nodig als intensieve samenwerking zoals nagestreefd in de projecten uit de Databank Zorgvernieuwing. Ook het kwaliteitsbeleid van de instellingen kan een bijdrage leveren aan een betere samenhang van voorzieningen in de gezondheidszorg. In zijn meest verregaande vorm blijft dergelijk beleid immers niet beperkt tot zaken als personeelsmanagement en procesbeheersing binnen de eigen instelling, maar krijgt ook de samenhang met het beleid van 'belendende' instellingen ruime aandacht.

2.6.1 De relatie huisarts-specialist-ziekenhuis

Korte en lange verwijskaarten in de huisartsenpraktijk

Door het naast elkaar bestaan van verschillende soorten kaarten blinkt het in 1991 ingevoerde verwijskaartensysteem niet uit door eenvoud. Een huisarts schrijft een korte kaart uit als hij een specialist om advies wil vragen of de patiënt verwijst voor een korte behandeling. Voor de snijdende specialismen is die kaart één maand geldig, voor de andere specialismen twee maanden. Wil de specialist de behandeling na die tijd voortzetten, dan vraagt hij de huisarts om een aanvullende kaart; daarmee heeft de patiënt maximaal een jaar toegang tot de polikliniek. Maar de huisarts kan ook meteen al een jaarkaart uitschrijven, als hij voorziet dat een behandeling langer dan één of twee maanden zal duren. Na het verlopen van een eerste korte kaart mag de huisarts alleen opnieuw een korte kaart of een jaarkaart uitschrijven als de patiënt voor andere klachten wordt verwezen; zo niet, dan is een aanvullende kaart geëigend.

Om het functioneren van het systeem te onderzoeken, hebben 18 huisartsenpraktijken die meedoen aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) ieder tenminste 18 maanden alle verwijskaarten voor bij het ziekenfonds verzekerde patiënten geregistreerd, inclusief de diagnose waarvoor de patiënt naar de specialist werd verwezen. In totaal werden verwijskaarten voor bijna 47.000 patiënten bij het onderzoek betrokken.

De nieuwe richtlijnen worden in de praktijk niet goed nageleefd. 20 Procent van de korte kaarten wordt binnen een jaar gevolgd door een tweede kaart. In de helft van de gevallen is dat geen aanvullende kaart, maar een tweede korte kaart of een jaarkaart. Meer dan de helft daarvan wordt - tegen de

regels in - uitgeschreven voor dezelfde klachten als die waarvoor de patiënt al eerder was verwezen.

Ongeveer één op de vijf tweede korte kaarten wordt uitgeschreven binnen vier weken na afgifte van de eerste korte kaart. Dat is te vroeg, omdat de eerste kaart één of twee maanden geldig is vanaf het moment dat de patiënt bij de specialist komt. Ook het uitschrijven van jaarkaarten gebeurt niet volgens de regels: 15 procent van de uitgeschreven jaarkaarten wordt binnen een jaar gevolgd door een tweede kaart, meestal een tweede jaarkaart. Volgens de algemene bepalingen van het nieuwe systeem mag dat laatste nooit en mag een tweede korte kaart alleen worden uitgeschreven als het om een nieuwe klacht gaat.

Met gevoel voor understatement concluderen de onderzoekers dat het -systeem 'in ieder geval niet geheel conform de bedoeling werkt'. Dat komt in de eerste plaats doordat het destijds slecht is geïntroduceerd: een paar dagen voor de ingangsdatum kregen huisartsen en specialisten een folder toegestuurd met summiere informatie. Ook is het uitschrijven van een verwijzingskaart vaak een aangelegenheid van de assistentes aan beide zijden, hetgeen administratieve vergissingen in de hand werkt.

Verwijzen naar de internist

Verondersteld mag worden dat de vraag of een patiënt al dan niet wordt verwezen, in de eerste plaats afhangt van de aard van de aandoening. Voor de verwijzingen naar een internist is die hypothese getoetst met materiaal van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Om een beeld te krijgen van de aard van de klachten, zijn eerst alle contacten geselecteerd die eindigden met een verwijzing naar de internist. De tien meest voorkomende diagnoses (samen goed voor 29 procent van de verwijzingen) waren angina pectoris, diabetes, oud infarct, astma, hartziekte, andere aandoeningen van de luchtwegen, ongecompliceerde hypertensie, hartinfarct, acute bronchitis en algemene malaise. Als tweede stap werden vervolgens alle contacten geselecteerd waarin één van deze tien diagnoses werd gesteld.

Of een patiënt al dan niet naar een internist wordt verwezen, hangt voornamelijk af van de aard van de ziekte, de ernst van de klacht (in de ogen van de huisarts), de mate waarin de huisarts zeker is van de diagnose, het geslacht en de leeftijd van de patiënt. Slechts 4,5 procent van de variatie kan worden verklaard door kenmerken van de huisarts of de huisartsenpraktijk: patiënten worden iets eerder verwezen naarmate de huisarts meer instrumentarium tot zijn beschikking heeft en de praktijk groter is.

Kenmerken van huisarts en praktijk spelen een grotere rol bij het verklaren van verschillen in de aard van de verwijzing: een nieuwe verwijzing, een her-

haalverwijzing of een verwijzing achteraf (31 procent van de variatie wordt verklaard door de huisarts), een verwijzing ter diagnose of ter behandeling (26 procent) en een verwijzing op initiatief van de huisarts of op initiatief van de patiënt (50 procent).

Lage-rugklachten tussen eerste en tweede lijn

In een periode van drie maanden kregen de huisartsen die meededen aan de Nationale Studie door bijna 7.000 patiënten lage-rugklachten voorgelegd: ruim 20 op iedere 1000 ingeschreven patiënten. Gemiddeld komt een patiënt met deze klachten 1,5 keer op de praktijk: 73 procent komt slechts één keer.

In ruim 70 procent van de gevallen doet de huisarts lichamelijk onderzoek of een andere vorm van diagnostiek; in 7 procent vraagt hij of zij een röntgenfoto aan. De behandeling bestaat altijd uit een gesprek, vaak in de vorm van voorlichting of advies. Patiënten worden veel vaker naar een fysiotherapeut verwezen dan naar een medisch specialist: in 28, respectievelijk 7 procent van de gevallen. Verwijzingen naar een neuroloog komen vaker voor dan die naar een orthopedisch chirurg. Voorafgaand aan de verwijzing zijn de patiënten van een neuroloog gemiddeld vaker bij de huisarts geweest (voor diagnostisch onderzoek en behandeling) dan patiënten van een orthopeed.

Huisarts en kosten van de gezondheidszorg

Een vergelijking van de kosten van de gezondheidszorg in 21 landen van de OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) leidt tot een voor Nederland interessante conclusie: landen waar de huisarts een 'poortwachtersfunctie' vervult zijn goedkoper uit (jaarlijks gemiddeld 1275 dollar per hoofd van de bevolking) dan landen waar dat niet het geval is (1600 dollar).

Het is echter gevaarlijk daaruit al te snel conclusies te trekken. De kosten van de (ambulante) gezondheidszorg blijken immers niet alleen samen te hangen met het al dan niet bestaan van de poortwachtersfunctie, maar ook met de hoogte van het bruto nationaal produkt en met de manier waarop de zorg wordt gefinancierd. Worden die variabelen meegewogen, dan is van een onafhankelijke, positieve invloed van de poortwachtersfunctie (helaas) geen sprake meer.

Databank Zorgvernieuwing

Samen met het NcGv en het NZi en met subsidie van het ministerie van VWS houdt het NIVEL sinds 1991 de Databank Zorgvernieuwing bij. Deze databank bevat projecten waarin wordt geëxperimenteerd met een nieuwe vorm van patiëntenzorg, gericht op een verbetering van de kwaliteit of doelmatigheid van de zorg.

Van de geïnventariseerde projecten zijn er 42 'transmuraal' volgens de definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV): 30 projecten waarin eerste- en tweedelijnsdisciplines samen zorg verlenen en 14 projecten waarin (ook) 'tussen de lijnen' een functionaris is aangesteld om de samenwerking en overdracht te verbeteren. In 23 projecten werken huisartsen enerzijds en verpleeghuisartsen of specialisten anderzijds met elkaar samen. In 26 projecten zijn dat wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in het ziekenhuis en in 4 projecten wijkverpleegkundigen en specialisten. (Terminale) kankerpatiënten vormen de belangrijkste doelgroep (in 11 projecten), gevolgd door cara-patiënten (5) en diabetespatiënten (4). Overigens is het aantal aan transmurale zorg verwante innovatieve projecten veel groter.

2.6.2 De relatie eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg

Samenwerking van AMW en Riagg

Om een beeld te krijgen van de praktijk van de samenwerking van het algemeen maatschappelijk werk en de Riagg hebben het NIVEL en de beide koepelorganisaties - VOG (sectie AMW) en NVAGG - in het voorjaar van 1994 bestaande samenwerkingsverbanden geïnventariseerd. In een schriftelijke enquête onder de instellingen werden meer dan tweehonderd projecten aangemeld. Hoe die vormen van samenwerking moeten worden beoordeeld, was niet direct duidelijk. Op verzoek van het ministerie heeft het NIVEL, samen met het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), de inventarisatie daarom nader uitgewerkt.

In 80 van de 233 geïnventariseerde samenwerkingsverbanden hebben de AMW-instelling en de Riagg het onderlinge verwijzingsverkeer gestroomlijnd door afspraken te maken. Het belangrijkste doel daarvan is dat cliënten zo snel mogelijk op de meest geschikte plaats terecht komen. De afspraken hebben vooral betrekking op procedures: er wordt bijvoorbeeld afgesproken dat voorafgaand aan een verwijzing altijd telefonisch contact wordt opgenomen, dat verwijzing altijd via één enkele contactpersoon verloopt of dat de cliënt tot het moment dat de behandeling begint onder de hoede blijft van de verwijzende instelling. Afgaande op de informatie uit de interviews wordt in het veld dikwijls besloten het zogenoemde 'grijze gebied' tussen AMW en Riagg maar te laten voor wat het is. Liever dan in algemene termen de discussie aan te gaan over wie nu precies wat doet, wordt gekozen voor een pragmatische opzet, waarin van geval tot geval wordt bekeken met welke hulp een cliënt het meest is gebaat.

In 86 van de geïnventariseerde samenwerkingsverbanden houden AMW en Riagg besprekingen over cliënten, meestal in de vorm van consult of consul-

tatie. Soms worden duidelijke afspraken gemaakt over tijdstip, frequentie en inhoud. Een voorbeeld is de afspraak dat een hulpverlener van de Riagg twee keer per jaar aanwezig is in een team van maatschappelijk werkenden voor het geven van consultatie, of dat hulpverleners van beide instellingen elkaar maandelijks treffen voor het bespreken van cliënten die mogelijk in aanmerking komen voor een verwijzing. Vaak ook vinden besprekingen ad hoc plaats: hulpverleners die een probleem ervaren nemen daartoe zelf contact op met de andere instelling. Hoewel consult en consultatie in principe op basis van wederkerigheid kunnen plaatsvinden, is in de praktijk de Riagg meestal de consult- of consultatiegever en het AMW de ontvanger. Hulpverleners van beide instellingen lijken zich bewust te zijn van een zekere mate van hiërarchie tussen beide instellingen, hetgeen overigens niet als een probleem wordt ervaren.

Van de geïnventariseerde samenwerkingsverbanden zijn er 42 gericht op specifieke categorieën van cliënten, zoals migranten, weduwen, (ex-)psychiatrische patiënten en verslaafden. In 29 samenwerkingsverbanden bieden AMW en Riagg voor deze categorieën cliënten gezamenlijk groepen aan. Omdat het werk concreet is, kan dat voor beide instellingen een manier zijn om de onderlinge samenwerking van de grond te krijgen. Voorbeelden zijn groepen voor weduwen, familieleden van dementerenden, vrouwen van allochtone afkomst en slachtoffers van seksueel geweld.

De huidige samenwerking tussen AMW en Riagg is in de praktijk eerder gericht op het verhelderen van elkaars positie (differentiatie) dan op het bundelen van krachten (integratie).

2.6.3 Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg

Kwaliteitssystemen in instellingen

Tijdens de Leidschendam-conferentie in 1990 spraken instellingen en beroepsbeoefenaren met de overheid, patiënten en verzekeraars af dat zij binnen vijf jaar kwaliteitssystemen zouden hebben ontwikkeld en ingevoerd. Dergelijke systemen maken het mogelijk de kwaliteit van de zorg te beheersen en daarover verantwoording af te leggen. In voorgaande jaren heeft het NIVEL onderzoek gedaan onder de koepelorganisaties en onder een klein aantal instellingen dat al ervaring had met een kwaliteitssysteem. In 1995 is de stand van zaken 'in de volle breedte' in kaart gebracht. Daartoe is een uitvoerige vragenlijst gestuurd aan de directies van ruim elfhonderd instellingen in de gezondheidszorg, waaronder ziekenhuizen, verpleeghuizen, Riagg's, gezondheidscentra en instellingen voor thuiszorg en maatschappelijk werk. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de NRV en werd mede gefinancierd door de Programmacommissie Kwaliteit van Zorg van NWO. De

resultaten werden op 7 en 8 juni 1995 besproken met de deelnemers aan een tweede Leidschendam-conferentie.

In 1990 was nog nauwelijks duidelijk wat kwaliteitszorg in de gezondheidszorg zou moeten inhouden. Vijf jaar later zijn de geënquêteerde managers zeer gemotiveerd om aandacht te besteden aan kwaliteit, zo blijkt uit het onderzoek. Bij ongeveer tien procent van de instellingen maakt het kwaliteitsbeleid inmiddels deel uit van de bedrijfsvoering. Daar wordt de kwaliteit van de zorg bewaakt en verbeterd vanaf het moment dat de patiënt zich aanmeldt tot het moment dat hij de instelling weer verlaat. De medewerkers krijgen feedback over de resultaten van hun werk, vastgelegd in een informatiesysteem ten behoeve van het management. Patiënten, cliënten of bewoners dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Op gezette tijden wordt hun mening gepeild en er vindt overleg plaats met patiëntenorganisaties.

De meeste instellingen kennen een dergelijk alomvattend kwaliteitsbeleid nog niet. Wel maakt ruim de helft van de geënquêteerden melding van allerlei projecten en experimenten binnen afzonderlijke afdelingen. Die resulteren bijvoorbeeld in protocollen voor de voorlichting aan patiënten, afspraken over de inhoud van patiëntendossiers of overeenstemming tussen artsen en verpleegkundigen over de overdracht en de nazorg. Ook binnen deze instellingen wordt rekening gehouden met de wensen van de patiënten, maar dat gebeurt nog niet structureel.

Een kwart van de instellingen is ook aan dergelijke projecten nog niet toe. Zij hebben wel een kwaliteitsbeleid geformuleerd en op papier gezet, maar nog niet ingevoerd.

Vooral concurrentie, denkt men, zou instellingen dwingen meer aandacht te besteden aan de kwaliteit van de zorg. Dat blijkt niet zo te zijn: in sectoren waar veel concurrentie heerst - zoals in de thuiszorg - is de ontwikkeling niet verder dan in andere sectoren. De cultuur binnen de instellingen is in dit opzicht veel belangrijker. Kwaliteitssystemen zijn verder ontwikkeld naarmate de medewerkers van de instelling veranderingen en vernieuwingen makkelijker accepteren.

Eén op de vijf instellingen laat weten dat aandacht voor kwaliteit heeft geleid tot een grotere patiëntgerichtheid van de instelling, een grotere inzet van de medewerkers en meer tevredenheid bij patiënten en anderen. Bijna de helft van de instellingen rapporteert een verhoogde werkdruk voor de medewerkers. Tegen de verwachting in betaalt een kwaliteitsbeleid zichzelf nog niet terug, integendeel: hoewel 36 procent van de instellingen op den duur

besparingen verwacht, meldt 19 procent dat de kosten in werkelijkheid zijn gestegen.

In de toekomst zouden de verschillende facetten van het kwaliteitsbeleid van een instelling - strategisch beleid, personeelsmanagement, procesbeheersing en betrokkenheid van gebruikers - in één kwaliteitssysteem geïntegreerd moeten worden. Bijzondere aandacht daarbij verdienen de behoeften en tevredenheid van patiënten en cliënten, de inbreng en satisfactie van medewerkers en professionals en de samenhang van het beleid van de instelling met dat van andere zorgaanbieders.

Kwaliteitssystemen in GGD-en

Onder de respondenten op de hiervoor genoemde vragenlijst waren ook 45 (van de 60) GGD'en. In opdracht van de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD) zijn de door hen aangedragen gegevens afzonderlijk geanalyseerd.

Vooraf de toenemende concurrentie, de verwachte eisen van de financiers en initiatieven van de LVGGD brengen GGD'en ertoe een eigen kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. Daarmee hoopt men klanten en eigen personeel tevredener te maken en de eigen organisatie beter te profileren. Activiteiten zijn divers. Het management zorgt bijvoorbeeld voor het op schrift zetten van de missie, het omschrijven van de produkten en het stimuleren van medewerkers door scholing en het beschikbaar stellen van extra tijd en geld. Door het opstellen van protocollen werken medewerkers op de verschillende afdelingen van de GGD ook zelf aan het bewaken en verbeteren van hun handelen. Onderzoek naar de behoeften of tevredenheid van klanten is nog schaars.

In het algemeen wordt een kwaliteitssysteem gefaseerd ingevoerd. Van de GGD'en bevindt 16 procent zich nog in de voorbereidende fase, waarin de voorwaarden voor kwaliteitsbewaking en -verbetering worden gecreëerd. De meeste GGD'en (68 procent) zijn één stap verder: management en professionals doen er veel aan om de kwaliteit te bewaken en te verbeteren, maar zonder dat die verschillende activiteiten met elkaar samenhangen. Een kleine groep van 16 procent van de GGD'en is wél zover: daar omvat de kwaliteitszorg alle gebieden van de organisatie en is zij een onderdeel van de bedrijfsvoering. Nog niet één GGD heeft - in fase vier - het eigen kwaliteitsbeleid op dat van andere instellingen afgestemd.

Vergeleken met het algemeen maatschappelijk werk, de thuiszorg en de verlaafdenzorg kennen de GGD'en een grote 'middengroep' en een vrij kleine groep van koplopers en achterblijvers. Duidelijk is wel dat het onderwerp 'kwaliteit' sinds een eerdere inventarisatie (in 1993) méér is gaan leven.

Naast de positieve effecten, heeft dat ertoe geleid dat de werkdruk in één op de drie GGD'en is toegenomen.

Coördinatiecentra Chronische Ziekenzorg

Sinds januari 1994 telt Nederland drie regionale coördinatiecentra voor chronisch zieken, gevestigd in Groningen, Rotterdam/Leiden en Hoensbroek. Deze centra, die zijn opgericht op initiatief van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ), hebben tot doel de kwaliteit van zorg aan chronisch zieken in de regio te verbeteren. Ieder centrum heeft vijf of zes, deels identieke, aandachtsgebieden toegewezen gekregen, waaronder reuma, ms en pijnbestrijding. In september verscheen de eerste rapportage van het evaluatieonderzoek dat het NIVEL in opdracht van de NCCZ uitvoert. Op basis van interviews, documentanalyse en observatie worden de organisatiestructuur en de activiteiten tot nu toe beschreven. Een enquête onder zorginstellingen en patiëntenorganisaties geeft een beeld van de positie van de centra te midden van andere voorzieningen in de regio.

De centra zijn vrijwel precies zo opgezet als oorspronkelijk de bedoeling was. Hoewel zij alle drie bureau- en veldmedewerkers hebben, wijken zij in hun werkwijze van elkaar af. De centra maken intensief gebruik van de infrastructuur van de 'gastheerorganisaties' waaraan zij organisatorisch zijn gekoppeld. In Groningen is dat het Academisch Ziekenhuis, in Rotterdam en Leiden de Integrale Kankercentra en in Hoensbroek het IRV, dat actief is op het gebied van revalidatie en handicap. Per centrum functioneren vier of vijf diagnosegebonden 'klankbordgroepen', waarin hulpverleners en patiënten zijn vertegenwoordigd. Zij zijn nog niet alle even productief geweest. In de loop van 1994 is in ieder centrum een 'Beleidsadviescommissie' geïnstalleerd.

In dit eerste jaar hebben de centra zich vooral beziggehouden met netwerkvorming en public relations. Daarnaast zijn ruim honderd producten en diensten geïnitieerd op het gebied van coördinatie van zorg (zoals de opbouw van een netwerk van cara-consulenten), deskundigheidsbevordering (zoals bijscholing over cystic fibrosis aan de thuiszorg), protocollering (zoals een protocol voor het herkennen van reumatoïde artritis) en documentatie en informatie (zoals de ontwikkeling van een infomap over cva). Daarbij hebben de centra de aandacht vooral gericht op die twee of drie aandachtsgebieden waarop ook de gastheer 'sterk' is. Veel energie wordt gestoken in het ontwikkelen van samenwerking tussen de verschillende zorginstellingen in de eigen regio. Doordat feitelijke representanten ontbreken, is het opbouwen van werkrelaties met huisartsen niet eenvoudig.

Ruim tweederde van de geënquêteerde zorginstellingen en patiëntenorganisaties in de eigen regio kent het centrum inmiddels. Vooral thuiszorgorganisaties zijn goed op de hoogte, afdelingen van ziekenhuizen minder. Ook in andere regio's zijn de centra redelijk bekend. Tweederde van geënquêteerden denkt dat de centra een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van knelpunten in de zorg.

2.7 BEROEPEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Sinds de overheid afziet van al te actieve bemoeienis met het terrein van de gezondheidszorg, is ook de uitvoering van de beroepskrachtenplanning de verantwoordelijkheid geworden van de direct betrokken partijen: beroepsorganisaties, zorgverzekeraars en opleidingsinstituten. Het NIVEL kan daar hun daarbij behulpzaam zijn. Al meer dan twintig jaar beheert het instituut registratiesystemen met kerngegevens van een aantal beroepen in de gezondheidszorg. Uit secundaire bronnen worden ook over andere beroepen cijfers verzameld en gepubliceerd. In de afgelopen jaren, tenslotte, heeft het NIVEL behoeftenramingen verricht voor huisartsen, gynaecologen en ergotherapeuten. In 1995 werden huidtherapeuten en kinderartsen daaraan toegevoegd.

Cijfers uit de registratiessystemen

De registratiesystemen van huisartsen, aspirant-huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten lenen zich voor onderzoek naar de omvang, samenstelling en spreiding van de beroepsgroepen; daarnaast worden ze gebruikt voor het trekken van steekproeven voor wetenschappelijk onderzoek. Ook over gezondheidscentra en home-teams worden registratiegegevens verzameld.

Huisartsen

Volgens de huisartsenregistratie telde ons land op 1 januari 1995 6753 zelfstandig gevestigde huisartsen. Van hen is 84 procent een man en 53 procent jonger dan 45 jaar. 49 Procent van de huisartsen werkt in een solopraktijk, 31 procent in een duopraktijk, 10 procent in een groepspraktijk en 9 procent in een gezondheidscentrum. De gemiddelde praktijkgrootte is 2283 patiënten. Het aantal assistent-huisartsen bedraagt 372, in meerderheid vrouwen. Op 1 januari 1995 zochten 616 huisartsen naar een praktijk; van hen is bijna de helft (47 procent) een vrouw.

Gezondheidscentra

Op 1 januari 1995 waren er in Nederland 150 gezondheidscentra (zeven minder dan een jaar eerder), met 3034 hulpverleners. Onder hen zijn 617

huisartsen, 515 wijkverpleegkundigen en 306 maatschappelijk werkenden; andere veel voorkomende disciplines zijn de fysiotherapie (te vinden in 80 procent van de centra), ziekenverzorging, verloskunde en diëtetiek (elk in 65 procent van de centra). Iets minder dan de helft (48 procent) van de huisartsen werkt in dienstverband. 7 Procent van de Nederlandse bevolking staat ingeschreven bij een huisarts in een gezondheidscentrum. Omgerekend naar volledig bezette arbeidsplaatsen telt de gemiddelde praktijk in de centra 2300 patiënten.

Behoeftenramingen

Huidtherapeuten

Omdat schoonheidsspecialistes steeds méér cliënten zagen met huidafwijkingen, ontstond in de jaren tachtig behoefte aan een gespecialiseerde opleiding. Aanvankelijk werd deze aangeboden door de Stichting Opleiding Huidtherapie; sinds 1989 bestaat in Utrecht en Eindhoven een driejarige HBO-opleiding. Op verwijzing van een arts behandelen huidtherapeuten patiënten met een zieke of beschadigde huid; elektrische epilatie (ontharing), behandeling van acne en (massage)behandeling van oedeem zijn de meest voorkomende werkzaamheden. Beroep noch opleiding zijn wettelijk erkend. Wel vergoedt een aantal zorgverzekeraars althans een aantal behandelingen uit de aanvullende verzekering.

Momenteel zijn in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg 134 huidtherapeuten werkzaam; per jaar worden 60 studenten tot de opleiding toegelaten. Voor een raming van het aantal studenten dat tot 2005 moet worden opgeleid om vraag en aanbod goed op elkaar te kunnen afstemmen, zijn twee ontwikkelingen van bijzonder belang. De eerste is de bevolkingsgroei: volgens schattingen van het CBS telt Nederland in het jaar 2005 waarschijnlijk minstens 16,5 miljoen inwoners, ruim één miljoen meer dan nu. De tweede heeft te maken met het beroep zelf: ten behoeve van hun verdere professionalisering zullen huidtherapeuten méér tijd gaan besteden aan niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals bij- en nascholing.

Welke andere ontwikkelingen het beroep zal doormaken, is niet zeker. Zo zullen de nu nog 'witte plekken' op de kaart van Nederland - met een gering aanbod aan huidtherapeuten - misschien worden opgevuld. Denkbaar is dat er in de toekomst méér patiënten bij de huidtherapeut komen voor epilatie of behandeling van acne of oedeem, dat het aantal patiënten voor nu nog weinig toegepaste behandelingen als massagetherapie en dermatografie zal toenemen en dat huidtherapeuten nieuwe activiteiten gaan ontplooiën, zoals het aanmeten van borstprothesen. En tenslotte kan een mogelijke wettelijke erkenning van het beroep ook consequenties hebben voor de omvang van de

beroepsgroep. Al naar gelang de toekomstige ontwikkelingen zullen jaarlijks tussen de 21 en 54 studenten tot de opleidingen moeten worden toegelaten.

Kinderartsen

Door de groei van het medisch kennen en kunnen is de vraag naar kinderartsen de afgelopen jaren gegroeid. In de jaren tachtig is de opleidingscapaciteit echter verlaagd, terwijl de duur van de opleiding met een jaar werd verlengd. Momenteel voltooien jaarlijks tussen 40 en 45 kinderartsen hun opleiding. Vacatures zijn daardoor niet of slechts met moeite in te vullen, vooral in kleine praktijken in algemene ziekenhuizen.

Om het tekort aan kinderartsen op te vangen, zijn de afgelopen drie jaar reeds méér assistent-artsen tot de opleiding toegelaten.

In opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft het NIVEL de vraag naar en het aanbod aan kindergeneeskundige zorg in het jaar 2005 onderzocht. Daarbij is rekening gehouden met toekomstige bevolkingscijfers, de toekomstige duur van de werkweek, het aantal part-time werkende artsen en ontwikkelingen in de uitoefening van het beroep. Een enquête onder de kinderartsen maakte deel uit van het onderzoek.

Gemiddeld werken kinderartsen 54 uur per week, exclusief de tijd besteed aan avond-, nacht- en weekenddiensten. Die diensten vormen een zware belasting. Een full-time werkende kinderarts in een academisch ziekenhuis besteedt daaraan gemiddeld 14 uur per week, in een algemeen ziekenhuis zelfs 29 uur. Per maand komen daar nog 46 uur, respectievelijk 90 uur bij voor de weekenddiensten. De beroepsgroep zelf streeft naar een kortere werkweek, waarbij gedacht wordt aan een 45-urige werkweek.

Daarnaast neemt ook in de kindergeneeskunde de belangstelling voor deeltijd toe. Nu al werkt 25 procent van de kinderartsen in de academische ziekenhuizen in deeltijd; in de algemene ziekenhuizen is dat 34 procent. Volgens het onderzoek wil meer dan de helft van de arts-assistenten later een deeltijdbaan. Onder de vrouwen (57 procent van de arts-assistenten) is dat zelfs 80 procent. De verwachting is dat in het jaar 2005 40 procent van de kinderartsen in deeltijd zal werken.

Wanneer bovengenoemde ontwikkelingen worden samengevoegd met produktiecijfers en demografische ontwikkelingen, dan is uitbreiding van het aantal kinderartsen noodzakelijk. Momenteel worden er jaarlijks tussen 40 en 45 kinderartsen opgeleid; in de toekomst zouden jaarlijks 50 tot 65 assistent-artsen aan de opleiding moeten beginnen. Inmiddels heeft de NVK besloten in 1996 55 assistenten tot de opleiding toe te laten. Om er van verzekerd te

zijn dat men in de toekomst niet geconfronteerd wordt met een tekort of een fors overschot zal de NVK jaarlijks dit soort ramingsstudies uitvoeren. Dit biedt de mogelijkheid om de opleidingscapaciteit tijdig bij te stellen.

Rapportage arbeidsmarkt zorgsector

Tot 1991 bracht het ministerie van WVC ieder jaar een Nota Beroepskrachtenplanning gezondheidszorg uit, waarin een raming werd gegeven van het aanbod aan hulpverleners in de verschillende sectoren van de zorg. Sinds het verdwijnen van deze nota's ontbreekt veel actuele informatie. Weliswaar verzamelen instellingen, onderzoeksinstituten, koepelorganisaties en beroepsverenigingen ook gegevens, maar door de betrekkelijke wildgroei zijn die onderling niet goed vergelijkbaar en daardoor moeilijk te interpreteren.

In samenwerking met het NZi en de OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek) heeft het NIVEL dit jaar de eerste van een reeks jaarlijkse rapportages uitgegeven over de arbeidsmarkt in de zorgsector. Deze rapportages zijn te zien als een gedeeltelijke voortzetting van de vroegere nota's van het ministerie. Gedeeltelijk, omdat voorspellende en taakstellende elementen inmiddels worden gerekend tot de taken van de NRV en niet in het rapport zijn opgenomen.

De onderzoekers concluderen dat het aantal werkenden in de zorgberoepen tussen 1990 en 1994 met 3,6 procent is toegenomen, iets minder dan de groei van de bevolking. Vooral het aantal apothekers en verloskundigen is in die jaren sterk gegroeid, met respectievelijk 17 procent en 14 procent. Van alle werkenden in de zorgberoepen is 81 procent een vrouw; binnen de medische beroepen is het percentage vrouwen echter een stuk lager (31 procent).

2.8 INTERNATIONAAL VERGELIJKEND ONDERZOEK

Centraal in het internationaal vergelijkend onderzoek staat een studie onder huisartsen in 31 Europese landen, dat zal resulteren in de beschrijving van de daar vigerende taakprofielen. In 1995 is over dit project echter niet gepubliceerd. Wel werden de resultaten bekend van een vergelijkende studie naar de organisatie van de thuiszorg in de vijftien lidstaten van de Europese Unie. Net als eerdere jaren is het NIVEL nauw betrokken bij de advisering aan de overheden van verschillende Oosteuropese landen.

Organisatie en financiering van de thuiszorg in Europa

In opdracht van de Europese vereniging van thuiszorgorganisaties heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar de manier waarop de thuiszorg in de vijftien

lidstaten van de Europese Unie is georganiseerd en wordt gefinancierd. Niet alleen de groeiende eenwording van Europa maakt een dergelijke vergelijking interessant. Alle landen zien zich geconfronteerd met een groeiende vraag en sterk stijgende kosten van de gezondheidszorg, terwijl nieuwe technologieën de inhoud van het werk drastisch hebben veranderd. Voor deze studie werden deskundigen in elk van de vijftien landen schriftelijk geënquêteerd; aan negen landen werd een bezoek gebracht.

In alle lidstaten bestaan organisaties voor thuiszorg, al zijn die in Italië en Griekenland nog in ontwikkeling - sommige streken in deze landen kennen helemaal geen thuiszorg. In de financiering van de *wijkverpleging* zijn twee modellen te onderscheiden. In het eerste model (in Denemarken, Ierland, Italië, Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden) krijgen de 'kruisorganisaties' een vast budget van de centrale of plaatselijke overheid, waarvan de hoogte meestal afhankelijk is van het aantal inwoners (of ouderen) van de regio of van de omvang van de organisatie. In deze landen is de wijkverpleging vrij toegankelijk. In het tweede model (in België, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg en Oostenrijk) wordt de wijkverpleging uit ziektekostenpremies betaald op basis van 'fee for services'; een verwijzing door een arts is noodzakelijk. De resterende landen kennen een mengvorm van beide modellen. Negen landen kennen een eigen bijdragen voor de wijkverpleging, al dan niet in de vorm van een lidmaatschap, zoals in Nederland en België. In een aantal van deze landen hangt de hoogte van de eigen bijdrage af van de aard van de verzekering of van de te leveren zorg.

Behalve in Griekenland wordt de *gezinsverzorging* overal gesubsidieerd door de landelijke of plaatselijke overheden, soms door beide. Alleen in Denemarken bestaan (op enkele uitzonderingen na) voor de gezinsverzorging géén eigen bijdragen.

In zeven landen - waaronder Nederland - wordt de *wijkverpleging* voornamelijk door één type organisatie geleverd, in vijf landen door twee en in drie landen door drie of meer. In die laatste landen - Griekenland, Italië en Oostenrijk - is de wijkverpleging nog in ontwikkeling. Thuiswonende ouderen vormen in alle landen de belangrijkste doelgroep.

In tegenstelling tot de wijkverpleging behoort de *gezinsverzorging* in de meeste landen niet tot de gezondheidszorg; die zorg wordt dan ook meestal uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. In sommige landen was de gezinsverzorging van oudsher gericht op de zorg aan gezinnen met kleine kinderen, maar langzamerhand verschuift de aandacht ook daar naar (alleenwonende) ouderen. De tendens bestaat dan ook organisaties voor wijkverpleging en gezinsverzorging met elkaar te integreren.

Zaken als wachtlijsten voor gezinsverzorging, een tekort aan uitvoerenden en gebrekkige coördinatie met huisartsen en ziekenhuizen vormen in veel landen een probleem. In sommige landen bestaan bovendien grote regionale verschillen in het aanbod. Overigens wordt de organisatie van de thuiszorg in veel landen ingrijpend veranderd.

'Home care in Europe' is verschenen bij de Engelse uitgeverij Arena.

Western European Study of Health (WESH)

In 1990 en 1991 heeft een onderzoeksgroep van de vakgroep medische sociologie van de Rijksuniversiteit Limburg, de vakgroep sociale geneeskunde van de universitaire instellingen Antwerpen, de August Philips Universiteit in Marburg en het NIVEL internationaal onderzoek gedaan naar ervaren gezondheid, gezondheidsgedrag en gezondheidscultuur in Duitsland, Nederland, België en Frankrijk. Er werd gebruik gemaakt van telefonisch enquêtes; de verzamelde gegevens zijn gepubliceerd in het boek 'Health systems in the European Union', een uitgave van Oldenbourg Verlag in München.

Op het gebied van gezondheidscultuur verschillen de vier landen sterk. Fransen hechten de meeste waarde aan hun uiterlijke verschijning, zijn vóór ziekenhuizen en gespecialiseerde medische wetenschap en vinden dat je ook voor betrekkelijk onschuldige symptomen medische hulp kunt inroepen. Nederlanders hebben een voorkeur voor thuiszorg en zorg voor ouderen en chronisch zieken en vinden vaker niet dan wel dat je met betrekkelijk onschuldige symptomen een medicus moet raadplegen. Duitsers maken zich het meeste zorg over hun gezondheid en zijn ook meer geporteerd voor zorg voor chronisch zieken dan voor hooggespecialiseerde ziekenhuiszorg. Belgen zitten er zo'n beetje tussen in, waarbij de Walen meer op de Fransen lijken en de Vlamingen meer op de Nederlanders. Limburgers lijken in dit opzicht overigens meer op andere Nederlanders dan op hun vlak over de grens wonende buitenlandse burens.

Naast deze verschillen hebben de vier onderzochte landen ook iets gemeenschappelijks. In elk van de vier landen gedraagt één op de zes ondervraagden zich als een gezondheidsmaniak (door veel fruit en groente te eten, veel te slapen, niet tussendoor te snoepen, niet te roken, nauwelijks te drinken en aan sport- en lichaamsbeweging te doen), doet ongeveer 40 procent een aantal van deze gezonde dingen wél maar niet allemaal en lapt een derde al deze gedragingen aan zijn laars. Deze laatsten zijn vooral mannen, zonder veel opleiding en zonder religieuze bindingen of opvattingen. Activiteiten op de gebied van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in nationaal of Europees verband zouden zich op deze groep moeten richten. Voor een Europese

aanpak pleit dat de groep in elk onderzocht land voorkomt; een aanpak via sport en fitness zal wellicht nog het meest succesvol zijn.

Ziektekostenverzekering in Europees perspectief

In theorie is de Nederlandse markt ook voor Duitse en Belgische verzekeringsmaatschappijen aantrekkelijk: anders dan in die landen is de verzekering tegen ziektekosten in Nederland strikt gescheiden van verzekering in het kader van de sociale wetgeving. Bovendien is de particuliere markt (39 procent van de bevolking) vrij omvangrijk en de hoogte van de eigen bijdragen relatief gering.

Het verdrag van Maastricht garandeert een vrij verkeer van personen, goederen en diensten tussen de lidstaten van de Europese Unie. Dat hoeft de maatschappijen er dus niet van weerhouden actief te worden buiten de grenzen van het eigen land. Uit sociaal-economisch onderzoek en demografische gegevens blijkt bovendien dat verzekerden in de drie landen bereid en ook in staat zijn premies te betalen. Toch zijn ziektekostenverzekeraars uit België en Duitsland in ons land nauwelijks actief. De verklaring is duidelijk. Omdat de Nederlandse (en ook de Duitse) particulier verzekerde kan kiezen uit tientallen 'eigen' verzekeringsmaatschappijen, is er eenvoudigweg geen behoefte aan een groter aanbod.

Advies aan Oost-Europa

In Oost-Europa wordt hard gewerkt om de geleide economie van het 'ancien régime' om te zetten in een op westerse leest geschoeide markteconomie. De gezondheidszorg is één van de terreinen die in de komende jaren drastisch van aanzien zullen veranderen. Zo wordt in Hongarije de eerstelijnszorg versterkt in het kader van een project van Phare - een omvangrijk programma van de Wereldbank en de Europese Unie. Het NIVEL draagt aan het project bij door de supervisie over het opzetten en uitvoeren van een onderzoeksprogramma, dat bestaat uit acht verschillende onderzoeksprojecten. De projecten beginnen in 1996 en zullen één tot twee jaar duren.

Naast dit Phare-project wordt met financiële steun van het Nederlandse ministerie van VWS in Hongarije gewerkt aan een morbiditeitsregistratiesysteem. Volgens het in 1995 verschenen verslag van de pilotstudie verloopt het episode-gewijs registreren goed. De verzamelde gegevens roepen wel vragen op. Zo rapporteren de Hongaarse huisartsen veel hart- en vaatziekten en weinig psychische problemen, long- en huidproblemen. Dat laatste is verklaarbaar omdat long- en huidartsen zeer actief zijn in de eerstelijnszorg.

Samen met het CBO en het CvZ adviseert het NIVEL de Hongaarse overheid over een regionaal beleidsplatform in het oosten van het land, te vergelijken met een Nederlandse Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. Doel van het platform is overeenstemming te bereiken over het reduceren van het

aanbod aan tweedelijnszorg en het ontwikkelen van een sterke eerstelijnszorg. Waarschijnlijk wordt in tien andere Hongaarse provincies een soortgelijk platform opgericht.

Het NIVEL is ook als adviseur betrokken bij programma's ter versterking van de eerstelijnszorg in Armenië, Bulgarije, Estland, Moldavië, Oekraïne, Roemenië, Slovenië, Tsjechië en Wit-Rusland.

2.9 CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

De Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland is een landelijk netwerk van 45 huisartsenpraktijken. De registratie staat onder beheer van het NIVEL. Iedere week melden de deelnemende huisartsen het vóórkomen van bepaalde ziektebeelden en gebeurtenissen in hun praktijk. Samen bestrijken deze huisartsen een representatieve selectie van één procent van de Nederlandse bevolking. In 1994 (het verslag daarover verscheen in 1995) registreerden de huisartsen wekelijks de volgende onderwerpen:

- influenza-achtig ziektebeeld
- onderzoek op baarmoederhalskanker door de huisarts
- mammografieën
- sterilisatie (bij de man en bij de vrouw)
- het voorschrijven van oestrogenen
- vermoede en bevestigde hartinfarcten
- diabetes mellitus
- (pogingen tot) zelfdoding
- urethritis bij de man
- pelvic inflammatory disease (PID)
- angst voor aids
- hepatitis

Over verzoeken om euthanasie, het vóórkomen van lyme disease en acute intoxicaties op het werk werden de huisartsen eenmalig ondervraagd.

Influenza

In het seizoen 1994-1995 is een griepepidemie uitgebleven. Pas in februari 1995 stak de griep even de kop op, maar het aantal mensen met griep was kleiner dan op het hoogtepunt van eerdere epidemieën, namelijk 16 op elke 10.000 inwoners (tegen 54 op elke 10.000 inwoners in december 1993). Dat betekent dat ruim 160.000 mensen door de ziekte werden geveld, tegen meer dan 700.000 in 1993. Het ontbreken van een griepgolf kan een - eenvoudige - verklaring zijn voor de door de uitvoeringsorganen voor de Ziektewet gesignaleerde daling van het ziekteverzuim in 1994.

Baarmoederhalskanker

Op één na, vindt bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in alle deelnemende huisartsenpraktijken plaats. Het aantal preventief gemaakte uitstrijkjes neemt nog steeds af: in 1990 werd nog bij 577 per 10.000 vrouwen voor de eerste keer zo'n uitstrijkje gemaakt, in 1994 nog maar bij 474. Bij vrouwen jonger dan 35 is dat aantal in 1994 lager dan in enig ander jaar. Maar ook vrouwen tussen de 35 en 54 jaar laten steeds minder uit voorzorg een uitstrijkje maken. Het aantal uitstrijkjes dat werd gemaakt vanwege klachten of symptomen, bleef tussen 1990 en 1994 ongeveer gelijk.

Borstkanker

Huisartsen vragen aanzienlijk meer onderzoek op borstkanker aan dan zes jaar geleden. Toch is het aantal aangevraagde mammografieën in 1994 (156 per 10.000 vrouwen) kleiner dan in het 'piekjaar' 1993 (176 per 10.000 vrouwen). Dat komt vooral door een daling van het aantal aanvragen in het westen van het land, op het platteland en in de kleine steden. Tweederde van het borstsonderzoek wordt aangevraagd voor vrouwen die jonger zijn dan 50 jaar. In de noordelijke provincies, waar het bevolkingsonderzoek vrij laat op gang kwam, wordt relatief weinig onderzoek aangevraagd.

Sterilisatie

Sinds 1990 is het aantal sterilisaties zowel bij mannen als bij vrouwen min of meer stabiel; onder mannen van 30 tot 44 jaar is het de afgelopen jaren iets gestegen. Nederland is het enige land waar meer mannen dan vrouwen zijn gesteriliseerd: in 1994 gold dat voor ruim 12 procent van de mannen (van 17 tot 51 jaar) en bijna 9 procent van de vrouwen (van 15 tot 49 jaar). Vooral jonge vrouwen voelen steeds minder voor sterilisatie. In 1980 was nog 7 procent van de vrouwen van 25 tot 29 jaar gesteriliseerd, in 1994 nog maar 1 procent.

Voorschrijven oestrogenen

Dit onderwerp werd voor de eerste keer door de peilstationartsen geregistreerd. In één jaar tijds kregen 180 op iedere 10.000 vrouwen van 40 tot 60 jaar een eerste voorschrift voor oestrogenen en 732 een herhaalrecept. In het oosten en het westen van het land en in de grote steden worden verhoudingsgewijs veel eerste voorschriften uitgereikt. Langdurig gebruik van oestrogenen om botbreuken te voorkomen, komt volgens deze gegevens weinig voor.

Hartinfarct

Een hartinfarct werd in 1994 vermoed bij 17 op de 10.000 en bevestigd bij 13 op de 10.000 inwoners. In vergelijking met voorgaande jaren zijn deze cijfers nauwelijks veranderd.

In het noorden van het land zijn hartinfarcten wat zeldzamer dan elders. Mannen worden er gemiddeld twee keer zo vaak door getroffen als vrouwen. Bij mannen is de kans op een hartinfarct het grootst na hun 70-ste levensjaar, bij vrouwen vijf jaar later.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus kwam in 1994 voor bij 13 op de 10.000 inwoners. De incidentie neemt toe met de leeftijd: de meeste patiënten met diabetes zijn 70 jaar of ouder. Tussen mannen en vrouwen bestaat geen verschil. Anders dan in voorgaande jaren komt diabetes in de grote steden even vaak voor als op het platteland; alleen in de kleine steden en op het verstedelijkt platteland is de incidentie duidelijk lager.

(Pogingen tot) zelfdoding

In 1994 meldden de peilstationartsen bijna evenveel al dan niet geslaagde pogingen tot zelfdoding als in het jaar daarvoor: 74. Dat komt neer op 5 meldingen per 10.000 inwoners. Uit de grote steden worden twee- tot driemaal zoveel pogingen gemeld als uit praktijken op het platteland.

Urethritis en PID

Urethritis kwam in 1994 voor bij 25 op de 10.000 mannen; PID bij 9 op de 10.000 vrouwen. Vergelijking met de cijfers van het Amsterdamse peilstationsproject laat zien dat beide ziekten in de hoofdstad ongeveer driemaal zo vaak worden gemeld (99 respectievelijk 24 per 10.000 mannen/vrouwen). Net als in Amsterdam zijn de meeste patiënten tussen de 20 en 40 jaar oud.

Angst voor aids

In 1994 werd tijdens spreekuorgesprekken met 27 op iedere 10.000 inwoners over aids gepraat. In het westen en zuiden van het land krijgt de huisarts bijna tweemaal zoveel problemen rond aids voorgelegd als elders; ook in de grote steden komt dat aanzienlijk vaker voor dan op het platteland. Patiënten vragen steeds vaker om een aidstest. Hoewel niet alle verzoeken worden ingewilligd is het aantal verrichte tests in vijf jaar tijds verdubbeld: van 121 in 1990 tot 259 in 1994.

Virale hepatitis

Hepatitis - een nieuw onderwerp op de weekstaat - kwam in 1994 voor bij 3,1 op iedere 10.000 inwoners. Hepatitis A (1,4 gevallen per 10.000 inwoners)

komt vooral voor bij patiënten tot 40 jaar. Hepatitis B (0,6 gevallen per 10.000 inwoners) is gevonden bij een kind en komt verder alleen voor bij patiënten tussen de 15 en 54 jaar. Dat laatste geldt ook voor de overige vormen van hepatitis (1,1 gevallen per 10.000 inwoners). De incidentie ligt hoger dan verwacht mocht worden op basis van de cijfers over de (verplichte) aanmelding bij de Inspectie voor de Volksgezondheid.

Euthanasie

In 1994 hebben 39 patiënten aan de registrerende huisartsen gevraagd om euthanasie of hulp bij zelfdoding. De meeste patiënten leden aan een veelal uitgezaaide vorm van kanker. Op vijf na, werden alle patiënten thuis verpleegd en in 26 gevallen werd het verzoek ondersteund door een euthanasieverklaring. Vergeleken met 1993 is het aantal verzoeken met afgenomen.

Lyme disease

In 1994 kregen in de praktijken van de peilstationartsen 15 patiënten Lymeziekte. Twee patiënten werden in het buitenland door een teek gebeten, zeven patiënten (buitenshuis) in Nederland. Eén patiënt raakte thuis door een kat besmet. Van de vijf andere patiënten is niet bekend waar zij de ziekte hebben opgelopen.

Vermoede vergiftiging in arbeidssituaties

In 1994 zijn drie gevallen gemeld van een acute vergiftiging op het werk. Eén patiënt ademde bij het onderhoud van een machine acetylchloride in na het losschieten van een slang. De tweede patiënt kreeg tijdens de productie wat wasmiddel in het oog. Gegevens over de derde patiënt zijn helaas zoekgeraakt.

2.10 OVERIG ONDERZOEK

Vervlechting in de praktijk

De titel van het onderzoek naar het gebruik in het 'veld' van de adviezen van de (inmiddels opgeheven) NRV is minder mysterieus dan op het eerste gezicht lijkt. Er is immers de laatste jaren herhaaldelijk gewezen op de 'verflechting' die ontstaat doordat in de adviesorganen van de overheid - en ook in de NRV - de belangengroepen goed zijn vertegenwoordigd. Cynici menen zelfs dat deze groepen via de overheid vooral zichzelf van advies dienen.

Sinds het verschijnen, in 1990, van het advies van Fortuyn over de adviesstructuur in de volksgezondheid ('Ordering door ontvlechting'), wordt de procesgang van de adviesprojecten van de NRV intern geëvalueerd en wordt

ook de reactie van de rijksoverheid op de uitgebrachte adviezen systematisch bijgehouden. Of de adviezen ook in het 'veld' worden gebruikt, is echter niet duidelijk. In het onderzoek is - ten eerste - nagegaan hoe het gebruik in principe kan worden geëvalueerd en - ten tweede - hoe de NRV zelf het gebruik van de uitgebrachte adviezen kan bevorderen. Daartoe zijn rond twee adviezen - Zorginnovatie verstandelijk gehandicapten en Structuur en financiering ambulancehulpverlening - telkens vier gesprekken gevoerd, zowel met organisaties die in de adviescommissie hadden gezeten als met organisaties die juist niet bij het ontstaan van het advies waren betrokken. Daarnaast is aan 149 organisaties in de gezondheidszorg een schriftelijke enquête gestuurd, waarin werd gevraagd naar het gebruik in de praktijk van een (door de respondent zelf te kiezen) relevant advies van de NRV.

Als organisaties de adviezen gebruiken ter ondersteuning van het eigen beleid ('strategisch gebruik'), dan is dat in schriftelijke stukken te traceren. De in dit onderzoek geïnterviewde organisaties stelden deze stukken zonder problemen ter beschikking, maar op grote schaal is deze methode natuurlijk zeer tijdrovend. Of de adviezen ook worden gebruikt als bron van informatie ('conceptueel gebruik'), valt niet uit stukken te achterhalen. Waarschijnlijk gebeurt dat vooral in organisaties die vaste routines hebben om de adviezen te verspreiden. De interviews hebben niet duidelijk kunnen maken of de twee onderzochte adviezen hebben geleid tot een verandering in het beleid of tot de ontwikkeling van nieuw beleid ('instrumenteel gebruik'). In principe zou het gebruik van adviezen in het 'veld' geëvalueerd kunnen worden door de leden van de kerncommissies van de NRV - vaste commissies op een aantal beleidsterreinen - daar op gezette tijden over te laten rapporteren.

Meer dan negentig procent van de voor de enquête aangeschreven organisaties kende minstens één advies van de NRV; vrijwel al deze organisaties hebben daarvan op de één of andere manier gebruik gemaakt - meestal als bron van informatie, in mindere mate als ondersteuning van bestaand of het ontwikkelen van nieuw beleid. Het gebruik lijkt vooral samen te hangen met kenmerken van het advies zelf, zoals de probleemdefinitie, de kwaliteit, de reikwijdte van de analyse, de haalbaarheid van de aanbevelingen, de duur van het adviestraject en de unanimititeit. Ook wordt een advies eerder gebruikt naarmate het voorgestelde beleid in de organisatie zelf minder omstreden is en beter aansluit bij de eigen beleidsontwikkeling. Of de organisatie al dan niet aan het opstellen van het advies heeft meegewerkt, maakt weinig uit. Wel blijken adviezen vaker te worden gebruikt naarmate minder leden van de adviescommissie op persoonlijke titel waren benoemd. Kennelijk leidt de inbreng van de veldorganisaties tot een grotere bruikbaarheid.

Onderzoek naar zorg voor mensen met aids

Op verzoek van de Programmacoördinatie-commissie Aids-onderzoek (PccAo) heeft het NIVEL en overzicht gemaakt van het Nederlandse onderzoek naar zorg en aids. De 62 gevonden projecten zijn geordend volgens de systematiek die wordt voorgesteld in het in 1994 verschenen advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO).

Meer dan de helft van de projecten heeft betrekking op rationaliseringsvraagstukken. Er is vooral veel onderzoek gedaan naar de mening van hulpverleners en naar kosteneffectiviteit van zorg. Een aantal zorgexperimenten is geëvalueerd en onder hulpvragers is onderzoek gedaan naar stijlen van 'coping' en naar kwaliteit van leven. Van de vraagstukken rond de ordening van zorg hebben de inpassing van nieuwe (vrijwilligers)zorg en de analyse van hulpvragen veel aandacht gekregen. Onderzochte vraagstukken rond de verdeling van zorg, tenslotte, zijn de kennis van hulpverleners en de risicogroepen waarop de zorg gericht moet zijn.

De prioriteiten voor mogelijk toekomstig onderzoek naar de zorg voor hiv-geïnfecteerden en mensen met aids zijn aangegeven in een tweede studie. Aansluiting van intramurale en extramurale zorg en kennisoverdracht van de specifieke aidszorg naar de reguliere zorg verdienen de meeste aandacht. Andere onderzoeksprioriteiten zijn: het in kaart brengen en evalueren van tussenvoorzieningen (vooral van experimenten in de thuiszorg), de spreiding van kennis onder hulpverleners (ook in gebieden waar aids weinig voorkomt), het bestaan en verder verspreiden van verpleegplannen en protocollen, kwaliteit van leven en de kosten van de zorg. Overwogen kan worden het aids-onderzoek beter te laten aansluiten bij onderzoeksprogramma's rond chronisch zieken.

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

Het reeds lang bestaande samenwerkingsverband tussen de bibliotheken van de vier nationale onderzoeksinstituten van de gezondheidszorg - NcGv, NIVEL, TNO-PG en NZi heeft de afgelopen jaren geresulteerd in een aantal tastbare produkten.

Was er in de beginperiode "slechts" sprake van de onderlinge raadpleegbaarheid van de bibliotheekcatalogi, behoefte aan onderlinge toegankelijkheid en afstemming van de bibliotheekcollecties resulteerde in het gemeenschappelijk project van het maken van een algemene Thesaurus Gezondheidszorg; als vervolgcactiviteit hierop heeft deze samenwerking gestalte gekregen in horizontaal gestructureerde databases: informatievoorziening rond een thema of onderzoeksgebied binnen de gezondheidszorg waarvoor de deelnemende instituten de op hun onderzoeksterrein aanwezige specifieke literatuurinformatie beschikbaar stellen.

Het project Thesaurus Gezondheidszorg is afgerond met de publikatie van de TG. Onderhoud als continue activiteit blijft noodzakelijk gezien de zich steeds vernieuwende terminologie binnen de gezondheidszorg.

Door deze ontwikkeling kan een heel scala aan informatie binnen handbereik komen van de betrokken instituten zonder al te grote investeringen om het vereiste niveau van dienstverlening, zowel kwalitatief als kwantitatief - te kunnen blijven leveren.

Met het samenwerken en het structureren van deze horizontale databases is inmiddels zoveel ervaring opgedaan dat gezocht wordt naar uitbreiding van samenwerking met andere strategische instituten. Samenwerking met het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) is het afgelopen jaar tot stand gekomen, resulterend in een database Verpleging & Verzorging. Dit bestand bestaat op dit moment uit ca. 11.000 records.

Ook is contact tot stand gebracht met het Centraal Bureau voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) om hun literatuurgegevens betreffende kwaliteit van zorg eventueel aan te leveren voor de database Kwaliteit van Zorg.

Van de Database Kwaliteit van de Zorg, opgezet in samenwerking met het NcGv, is inmiddels de tweede jaardiskette verschenen. Het bestand bestaat nu uit ca. 7000 titels, waarvan ruim tweederde afkomstig uit de NIVEL-catalogus.

RWO blijft zijn sterke plaats in het registratieveld houden gezien het uitblijven van een goed onderhouden en volledige Nederlandse Onderzoeks Databank.

Het Documentatiecentrum Statistische Data Gezondheidszorgsystemen, opgezet

ter ondersteuning van het internationaal vergelijkend onderzoek van gezondheidszorgsystemen kent een gestage groei. Door de aanwezigheid van deze gegevens is het ook mogelijk om vrij snel dia's en sheets te vervaardigen met de meest recente statistische gegevens over met name OECD-landen.

Al deze samenwerkingsprojecten hebben er ook toe geleid dat het gebruik van de bibliotheek, zowel intern als extern, een zeer gestage groei heeft vertoond.

4. OVERIGE ACTIVITEITEN

In 1995 hebben evenals in voorgaande jaren weer verschillende buitenlandse bezoekers ons instituut bezocht:

- 12 januari: dr. Schlaud, Medizinische Hochschule, Hannover, Duitsland
- 6-10 februari: 12 nurse managers uit diverse Poolse gezondheidszorginstellingen
- 10 april: Michael Cantor, USA
- 18 april: een groep nurse managers uit diverse Hongaarse gezondheidszorginstellingen
- 27 en 28 april Dr. P.J. Lancry van het Instituut CREDES in Parijs
- op 17 mei voor 3 weken Dr. Sulaiman Al-Shammari van de King Saud University in Saudi Arabië
- in juni: Marit Outinen van STAKES Helsinki, Finland
- 1 juni: Grant T Savage van Texas Tech University, USA
- 8 juni: J. Norris van de Kelsey Seybold Clinics, USA
- 30 juni: 14 deelnemers European Influenza Early Warning and Surveillance Scheme bijeenkomst
- 21 juli: Judith Hall, Northeastern University, Boston, USA
- 31 juli-1 augustus: Hugh Kelly, University of Dundee, UK
- 12-15 september Prof. Ivan Gladkij, Universiteit van Olomouc, Tsjechië
- 13 september: dr. V. Rousovitch, Minsk, Wit Rusland
- 21 september: Jun Watanabe van een Welfare Organisation uit Tokyo, Japan

- 28-29 september: dr. José J. Mira, University of Alicante, Spanje
- 27 oktober de minister met een delegatie van het Ministerie van Volksgezondheid van België
- 10 november 13 IJslanders uit een gezondheidscentrum in Reykjavik
- 20 november: Lisbet Nortvedt, Marit Ekeland en Karin Rustand, Oslo, Noorwegen
- 22 november dr. Ph. Wriigham
- 22 november: dr. E. Delcheva en dr. S.K. Doncheva uit Sofia, Bulgarije
- 24 november de Vice-minister voor Volksgezondheid, de burgemeester van de stad Akmenes en de Dept.chief-director van een gezondheidscentrum in Akmenes, Litouwen
- 29 december: J.W. Beasley, MD van de Wisconsin Research Network, USA

Er zijn een aantal conferentie/symposia (mede) door het NIVEL georganiseerd, te weten:

- Op 16 juni is de jaarlijkse Onderzoekschooldag CaRe georganiseerd in Utrecht.
- Op 28 september heeft Roland Friele een symposium over "Techniek in de Thuiszorg" georganiseerd in het KNMG-gebouw in Utrecht.
- Op 6 oktober heeft Peter Groenewegen een symposium over Medische Sociologie georganiseerd voor de Universiteit Utrecht.

Verder hebben Jouke van der Zee en Wienke Boerma van 17 tot 24 februari een werkbezoek gebracht aan Egypte.

5. HET BESTUUR

Het NIVEL werkt in een tamelijk gecompliceerd krachtenveld waarin het ministerie van VWS, 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. Als gevolg van de statutenwijziging die eind 1994 officieel van kracht werd is de bestuursvertegenwoordiging vanuit de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra ingewisseld voor een vertegenwoordiger uit de verpleeghuissector.

Het algemeen bestuur van de Stichting NIVEL is in het verslagjaar vier maal bijeen geweest. Het dagelijks bestuur kwam in 1995 vijf keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 1995.

Samenstelling van het bestuur per 31 december 1995

Leden

Drs. R.W. Lubbers*	Voorzitter
Mr. S.I.M. Bless*	Secretaris
Prof.dr. R.M. Lapré*	Penningmeester

Leden uit de kring van het veld

	Voorgedragen door:
Dhr. B.R. Schudel, arts*	Landelijke Huisartsen Vereniging
Dhr. N.F. de Pijper, arts	Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen
Mw. H. Hillmann	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Dhr. R. van Hulst	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Leden uit de kring van het beleid

	Voorgedragen door:
Drs. C.M.J.A. Goossens	Zorgverzekeraars Nederland
Mw. Mr. P. Swenker*	Zorgverzekeraars Nederland
Drs. J.H.W. Anderson	Consumentenbond
Drs. E.J. van Hoorn	Nederlands Patiënten/Consumenten Federatie

Leden uit de kring van de wetenschap

Voorgedragen door:

Dr. W.J.H.M. van den Bosch, arts*	Nederlands Huisartsen Genootschap
Prof.Dr. L.J. Menges	Staf NIVEL
Prof.dr. C. Spreeuwenberg	Staf NIVEL
Prof.dr. F. Sturmans	Staf NIVEL

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Adviseurs

Dhr. J. Bultman, arts	Ziekenfondsraad
Mw. Mr. P. Fontein	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Drs. F. Gardenbroek	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dhr. F.W. den Ouden	VOG (Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector) sectie AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk)
Mw. J.M.M. Bruijfel-Hooijsma	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
J. Verhoeff, zenuwarts	Inspectie voor de Gezondheidszorg
J.C. van der Velden, arts	Ondernemingsraad NIVEL

6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)

- Prof.Dr. J.M. Bensing
Directeur
- Decaan van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht (m.i.v. 01-01-'96);
 - Hoogleraar Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht;
 - Adviesraad voor Wetenschap- en Technologiebeleid (AWT);
 - Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV): kerncommissie 'Geestelijke Gezondheidszorg';
 - Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV): Commissie Indicatiestelling;
 - Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): werkgroep gezondheidszorgonderzoek;
 - Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): programma coördinatie commissie AIDS-onderzoek (PccAO) (tot 1 december 1995);
 - Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO): afdelingsbestuur gezondheidswetenschappen en hieruit voortvloeiend:
 - * voorzitter beoordelingscommissie psychologisch gezondheidsonderzoek en psychiatrie
 - * vice-voorzitter beoordelingscommissie epidemiologie, huisartsgeneeskunde en gezondheidsonderzoek;
 - Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO): Programmacommissie 'Kwaliteit van Zorg';
 - Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO): Voorbereidingscommissie Ouderdomsvraagstukken;
 - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): Commissie Raamwerken;
 - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): Commissie Arts-patiënt Relatie;
 - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): Commissie Begeleiding van Carcinoompatiënten;

- Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Pharmacie (KNMP): Commissie 'Bejegening in de apotheek';
- KWF: Wetenschappelijke Raad voor Sociaal Oncologisch Onderzoek;
- Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg (STG): wetenschappelijke adviesraad;
- Bestuur Onderzoekschool CaRe;
- Bestuur Stichting Korrelatie;
- Bestuur Nederlandse Technology Assessment Vereniging (oprichtingsbestuur);
- Voorzitter Referentiegroep Verpleging en Verzorging voor de Stad Amsterdam;
- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (correspondent).

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

- Bijzondere Hoogleraar Rijksuniversiteit Limburg;
- NWO, Gebied Medische Wetenschappen werkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek;
- Directie Onderzoekschool CaRe
- Commissie van Advies van de Gezondheidsstatistiek;
- Adviesraad Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging;
- Commissie Onderzoek Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging;
- RIVM, lid expertgroep VTV, thema 6: gevolgen van ziekten voor zorgbehoefte en zorggebruik
- Adviesraad Netherlands School of Public Health;
- Sociale Verzekeringsraad, Voorzitter begeleidingscommissie Onderzoek Internationale Vergelijking Ziekteverzuim;
- Redactieraad Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg;
- Permanent lid Wetenschappelijke Commissie Health Services Research Conference;
- Permanent secretaris EUPHA-executive council, speciaal belast met jaarlijkse conferentie;
- Voorzitter begeleidingscommissie ISSA-onderzoek, College van Toezicht Sociale Verzekeringen.

- Dr. D.H. de Bakker
- Begeleidingscommissie KWAZO-overzichtsstudie Continuïteit van Zorg;
 - Lid projectgroep 'Inventarisatie Kwaliteitssystemen' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- A. Bartelds, arts
- Lid Werkgroep Surveillance 'Kinkhoest' van het Bijkerkoverleg.
- Drs. W.G.W. Boerma
- NHG platform 'Internationale betrekkingen';
 - Ministry of Health, Sofia, Bulgaria Working group 'Strategy on primary health care development.
- Ir. J.M. Bosman
- Permanent lid organiserend comité Annual EUP-HA-meeting/Health Services Research Conference.
- Dr. C. van Campen
- Lid redactie Psychologie & Maatschappij.
- Drs. W. Caris-Verhallen
- Ambtelijk secretaris voor Referentiekader Verpleging & Verzorging voor de stad Amsterdam;
 - Secretaris plaatselijke Abbeyfield Stichting (woonvoorziening voor ouderen).
- Dr. J. Dekker
- Voorzitter Ned. Behavioral Medicine Federatie;
 - Bestuur Stichting Symposia en Congressen Behavioral Medicine;
 - NWO: werkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek;
 - NWO: werkgemeenschap gedragsfactoren bij somatische aandoeningen;
 - Lid Governing Council van de International Society of Behavioral Medicine;
 - Associate editor International Journal of Behavioral Medicine;
 - Lid van de redactieraad van het 'Tijdschrift voor Seksuologie';
 - Lid begeleidingscommissie 'Classificaties en definities voor de paramedische bewegingsberoepen';
 - Lid Scientific Committee 4th International Congress of Behavioral Medicine, Washington DC, 1996;
 - Vice-voorzitter congrescommissie 'Vermoeidheid: een chronisch probleem?. Utrecht 1996;
 - Lid expertpanel Fysio (Zweden).

- Dr. D.M.J. Delnoij
- Bestuur Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen. In het kader van dit lidmaatschap tevens zitting in de beoordelingscommissie voor de IWZ-prijs 1995 (prijs voor beste afstudeerscriptie 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.
- Drs. A.L. Francke
- Review Board van 'Qualitative Health Research. An International, Interdisciplinary Journal';
 - Redactie van 'MGZ-magazine, voor professionals in de thuiszorg en transmurale zorg';
 - Redactie van 'Verpleegkunde', Nederlands-Vlaams Wetenschappelijk Tijdschrift voor Verpleegkundigen';
 - Redactieraad van het 'Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding';
 - Bestuurslid van 'KWALON. Organisatie voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland'.
- Dr.Ir. R.D. Friele
- Diabetes and Nutrition Study Group van de European Association of the Study of Diabetes;
 - Adviesraad van het Transferpunt Thuiszorgtechnologie ;
 - Klankbordgroep van het HBO-raad-project "Thuiszorg en Technologie" van de Hogeschool Eindhoven.

- Prof.Dr.
P.P.Groenewegen
- Bijzonder hoogleraar 'Sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg' aan de Rijksuniversiteit Utrecht;
 - NWO werkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek;
 - NWO programmacommissie Chronisch Zieken, lid subcommissie zorg, opvang en begeleiding;
 - Sociaal Wetenschappelijke Adviescommissie van de Programmacoördinatiecommissie Aids-onderzoek;
 - NRV: lid kerncommissie beroepen.
- Dr. L. Hingstman
- Permanente Subcommissie Huisartsen Beroepskrachtenplanning van de LHV.
- Dr. A. Kerkstra
- Voorzitter begeleidingscommissie 'Kwaliteitsstandaarden voor de verzorging in verzorgingstehuizen';
 - Voorzitter begeleidingscommissie 'Kritisch kwaliteitsprofiel voor de extramurale verpleging;
 - Lid Raad van Toezicht Thuiszorgorganisatie T&D, Nieuwegein;
 - Nursing Research Interest Group;
 - Overseas Editorial Adviser 'Health & Social Care in the community';
 - Lid NRC-commissie 'Advies versterking van de zorg aan huis';
 - Adviseur onderzoek 'Validering handleidingen Verpleegkundige Vaardigheden'.
- Drs. J.J. Kerssens
- Begeleidingscommissie onderzoek 'Doof - Blindheid in Nederland', Stichting Doof-Blinden.
- Drs. J.J. Knibbe
- Nederlandse Behavioral Medicine Federatie, bestuurslid;
 - Nationale Commissie Chronisch Zieken, lid projectgroep Preventie van Klachten aan het Bewegingsapparaat.
- Drs. M. Raaijmakers
- Lid wetenschappelijke commissie IALP-congres Amsterdam 1998.

- Dr. E.M. Sluijs
- Lid jury Kwaliteitsverslagen, Ministerie VWS;
 - Landelijk Centrum Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding, werkgroep apotheek;
 - Adviseur Uitgever Academic Press;
 - Adviseur Uitgeverij De Tijdstroom;
 - Adviseur Oost-Nederland Zorgverzekeraar.
- L.J. Stokx, arts
- Lid bestuur sectie Farmaco-epidemiologie van de Nederlandse Vereniging Farmaceutische Wetenschappen (NVFW);
 - Lid begeleidingscommissie Indicatiegebonden Medicatiebestand van de Ziekenfondsraad;
 - Lid labcode platform NHG/SAN.
- 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;
 - Voorzitter werkgroep Gezondheidszorg en ontwikkelingslanden, Ned. Vereniging van Tropische Geneeskunde;
 - Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Ned. Stichting voor Leprabestrijding;
 - Commissie opleiding International Health, Netherlands School of Public Health;
 - Commissie opleiding Occupational Health voor huisartsen, Netherlands School of Public Health;
 - Commissie problemen huisartsen in achterstandswijken, GGD Den Haag;
 - Commissie NIHP Centraal en Oost-Europa;
 - Adviseur Stichting Domus Medica Krupitsa;
 - Adviseur Gezondheidsonderzoek Urk;
 - Steering Committee Eurocentre PHC University of Perugia/St. Mary's Hospital London;
 - College voor Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde;
 - Klankbordgroep ISSA-project/AsTri;
 - 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 projekt '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.

Internationale (engelstalige) artikelen met i.f.¹

Bekkers, M.J.T.M., F.C.E. Knippenberg, H.W. van den Borne, H. Poen, J. Bergsma, G.P. van Berge Henegouwen. Psychosocial adaptation to stoma-surgery: a review. *Journal of Behavioral Medicine* (1995) 18 (No.1):1-31

Bensing, J.M., J.J. Kerssens, M.A.A. van der Pasch. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of Nonverbal Behavior* (1995) 19 (No.4):223-242

Bestebroer, T.M., A.I.M. Bartelds, E.C.J. Claas. Surveillance of respiratory pathogens in general practice in the Netherlands 1994/95. *The Lancet* (1995) 346:384

Bruijnzeels, M.A., J.C. van der Wouden, M. Foets. General practice consultation in childhood in The Netherlands: sociodemographic variation. *Journal of Epidemiology & Community Health* (1995) 49 (No.5):532-533

Campen, C. van, H.J. Sixma, R.D. Friele, J.J. Kerssens, L. Peters. Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Medical Care Research and Review* (1995) 52 (No.1):109-133

Claas, E.C.J., J.C. de Jong, A.I.M. Bartelds, K. Bijlsma, P. Rothbarth, R. de Groot, G.F. Rimmelzwaan, A.D.M.E. Osterhaus. Influenza types and patient population. *Lancet* (1995) 346 (No.8968):180

¹ met i.f., d.w.z. artikelen in tijdschriften die een impact factor hebben volgens de lijst van de science of social science citation index

Driessen, M.J., J. Dekker, G.J. Lankhorst, J. van der Zee. Inter-rater and Intra-rater Reliability of the Occupational Therapy Diagnosis. *Occupational Therapy Journal of Research* (1995) 15 (No.4):259-274

Groenewegen, P.P., J.B.F. Hutten. The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload. *Social Science & Medicine* (1995) 40 (No.3):349-358

Hoek, H.W., A.I.M. Bartelds, J.J.F. Bosveld, Y. van der Graaf, V.E.L. Limpens, M. Maiwald, C.J.K. Spaaij. Impact of Urbanization on Detection Rates of Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry* (1995) 152 (No.9):-1272-1278

Kooiker, S. Exploring the iceberg of morbidity: a comparison of different survey methods for assessing the occurrence of everyday illness. *Social Science & Medicine* (1995) 41 (No.3):317-332

Kooiker, S., T. Christiansen. Inequalities in health: the interaction of circumstances and health related behaviour. *Sociology of Health & Illness* (1995) 17 (No.4):495-524

Leurquin, P., V. van Casteren, J. De Maeseneer, Eurosentinel Study Group. Use of blood tests in general practice: a collaborative study in eight European countries. *British Journal of General Practice* (1995) 45:21-25

Melker, R.A. de, J. van der Velden, M.M. Kuyvenhoven. House calls for respiratory tract infections; family medicine pure and simple? *Family Practice* (1995) 12 (No.3):294-298

Raaijmakers, M.F., J. Dekker, P.H. Dejonckere, J. van der Zee. Reliability of the Assessment of Impairments, Disabilities and Handicaps in Survey Research on Speech Therapy. *Folia Phoniatica et Logopaedica* (1995) 47: 199-209

Tijhuis, M.A.R., H.D. Flap, M. Foets, P.P. Groenewegen. Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event. *Social Science & Medicine* (1995) 40 (No.11):1513-1526

Verhaak, P.F.M. Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first level and first filter. *Psychological Medicine* (1995) 25:95-104

Visser, L.E., B.H.Ch. Stricker, J. van der Velden, A.H.P. Paes, A. Bakker. Angiotensin converting enzyme inhibitor associated cough: a population-based case-control study. *Journal of Clinical Epidemiology* (1995) 48 (No.6): 851-857

Internationale (engelstalige) artikelen zonder i.f.²

Bensing, J.M. Doctor-Patient Communication and the Quality of Care. The Role of Effective Behavior. *Ars Medica* (1995) 17:1188-1198

Bensing, J.M. Doctor-patient-communication and the quality of care in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (1995) (supplement):

Dekker, J. Application of the ICIDH in survey research on rehabilitation: the emergence of the functional diagnosis. *Disability and Rehabilitation* (1995) 17 (No.3/4):195-201

Dekker, J., R.W.A. van der Valk, P.F.M. Verhaak. Psychosocial complaints and physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice* (1995) 11 (No.3): 175-186

Groenewegen, P.P., M. Calnan. Changes in the control of health care systems in Europe: implications for professional autonomy. *European Journal of Public Health* (1995) 5 (No.4):240-244

Koorevaar, R., M.A. Bruijnzeels, J.C. van der Wouden, E. van der Does, J. van der Velden, L.W.A. van Suijlekom-Smit. Patients with suspected meningitis: a study in general practice. *European Journal of General Practice* (1995) 1 (No.1):21-24

Stevens, F.C.J., J.P.M. Diederiks, G. Lüschen, J. van der Zee. Health life-styles, health concern and social position in Germany and The Netherlands. *European Journal of Public Health* (1995) 5 (No.1):46-49

Valk, R.W.A. van der, J. Dekker, M.E. van Baar. Physical Therapy for Patients with Back Pain. *Physiotherapy* (1995) 81 (No.6):345-351

² zonder i.f., d.w.z. artikelen in tijdschriften die geen impact factor hebben volgens de lijst van de science of social science citation index

Veer, A.J.E. de, P. Peters, D.H. de Bakker. Innovation in Health Care for the Elderly in The Netherlands. Home Health Care Services Quarterly (1995) 15 (No.2):59-80

Zaat, J.O.M., F.G. Schellevis, J.Th.M. van Eijk, J. van der Velden. Do out-of-office laboratory tests affect diagnoses in general practice? Scandinavian Journal of Primary Health Care (1995) 13 (No.4):46-51

Nederlandstalige artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

Baar, M.E. van, H.Ph.H. Abrahamse, J. Dekker. Geen effect van invoering van een nieuw honoreringstelsel op het handelen van fysiotherapeuten. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1995) 73 (nr.3):141-148

Bakker, R.H.C., D.H. de Bakker, A. Kerkstra, L.J. Stokx. De rol van de huisarts bij psychische en sociale problemen in het verzorgingstehuis. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (1995) 26 (nr.2):71-79

Bensing, J.M., K. Schreurs. Sekseverschillen bij moeheid. Huisarts en Wetenschap (1995) 38 (nr.9):322-330

Campen, C. van, A. Kerkstra. Over de bijdrage van somatische verpleeghuiszorg aan de kwaliteit van leven. Kwaliteit & Zorg (1995) .. (nr.2):53-66

Campen, C. van, A. Kerkstra. Kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners. Gedrag & Gezondheid (1995) 23 (nr.4):153-165

Claas, E.C.J., J.C. de Jong, A.I.M. Bartelds, G.F. Rimmelzwaan, J.K. van Wijngaarden, A.D.M.E. Osterhaus. Influenza in het seizoen 1994/'95; vaccin-samenstelling voor het seizoen 1995/'96. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1995) 139 (nr.42):2154

Groenewegen, P.P., J.M. Bensing. Maatschappelijke kwaliteit van gezondheidszorgonderzoek. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1995) 73 (nr.4):245-249

Kerssens, J.J., C. Jakobs, H.J. Sixma, C. van Campen. Wat patiënten belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie (1995) 105 (nr.6):174-181

Sluijs, E.M., D.H. de Bakker. Implementatie van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. Eerste ervaringen in instellingen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1995) 73 (nr.4):193-199

Suijlekom-Smit, L.W.A. van, M.A. Bruijnzeels, J.C. van der Wouden, J. van der Velden, H.K.A. Visser, H.J. Dokter. Voor welke gezondheidsproblemen bij kinderen wordt de huisarts geconsulteerd en hoe vaak? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1995) 139 (nr.33):1684-1689

Velden, J. van der, H.Ph.H. Abrahamse, D.H. de Bakker. Arbeid en gezondheid gezien vanuit de huisartspraktijk. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1995) 73 (nr.5):300-307

Waal, M.W.M. de, F.G. Schellevis, J. van der Velden. Consultatie van de huisarts door patiënten met reumatoïde artritis of gonartrose/coxartrose. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1995) 139 (nr.26):1331-1335

Zuijderduin, W.M., J. Dekker, H.Ph.H. Abrahamse. Determinanten van de omvang van de behandeling in de extramurale fysiotherapie. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1995) 73 (nr.5):274-281

Artikelen in vaktijdschriften

Bakker, D.H. de, E.M. Sluijs, C. Wagner. Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995. Kwaliteit in Beeld (1995) 4 (nr.3):10-12

Bakker, D.H. de, E.M. Sluijs, C. Wagner. Kwaliteitsbeleid slaat aan in de zorgsector. Gezondheidszorg & Management (1995) 3 (nr.12):3-5

Bensing, J.M. De natuurlijke alliantie tussen psychologie en geneeskunde. Mediator (1995) 6 (nr.1):10-13

Bensing, J.M. Ziekte, altijd een wisselwerking van lichaam en geest. Papaver (Parkinsonpatiëntenvereniging) (1995) 18 (nr.1):9-12

Delnoij, D.M.J. De inkomensontwikkeling van Nederlandse huisartsen: reden tot ongerustheid? Praktijkmanagement voor de huisarts (1995) 11 (nr.5):10-14

Delnoij, D.M.J. Inschrijving patiënten op naam huisarts. Een Noors experiment. Medisch Contact (1995) 50 (nr.29/30):947-948

Delnoij, D.M.J. Transmurale somatische zorg in Nederland. Gezondheidszorg & Management (1995) (nr.6):21-24

Friele, R.D., H. Schut. Voedingsvoorlichting bij diabetes mellitus. Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde (1995) 12 (nr.12):637-640

Jong, J.C. de, E.C.J. Claas, A.I.M. Bartelds. Influenza 1994/1995: een carnavalsstorm in een glas bier. Infectieziekten-Bulletin (1995) 6 (nr.3):66-67

Knibbe, J.J., e.a.?. Tilspecialisten of specialisten in tillen. Tijdschrift voor Fysiotherapie en Ouderenzorg (1995) Juni:

Marrée, J. Aan de beterende hand? Commercialisering van de Hongaarse gezondheidszorg. Oost-Europa Verkenningen (1995) (nr. 138):18-23

Onderzoek van het NIVEL (1). Geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Medisch Contact (1995) 50 (nr.40):1263-1264

Onderzoek van het NIVEL (2). Verloskundige zorg in Nederland. Medisch Contact (1995) 50 (nr.42):1343-1344

Onderzoek van het NIVEL (3). Beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg. Medisch Contact (1995) 50 (nr.44):1411-1412

Onderzoek van het NIVEL (4). De consument in de gezondheidszorg. Medisch Contact (1995) 50 (nr.24):1527-1528

Paas, G.R.A., R.D. Friele. Literatuuronderzoek naar de plaats en functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten (1995) 50 (nr.6):118-121

Raaijmakers, M.F., J. Dekker. Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg. Logopedie en Foniatrie (1995) 67 (nr.9):206-217

Sebregts, E., L. Stokx, H. van den Hoogen. Het verwijskaartensysteem onder de loep. Medisch Contact (1995) 50 (nr.23):735-739

Sluijs, E.M., D.H. de Bakker. Implementatie van kwaliteitssystemen. Ziekenhuis Management Magazine (1995) 11 (nr.1):12-15

Sluijs, E.M., D.H. de Bakker. Conditie bij het invoeren van kwaliteitssystemen. GGD-Nieuws (1995) (nr.1):13-15

Sluijs, E.M., J.E. Timmermans. Paramedici ontwikkelen samenhangend kwaliteitsbeleid. CESAR Magazine (1995) 26 (nr.2):37-39

Taes, C. Kwaliteit van leven. De Wekker (1995) (nr.6):8-10

Veer, A.J.E. de, D.H. de Bakker. Trends in zorgvernieuwing. Oude wijn in nieuwe zakken? Medisch Contact (1995) 50 (nr.20):639-641

Verhaak, P.F.M., M. Andela, J.J. Kerssens. Bejegening en informatieverstrekking door huisarts en specialist. De visie van de patiënt. Medisch Contact (1995) 50 (nr.26):864-866

Verhaak, P.F.M., R.D. Friele, M. Chatrou. Wie bezoekt de eerstelijnspsycholoog? Enige voorlopige resultaten. De Psycholoog (1995) 30 (nr.1):22-25

Visser, J. Nederlandse steun aan huisartsen in Hongarije. De Huisarts (1995) 6 (nr.1):28-30

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Peilstations constateren afname van uitstrijkjes. De Huisarts (1995) 6 (nr.2):55-57

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Zorgvernieuwing laat duizend bloemen bloeien. De Huisarts (1995) 6 (nr.3):37-39

Visser, J. Jozien Bensing, directeur NIVEL: 'Onze nieuwe taak maakt positie huisarts sterker'. De Huisarts (1995) 6 (nr.4):46-47

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Huisartsen kiezen meestal het juiste geneesmiddel. De Huisarts (1995) 6 (nr.5):25-28

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Huisartsen doen er te vaak het zwijgen toe. De Huisarts (1995) 6 (nr.6):54-56

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Het verwijkskaartensysteem werkt niet zoals bedoeld. De Huisarts (1995) 6 (nr.7):20-22

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Veel psychisch leed blijft in spreekkamer onbesproken. De Huisarts (1995) 6 (nr.8):16-18

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Hoe groter de praktijk, des te drukker de huisarts is. De Huisarts (1995) 6 (nr.9):25-27

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Kosten particuliere hulp lager dan geraamd. *De Huisarts* (1995) 6 (nr.10):67

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Onderzoekers uit vijf Europese landen namen hun landgenoten de maat. Hun conclusie: we lijken méér op elkaar dan we denken, maar eenheid is nog ver te zoeken. *De Huisarts* (1995) 6 (nr.11):27-28

Visser, J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... *De Huisarts* (1995) 6 (nr.12):33-36

Zee, J. van der BAGO? SAGO zullen ze bedoelen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* (1995) 73 (nr.4):254-255

Boeken en boekbijdragen

Abel, T., J. van der Zee. Public and Private Responsibility for Health: A Comparative Analysis towards Financing and the Right for Health Care. In: G. Lüschen, W. Cockerham, J. van der Zee. Eds. *Health Systems in the European Union. Diversity, Convergence, and Integration*. München: R. Oldenbourg Verlag, 1995

Bakker, D.H. de, D.M.J. Delnoij, J. Harmsen. Thuiszorg. In: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 1995

Bensing, J.M. Naar een veranderende zorgvraag van morgen. In: L. Boon. Ed. *Zorgen & Veranderen: dilemma's en nieuwe opties voor stress en weerstand, organisatie, managers, personeel en kwaliteit*. Amstelveen: Stichting Sympoz, Platform voor Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, 1995:11

Delnoij, D.M.J. Honorering van artsen en kosten van gezondheidszorg. In: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 1995:C12a-1-1

Foets, M. Essential drugs in the North. In: J. van der Velden, J.K. van Ginneken, J.H. Velema, F. de Walle, J.H. van Wijnen. Eds. *Health Matters. Public Health in North-South perspective*. Houten/Amsterdam: Bohn, Stafleu & van Loghum/KIT Press, 1995

Ginneken, J.K. van, J. van der Velden. Similarities and dissimilarities between the North and the South. In: J. van der Velden, J.K. van Ginneken, J.H.

Velema, F. de Walle, J.H. van Wijnen. Eds. Health Matters. Public Health in North-South perspective. Houten/Amsterdam: Bohn, Stafleu & van Loghum/KIT Press, 1995

Groenewegen, P.P., J.M. Bensing. Maatschappelijke kwaliteit van gezondheidsonderzoek. In: W.A. van Niekerk, e.a.. Eds. Maatschappelijke kwaliteit van onderzoek; verslag van een workshop gehouden op 12 december 1994 te Wassenaar, georganiseerd door de Commissie van Overleg Sectorraden. Zoetermeer: Commissie van Overleg Sectorraden, 199569

Knibbe, J.J. Rugscholen, lijnen in diversiteit. In: L.N.H. Goëken. Ed. Rugscholen in Nederland. Utrecht: International Society for Prosthetics and Orthotics, LEMMA, 199529

Kooiker, S. Komt een gezonde leefwijze vooral ten goede aan de bevoorrechten in de samenleving. In: R. Sanderman, e.a.. Eds. Intervenieren in determinanten van gezondheid: resultaten van een onderzoeksprogramma. Assen: Van Gorcum, 1995

Lüschen, G., W.C. Cockerham, J. van der (eds.) Zee. Health Systems in the European Union. Diversity, Convergence, and Integration. München: R. Oldenbourg Verlag, 1995

Sixma, H.J., D.H. de Bakker. Het experiment Gezondheidszorg Almere. In: A. Sorber, J.R. Bax, A.J.M. Hendriks. Eds. Beleidsevaluatie; Wisselwerking tussen Cultuur en Structuur. Den Haag: SDU, 1995

Velden, J. van der, J.K. van Ginneken, J.H. Velema, F. de Walle, J.H. van Wijnen (eds.). Health Matters. Public Health in North-South perspective. Houten/Amsterdam: Bohn, Stafleu & van Loghum/KIT Press, 1995

Velden, J. van der, J.H. van Wijnen, J.K. van Ginneken, J.H. Velema. Public health in North-South perspective. In: J. van der Velden, J.K. van Ginneken, J.H. Velema, F. de Walle, J.H. van Wijnen. Eds. Health Matters. Public Health in North South perspective. Houten/Amsterdam: Bohn, Stafleu & van Loghum/KIT Press, 1995

Velden, J. van der, G. de Wildt. Primary health care: ideology or policy? In: J. van der Velden, J.K. van Ginneken, J.H. Velema, F. de Walle, J.H. van Wijnen. Eds. Health Matters. Public Health in North-South perspective. Houten/Amsterdam: Bohn, Stafleu & van Loghum/KIT Press, 1995

Verhaak, P.F.M. Mental Disorder in the Community and in General Practice. Doctors' views and patients' demands. Aldershot/Brookfield USA/Hong Kong/Singapore/Sidney: Avebury, 1995

Verhaak, P.F.M. De epidemiologie van psychische stoornissen. In: *Bijblijven* 1995/03: Psychiatrie, deel 1. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum, 1995

Verheij, R.A., W. Caris-Verhallen, A. Kerkstra. Integratie Kruiswerk en Gezinsverzorging. In: *Handboek voor Thuiszorg*. ????: ????, 1995

Visser, G.J. Intercollegiale toetsing bij huisartsen. In: *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 1995

Zee, J. van der, T. Abel. From Utilization to Evaluation. In: G. Lüschen, W. Cockerham, J. van der Zee. Eds. *Health Systems in the European Union. Diversity, Convergence, and Integration*. München: R. Oldenbourg Verlag, 1995

Zee, J. van der, R. Peeters, A. d'Houtaud. Organization, Present Problems and Efficiency of West European Health Care Systems. In: G. Lüschen, W. Cockerham, J. van der Zee. Eds. *Health Systems in the European Union. Diversity, Convergence, and Integration*. München: R. Oldenbourg Verlag, 1995

Bibliografieën

Boeringa, F.H., A.P.M. Ketelaars, D.H. de Bakker. Quality of care: effects of coordination in physical and mental health care (1988-1995). Utrecht: NIVEL, 1995

Zijthoff, P. ten, R.A. Verheij, D.H. de Bakker. Urban-rural variations in health and health services utilization: an annotated bibliography. Utrecht: NIVEL, 1995

Rapporten

Bakker, D.H. de, P.P. Groenewegen. Kostencijfer huisartsenzorg. Verslag van een onderzoek op verzoek van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 1995

Bakker, D.H. de, J. Harmsen, P.P. Groenewegen. Achtergrondstudie bij 'de huisarts van morgen'. Rapportage van de Commissie Toekomstverkenning Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Zorgverzekeraars Nederland/LHV, 1995

Bakker, D.H. de, C. Wagner, E.M. Sluijs. Samenvattend overzicht van kwaliteitssystemen in drie zorgsectoren. Utrecht: NIVEL, 1995

Bekkers, M.J.T.M., D.H. de Bakker. Interim-rapportage Coördinatiecentra Chronisch Ziekenzorg. Utrecht: NIVEL, 1995

Bestebroer, T.M., A.I.M. Bartelds, A.M. van Loon, H. Boswijk, K. Bijlsma, E.C.J. Claas, J.A.F.W. Kleijne, C. Verweij, M.W. Verweij-Uijterwaal, A.G. Wermenbol, J.C. de Jong. Virologische NIVEL/RIVM-surveillance van respiratoire virusinfecties in het seizoen 1994/95. Rapport nr. 245607 002. Bilthoven: RIVM, 1995

Bos, G.A.M. van den, J. van der Velden, J.L.A. van Sonsbeek, W.J. Nusselder, M.E. Lenior. Gezonde levensverwachting en chronische ziekten: vergelijking van databronnen en berekeningen. Amsterdam/Utrecht/Voorburg: ISG, AMC, Univ. van Amsterdam/NIVEL/CBS, 1995

Brink-Muinen, A. van den, J. Gravesteijn. Praktijkprofiel Aletta. Utrecht: NIVEL, 1995

Campen, C. van, A. Kerkstra. Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten. Een begripsverheldering en overzicht van meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL, 1995

Casteren, V. van, H. van Renterghem, J. Szecsenyi. Data collection on patterns of demands for HIV-testing and other HIV/AIDS-related consultations in general practice. Surveillance by sentinel networks in various european countries. Final report. DG V Project "Europe against AIDS". Brussels: Institute for Hygiene and Epidemiology, 1995

Dekker, J., M.E. van Baar. Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramuraal Fysiotherapie. Eindrapport. Utrecht: NIVEL, 1995

Dekker, J., R.A.B.(eds) Oostendorp. Improving the quality of physical therapy. Invited lectures. Utrecht: NIVEL, 1995

Divinyi, P., Z. Varga, J. van der Velden. Episode-oriented morbidity registration in general practice. Pilot Hungary. Budapest: NIFM, 1995

Driessen, M.J., E.M. Sluijs, J. Dekker. Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg, eerste interimrapport. Utrecht: NIVEL, 1995

Dutch National Survey of General Practice. A Portfolio. Utrecht: NIVEL, 1995

Foets, M., L.J. Stokx. De ziekte van Parkinson in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1995

Friele, R.D. Een knip in de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1995

Friele, R.D., J.J. Kerssens. Techniek in de thuiszorg, een evaluatie van het stimuleringsprogramma thuiszorgtechnologie. Utrecht: NIVEL, 1995

Friele, R.D., J.J. Knibbe, H.A.T. Beune, N.E. Knibbe, J.W.T. Ooyen, G.J. Keijsers, R.H.C. Bakker, N.H.J. van Erp, A. te Winkel. Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen. Utrecht: NIVEL, 1995

Goosen, E.S.M., A.M.M. Hoogenboom-Verdegaal, A.I.M. Bartelds, M.J.W. Sprenger, M.W. Borgdorff. Incidentie van gastro-enteritis in huisartsenpeilstations in Nederland, 1992-1993. Rapport nr. 149101012. Bilthoven: RIVM, 1995

Groenewegen, P.P., S. Nekuee. Vervlechting in de praktijk. Een onderzoek naar het gebruik van adviezen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in het veld. Utrecht: NIVEL, 1995

Harmsen, J., L.(NIVEL) Hingstman, W. van der Windt, J. van der (NZi) Bent, P.C. Allaart, J.M. van (OSA) Werkhoven. Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1995. Deel 1: hoofd rapport. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995

Harmsen, J., L.(NIVEL) Hingstman, W. van der Windt, J. van der (NZi) Bent, P.C. Allaart, J.M. van (OSA) Werkhoven. Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector. Deel 2: tabellenrapport. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995

Heijden, P. van der (NIVEL), A.K. de (NIVEL) Leeuw, A.P.M.(NcGv) Kete-laars, H. van der (NcGv) Wilt. Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg 1995. Uitgave op diskette. Utrecht: NIVEL, 1995

Heugten, C.M. van, J. Dekker, J.C. Stehmann-Saris, A. Kinébanian. Ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie: het ontwikkelen en testen van een protocol. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/Hogeschool van Amsterdam - afd. Ergotherapie, 1995

Heugten, C.M. van, E.M. Sluijs, J. Dekker. Programmering van onderzoek naar doelmatigheid van paramedische zorg: een verkennende studie. Utrecht: NIVEL, 1995

Heugten, C.M. van, E.M. Sluijs, J. Dekker. Deel III. Inventarisatie lopend en afgerond onderzoek paramedische zorg periode 1985-1995. Bijlage bij: Programmering van onderzoek naar doelmatigheid van paramedische zorg: een verkennende studie. Utrecht: NIVEL, 1995

Hingstman, L., E. Sebrechts, J. Harmsen. Arbeidsmarktverkenning huidtherapeuten 1995. Utrecht: NIVEL, 1995

Hoek, R., B.H.Ch. Stricker, J. van der Velden. Bijwerkingen van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Rijswijk: GHI, 1995

Jansen, P.G.M., A. Kerkstra. Effecten van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1995

Jong, J.C. de, T.M. Bestebroer, K. Bijlsma, E.C.J. Claas, J.A.F.W. Kleijne, C. Verweij, A.D.M.E. Osterhaus, A.I.M. Bartelds, A.M. van Loon. Antigenic and molecular surveillance of influenza virus in the period 1994-1995. Report no. 245607 001. Bilthoven: RIVM, 1995

Knibbe, J.J., N.E. Knibbe, E. Beune, G. Keijzers, J. van Ooijen, T. Vogelaar, A. van den Bosch. De Zorg een Last; een plan van aanpak. Bunnik: AWOB, 1995

Kok, F.W., H.Ph.H. Abrahamse. Verslag pilot LINH. Utrecht: NIVEL, 1995

Leeuw, A.K. de, H.(coördinatie) Maaskant. Thesaurus Gezondheidszorg. Utrecht: NZi, 1995

Loo, M.E. van (ed.) Registratie Wetenschappelijk Onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg (RWO) 1993/1994 nr.22. Uitgave op diskette. Utrecht: NIVEL, 1995

Nusselder, W.J., G.A.M. van den Bos, M.E. Lenior, J.L.A. van Sonsbeek, J. van der Velden. Gezonde levensverwachting en het effect van chronische ziekten. Amsterdam/Utrecht/Voorburg: AMC, Univ. van Amsterdam, ISG/NIVEL/CBS, 1995

Raaijmakers, M.F., J. Dekker. Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1995

Reinking, D., P.F.M. Verhaak, R. van den Berg, F.H. Boeringa, J. van de Wijgert. Stand van zaken met betrekking tot onderzoek naar zorg voor personen met AIDS. Utrecht: NIVEL/NcGv, 1995

Roebroeck, M.E., J.B.F. Hutten, J.J. Kerssens, J. Dekker. De omvang van de fysiotherapeutische behandeling naar verschillende patiëntencategorieën. Utrecht: NIVEL, 1995

Sluijs, E.M., J.M. Bensing, P.F.M. Verhaak, A.M.E.H. Zeeuwen. Bejegening in de apotheek: uitgangspunten en richtlijnen voor een goede bejegening van patiënten en cliënten in de apotheek. Utrecht/Den Haag: NIVEL/KNMP, 1995

Valk, R.W.A. van der, J. Dekker, M.A. Boschman. Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992. Gegevens uit het project 'Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF)'. Utrecht: NIVEL, 1995

Wagner, C., D.H. de Bakker. Kwaliteitssystemen in GGD'en: De stand van zaken in 1994. Utrecht: LVGGD, 1995

Wagner, C., D.H. de Bakker, E.M. Sluijs. Kwaliteitssystemen in instellingen. De stand van zaken in 1995. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1995

Weide, M.G., D.H. de Bakker. Duur van de hulpverlening en inkomen. Utrecht: NIVEL, 1995

Lezingen en posterpresentaties

Arts S, H Kersten, A Kerkstra: The daily practice in home help services in the Netherlands: instrument development. Paper presented at the VII International Seminar 'Culture versus Costs' organised by the International Council of Home Help Services, Dunchurch, 11-15 May 1995

Baar ME: Physical therapy for patients with pain. Lezing World Congress of Physical Therapy, June 1995, Washington, USA

Baar ME van, J Dekker, RWA van der Valk: A descriptive study of physical therapy for patients with osteoarthritis. Poster 23th European Congress of Rheumatology, June 1995, Amsterdam

Baar ME van, J Dekker: Communication between medical specialists and primary care physical therapists. Poster World Congress of Physical Therapy, June 1995, Washington, USA

Bakker DH de, A Kerkstra: Copayments for home help services: balancing between equity and efficiency. Lezing III European Congress of Gerontology. Amsterdam, August 30 - September 2, 1995

Bakker DH de, C Wagner, EM Sluijs: Quality systems in the care for the elderly. Lezing III European Congress of Gerontology. Amsterdam, August 30 - September 2, 1995

Bakker DH de, C Wagner, EM Sluijs: Quality assurance in the Dutch health care system. Poster EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Bakker DH de, MJTM Bekkers: Coördinatiecentra chronisch zieken zorg: een tussenstand. Lezing voor Nationale Commissie Chronisch Zieken, 31 oktober 1995 in de Driehoek te Utrecht

Bekkers M, RD Friele: Stoma aanleg. Poster Symposium Techniek in de thuiszorg, 28 september 1995

Bensing JM: Naar een veranderende zorgvraag voor morgen. Lezing voor Sympoz, 20 april 1995

Bensing JM: Inleiding lezingencyclus 'Afscheid van de Twintigste Eeuw', Universiteit Utrecht, oktober 1995

Bensing JM, K Schreurs, H Hulsman: Gender differences in fatigue. Lezing First Dutch Conference on Psychology & Health, 6-8 november 1995, Rolduc Kerkrade

Bijl D: Practice nurse prescriptions in asthma and COPD in Dutch general practice. Lezing European Respiratory Society, Barcelona 1995

Boerma WGW: Huisarts: het woord zegt het al; over de betekenis van het huisbezoek. Lezing studiedag Vereniging Sociale Psychiatrie, Deventer

Boerma WGW: General Practice in the European Union; work settings and task profiles - With a focus on Greece - Voordracht op uitnodiging op het congres General Practice Development in Greece, Patras (Griekenland), April 27, 1995

Boerma WGW: Job satisfaction in General Practice. Keynote speech at WONCA World Conference June, 1995, Hong Kong

Boerma WGW, JBF Hutten, PP Groenewegen: Workload and allocation of time under different payment systems in general practice. Lezing EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Brink-Muinen A van der: Lezing op Internationale Women's Health Care dag, Den Haag Juni 1995

Brink-Muinen A van der: Influences of gender and type of health care on doctor-patient communication in general practice. Lezing EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Campen C van, A Kerkstra: Quality of life of nursing home patients. Paper at Third European Congress of Gerontology, 30 augustus - 2 september, Amsterdam, 1995

Caris W, RD Friele: Thuisbehandeling van cystic fibrosis patiënten. Hoe beoordeelt men de kwaliteit. Poster Symposium Techniek in de thuiszorg, 28 september 1995

Caris WMCM, RD Friele: A new questionnaire for assessing consumer feedback on cystic fibrosis home treatment. Poster EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Dekker J: De behandeling van pijn en beperkingen bij patiënten met reuma: de rol van bewegen. Lezing voor Coördinatiecentrum Chronisch Zieken Noord-Nederland, 1995

Dekker J, CM Heugten, F Stehman, A Kinebanian: Strategy training in stroke patients with apraxia: a phase-II study. Poster Society of Behavioral Medicine 16th Scientific Meeting, Maart 1995, San Diego, USA

Dekker J: Psychosocial problems and physical therapy. Lezing World Congress of Physical Therapy, June 1995, Washington, USA

Dekker J: The physical therapist's diagnosis and the number of therapeutic sessions. Lezing World Congress of Physical Therapy, June 1995, Washington, USA

Delnoij D: De relatie tussen honorering van artsen en kosten van gezondheidszorg. Gastcollege Theoriegestuurd onderzoek in de gezondheidszorg, Universiteit Utrecht, 28 maart 1995

Delnoij D: De inkomensontwikkeling van Nederlandse huisartsen. Lezing gehouden op Het Grote Geldcongres, Beurs van Berlage, Amsterdam, 23 november 1995

Delnoij D: Het betalingssysteem van artsen en kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Lezing op het symposium Medische Sociologie: empirisch-theoretisch onderzoek, Utrecht 6 oktober 1995

Delnoij D: Lezing over de positie en honorering van huisartsen in Nederland en de voorstellen van de Cie Biesheuvel rond de poortwachtersfunctie van de huisarts op workshop over Personal Doctor Systems. Oslo, november 1995

Delnoij D: Homo Economicus is dood. Wat nu? Colloquium voor medewerkers SCP/CPB, 11 januari 1995

Delnoij DMJ, JBF Hutten: A general introduction in general practice. Lezing Introductory Course Bulgarian General Practitioners. Antwerpen, 24 oktober 1995

Delnoij DMJ, CC Ros: Private Health Insurance on the Common European Market. Lezing EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Driessen MJ: Effect van intercollegiale toetsing bij diëtisten. Lezing Congres 'Op weg naar kwaliteitszorg, NVD, 1995

Friele RD: Een tillift thuis. Poster op Symposium Techniek in de thuiszorg, 28 september 1995

Friele RD: Techniek in de thuiszorg. Inleiding op het Symposium Techniek in de thuiszorg, 28 september 1995

Groenewegen PP, D Delnoij, S Hofland: GPs' position and health care costs. Lezing op workshop over Personal Doctor Systems. Oslo, november 1995

Groenewegen PP, DMJ Delnoij: GP's position and health care expenditures. Lezing EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Groenewegen PP: De relaties tussen micro- en macro-niveau: theoretische aanpak en empirisch onderzoek. Plenaire lezing voor het onderzoeksprogramma Stedelijke Problematiek (STEPRO), Renkum, februari, 1995

Groenewegen PP: De modellering van het gedrag van hulpverleners en patiënten. Lezing op het symposium Medische Sociologie: empirisch-theoretisch onderzoek, Utrecht 6 oktober 1995

Groenewegen PP: Het gebruik van adviezen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in het veld van de gezondheidszorg. Referaat voor de staf van de NRV, Zoetermeer, januari, 1995

Harmsen J, L Hingstman: Influences of manpowerplanning on Public Health. Poster EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Heugten CM, J Dekker, F Stehmann, A Kinebanian: Outcome of strategy training in stroke patients with apraxia. Lezing 5th European Congress of Research in Rehabilitation, Mei 1995, Helsinki, Finland

Heugten CM van, e.a.: Outcome of strategy training in stroke patients with apraxia: a phase II study. Lezing European Congress of Gerontology, Amsterdam, 1995

Heugten CM van e.a.: Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie. Lezing voor NWO-werkgemeenschap Lunteren: 1995

Hingstman L, J Harmsen: Manpower policy for General Practitioners. Lezing EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Hingstman L: Arbeidsmarktverkenning huidtherapeut. Lezing symposium Huidtherapie, profiel en professie. 18 oktober 1995

Hutten JBF, DMJ Delnoij: A general introduction in general practice. Lezing Introductory Course Bulgarian General Practitioners. Antwerpen, 24 oktober 1995

Hutten JBF: Validity and representiveness of information gathered in general practice. Paper presented at Third Meeting of the European Denominator Project. Parijs, 5 en 6 oktober 1995

Hutten JBF, PP Groenewegen, PMM Spreeuwenberg: Is workload related to quality of care in general practice? Poster EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Jansen PGM, A Kerkstra: Work redesign, job satisfaction and burnout in community nursing. Paper International Conference Opening the doors to home care nursing. Padua/Venetië, 18-21 april 1995

Kerkstra A, PP Groenewegen: Wachttijsten in de thuiszorg. Lezing voor het symposium Wachttijsten in de gezondheidszorg, georganiseerd door Volksgezondheid Transparant, 4 oktober 1995

Kerkstra A, T Wiegers: The Quality of Community Nursing Care for Asthmatic children. Lezing EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Kerssens JJ: The problematic relation between patient satisfaction and quality of care. Paper presented at the 12th ISQA World Congress, St. John's New Foundland Canada, May 31 - June 2 1995

Knibbe JJ, RD Friele: To Lift or Not to Lift; exposure to physical stress in ergonomic interventions. Lezing International Congress on Occupational Health, September 5-8

Knibbe JJ: Onderzoek naar rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen. Lezing congres AWOB december 1995

Knibbe JJ: Forskelle og ligheder i den ergonomiske metode i institutionspleje og hjemmepleje. Invited speech: NORDIC Conference on the Prevention of Back Pain in Health Care, Copenhagen

Knibbe JJ: Werken met een Tilnorm in de Gezondheidszorg. Lezing congres 'De Tilnorm' Amsterdam, Euroforum, december 1995

Knibbe JJ: Tillen in Balans. Lezing op uitnodiging over het tilprotocol. MEDI-CA, Utrecht, Jaarbeurs

Kroneman M, J van der Zee: Health Policy as a fuzzy concept. Lezing EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Kroneman M: Effects of hospital beds reduction. Lezing symposium 'Geography and Socio-Economics of Health' by CREDES, Paris 25-26 January 1995

Marrée J: Ontwikkelingen in de Hongaarse gezondheidszorg. Gastcollege Erasmus Universiteit Rotterdam, juni 1995

Roebroeck ME, JJ Kerssens, JBF Hutten, J Dekker: Het aantal zittingen in een fysiotherapeutische behandeling voor verschillende patiëntencategorieën. Lezing Jaarcongres Fysiotherapie, Den Haag, 1995

Ruiter E, RD Friele: Hulpmiddelen in onbruik. Poster Symposium Techniek in de thuiszorg, 28 september 1995

Sixma HJ, C van Campen, JJ Kerssens, L Peters: Quality of (home) care from the patients' perspective; Development of a new measuring instrument. Paper presented at the 12th ISQA World Congress, St. John's Newfoundland Canada, May 31 - June 2 1995 (De voordracht is gehouden door JJ Kerssens)

Sixma HJ: Het concept 'patiëntensatisfactie'; een kritische beschouwing. Co-referaat op de NWO/KwaZo studiemiddag, 9 februari 1995, Utrecht

Sluijs EM, C Wagner, DH de Bakker: Kwaliteitssystemen: de stand van zaken in Nederland. Lezing Kwaliteitsconferentie 1995, 's-Gravenhage, Congresgebouw, 7 juni 1995

Sluijs EM, DH de Bakker: Kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg. Netherlands School of Public Health, Utrecht, 13 april 1995

Sluijs EM: Toppen en dalen bij de invoering van kwaliteitssystemen. Lezing Werkconferentie Implementatie. CBO, Utrecht, 1995

Sluijs EM: De stand van zaken ten aanzien van kwaliteitszorg in de zorgsector. Lezing Regionale Werkconferentie Kwaliteit, Enschede, Oost-Nederland Zorgverzekeraar, 19 december 1995

Sluijs EM: Het verhogen van therapietrouw in de fysiotherapie. Gastcollege Post HBO-cursus Medische Fitness. AZU Utrecht 24 februari 1995

Sluijs EM: Stimuleren van therapietrouw. Gastcollege Post HBO-cursus Medische Fitness. Diaconessenziekenhuis Utrecht, 24 februari 1995

Sluijs EM: Kwaliteitssystemen in de gehandicaptenzorg. Platform Kwaliteit in de zorg- en dienstverlening aan mensen met een handicap. NIZW, Utrecht 9 november 1995

Sluijs EM: Non-adherence in physical therapy and the consequences for the vocational training. Lezing World Physical Therapy Conference, Washington, 25-30 june 1995

Sluijs EM: Improving effectiveness by enhancing patient compliance. Lezing Fourth McKenzie Institute International Conference, Cambridge 16-17 september 1995

Sluijs EM: Research on Quality of Care. Lezing NIHES. The Netherlands Institute for Health Sciences. Master of Sciences Programm. Erasmus Universiteit Rotterdam, 1 december 1995

Sluijs EM: Richtlijnen voor de bejegening in de apotheek. Lezing gehouden op Apotheekconferentie KNMP, Utrecht, 14 februari 1995

Varga Z, Velden J van der: Episode-oriented registration in Primary Care. lezing MAOTE conference Debrecen, Hungary mei 1995

Veer AJE de: Responsiveness of care-providers to changes in health care need. Paper presented at the 12th ISQA World Congress, St. John's New Foundland Canada, May 31 - June 2 1995

Velden J van der: Harmonization of the influenza early warning and surveillance schemes in Europe. Lezing EUPHA conference 1995 Budapest

Velden J van der e.a.: The European Influenza Early Warning and Surveillance Scheme. Lezing WONCA World Conference June, 1995, Hong Kong

Verhaak PFM: Symptom presentation and treatment consequences in primary care. Lezing Epidemiological Section of WPA New York, 16 mei 95

Verhaak PFM: Chronic disease and mental distress. Lezing First Dutch Conference on Psychology & Health, Kerkrade, 5-8 November 1995

Verhaak PFM: Doctor-patient communication in different health care systems. Lezing EGPRW-bijeenkomst, Porto, 5 mei 1995

Verheij R: Urbanrural variations in health: the relevance of selection processes. Poster EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Visser J: Samenwerking tussen huisartsen en alternatieve behandelaars. Lezing Jan Veltkamp Symposium, Leiden, 9 mei 1995

Weide M: Who's next? A closer look at the consultation time general practitioners spend on their patients. Lezing EUPHA Annual Conference 1995, Budapest, 14-16 december 1995

Zee J van der: Huisarts en overheidsbeleid. Lezing voor Kadertraining huisartsgeneeskunde Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek, Epen, 19 juni 1995

Zee J van der: De Nederlandse huisarts in internationaal perspectief. Lezing voor Kadertraining huisartsgeneeskunde Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek, Epen, 19 juni 1995

Zee J van der: De Nederlandse gezondheidszorg in vergelijking met de Amerikaanse. Lezing Dynamics of Organization seminar of the University of Pennsylvania, Amsterdam, 9 juni 1995

Zee J van der: Public appreciation of the hospital sector; an international comparison between France, Germany, Belgium and the Netherlands. Lezing symposium 'Geography and Socio-Economics of Health' by CREDES, Paris 25-26 January 1995

Zee J van der: Recent developments in the Dutch health care system - Lezing Office of Health Economics, London 13 Sept. 1995

Zee J van der: Adoption by force. Lezing voor Lecture Series of the Munich Public Health Program of the Ludwig-Maximilians-Universität, München, June 22 1995

8. LIJST VAN MEDEWERKERS OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER 1995

Naam:	Functie:	Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
LEIDING					
Bensing Mw. Prof.Dr. J.M.	Directeur (externe zaken) (Hoogleraar Univ. Utrecht)	01-01	31-12	18,0	0,47
Zee Prof.Dr. J. van der Jong T.J.M. de	Directeur (algemene leiding)	01-01	31-12	20,0	0,53
Groenewegen Prof.Dr. P.P.	Hoofd Algemene Zaken	01-01	31-12	36,0	0,95
Verhaak Dr. P.F.M.	Hoofd Onderzoeksafdeling 1	01-01	31-12	38,0	1,00
Dekker Dr. J.	Hoofd Onderzoeksafdeling 2	01-01	28-02	38,0	1,00
		01-03	31-12	38,0	0,15

STAF- EN SECRETARIAATSFUNCTIES

Bosman Mw.Ir. J.M.	Directie-secretaris	01-01	31-12	30,0	0,79
Taes Mw. Dr. C.G.J.	Wetenschappelijk Assistent	01-01	31-05	24,0	0,26
Hulsman Drs. R.L.	Wetenschappelijk Assistent	23-10	31-12	24,0	0,12
Hutten Drs. J.B.F.	Wetenschappelijk Assistent	01-01	31-08	32,0	0,56
		01-09	31-12	14,0	0,12
Visser Drs. G.J.	Wetenschapsjournalist	01-01	31-05	8,0	0,09
		01-06	31-12	16,0	0,25
Zoer Mw. E.	Medewerker Congresburo	01-01	31-12	23,2	0,61
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 Directeur	01-01	31-12	30,0	0,79
Meulen Mw. M.A.M. van der	Medew. Secretariaat Publiciteit	01-01	31-12	8,0	0,21
Leeuwen Mw. M. van	Medew. Secretariaat Bestuur	01-01	31-12	19,0	0,50
Brouwer Mw. M.W.	Administratief medewerker	01-01	31-12	19,0	0,50

ONDERZOEKSAFDELING 1

Groenewegen Prof.Dr. P.P.	Hoofd afdeling 1				
Bakker Dr. D.H. de	Plv. hoofd afdeling 1				
Karamat Ali Mw. I.M.	Medew. Secretariaat	01-01	31-12	32,0	0,84
Velthuis Mw. J.L.	Medew. Secretariaat	01-01	04-10	32,0	0,64
		06-11	31-12	32,0	0,13
Sluijk-Zonneveld Mw. B.M.W.	Medew. Secretariaat	01-01	30-09	16,0	0,32
		02-11	31-12	16,0	0,07

Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

Zee Prof.Dr. J. van der	Projectleider				
Groenewegen Prof.Dr. P.P.	Projectleider				
Marrée Drs. J.T.C.	Wetenschappelijk Assistent	01-01	31-05	38,0	0,41

		<u>Periode</u>		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Kroneman Mw. Ir. M.W.	Ass-onderz.in opleiding	01-09	31-12	20,3	0,53
European Study on Task Profiles of GP's:					
Boerma Drs. W.G.W.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Internationaal Documentatiecentrum:					
Boerma Drs. W.G.W.	Onderzoeker				
Themagebied Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis					
Delnoij Mw.Dr. D.M.J.	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Evaluatie verandering honorering specialisten:					
Doeglas Drs. D.M.	Onderzoeker	01-10	31-12	24,0	0,16
Rechtstreeks specialistenbezoek:					
Kulu-Glasgow, Mw.Dr. I.	Onderzoeker	01-10	31-12	32,0	0,21
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	01-01	31-12	24,0	0,63
Jansma Drs. J.M.	Ass.-Onderzoeker	01-01	30-09	38,0	0,75
Spierings Drs. M.C.	Ass.-Onderzoeker	16-10	31-12	38,0	0,21
Burn-out onder verloskundigen:					
Bakker Drs. R.H.C.	Ass.-Onderzoeker	01-10	02-12	38,0	0,17
Themagebied Organisatie van de gezondheidszorg en kwaliteit					
Bakker Dr. D.H. de	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Registratie Innovatieve Projecten:					
Groot Mw. R. de	Administratief medew.	01-01	31-12	38,0	1,00
Onderzoek naar kwaliteitssystemen in de zorgsector:					
Sluijs Mw.Dr.	Onderzoeker	01-01	31-12	22,8	0,60
Wagner Mw.Drs. C.	Onderzoeker	01-01	30-06	32,0	0,42
		02-08	01-09	32,0	0,07
Miltenburg Mw.Drs. I.A.	Ass.-Onderzoeker	01-11	31-12	38,0	0,17
Registratie en onderzoek van samenwerkingsverbanden:					
Veer Mw.Dr. A.J.E. de	Onderzoeker	01-01	31-12	8,0	0,21

		<u>Periode</u>		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Evaluatie Coördinatiecentra Chronisch Zieken Zorg: Bekkers Dr. M.J.T.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	30,4	0,80
Doelmatigheid waarneem huisartsen Rotterdam: Schuller Mw.Drs. R.	Ass.-Onderzoeker	21-08	31-12	38,0	0,36
Zorgbeslag op basis van diagnosecategorieën: Weide Mw.Drs. M.G.	Onderzoeker	01-05 01-10	30-09 31-12	38,0 15,0	0,42 0,10
Themagebied Huisartsgeneeskundige zorg					
Velden J. van der, arts	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Continue morbiditeitsregistratie (Peilstations):					
Bartelds A.I.M., arts	Arts/onderzoeker	01-01	31-12	12,0	0,32
Heshusius-van Valen Mw. M.	Medew. secretariaat	01-01	31-12	22,8	0,60
Colet Mw. E.E.	Medew. secretariaat	01-01	31-08	16,0	0,28
Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH):					
Stokx L.J., arts	Onderzoeker	01-01	30-04	38,0	0,33
Kok Dr. F.W., arts	Onderzoeker	01-09	31-12	38,0	0,33
Snellenberg J.N.H.M. van	Systeem/Data-beheerder	01-01	31-12	19,0	0,50
Gezondheid en sociaal-economische status:					
Velden J. van der, arts	Onderzoeker				
Abrahamse H.P.H.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-12	19,0	0,50
Geografische variatie in ziekten en medische consumptie:					
Verheij Drs. R.A.	Onderzoeker	01-01	31-12	24,1	0,63
Chronische neurologische aandoeningen in de huisartspraktijk:					
Donker Mw.Dr. G.A.	Onderzoeker	01-01	18-07	12,0	0,17
Chronische aandoeningen in de huisartspraktijk: comorbiditeit en therapeutisch beleid bij psoriasis en IBS:					
Donker Mw.Dr. G.A.	Onderzoeker	01-09	31-12	12,0	0,11
Vorbereidingen Tweede Nationale Studie:					
Hutten Drs. J.B.F.	Onderzoeker	01-09	31-12	20,0	0,18
Themagebied Extramuraal verpleging en verzorging					
Kerkstra Mw.Dr. A.	Projectleider	01-01	31-12	32,0	0,84
Spierings Drs. M.C.	Wetenschappelijk assistent	01-01	15-10	38,0	0,79

		Periode		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Functie-differentiatie in de thuiszorg II:					
Jansen Drs. P.G.M.	Onderzoeker	01-01	01-08	38,0	0,58
		02-08	31-12	8,0	0,09
Werken in de gezinsverzorging:					
Arts Mw.Drs. S.E.J.	Onderzoeker	01-01	31-12	38,0	1,00
Kersten Drs. J.W.E.T.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-12	32,0	0,84
Evaluatie integratie kruiswerk en gezinsverzorging:					
Bruin Mw.Drs. A. de	Onderzoeker	01-12	31-12	38,0	0,08
Ruiter Mw.Drs. E.C.	Ass.-Onderzoeker	16-11	31-12	32,0	0,11
Bejegening van ouderen:					
Caris-Verhallen Mw.Drs. W.	Onderzoeker	02-09	31-12	38,0	0,33
Gruyter Mw.Drs. I. de	Ass.-Onderzoeker	01-06	30-11	32,0	0,42
Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten:					
Campen Dr. E.C.M. van	Onderzoeker	01-01	28-02	32,0	0,14
		15-06	31-12	6,0	0,08
Taes Mw. Dr. C.G.J.	Onderzoeker	01-06	31-10	24,0	0,29
Omgaan met dementerende ouderen door ziekenverzorgenden in het verpleeghuis:					
Bilsen Mw.Drs. P.M.A. van	Onderzoeker	01-11	31-12	38,0	0,17
Otten Mw.Drs. D.D.	Ass.-Onderzoeker	01-12	31-12	32,0	0,07
Behandelmethodieken voor dementerenden in een verpleeghuis:					
Kruijver Mw.Drs. I.P.M.	Onderzoeker	01-04	30-11	32,0	0,56
Themagebied Thuiszorgtechnologie					
Friele Dr.Ir. R.D.	Projectleider	01-01	15-09	32,0	0,60
Caris-Verhallen Mw.Drs. W.	Onderzoeker	01-01	31-07	30,0	0,46
Kerssens Dr. J.J.	Onderzoeker	01-01	31-05	20,0	0,22
		01-06	15-09	10,0	0,08
Bakker Drs. R.H.C.	Ass.-Onderzoeker	01-01	30-09	38,0	0,75
Gebruik van hulpmiddelen:					
Ruiter Mw.Drs. E.C.	Onderzoeker	15-04	14-10	38,0	0,50
De aanpak van tilproblematiek in verzorgingshuizen:					
Knibbe Mw.Drs. J.J.	Onderzoeker	01-01	15-09	24,0	0,45
Winkel Mw.Drs. Th.A.	Ass.-Onderzoeker	01-01	30-04	32,0	0,28
Evaluatie patiënten-tilliften:					
Knibbe Mw.Drs. J.J.	Onderzoeker	16-09	31-10	24,0	0,08
Psychosociale en technische aanpassing aan stoma-aanleg: een follow-up:					
Bekkers Dr. M.J.T.M.	Onderzoeker	01-03	31-12	3,8	0,10

		<u>Periode</u>		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Fysieke belasting in het verzorgingstehuis:					
Erp Mw.Drs. N.H.J. van	Onderzoeker	15-02	14-09	32,0	0,49
ONDERZOEKSAFDELING 2					
Dekker Dr. J.	Hoofd afdeling 2				
Verhaak Dr. P.F.M.	Plv. hoofd afdeling 2				
Sluijs Mw.Dr. E.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	15,2	0,40
Kamphuys Mw. B.M.	Medew. secretariaat	01-01	31-12	38,0	1,00
Geelkerken Mw. M. van	Medew. secretariaat	01-01	31-12	33,5	0,88
Themagebied Eerste lijn en GGZ/Hulpverleningsprocessen					
Verhaak Dr. P.F.M.	Projectleider				
Kruisdijk R.A.J.T. van	Ass. Video-renovatie	01-01	16-07	19,0	0,25
		18-08	31-12	24,0	0,24
De huisartsenzorg in vrouwegezondheidscentrum 'Aletta':					
Brink-Muinen Mw.Drs. A. v.d.	Onderzoeker	01-01	31-03	32,0	0,21
		01-05	30-06	32,0	0,14
Regionale afstemming AMW-RIAGG:					
Visser Drs. G.J.	Onderzoeker	01-01	31-05	8,0	0,09
Ginkel Mw.Drs. M.A.M. van	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-05	19,0	0,21
Arts-patiënt communicatie bij (schouwende) specialismen in de polikliniek:					
Dulmen, Mw.Drs. A.M. van	Onderzoeker	15-08	31-05	30,4	0,30
Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen:					
Kruijver Mw.Drs. I.P.M.	Onderzoeker	01-01	31-03	38,0	0,25
Voorkomen en medische consequenties van het chronisch benigne pijn syndroom (CBPS):					
Kerssens Dr. J.J.	Onderzoeker	16-09	31-12	20,0	0,15
Themagebied Beroepen in de gezondheidszorg					
Hingstman Dr. L.	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Harmsen Drs. J.	Onderzoeker	01-01	01-05	38,0	0,33
		05-06	31-12	38,0	0,58
Marrée Drs. J.T.C.	Onderzoeker	03-07	31-12	32,0	0,42
Bie-Vos Mw. T.A. de	Coördinator	01-01	30-09	24,0	0,47
		01-10	31-12	20,0	0,13
Hoekstra J.	Administratief medew.	01-01	31-12	20,0	0,53
Scheepmaker A.F.	Administratief medew.	01-01	31-12	24,0	0,63
Groot Mw. R. de	Administratief medew.				
Arbeidsmarkt voor huidtherapeuten:					
Sebregts Mw. E.H.W.J.	Ass.-Onderzoeker	01-01	11-05	19,0	0,18

		<u>Periode</u>		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Deeltijd werken onder artsen:					
Heijligers Mw.Dr. Ph.	Onderzoeker	01-05	31-12	20,0	0,35
Themagebied Paramedische Beroepen					
Dekker Dr. J.	Projectleider				
Heugten Mw.Drs. C.M. van	Onderzoeker	02-08	31-12	38,0	0,42
Rijken Mw.Dr. P.M.	Onderzoeker	01-09	30-11	32,0	0,21
		01-12	31-12	38,0	0,08
Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie:					
Baar Mw.Drs. M.E. van	Onderzoeker	01-01	30-06	7,6	0,10
Abrahamse H.P.H.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-12	19,0	0,50
Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie II:					
Roebroek Mw.Dr. M.E.	Onderzoeker	01-01	31-12	32,0	0,84
Functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg:					
Raaijmaekers Mw.Drs. M.F.	Onderzoeker	01-01	28-02	38,0	0,16
Ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie:					
Heugten, Mw. Drs. C.M. van	Onderzoeker	01-01	31-01	38,0	0,08
		01-02	30-06	19,0	0,21
Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie:					
Baar Mw.Drs. M.E. van	Onderzoeker	01-01	31-12	30,4	0,80
Heugten, Mw. Drs. C.M. van	Onderzoeker	01-02	31-05	19,0	0,17
Bijl D., arts	Arts/Onderzoeker	01-01	31-12	7,6	0,20
Visser Drs. C.R.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-12	19,0	0,50
Hilvers Drs. A.H.	Ass.-Onderzoeker	01-01	31-12	20,0	0,53
Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen:					
Driessen Mw.Drs. M.J.A.	Onderzoeker	01-01	16-08	20,0	0,33
Inventarisatie extramurale ergotherapie:					
Driessen Mw.Drs. M.J.A.	Onderzoeker	15-11	31-12	24,0	0,08
Therapietrouw in de fysiotherapie:					
Kerssens Dr. J.J.	Onderzoeker	01-01	31-12	12,0	0,32
Lange termijn veranderingen in de vetconsumptie na een diëtistische behandeling:					
Paas Mw. Ir. G.R.A.	Onderzoeker	01-01	31-12	32,0	0,84
Themagebied Het perspectief van de hulpvrager					
Peters Drs. L.	Projectleider	01-01	31-12	26,6	0,70
Foets Mw. Dr. M.M.E.	Projectleider	01-01	31-12	38,0	1,00
Moons Mw. Drs. M.A.W.	Onderzoeker	01-01	28-02	24,0	0,10

		<u>Periode</u>		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Consumentenpanel:					
Friele Dr.Ir. R.D.	Onderzoeker	16-09	31-12	32,0	0,25
Kwaliteit van thuiszorg vanuit het patiëntenperspectief:					
Sixma Drs. H.J.M.	Onderzoeker	01-01	31-12	30,4	0,80
Campen Drs. E.C.M. van	Onderzoeker	01-05	14-06	28,0	0,09
		15-06	31-12	24,0	0,34
Haalbaarheidsonderzoek chronisch patiënten panel:					
Wagner Mw.Drs. C.	Onderzoeker	02-09	31-12	32,0	0,28

ONDERZOEK ALGEMEEN

Snellenberg J.N.H.M. van	Systeem/Data-beheerder	01-01	31-12	19,0	0,50
Gravesteyn J.V.	research-medewerker	01-01	31-12	22,8	0,60
Boschman Mw. M.A.	research-medewerker	01-01	31-12	38,0	1,00
Spreeuwenberg P.M.M.	research-medewerker	01-01	15-05	28,0	0,27
	Ass.-onderzoeker	19-06	31-12	28,0	0,40
Hermans Mw.Drs. I.M.J.	Ass.-onderzoeker	01-01	31-12	16,8	0,44

BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

Leeuw Mw.Drs. A.K. de	Coördinator	01-01	31-10	32,0	0,70
Berg Mw. R. van den	Hoofd	01-12	31-12	30,0	0,07
	Bibliothecaris	01-01	30-11	24,0	0,58
Heijden Drs.P.M.J.R.van der	Documentalist/Bibliothecaris	01-01	31-12	32,0	0,84
Boeringa F.H.	Documentalist	01-01	14-04	30,0	0,22
Weijzen Mw.Drs. E.M.	Documentalist	01-07	31-12	24,0	0,32
Garcia Mw. O.	Medew. Secretariaat	01-01	31-12	32,0	0,84
Registratie Wetenschappelijk Onderzoek:					
Loo Mw. M.E. van	Administratief medew.	01-01	31-12	24,0	0,63

ALGEMENE DIENST

Kerkhof Mw. J.D.M.	Medew. Personeels- en Algemene Zaken	01-01	31-12	20,0	0,53
Franke C.H.	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
Kraus Drs. E.	Beheerder	01-01	31-12	28,0	0,74
Spruit W.L.	Medew. Beheer/Receptie	01-01	31-12	28,0	0,74
Jurrius Mw. L.M.	Hoofd Huishouding	01-01	28-02	38,0	0,17
Goris Mw. M.	Assistent Hoofd Huish.	01-01	31-12	22,3	0,59
Cornelissen Mw. M.M.J.	Medewerker Huishouding	13-03	31-12	18,0	0,38

		<u>Periode</u>		Werk- tijd	FTEQ
		Begin	Einde		
Sieders Mw. Th.	Schoonmaker	01-01	31-12	13,8	0,36
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

9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIES IN HET JAAR 1995

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Katholieke Universiteit van Nijmegen	onderzoek naar de attitude en bekendheid met selfmanagement van astma	adressen van huisartsen
Wergroep Onderzoek en Kwaliteit	onderzoek kwaliteitsoordelen van patiënten over de huisartsenzorg in Europa	adressen van huisartsen
Centraal Bureau voor de Statistiek	verzenden enquêtes	adressen van verloskundige praktijken
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne	onderzoek naar infectieziekten overgebracht door teken	adressen van alle huisartsen in Nederland
Rijksuniversiteit Groningen	informatie over de opleiding tot regionaal klinisch farmacoloog	adressen van huisartsen
Erasmus Universiteit Rotterdam	onderzoek naar arts-patiëntrelatie	adressen van huisartsen
Rijksuniversiteit Limburg, Huisartsgeneeskunde	het project 'De NHG-standaard Reumatoïde Artritis en de samenwerking tussen huisartsen en reumatoloog'	adressen van huisartsen
Geneeskundige Hoofdinsectie	bezoek verloskundigen	adressen van verloskundigen in Overijssel, Gelderland, Zeeland en Noord-Brabant
Universiteit Groningen, vakgroep Huisartsgeneeskunde	onderzoek naar het gebruik van de thermometer door huisartsen	adressen van huisartsen
Nederlands Huisartsen Genootschap	vooraankondiging NHG-Congres 1995	adressen van alle huisartsen
Instituut voor Medische Statistiek	onderzoek naar morbiditeit en therapie	aantallen huisartsen per E.E.G. en per provincie
WOK/LHV, de heer Verblackt, huisarts	LHV project implementaire toetsing	adressen van 600 huisartsen

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Gewestelijke Gezondheidsdienst Gooi en Vechtstreek	onderzoeksrapport	aantal huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen in deze regio
Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek	afstudeeronderzoek naar verwijzing voor chiropractie	steekproef van huisartsen
Rijksuniversiteit Groningen	stageplaatsen voor medisch studenten in opleiding tot basisarts	adressen van praktizerende huisartsen in de drie noordelijke provincies
Instituut voor Extramuraal Onderzoek	evaluatie-onderzoek van de meldingsprocedure euthanasie	adressen van huisartsen
Rijksuniversiteit Groningen	onderzoek naar de ondersteuning van partners/verzorgers van CVA-patiënten	adressen van praktizerende huisartsen in de drie noordelijke provincies en de provincie Limburg
Universiteit Utrecht, vakgroep Huisartsgeneeskunde	evaluatie LHV/NHG project	adressen van huisartsen
SIG Zorginformatie	representativiteit landelijke verloskundige registratie, de LVR	een aantal variabelen van vrijgevestigde verloskundigen voor de jaren 1992 en 1993 op praktijkniveau
Erasmus Universiteit Rotterdam, Economisch Geografisch Instituut	in kaart brengen van de aanbodzijde van de gezondheidszorg	statistisch materiaal van vrije beroepsbeoefenaren
Nederlands Huisartsen Genootschap	mailing NHG-congres	adressen van Nederlandse huisartsen
Academisch Ziekenhuis Utrecht, afdeling Geriatrie	onderzoek naar de representativiteit van een steekproefonderzoek	aantallen gevestigde huisartsen
De heer P. Wiggers	onderzoek	aantal fysiotherapiepraktijken per provincie over de jaren 1989, 1991, 1993 en 1995

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Universiteit Twente, vakgroep Psychologie	onderzoek naar de opvattingen van huisartsen over het gebruik en de toepassingsmogelijkheden van orthopedisch schoeisel	adressen van 450 huisartsen
NIVEL	onderzoek naar de doelmatigheid van de waarneemregeling	zelfstandig gevestigde huisartsen in de regio Rotterdam
HVRC	updating bestand HVRC	nieuw gevestigde huisartsen vanaf januari 1994 en huisartsen die de praktijk hebben neergelegd
Stichting Pharos	informatie over vrouwenbesnijdenis	praktijken van verloskundigen
Nederlands Astma Fonds	evaluatie brochurebox	een steekproef van 600 huisartsen
Stichting Werkgroep Herkenning	informatie over de werkgroep	alle huisartspraktijken in Nederland
Rijksuniversiteit Maastricht	afronden scriptie in het kader van de opleiding tot huisarts	namen en adressen van afgestudeerde huisartsen in 1990 en 1991
Nederlandse Organisatie van Verloskundigen	campagne van Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders en NOV	adressen van verloskundige praktijken
Emma kindziekenhuis AMC	thema 'Kwaliteit van leven en zorg in de kindergeneeskunde'	adressen van huisartsen in de regio Amsterdam
Erasmus Universiteit Rotterdam	onderzoek: medisch specialisten en huisartsen: de bekendheid van medisch specialisten en huisartsen met en hun houding ten aanzien van presymptomatisch DNA-onderzoek voor erfelijke, later in het leven optredende aandoeningen	adressen van huisartsen
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, RIVM	onderzoek naar astma en allergie bij kinderen	adressen van verloskundigen in Gelderland en Utrecht.

