

JAARBOEK NIVEL 1997

(waarin opgenomen het jaarverslag)

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Postadres : Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht

Bezoekadres : Drieharingstraat 6 - Utrecht

Telefoon : 030 - 2729700

Telefax : 030 - 2729729

Internet : www.nivel.nl

Kijk voor meer informatie en de nieuwste
onderzoekresultaten op de NIVEL inter-
net pagina:

www.nivel.nl

Jaarboek NIVEL 1997
ISSN 1386-7113

Omslag: Mieke Cornelius

INHOUD

1. INLEIDING	5
2. AFDELING ONDERZOEK	7
2.1 De medische as: huisartsen en specialisten	7
2.1.1 De huisarts	7
2.1.2 Specialisten	15
2.1.3 Huisarts-specialist-ziekenhuis	20
2.2 Verpleging en verzorging	24
2.3 Paramedische beroepen	29
2.4 Verloskundige zorg	32
2.5 Het perspectief van de hulpvrager	34
2.6 Het hulpverleningsproces en behandeling psychische problemen	41
2.7 Kwaliteit van de gezondheidszorg	45
2.8 Internationaal vergelijkend onderzoek	52
2.9 Overig onderzoek	54
3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE	56
4. OVERIGE ACTIVITEITEN	59
5. HET BESTUUR	62
6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)	64
7. LIJST VAN PUBLIKATIES	70
8. PERSONEELSOVERZICHT EN ENKELE KENGETALLEN	98
9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN	105

Het NIVEL is een landelijk opererend, onafhankelijk onderzoeksinstituut. Het meeste onderzoek is beleidsgericht, toegepast, en praktisch bruikbaar.

Veel onderzoek wordt uitgevoerd op projectbasis. Opdrachtgevers zijn het ministerie van VWS, beroepsverenigingen, instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, fondsen voor wetenschappelijk onderzoek en de EG.

Het NIVEL is 'Collaborating Centre' voor de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). NIVEL maakt deel uit van de onderzoekscholen CARE en P&H.

Onderzoek

Sinds 1965 doet het NIVEL (toen nog Nederlands Huisartsen Instituut) onderzoek in en rond de huisartspraktijk.

In 1985 werd het onderzoeksterrein verbreed tot de gezondheidszorg in de eerste lijn en haar relaties met de tweede lijn. Vanaf 1995 behoort de gehele gezondheidszorg tot het onderzoeksterrein van het NIVEL.

Het onderzoek omvat het gehele domein van de gezondheidszorg: de zorgvraag, het aanbod van zorg, het zorgproces en het beleid. Onderzoek naar de *zorgvraag* richt zich bijvoorbeeld op de gezondheid van de Nederlandse bevolking, de vragen waarmee ze bij de huisarts komen, hun gebruik van voorzieningen en op verschillen tussen mannen en vrouwen. Het *aanbod van zorg* wordt bestudeerd ten behoeve van beroepskrachtenplanning.

Kwaliteitssystemen worden geïnventariseerd en de kwaliteit van zorg wordt geëvalueerd. Het onderzoek naar het *zorgproces* kent eenzelfde brede benadering met onderzoek naar de communicatie tussen hulpverlener en patiënt, het voorschrijven van geneesmiddelen, verwijzingen, doelmatigheid en consumenten feedback.

Het NIVEL is werkzaam in verschillende *sectoren* van de gezondheidszorg: huisarts en specialist, verpleging en verzorging, paramedische zorg en verloskundige zorg, in de thuiszorg, in verpleeg- en verzorgingshuizen en in ziekenhuizen. Het onderzoek beperkt zich niet tot Nederland: zorgsystemen van verschillende landen worden met elkaar vergeleken.

Informatiesystemen

Het NIVEL onderhoudt en beheert een aantal informatie- en registratiesystemen:

- * de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland
- * het Landelijk Informatienetwerk Huisartsen (LINH), in samenwerking met het NHG, LHV en de WOK (KUN/RL)
- * beroepskrachtenregistraties
- * het Consumentenpanel Gezondheidszorg in samenwerking met de Consumentenbond
- * het Patiëntenpanel Chronisch Zieken
- * de Databank Zorgvernieuwing in de gezondheidszorg in samenwerking met het NZI en het Trimbos-instituut
- * een literatuurbestand Verpleging en Verzorging, in samenwerking met het LCVV en het NZI
- * een documentatiesysteem met statistische data van landen in Europa
- * een videotheek ten behoeve van het onderzoek naar de communicatie tussen hulpverlener en patiënt

Daarnaast heeft het NIVEL een bibliotheek, die voor iedereen toegankelijk is. Deze bibliotheek heeft een toonaangevende collectie boeken en tijdschriften op het onderzoeksgebied. De bibliotheek is 'on-line' te bereiken.

1. INLEIDING

In het jaarboek 1997 zijn twee elementen duidelijk zichtbaar: ten eerste de bijdragen die het NIVEL levert aan de verschillende Jaardocumenten die het Volksgezondheidsbeleid flankeren: het Jaaroverzicht Zorg (JOZ), de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) en de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV).

Ten tweede ziet men dat het onderzoekprogramma 'Verdeling en rationalisering in de gezondheidszorg', dat tegelijkertijd de uitbreiding van de missie van het NIVEL naar de (somatische) gezondheidszorg in zijn totaliteit omvat, in een oogstfase begint te geraken.

De bijdragen aan de grote Jaardocumenten vindt deels plaats door het produceren van zogenaamde Brancherapporten. Dit zijn documenten, die enerzijds veel cijfermatige overzichten en ontwikkelingen bevatten en anderzijds op bepaalde punten meer de diepte ingaan. Voor het JOZ wordt, samen met het Nationaal Ziekenhuis Instituut, het Brancherapport Somatisch Curatieve Zorg vervaardigd. Als 'dieptestudies' wordt (in overleg met het ministerie van VWS) nader ingegaan op de zorg voor CVA-patiënten, op de vraag naar en aanbod in de thuiszorg en op de ontwikkelingen binnen de oogzorg. De laatste studie werd door het NZi vervaardigd.

Ook het jaarrapport uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) maakt deel uit van de achtergrondstudies rond het JOZ.

Voor de Staat van de Gezondheidszorg; een vierjaarlijks document dat op het conto van de Inspectie voor de Gezondheidszorg staat, is een aantal achtergrondstudies vervaardigd: een studie over particuliere thuiszorg, overterminale thuiszorg, over de opvattingen van zorgverzekeraars aangaande kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en over patiënten- en consumentenorganisaties en de kwaliteit van zorg.

In deze achtergrondstudies wordt niet alleen gebruik gemaakt van door het NIVEL zelf verricht onderzoek maar ook van kennis die in de NIVEL-bibliotheek en documentatieafdeling is opgeslagen of via deze afdeling te verkrijgen is. Het NIVEL fungeert hier als nationaal kenniscentrum ten behoeve van het gezondheidszorgbeleid.

De verbreding van het domein van het NIVEL komt tot uiting in de verschillende ramingen van de behoefte aan medisch-specialistische zorg, de studies naar communicatie tussen specialist en patiënt, in studies naar transmurale zorg en naar de veranderde positie van de medisch specialist in het ziekenhuis.

Bij de behoeftenramingen wordt telkenmale duidelijk dat eerdere vooruitbereke-

ningen op verkeerde vooronderstellingen waren gebaseerd. Moderne specialisten willen minder lange werkweken maken dan tot dusver gebruikelijk was en dat maakt, tezamen met een vergrijzende bevolking, en een toename van tijd voor scholing en verstrekking van informatie aan de patiënt, dat bijna bij elk specialisme de ramingen naar boven moeten worden bijgesteld. De vooruitberekeningsmodellen worden voor elk specialisme afzonderlijk bekeken, zonder rekening te houden met onderlinge substitutie of substitutie tussen huisarts en specialisten of tussen medici en niet-medici. Een volgende 'jaargang' van deze modellen zou hieraan aandacht moeten schenken.

Transmurale zorg speelt zich af tussen huisarts en specialist, met een braakliggend terrein rond transmurale standaarden, tussen thuisverpleging, ziekenhuisverpleging, verpleeghuis en verzorgingstehuis en beslaat terreinen als palliatieve en terminale zorg, gespecialiseerde verpleegkundige zorg en andere innovaties in de zorg voor ouderen en chronisch zieken.

Onderzoek naar communicatie in de polikliniek laat zien dat ieder consult zijn eigen karakteristiek heeft; in eerste consulten wordt veel informatie uitgewisseld en wordt de basis voor de verstandhouding huisarts-patiënt gelegd; het tweede consult gaat vooral over de behandeling en wat daarbij komt kijken terwijl in het derde consult meer persoonlijke onderwerpen aan de orde kunnen komen.

Tenslotte, heeft de veranderde plaats van de specialist in het ziekenhuis gevolgen voor de positie van de voorzitter van de medisch staf, die het gevaar loopt bekneld te raken tussen de eisen van de directie en de wensen en mogelijkheden van zijn collega's.

Het bovenstaande vormt een selectie uit NIVEL-onderzoek in 1997.

Het betreft onderzoek dat in 1997 werd gepubliceerd of tenminste de interne wetenschappelijke toetsing heeft doorstaan. Soms betreft het informatie uit opgestuurde maar nog niet gepubliceerde artikelen. De bedoeling is dat de lezer, in voorkomende gevallen, zoveel mogelijk heet van de naald wordt geïnformeerd en niet hoeft te wachten tot een artikel eindelijk in druk is verschenen.

Nadere informatie is verkrijgbaar bij de betrokken onderzoekers of projectleiders en, niet te vergeten op de NIVEL-site op internet: www.nivel.nl.

2. AFDELING ONDERZOEK

2.1 DE MEDISCHE AS: HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

2.1.1 De huisarts

De rol en positie van de huisarts in Nederland is uniek, ook in Europa. In de studie *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? De positie van huisartsen in relatie tot aard en kosten van de zorg* wordt beschreven hoe de huisarts functioneert in de gezondheidszorg en in onze samenleving.

Kenmerkend voor het Nederlandse systeem van gezondheidszorg is dat mensen een eigen huisarts hebben en dat die huisarts de toegang tot de specialistische zorg reguleert. Aan de hand van de resultaten van Nederlands en internationaal onderzoek is nagegaan wat er zou gebeuren met het gebruik, de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg als inschrijving-op-naam en de poortwachtersfunctie van de huisarts zouden worden afgeschaft.

Gebruik van zorg

De positie van de huisarts in de gezondheidszorg werkt door op wat huisartsen feitelijk doen en op de keuzes die patiënten maken. Deze twee elementen zijn op hun beurt van invloed op bijvoorbeeld de verwijspatronen en de aard van de problemen die aan specialisten worden voorgelegd.

Kosten van zorg

Landen waar de huisarts de toegang tot de specialistische zorg bewaakt, blijken goedkoper uit te zijn dan andere landen. Dat komt echter niet alleen door de rol van de huisarts als poortwachter, maar ook door factoren als de welvaart van een land, de mate waarin de zorg uit publieke of uit particuliere middelen wordt gefinancierd en het gangbare betalingssysteem (met name het verschil tussen honorering per verrichting of per abonnement of salaris).

De Nederlandse huisarts is terughoudend in zijn medisch handelen: hij schrijft weinig voor, doet (met uitzondering van uitstrijkjes en griepvaccinaties) weinig aan preventie en verwijst weinig patiënten naar de tweede lijn. Dit heeft vrijwel zeker een kostenbesparend effect. Over de kwaliteit van de zorg kon geen uitspraak worden gedaan, doordat gegevens ontbraken of moeilijk interpreteerbaar waren.

Het Nederlandse systeem brengt als keerzijde een zeker paternalisme met zich mee. Dit zou op den duur kunnen botsen met de Europese regelgeving, waarin immers veel belang wordt gehecht aan een vrij verkeer van personen, arbeid en diensten. Dáár ligt een zekere bedreiging voor de toekomst van het huidige stelsel.

[Bron: Groenewegen PP, Delnoij DMJ. *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts?* Utrecht: ELSEVIER/De Tijdstroom, 1997]

Huisartsen in cijfers

Op 1 januari 1997 was het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland ruim 6900, ongeveer 1 huisarts op 2250 inwoners. Daarmee heeft Nederland, vergeleken met andere Europese landen, naar verhouding weinig huisartsen. In Engeland zijn het er bijvoorbeeld één op de 1850 en in België vindt men één huisarts per 500 inwoners.

Het aantal inwoners per huisarts daalt slechts langzaam, zeker sinds in 1986 een vestigingsbeleid voor huisartsen is ingesteld; van 1975 tot 1985 daalde het aantal inwoners per huisarts van 3000 tot ongeveer 2300, van 1986 tot heden van 2300 tot 2250.

Het aantal vrouwelijke huisartsen stijgt daarentegen; van 4% in 1980 tot 18% nu. Niettemin is van de huisartsen in opleiding 56% vrouw; de zittende huisartsen vormen nog geen afspiegeling van de toekomstige huisartsen.

De solopraktijk neemt langzaam in betekenis af; een daling van 72% solo-huisartsen in 1980 tot 47% in 1997. Vergeleken met Engeland, waar minder dan 10% van de huisartsen in een solopraktijk werkt is dit een hoog getal, verwelken met België (bijna alleen solo-praktijken) een laag getal. De voorkeur van pas afgestudeerde huisartsen gaat niet naar een solopraktijk uit; slechts een op de tien zegt solistisch te willen werken.

Verreweg de meeste huisartsen werken full-time; ruim 80% van de mannen, maar slechts 26% van de vrouwelijke huisartsen; bijna tweederde van de vrouwelijke huisartsen werkt tussen de 40 en 80%.

Huisartsen zijn vrij egaal over Nederland verdeeld; in plattelandsgebieden zitten er wat meer dan in verstedelijkte gebieden (apotheek, bevallingen) en vooral in Flevoland vindt men meer huisartsen dan in de rest van Nederland (één per 1800 inwoners vergeleken met één op 2150 tot 2300 in de overige provincies)

Het aantal praktijkzoekende huisartsen daalt; in 1996 waren dat er nog 700, in 1997 werden er minder dan 600 geteld. Dat kan een tijdelijke 'dip' zijn; in 1994 werd namelijk de duur van de beroepsopleiding van twee naar drie jaar verhoogd, waardoor er in 1996 vooral weinig huisartsen van de beroepsopleiding afkwamen.

[Bron: Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 1997. Brochure: Utrecht, NIVEL*]

Burnout onder huisartsen nog steeds hoog, maar wel dalend

In samenwerking met Universiteit Utrecht heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar burnoutverschijnselen onder huisartsen. In 1991 werd reeds een burnout-onderzoek uitgevoerd onder een representatieve steekproef van bijna zeshonderd huisartsen. In 1996 werd het onderzoek herhaald.

Tussen 1991 en 1996 is het aantal artsen dat zich 'opgebrand' voelt afgenomen. Zij ervoeren in 1996 minder emotionele uitputting, ze voelden zich beter in staat hun werk te doen en stonden ook minder cynisch tegenover hun patiënten. Overigens blijkt dat in 1991, maar ook in 1996, huisartsen toch nog meer 'opgebrand' zijn dan een vergelijkingsgroep van 4000 andere hulpverleners (waaronder intensive care artsen, verpleegkundigen en leerkrachten).

Uit het onderzoek blijkt dat burnout veroorzaakt kan worden door lastige patiëntencontacten. Maar aan de andere kant blijkt een huisarts met burnout patiëntencontacten vaak lastiger te vinden dan een huisarts die geen last heeft van burnout.

De onderzoekers concluderen dat huisartsen zouden moeten streven naar een balans van betrokkenheid bij en afstand tot hun patiënten. Betrokkenheid is belangrijk, maar een te grote mate van betrokkenheid kan tot teleurstelling bij huisartsen leiden. Daarnaast is een zekere mate van afstandelijkheid goed, maar teveel afstand kan leiden tot een cynische en negatieve houding tegenover patiënten.

De conclusies van het onderzoek bevestigen dat burnout een belangrijk risico is voor de arts als professioneel beroepsbeoefenaar. Het onderzoek geeft meer inzicht in de oorzaken en gevolgen van burnout, waardoor vooral ook jongere huisartsen het fenomeen burnout zullen onderkennen als risico.

[Bron: Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W. Burnout bij huisartsen. (1997) Arts en Auto. september]

Jaarrapport 1996 LINH

LINH, Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg Jaarboek 1996

Sinds begin 1996 is het LANDELIJK Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) in zijn operationele fase. Gegevens over verwijzingen naar specialisten, het voorschrijven van geneesmiddelen en het aantal contacten met ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten worden in de ge-automatiseerde praktijken verzameld en centraal verwerkt.

In het jaarboek 1996 wordt een vergelijking gemaakt met gegevens die een kleine decade daarvoor zijn verzameld in de (1e) Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Vergeleken met 1987/88 is het aantal contacten in de huisartspraktijk ongeveer 15% gestegen (vooral met (oudere) ziekenfondsverzekerden (30%); een Van

Otterloo effect wellicht, de contacten met oudere particuliere patiënten namen af).

Bij de redenen voor contact blijkt de pilcontrole sinds 1987/88 te zijn verdwenen uit de top tien van contact-redenen. Gewijzigde opvattingen over het nut van halfjaarlijkse controle zijn hier debet aan. Hoge bloeddruk en infecties van de bovenste luchtwegen stonden in 1987/88 op nummer een en twee en dat geldt tien jaar later nog steeds.

Het aantal voorgeschreven geneesmiddelen steeg eveneens (van 3,7 per patiënt per jaar tot 4,8). Dit komt waarschijnlijk door de hoeveelheid per recept voorgeschreven geneesmiddelen te reduceren. Vooral het aantal pijnstillers en ontstekingsremmers steeg terwijl het voorschrijven van antibiotica daalde. Middelen tegen infecties van bovenste luchtwegen (hoestdranken bijvoorbeeld) daalden in aantal. Het niet meer vergoeden van deze middelen laat zich duidelijk traceren.

Bij verwijzingen naar de specialist is van een lichte daling sprake (vergeleken met 1994 toen verwijzingsgegevens voor het eerst werden geregistreerd), vooral in de zogenaamde vervolgvverwijskaarten (meer dan 50% minder). Daarentegen nam het aantal 'jaarkaarten' toe (met 7%); kennelijk zien huisartsen het nut niet meer zo in van het uitschrijven van een vervolgvverwijskaart. Een lichte daling is zichtbaar bij verwijzingen voor oog problemen en hart-vaatziekten. Het aantal verwijzingen waarbij de specialist de behandeling overneemt bedraagt nog steeds tussen de 55 en 60%.

Verwijzingen binnen de eerste lijn (vooral naar fysiotherapie) zijn vergeleken met 1987/88 afgenomen; de invloed van 'beperkende maatregelen' zal hier niet vreemd aan zijn.

[Bron: Bakker DH de, Abrahamse HPhH, Hoogen H van den, Jonge J de, Overbeeke J van, Rutten R. Jaarrapport LINH 1996. Contactfrequenties in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht: NIVEL, 1997]

Monitoring influenzavaccinatie in de huisartspraktijk 1996

In opdracht van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk' is door het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) een monitoringinstrument ontwikkeld en getest voor de influenzavaccinatie. Bijzondere aandacht had welke patiënten in aanmerking komen voor influenzavaccinatie (de selectie) en welke van deze patiënten uiteindelijk gevaccineerd worden, gegeven de NHG-richtlijnen van 1996. Toen werden nog niet standaard alle 65-plussers opgeroepen (zoals in 1997).

Bij 88% van de deelnemende praktijken zijn bruikbare data verzameld. Voor de dataverzameling is programmatuur toegepast gebaseerd op de griepmodule. Geconcludeerd kan worden, dat het binnen LINH ontwikkelde monitoringinstru-

ment bruikbare gegevens heeft opgeleverd ten aanzien van de influenzacam-
pagne 1996.

De studiepopulatie is een juiste afspiegeling van de Nederlandse bevolking voor
wat betreft leeftijd en geslacht. In een huisartspraktijk komt gemiddeld 17% (8%-
30%) van de praktijkbevolking in aanmerking voor vaccinatie. Het betreft vooral
patiënten van 65 jaar en ouder, iets meer mannen dan vrouwen en beduidend
meer ziekenfondspatiënten dan particulier verzekerden.

In dit eerste jaar van de nationale monitoring influenzavaccinatie ligt de vaccina-
tiegraad gemiddeld op 74% met een variatie van 55% tot 91%. Met name bij
patiënten met hartaandoeningen en diabetes ligt de vaccinatiegraad hoog. Een
relatief lagere vaccinatiegraad is aangetroffen onder patiënten met longaandoe-
ningen en bij gezonde personen van 65 jaar en ouder. Beide groepen komen
minder vaak voor op de selectielijst en worden bovendien minder frequent ge-
vaccineerd. Een verbetering van de vaccinatiegraad kan worden bereikt door de
beweegredenen van met name patiënten met longaandoeningen, gezonde
personen van 65 jaar en ouder en de weigeraars (gemiddeld 10% per praktijk)
in kaart te brengen.

*[Bron: Braspenning J, Hoogen H van den, Rutten R, Tacken M, Tiersma W, Wentink E,
Velden J van der. LINH als monitoringsinstrument voor influenzavaccinatie. Utrecht:
NIVEL, 1997]*

Voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam door huisartsen

Om de concurrentie in de farmaceutische industrie te bevorderen en de kosten
van geneesmiddelen te drukken, stimuleert de overheid het voorschrijven op
stofnaam. In een overeenkomst met het Ministerie van VWS heeft de LHV zich
verplicht om het voorschrijven op stofnaam te bevorderen. De LHV voert sinds 1
januari 1997 een implementatieprogramma uit in samenwerking met onder
andere Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening (DGV). In dit pro-
gramma wordt een handzame lijst ontwikkeld waarin de huisarts de generieke
namen (stofnamen) van geneesmiddelen kan opzoeken. Ook komt er een com-
puterprogramma waarmee de huisarts in de huisarts-informatiesystemen de
merknamen kan vervangen door stofnamen. Er worden een advies opgesteld
en een voorbereidingsboekje geschreven om in farmacotherapeutische overleg-
groepen het voorschrijven op stofnaam te stimuleren. Voor huisartsen en assis-
tenten wordt uitgebreide voorlichting opgezet en ten slotte volgt een publieks-
campagne.

Het NIVEL evalueert het programma en heeft de uitgangssituatie vastgelegd.

Ten behoeve van deze evaluatie heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar het
percentage voorschriften op stofnaam per huisarts. Hiervoor is een steekproef
van 12782 voorschriften van 129 huisartsen onderzocht. Er bleken grote ver-
schillen te bestaan tussen de huisartsen en per geneesmiddel. Het bleek dat

gemiddeld zo'n 30% van de geneesmiddelen op stofnaam wordt voorgeschreven. Gestreefd wordt naar een substantiële verbetering.

[Bron: Schuller R, Bakker DH de. Voorschrijven op stofnaam. Stimuleren via implementatieprogramma. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.10) :307-308]

Vragen over AIDS bij de huisarts

Sinds 1988 verzamelen de huisartsen van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland gegevens over patiëntcontacten waarin AIDS ter sprake komt - tenzij de huisarts weet dat de patiënt seropositief is. Behalve in de jaarverslagen van Peilstations Nederland is in de afgelopen jaren ook afzonderlijk over dit project gerapporteerd. Voorjaar 1997 verscheen een samenvattend overzicht over de periode 1988 - 1996. Het onderzoek werd uitgevoerd met financiële steun van het AIDS Fonds.

In 1988 zag een huisarts met een 'modale' praktijk bijna 3 mensen per jaar met vragen over AIDS (11 per 10.000); in 1994 was dat aantal bijna verdubbeld (22 per 10.000) en in 1996 waren het ongeveer 4 contacten (16 per 10.000). De daling doet zich overigens vooral op het platteland voor; in de steden neemt het aantal bezorgde patiënten nog altijd toe.

Iets minder dan de helft van de patiënten die bij de huisarts komen met een vraag over AIDS, maakt zich zorgen na risicovol heteroseksueel contact. Deze groep is over de jaren ongeveer even groot gebleven. Het aandeel van de patiënten uit de 'traditionele' risicogroepen nam echter af: in 1988 behoorde nog 23 procent van de verontruste patiënten tot de groep van mannen met homo- en biseksuele contacten of intraveneuze druggebruikers, in 1996 nog maar 7 procent - vermoedelijk omdat deze patiënten voldoende informatie over AIDS krijgen en voor hulp ook bij andere instanties terecht kunnen. Daarentegen nam het aandeel van patiënten zonder een verhoogd risico in die jaren juist toe, van 27 naar 37 procent. Waren het aanvankelijk vooral mannen die de huisarts bezochten met een vraag over AIDS, de laatste jaren is het aandeel van vrouwen en mannen ongeveer gelijk.

Tijdens het consult reageert de huisarts bijna altijd door de patiënt informatie te geven over AIDS. In een kwart van de gevallen geeft hij (ook) advies over onderwerpen als veilig vrijen of het beperken van het aantal seksuele partners. In 1988 vroeg de patiënt in zestig procent van de gesprekken de huisarts om een test op HIV-antistoffen, in 1996 zelfs in tachtig procent. Zo'n verzoek wordt bijna altijd ingewilligd, nu nog wat vaker dan vroeger.

Sinds 1988 werden bij patiënten uit de veertig praktijken 1250 tests afgenomen; 14 tests (iets meer dan 1 procent) wezen uit dat de patiënt seropositief was.

Het onderzoek wijst uit dat AIDS in Nederland hoe langer hoe meer wordt gezien als een ziekte die iedereen kan treffen, en niet alleen bepaalde groepen.

[Bron: Ros CC, Kerssens JJ, Foets M, Peters L. Vragen over AIDS bij de huisarts in de periode 1988-1996. Utrecht: NIVEL, 1997]

Gezondheidscentra

In opdracht van de Ziekenfondsraad heeft het NIVEL een onderzoek gedaan naar het functioneren van gezondheidscentra.

De 150 gezondheidscentra in Nederland ontvangen alle subsidie voor kosten die voortkomen uit de inhoudelijke samenwerking en de gemeenschappelijke huisvesting (en zaken als administratie en beheer van de accommodatie). Tachtig gezondheidscentra krijgen subsidie op grond van het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra (BSG) van de Ziekenfondsraad. Deze subsidie is bovendien ook voor de kosten van de overlegtijd. Vierenzeventig gezondheidscentra en vier hometeams ontvangen subsidie volgens de Regeling Ziekenfondsraadsubsidiëring Zwaarder Gestructureerde Samenwerkingsverbanden (ZGS). De kosten voor het BSG bedragen jaarlijks f 31 miljoen en voor de ZGS jaarlijks f 6 miljoen. (Bedragen van 1995.)

Aan het onderzoek deden 121 centra mee: 77 met een BSG-subsidie en 44 met een ZGS-subsidie. In de zomer van 1996 werden uitvoerige gesprekken gevoerd met de coördinatoren (of andere vertegenwoordigers) van deze centra, aan de hand van een lijst van kwaliteitskenmerken die in 1987 werd opgesteld door de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG). Om ook het werk van huisartsen buiten de centra te onderzoeken, werden interviews gehouden met vertegenwoordigers van elf huisartsengroepen, over het hele land verspreid. En ten slotte leverden elf zorgverzekeraars 'productiecijfers' van huisartsen in hun werkgebied, al dan niet werkzaam in een gezondheidscentrum.

In vrijwel alle centra werken de hulpverleners systematisch met elkaar samen. Zij voeren bijvoorbeeld vaak overleg over patiënten, maken afspraken over veel voorkomende problematiek (zowel onderling als met externe hulpverleners). Zij besteden veel aandacht aan zaken als nascholing, toetsing en evaluaties. Doordat praktijkgegevens geautomatiseerd zijn, kunnen huisartsen en praktijkassistenten zonder al te veel inspanning preventief werk doen, zoals het geven van de griep prik of het maken van een cervixuitstrijkje. De aanwezigheid van andere disciplines én van een gemeenschappelijk gebouw maakt het ook mogelijk samen algemene cursussen, praatgroepen of themabijeenkomsten te organiseren voor patiënten.

De organisatie is goed geregeld. De meeste centra zijn op werkdagen permanent bereikbaar, de hulpverleners werken vaak voor dezelfde patiëntenpopulatie en zij besteden minstens 70% van hun werktijd aan directe hulpverlening. Vrijwel alle centra geven patiënten gericht informatie (in een brochure of folder) en kennen een eenvoudige klachtenregeling.

Dat alles heeft resultaat. Uit de cijfers van de zorgverzekeraars blijkt (opnieuw) dat huisartsen in gezondheidscentra minder patiënten naar de tweede lijn verwijzen dan huisartsen elders.

Niet alleen van de centra, maar ook van de (andere) huisartsengroepen wordt een positief beeld geschetst. Er mogen dan weinig structurele afspraken worden gemaakt, op individueel niveau werken ook huisartsen buiten de centra goed met andere hulpverleners samen. De onderzoekers suggereren dan ook dat een toekomstige subsidieregeling wellicht ook voor andere samenwerkingsverbanden in de eerste lijn kan gaan gelden.

[Bron: Ros, C.C., J.B.F. Hutten, P.P. Groenewegen. Centra Centraal. Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1996]

Het bonus-malus-project in Eindhoven

In 1992 maakte de overheid plannen om de subsidieregelingen voor gezondheidscentra af te schaffen. Gezondheidscentra zouden voortaan met de zorgverzekeraars afspraken moeten maken over extra honorering. Naar aanleiding daarvan besloten Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE) en zorgverzekeraar VGZ eind 1994 te onderzoeken of een bonus-malus-systeem, waarin huisartsen worden afgerekend op de doelmatigheid van hun handelen, een haalbaar alternatief zou zijn.

Om te zien of dit voor de gezondheidscentra haalbaar zou zijn, werd een proef fase ingesteld, waarin productiegegevens verzameld en vervolgens met de huisartsen besproken werden, zonder dat dat financiële consequenties zou hebben.

Toen de plannen van de overheid niet bleken door te gaan, verschoof de aandacht in het project naar de relatie tussen productiecijfers en het huisartsgeneeskundig handelen. Cijfers werden door VGZ aangeleverd, door het NIVEL bewerkt en geanalyseerd en via de SGE met de huisartsen besproken. De SGE ontwikkelde ook enkele kleine proefprojecten in twee van de vijf centra.

In 1995 besteedden de huisartsen in de vijf Eindhovense gezondheidscentra 40,5 miljoen gulden aan eerstelijnszorg. Dat is 1 miljoen gulden minder dan te verwachten was op basis van de kosten die alle Eindhovense huisartsen tezamen maakten. (Hierbij is gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw van de praktijken). In 1993 en 1994 bedroeg het verschil 1 miljoen gulden (exclusief verpleegdagen), respectievelijk 1,8 miljoen gulden.

Per onderwerp is de ontwikkeling van de kosten verschillend. In 1995 werd in de gezondheidscentra ruim 10% minder medicijnen voorgeschreven dan verwacht; door de hogere kosten van de geneesmiddelen leidde dat tot 8% lagere kosten. (In 1993 waren die cijfers met 15, respectievelijk 11% nog aanzienlijk

hoger). Het verwijscijfer laat iets dergelijks zien: huisartsen verwezen in de centra in deze drie jaren ongeveer 8% minder patiënten dan verwacht, maar maakten daarmee (door de naar verhouding hoge kosten per verwijzing) slechts 3% minder kosten. In 1993 en 1994 verwezen deze huisartsen méér patiënten naar een fysiotherapeut dan verwacht, in 1995 evenveel; door de geringere kosten per behandeling, vielen de totale kosten in de centra echter lager uit.

Van de vijf centra maken er slechts drie minder kosten dan verwacht, één zelfs meer. Deze verschillen blijken grotendeels voort te komen uit het handelen van één of twee van de daar werkzame huisartsen. De variatie in de productiecijfers blijkt niet zozeer terug te voeren op verschillen in de patiëntenpopulatie van de praktijken, als wel op verschillen in teambeleid en in werkstijl van de artsen. Dat geldt vooral voor zaken waarop zij direct invloed hebben, zoals verwijzen naar fysiotherapie en het voorschrijven van geneesmiddelen. Juist op die punten blijven de verschillen tussen de huisartsen door de jaren dan ook grotendeels gelijk. Patiënten van huisartsen die weinig (of goedkoop) geneesmiddelen voorschrijven, krijgen in het algemeen ook weinig (of goedkope) middelen van hun specialist. Waarschijnlijk speelt dus naast de werkstijl van de arts, ook de (overeenkomstige) voorkeur van patiënten een rol.

Uit dit onderzoek kan men concluderen dat het mogelijk noch wenselijk is de huidige financiering voor gezondheidscentra geheel te vervangen door een bonus-malus-systeem. Hiervoor is er nog niet voldoende inzicht in de relatie tussen het handelen van de huisarts en de kosten, al heeft het project al enig inzicht opgeleverd. Een probleem is ook het verschil van jaar tot jaar in de cijfers, waardoor de financiering van de vaste kosten als management en huisvesting erg onzeker zou worden.

[Bron: Veerman F, Bakker DH de, Broeren J, Rijdt-van de Ven A van de, Sande J van de. Is meten weten. Analyse en terugkoppeling van productiecijfers in 5 gezondheidscentra in Eindhoven. Eindhoven/Utrecht: SGE/VGZ/NIVEL, 1997]

2.1.2 Specialisten

Toekomstige behoefte aan medisch specialisten

Het is van belang om een beeld te hebben van de toekomstige behoefte aan bepaalde specialismen. De opleiding tot medisch specialist kan wel 10 jaar duren: dat valt niet snel bij te sturen. Om deze behoeften te ramen heeft het NIVEL in het verleden een rekenmodel ontwikkeld.

In dit rekenmodel wordt rekening gehouden met demografische, epidemiologische, sociaal-culturele, institutionele en technische ontwikkelingen. Met behulp hiervan is een aantal behoefteramingen opgesteld voor de periode 1997-2010.

Reumatologen

Het is te verwachten dat het aantal reumatologen zal moeten toenemen. Enerzijds wordt dit veroorzaakt door de stijging van de zorgvraag door de demografische ontwikkelingen, waardoor de benodigde groei van het aantal reumatologen stijgt met minimaal 13,3% en maximaal 21,5% in de onderzochte periode 1997-2010, en de toename van het aandeel geïdentificeerde RA-patiënten (9,5%). Anderzijds is te verwachten dat de potentiële hoeveelheid inzet van reumatologen (de 'verwerkingscapaciteit') zal dalen door een aantal maatschappelijke ontwikkelingen: daling aantal werkuren per week tot 50 à 46 uur, resulterend in een groeibehoeftte van 13,5% tot 22,6%, toename van het werken in deeltijd (6,3%), het toenemen van de omvang van niet-patiëntgebonden activiteiten (6,3%) en van de tijdsbesteding per patiëntcontact. Het beschikbare aanbod van reumatologen in 2010 is 115. Hierbij is rekening gehouden met het natuurlijk verloop en de te verwachten instroom tot 2010. Op grond van deze gegevens is voor verschillende scenario's het jaarlijks aantal op te leiden reumatologen berekend voor een goede aansluiting van vraag en aanbod in 2005 en 2010. Dit aantal op te leiden reumatologen bedraagt voor de periode 1997-2001 minimaal 0 en maximaal 13, afhankelijk van het te volgen scenario, en voor de periode 2002-2006 6 tot 14. Hierbij is uitgegaan van een middenvariant van de bevolkingsprognose.

[Bron: Velden L van der, Hingstman L, Harmsen J. *Behoefteraming reumatologen 1997-2010*. Utrecht: NIVEL, 1997]

Obstetrici/gynaecologen

Op grond van de onvoorziene recente demografische en maatschappelijke ontwikkelingen achtte de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) het noodzakelijk de behoeftenramingsstudie uit 1992 te herhalen. Het NIVEL is gevraagd ook deze studie uit te voeren. Wanneer men uitgaat van de middenvariant van de bevolkingsprognose van het C.B.S., bedraagt het in 2010 benodigde aantal obstetrici/gynaecologen afhankelijk van het gehanteerde scenario, 592 tot 842. Dit impliceert dat de benodigde instroom van op te leiden gynaecologen per jaar tussen 13 en 49 ligt, weer afhankelijk van het gehanteerde scenario. Dit betekent dat als men alleen de demografische ontwikkelingen (minder geboorten!!!) zou volgen, er jaarlijks 19 obstetrici/gynaecologen minder opgeleid zouden behoeven te worden, terwijl bij het scenario waarin ook diverse sociaal-culturele en institutionele factoren veranderen, er jaarlijks 17 meer moeten worden opgeleid.

[Bron: Velden L van der, Hingstman L, Coelingh Bennink F, Ridder M. *Behoefteraming obstetrici/gynaecologen 1997-2010*. Utrecht: NIVEL, 1997]

Orthopeden

Gezien de vergrijzing van de bevolking en het feit dat veel orthopedische klachten pas op latere leeftijd optreden, is te verwachten dat er in de toekomst een groter aantal orthopeden nodig zal zijn. Daarnaast maakt het sterk toenemen van het aantal vrouwen dat medicijnen studeert, het waarschijnlijk dat meer artsen, dus ook orthopeden, een functie in deeltijd ambiëren. Tevens is er een tendens om bepaalde behandelingen die traditioneel door chirurgen werden uitgevoerd, door orthopeden te laten verrichten. In opdracht van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging voerde het NIVEL een behoefteramingsonderzoek uit. Hieruit blijkt dat uitgaande van het middenvariant-scenario voor demografische ontwikkelingen, afhankelijk van veranderingen in de sociaal-culturele factoren (geen, daling van het aantal uren per fte, daling in fte, toename in niet-patiëntgebonden activiteiten, toename tijdsbesteding per patiëntcontact) er bij ongewijzigd opleidingsbeleid per 1-1-2010 een overschot van 83 orthopeden (andere factoren ongewijzigd) bestaat tot een tekort van 51 orthopeden (wanneer diverse veranderingen worden ingevoerd). De optimale instroom in de opleiding varieert derhalve van 6 tot 29 per jaar.

[Bron: Velden LFJ van der, Hingstman L, Ridder M. Behoefteraming orthopaeden 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1997]

Werken in deeltijd

De maatschappelijke ontwikkeling naar een groeiende voorkeur voor werk in deeltijd vindt men ook in de gezondheidszorg. Het onderzoek 'Inventarisatie deeltijdwerken onder artsen' geeft zicht op verschillen en overeenkomsten tussen medische beroepsgroepen aangaande deeltijdbanen. Het percentage deeltijdwerkenden is per specialisme verschillend. Zoals verwacht werken vooral veel vrouwelijke artsen in deeltijd. Opmerkelijk is dat bij de meeste specialisten de deeltijdwerkenden verhoudingsgewijs meer overuren per week werken dan voltijders.

Bij de klinische specialisten in het onderzoek is het percentage deeltijders het laagst. Met uitzondering van de klinische specialisten hebben de artsen in de onderzochte beroepsgroepen merendeels een positieve houding ten aanzien van deeltijdwerken. Een uitzondering vormen voltijd werkende mannen; zij hebben vaak een negatieve attitude tegenover deeltijdwerken.

[Bron: Heiligers PhJM, Hingstman L, Marrée JTC. Inventarisatie deeltijd werken onder artsen. Utrecht: NIVEL, 1997]

Van vrij beroep naar dienstverband

Met enige regelmaat wordt de wenselijkheid van een dienstverband voor medisch specialisten ter discussie gesteld. In opdracht van het Petrus Camper Instituut, het wetenschappelijk instituut van de Orde van Medisch Specialisten,

voerde het NIVEL een onderzoek uit naar de mogelijke gevolgen van een snelle invoering van een dienstverband voor alle medisch specialisten.

Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat als alle medisch specialisten op korte termijn een dienstverband zouden aangaan, de toegangstijden tot de medisch-specialistische zorg (de wachttijd tussen verwijzing en het eerste polikliniekbezoek) langer zouden worden. De toename varieert van (minimaal) 19 dagen voor de gynaecologen tot (maximaal) 86 dagen voor de orthopeden. Deze toename komt boven op de nu reeds bestaande, vaak al lange, toegangstijden voor eerste polikliniekbezoeken.

Het onderzoek is uitgevoerd onder zeven specialismen en is gebaseerd op een extrapolatie van de nu bestaande verschillen tussen specialisten in vrij beroep en in dienstverband. Momenteel werken zowel medisch specialisten in dienstverband als in het vrije beroep gemiddeld langer dan 50 uur per week (specialisten in vrij beroep nog weer iets langer dan dienstverbanders). De tijdsbesteding is echter verschillend. Medisch specialisten in het vrije beroep behandelen meer patiënten per uur en besteden meer uren aan patiëntenzorg dan dienstverbanders.

Het effect op de wachtlijsten van een overgang naar dienstverband is in drie scenario's uitgewerkt. Hierbij is steeds uitgegaan van een constant aantal specialisten en gelijkblijvende vormgeving van het dienstverband.

Het eerste scenario gaat uit van de veronderstelling dat alle vrije beroepsbeoefenaren overgaan naar een dienstverband en dat zij evenveel uren aan patiëntenzorg gaan besteden als de huidige dienstverbanders. De consequentie is een daling van het aantal patiënten dat kan worden geholpen, variërend per specialisme van ongeveer 5% bij de gynaecologen tot ongeveer 11% bij de longartsen. Dit betekent dat de toegangstijd bij de gynaecologen na één jaar zou zijn verdubbeld. Bij de longartsen zou de toegangstijd binnen één jaar zelfs zijn verviervoudigd.

In het tweede scenario wordt bovendien rekening gehouden met een daling van het aantal patiënten dat per uur wordt gezien. Specialisten in dienstverband blijken namelijk over het algemeen gemiddeld meer tijd te besteden aan een consult met een patiënt. In dit scenario daalt het aantal patiënten dat geholpen kan worden met ongeveer 2% extra, wat na één jaar bij de meeste specialismen een extra wachttijd van één week met zich meebrengt.

In het derde scenario tenslotte, wordt er tevens van uitgegaan dat alle medisch specialisten maximaal 48 uur in de week gaan werken. Dat zou dan overeenkomen met het wettelijk maximum voor assistent geneeskundigen in opleiding tot specialist. Het aantal patiënten dat geholpen kan worden daalt dan ten op-

zichte van de huidige situatie met bijna 10% bij de oogartsen (40 dagen) tot 19% bij de orthopeden (86 dagen).

[Bron: Velden LFJ van der, Hingstman L, Heiligers Ph, Groenewegen PP. Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband. Utrecht: NIVEL, 1997]

Managementtaken voor medische staf

De oude rolverdeling in ziekenhuizen is aan het veranderen. Bodem vroeger ziekenhuizen de faciliteiten en deden de specialisten het eigenlijke geneeskundige werk, tegenwoordig groeien de ziekenhuizen toe naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Met name voor het bestuur van de medische staf, en zeker voor de stafvoorzitter, betekent dit dat deze de rol krijgt van medemanager.

Voorlopig is de vormgeving van de rolverdeling nog niet uitgekristalliseerd: in welke structuur neemt de medische staf aan het bestuur van het ziekenhuis deel, waar liggen welke verantwoordelijkheden voor het beleid en wat is de verhouding tussen ziekenhuisdirectie en medische staf? Ongeveer alle denkbare variaties worden aangetroffen. In een klein onderzoek bij vier ziekenhuizen trof het NIVEL vier uiteenlopende situaties aan. Toch hebben deze situaties het volgende gemeenschappelijk: de stafvoorzitter krijgt een intermediaire functie tussen de specialisten en de directie, de staf acht zich en wordt ook medeverantwoordelijk voor het beleid van het ziekenhuis, op zijn minst de voorzitter en de vice-voorzitter worden voor tenminste een halve dag per week vrijgesteld van patiëntenzorg. Deze ontwikkelingen houden in dat de specialisten die het stafbestuur vormen ook managementkwaliteiten moeten hebben. Met name de positie van de stafvoorzitter is niet eenvoudig. Hij moet de staf verdedigen bij de directie, en de directie bij de staf. Ook moet hij de staf ervan kunnen overtuigen dat soms het belang van het ziekenhuis zwaarder kan wegen dan dat van de medische staf. In de verkenning van het NIVEL wordt hij vergeleken met een evenwichtskunstenaar, die de belangen van de individuele maatschappen, de staf en het ziekenhuis in evenwicht moet zien te houden.

[Bron: Visser J. 'Stafvoorzitter is een evenwichtskunstenaar' Van dokter naar mede-manager. (1997) *ZorgVisie*. 27 (nr.8) :30-33]

Oogzorg in Nederland¹

De vraag naar Oogzorg in Nederland neemt al enkele jaren toe, zonder dat de financiële ruimte – in ieder geval voor het medische gedeelte van de zorg – in dezelfde mate meegroeit. Aangezien hierin voor de komende jaren geen veran-

¹ Dit deel is uitgevoerd door het NZi

dering is te verwachten, is het enige alternatief voor de zorgaanbieders zich te bezinnen op de vraag of deze zorg wel optimaal is georganiseerd.

In de Oogzorg is een aantal ontwikkelingen gaande:

- experimenten om de huisarts door bijscholing een meer effectieve poortwachtersfunctie in de Oogzorg te laten vervullen;
- de wens van oogartsen om zich zo veel mogelijk te beperken tot oogheelkundige pathologie;
- de ontwikkeling van het beroep 'optometrist' tot een paramedisch beroep op hbo-niveau. Een op dit niveau opgeleide optometrist mag volgens de Raad BIG in staat worden geacht om cliënten te screenen op oogheelkundige pathologie;
- de verzelfstandiging van het beroep orthoptist;
- het veranderende 'koopgedrag' van consumenten en patiënten. Wanneer mensen zelf inschatten dat zij alleen klachten hebben over de gezichtscherpte, wenden zij zich in toenemende mate tot de opticien/optometrist.

Deze ontwikkelingen zijn op initiatief van de minister van VWS met elkaar in verband gebracht. Uiteindelijk moet er op regionaal niveau afstemming plaatsvinden tussen de beroepsgroepen, zodat de oogarts zich volledig op oogheelkundige pathologie kan richten en de hbo-opgeleide beroepsgroepen en de huisarts in samenwerking de poortwachtersfunctie naar de tweede lijn vervullen.

[Bron: Kwartel AJJ van der. *Oogzorg in Nederland. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Utrecht: NIVEL/NZi, 1997*]

2.1.3 Huisarts- specialist-ziekenhuis

Huisarts en zorgvernieuwing

De afgelopen jaren worden er steeds vaker transmurale werkafspraken gemaakt tussen eerste en tweede lijn. In opdracht van de LHV heeft het NIVEL een inventarisatie opgesteld van transmurale werkafspraken en zorgvernieuwingprojecten op de medische as en onderzocht hoe deze projecten verlopen op zorginhoudelijk, organisatorisch en financieel vlak.

De meest genoemde doelen van de transmurale-samenwerkingsprojecten zijn protocolontwikkeling en het verbeteren van onderlinge afstemming van de zorg. De beoordeling van de projecten is gemengd. Samenwerken blijkt goed voor de onderlinge contacten, maar soms blijft er bij de specialisten twijfel bestaan of de huisartsen de nieuwe taken wel aankunnen. De huisartsen kost de transmurale zorg vaak meer tijd, zonder dat er een financiële vergoeding tegenover staat. Soms wint de huisarts echter tijd doordat hij bepaalde taken kan overdragen aan een verpleegkundige.

Een door bijna alle deelnemers zeer positief ervaren punt is het verbeteren van de onderlinge contacten. Men leert veel van elkaar. Soms is het slagen van de

transmurale afspraken echter een logisch vervolg op een reeds bestaande goede relatie.

Transmurale werkafspraken en meedoen aan zorgvernieuwingsprojecten betekenen voor huisartsen in het algemeen een grotere werkdruk. De huisarts zou meer ondersteuning moeten hebben van gespecialiseerde verpleegkundigen. Daarnaast is een mogelijke oplossing om meer met algemene praktijkverpleegkundigen te gaan werken.

In de definitie van transmurale zorg van de NRV is sprake van 'gedeelde verantwoordelijkheid'. In de praktijk treft men die weinig aan. Het blijkt ook niet geheel duidelijk wat er precies onder 'gedeelde verantwoordelijkheid' moet worden verstaan.

Een probleem bleek te zijn dat de huisartsen geen eigen budget hebben, terwijl zij wel een groot deel van het uit de samenwerking voortvloeiende werk doen. Een belangrijke factor voor het slagen van projecten is de overdracht van informatie. Als de partijen over en weer niet van bepaalde organisatorische en/of zorginhoudelijke zaken op de hoogte zijn, kan een project niet slagen.

Ten slotte bleek dat een groot aantal projecten zo goed bevalt, dat besloten wordt om de afspraken permanent te maken of om een aantal verbeteringen van het project door te voeren. Maar in bijna de helft van de gevallen betekende het einde van het project ook het einde van de samenwerking. Bij iets minder dan de helft van de gevallen dat het samenwerkingsverband niet werd voortgezet, was het gebrek aan financiering de oorzaak. Het is daarom aan te bevelen om wanneer men een transmuraal samenwerkingsproject veel voortzetten, tijdig te zoeken naar alternatieve financiering.

[Bron: Doeglas D. Huisarts en zorgvernieuwing. Een onderzoek naar de rol van de huisarts in zorgvernieuwingsprojecten en transmurale zorg. Utrecht: NIVEL, 1997]

Transmurale zorgafspraken tussen huisarts en specialist: een voorbeeld uit het KNO-gebied

Sinusitis maxillaris komt veel voor in de huisartsenpraktijk. In 1993 is ten behoeve van de behandeling hiervan de NHG-standaard Sinusitis verschenen. Toepassing daarvan bleek in de praktijk evenwel vragen op te roepen bij zowel patiënten als huisartsen en KNO-artsen. In de regio Apeldoorn hebben huisartsen en KNO-artsen gezamenlijk transmurale zorgafspraken voor de behandeling van deze klacht opgesteld. Deze zorgafspraken zijn gebaseerd op een van de NHG-standaard afgeleid transmuraal zorgprotocol.

In samenwerking met het NIVEL is onderzocht of de zorg op huisarts- en op patiëntniveau hierdoor in positieve zin is beïnvloed. In dit onderzoek werden de resultaten van de behandeling volgens het nieuwe protocol (in de 'interventie-

groep') vergeleken met de resultaten van de gebruikelijke behandeling (in de 'controlegroep').

Huisartsen in de interventie en controlegroep verschillen op veel punten niet of nauwelijks, maar wel in het voorschrijven van antibiotica. Er zijn bovendien aanwijzingen dat in de interventiegroep patiënten met tevens aanwezige endonasale pathologie eerder bij de KNO-arts komen. Ook lijken de kosten van zorg lager te zijn in de interventiegroep, zoals blijkt uit het terughoudend voorschrijven van antibiotica in het eerste consult, de keuze van het soort antibioticum en het minder vaak aanvragen van sinusfoto's en minder vaak naar de KNO-arts verwijzen.

De onderzoekers concluderen dat de NHG-standaard een goed uitgangspunt vormt om op lokaal niveau transmurale afspraken te maken. Bovendien blijkt dat door dergelijke afspraken de discrepantie kan verminderen tussen het in de NHG-standaard voorgestelde beleid en de dagelijkse praktijk van de huisarts.

[Bron: Gorter KJ, Ruding PRJW, Luykx MCV, Van Benthem PP, Delnoij DMJ. Tussen ideaal en werkelijkheid. Transmurale zorgafspraken over sinusitis maxillaris door modificatie van de NHG-standaard. Art. geaccepteerd door Huisarts & Wetenschap]

De zorg voor CVA-patiënten in Nederland

CVA ('beroerte') blijkt in zowel lichamelijk als psychosociaal opzicht een zeer belastende aandoening te zijn. In het zorgtraject zijn drie fasen te onderscheiden, waarin de zorgverlening verschillend is: de acute fase, de herstelfase en de chronische fase.

In de acute fase wordt eerste hulp verleend, diagnostiek verricht en de zorg georganiseerd. De eerste hulp na het optreden van een CVA wordt meestal door de huisarts of diens waarnemer verleend. Het besluit dat de huisarts neemt over het wel of niet overgaan tot ziekenhuisopname betekent reeds een besluit over nut en noodzaak van aanvullende diagnostiek en therapie. Zijn beslissing over opname blijkt afhankelijk te zijn van de leeftijd en de verzorgingsbehoefte van de patiënt. Bij ziekenhuisopname kan zowel sprake zijn van over-diagnostiek (bijvoorbeeld het maken van een EEG, waarvan het nut wordt betwijfeld, als van onderdiagnostiek (de zo belangrijke CT-scan wordt niet bij alle patiënten gemaakt).

Wanneer de huisarts beslist dat de patiënt thuis kan blijven, dan vindt er in de helft van de gevallen geen verdere diagnostiek plaats.

De verschillen in de behandeling van CVA-patiënten worden ten dele veroorzaakt door gebrek aan consensus over de behandeling van CVA.

In de acute fase zou eigenlijk al een begin moeten worden gemaakt met de revalidatie door een fysiotherapeutische, en zo nodig ergotherapeutische en logopedische behandeling. In hoeverre dit daadwerkelijk gebeurt, kon niet worden vastgesteld.

In de herstelfase wordt zorg belangrijker dan diagnostiek. het gaat er dan om de patiënt en zijn omgeving te leren zich aan te passen aan de nieuwe situatie. Doel is het bereiken van een optimale kwaliteit van leven. Hiervoor moeten zowel de patiënt als de familie ondersteund worden. Veelvuldig voorkomende lange wachtlijsten bij verpleeghuizen, revalidatieklinieken en thuiszorg veroorzaken een te lange opnameduur van CVA-patiënten in ziekenhuizen. De beleidsmatig gewenste doorstroming wordt dus niet overal gerealiseerd.

In de chronische fase is vooral aandacht voor de (psychische) draagkracht van de naaste omgeving van de patiënt van belang. Patiëntengroepen en zelfhulpgroepen kunnen hier een belangrijke rol spelen. Preventief huisbezoek door wijkverpleegkundigen kan een positieve invloed hebben op de functionele toestand en het welbevinden van de patiënt en de mantelzorg.

Om de zorg voor CVA-patiënten te verbeteren is een betere afstemming nodig van de zorg van de diverse betrokken instellingen en disciplines. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat landelijke richtlijnen komen voor de behandeling van CVA-patiënten.

[Bron: Welling BJM, Donker GA, Delnoij DMJ. De zorg voor CVA-patiënten in Nederland. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Verdiepingsstudie nr.1. Utrecht: NIVEL/NZi, 1997]

Lage-rugklachten

Uit de eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk bleek dat 10 jaar geleden gemiddeld 87 nieuwe patiënten met lage-rugklachten door de huisarts naar een orthopedisch chirurg verwezen werden, vrijwel altijd door de huisarts. Het NIVEL heeft onderzocht welke plaats de verwijzing naar de orthopedisch chirurg inneemt in het handelen van huisartsen bij lage-rugklachten, vergeleken met patiënten die naar de neuroloog of fysiotherapeut of helemaal niet worden verwezen. In gemiddeld 6,9% van alle lage-rugpijnepisodes verwijzen huisartsen naar een medisch specialist. Hierbij valt op dat zij vaker naar een neuroloog dan naar een orthopedisch chirurg verwijzen. Dit laatste is slechts bij 2,2% van de betreffende patiënten het geval.

In het onderzoek konden de patiënten slechts worden gevolgd tot de poorten van het ziekenhuis. In verband met de consensusontwikkeling van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging met betrekking tot lage-rugklachten werd het zinvol geacht om nader onderzoek te doen om een beeld te krijgen van de bij orthopedisch chirurgen gangbare behandelingswijze van deze patiënten. Dit onderzoek loopt nu en wordt in 1998 afgesloten.

[Bron: Delnoij DMJ, Groenewegen PP, Velden J van der. Lage-rugklachten tussen eerste en tweede lijn. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Orthopedie. 4 (nr.4) :113-117]

2.2 VERPLEGING EN VERZORGING

Verpleeghuisonderzoek

Wetenschappelijk onderzoek van de verpleeghuiszorg is van belang voor de onderbouwing van de zorg en de verdere ontwikkeling ervan. In 1993 heeft het NIVEL voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een advies opgesteld over de prioriteiten voor het verpleeghuisonderzoek. In opdracht van het Ministerie is in 1997 een nieuw advies opgesteld. Het advies is gebaseerd op analyses van de beleidsdocumenten van de rijksoverheid en adviesorganen, de zorgvernieuwingprojecten in de verpleeghuissector, en het lopend en afgesloten onderzoek over de periode april 1993 tot 1997. De uiteindelijke prioritering is tot stand gekomen naar aanleiding van interviews met deskundigen. Om makkelijk met het rapport te kunnen werken, is een bijbehorende diskette ontwikkeld waarop beschrijvingen van de in het advies gebruikte zorgvernieuwingprojecten en onderzoeken staan.

[Bron: Veer AJE de, Kerkstra A. Verpleeghuisonderzoek: stand van zaken en relevante onderzoeksvelden. Utrecht: NIVEL, 1997]

Kwaliteit van leven

In 1997 werd de ontwikkeling voltooid van een vragenlijst om de ervaren kwaliteit van leven bij somatische verpleeghuispatiënten te meten. De ontwikkeling van deze lijst vormt het resultaat van het onderzoek 'Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten: ontwikkeling van een meetinstrument', dat wordt uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van V.W.S. In de eerste fase van het onderzoek werd het begrip 'kwaliteit van leven' bij somatische verpleeghuispatiënten onderzocht en een overzicht opgesteld van de reeds bestaande meetinstrumenten op dit gebied. Het is te verwachten dat met de ontwikkelde vragenlijst de effecten van (verandering in) verpleeghuis-zorg beter onderzocht kunnen worden.

Het instrument blijkt goed toepasbaar bij lang verblijvende en revaliderende oudere patiënten met CVA, Parkinson en MS en patiënten die herstellen van een heupoperatie. Dit zijn de groepen die op het ogenblik de meerderheid vormen in de Nederlandse (somatische) verpleeghuizen. Nader onderzocht zou moeten worden of dit instrument ook toepasbaar is bij sterk afwijkende groepen patiënten, zoals jongeren, AIDS-patiënten en terminale patiënten.

[Bron: Campen C van, Kerkstra A, Taes CGJ. Het meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten. Ontwikkeling van een meetinstrument. Utrecht: NIVEL, 1997]

Kwaliteit in de verpleging en verzorging

In 1997 werd een onderzoek afgerond naar de stand van zaken in de ontwikkeling van kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten bij de beroepsgroe-

pen van verpleging en verzorging, en de ondersteuning die zij daarbij ondervinden van hun beroepsorganisaties. Dit onderzoek werd gefinancierd door het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV).

Uit het onderzoek kwam naar voren dat niet alle uitvoerenden, m.n. helpenden en mindere mate verzorgenden en verpleegkundigen, activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevorderen tot hun taak rekenen. Toch zijn er op de meeste afdelingen afspraken, procedures en richtlijnen die men bij het zorgproces moet volgen. Het aantal uitvoerenden dat de kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten altijd toepast verschilt per activiteit.

De afspraken en procedures rondom het zorgproces worden het vaakst systematisch toegepast; het toetsen van richtlijnen voor zorginhoud en coördinatie gebeurt minder vaak. Ook is gekeken naar afdelingsgebonden toetsing, visitatie en intercollegiale toetsing. De mate waarin wordt getoetst verschilt per afdeling. Het middenkader heeft (ook) bij het systematisch werken aan kwaliteitszorg een dubbelrol. Het moet het instellingsbeleid vertalen naar de afdelingen, en het moet het management op de hoogte houden van de behoeften en mogelijkheden van de uitvoerenden. Door te zorgen voor goede randvoorwaarden voor kwaliteitszorg kan het management de leidinggevenden hierbij ondersteunen. Er wordt inderdaad gezorgd voor scholing en er worden kwaliteitsfunctionarissen aangesteld of kwaliteitscommissies ingesteld. Eenderde tot de helft van de directies is (volgens de leidinggevenden) betrokken bij het proces van kwaliteitsbewaking en -bevordering.

Via het afdelingshoofd of de ondernemingsraad kunnen 82% van de uitvoerenden invloed uitoefenen op het beleid van de instelling. De meerderheid van de uitvoerenden is evenwel niet op de hoogte van de recente kwaliteitswetgeving. De ondersteuning van de leidinggevende ervaart tweederde van de uitvoerenden als stimulerend; eenderde vindt het stimulerend als kritische opmerkingen over de zorg serieus worden genomen.

In instellingen met een kwaliteitssysteem ontplooiën uitvoerenden niet meer activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering dan in instellingen zonder kwaliteitssysteem. In het algemeen zijn er geen verschillen tussen sectoren gevonden, wel tussen instellingen en uitvoerenden binnen sectoren. Jongeren en verpleegkundigen passen de afspraken en procedures voor kwaliteitsbewaking en -bevordering het meest toe.

[Bron: Wagner C, Stoop AP, Temmink D, Bakker DH de. Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. Utrecht: De Tijdstroom/LCVV/NIVEL, 1997]

Werkdruk van verplegenden en tijd voor een praatje

Zowel thuis als in het verzorgingshuis doen verpleegkundigen veel moeite een goede relatie aan te gaan met hun oudere cliënten en hen te laten merken dat zij hen aanvoelen en begrijpen. Dat gebeurt in ongedwongen gesprekjes en -

zeker in het verzorgingshuis - door te glimlachen, de cliënt aan te kijken en even aan te raken. Verbaal en non-verbaal gedrag hangen met elkaar samen: wie meer praat, legt ook zonder woorden meer contact. Oudere cliënten vinden dat prettig. Zij hebben immers veel behoefte aan vriendelijkheid en een persoonlijke benadering. Door het wegvallen van familie en vrienden zijn zij daarvoor vaak op hulpverleners aangewezen.

Het NIVEL onderzocht wat de invloed van de hoogte van de werkdruk is op het contact tussen verpleegkundige en patiënt. Hiervoor werden video-opnamen gemaakt van de contacten van 47 verpleegkundigen (in de wijk en in een verzorgingshuis) met meer dan honderd oudere cliënten. Na afloop van iedere contact werd aan verzorgende en cliënt gevraagd wat zij ervan hadden gevonden.

Het bleek dat de verplegenden naarmate zij een hogere werkdruk ervaren, minder vaak over onderwerpen praten die te maken hebben met de gevoelens en het dagelijks leven van hun cliënten. Non-verbaal gedrag heeft echter niet onder de werkdruk te lijden, waarschijnlijk omdat dat deel uitmaakt van de persoonlijkheid. Opvallend genoeg communiceren verplegenden met alle cliënten op dezelfde manier, dus ongeacht hun leeftijd of gezondheidstoestand.

In de verpleging ligt de nadruk momenteel op efficiëntie en doelmatigheid. Het belang van goede communicatie verdient echter ook aandacht. Eén van de mogelijke maatregelen is het verminderen van de werkdruk van verplegenden. Ook kan hun in bijscholing worden geleerd efficiënter met hun tijd om te gaan en meer aandacht te besteden aan non-verbale communicatie. Dat laatste is belangrijk, niet alleen omdat oudere cliënten dat op prijs stellen, maar ook omdat deze vorm van contact niet door de ervaren werkdruk wordt beïnvloed.

[Bron: Bilsen P van, Otten D, Kerkstra A. Ervaren problemen door ziekenverzorgenden in de omgang met demente bewoners in het verpleeghuis. Conceptartikel]

Thuiszorg

De thuiszorg is de afgelopen twee decennia steeds sterker in de belangstelling komen te staan. Enerzijds maakt thuiszorg een zekere realisering mogelijk van de door de overheid gepropageerde verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg. Anderzijds komt thuiszorg tegemoet aan veranderde ideeën in de samenleving over gezondheid en ziekte, die ertoe hebben geleid dat de behoefte aan zorg in de eigen omgeving sterk is toegenomen.

De afgelopen jaren is er tevens een grote vraag ontstaan naar diverse vormen van 'particuliere' thuiszorg. Het gaat hier om alle niet-reguliere organisaties die thuiszorg aanbieden. Dit kunnen bijvoorbeeld commerciële zorgaanbieders zijn, initiatieven tot een geprivatiseerd aanbod van een reguliere thuiszorginstelling, of bureaus die bestaan uit een of twee particuliere verpleegkundigen. Terwijl er in 1989 134 particuliere bureaus voor thuiszorg bestonden, waren dit er in 1996 naar schatting al 200. Daar er nauwelijks informatie bestond over deze bureaus,

heeft het NIVEL in opdracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg een overzicht opgesteld van aard en omvang van de particuliere thuiszorgorganisaties.

[Bron: Caris-Verhallen WMCM, Miltenburg IA, Kerkstra A. Aard en omvang van particuliere thuiszorgaanbieders in Nederland. Een achtergrondstudie van de SGZ. Utrecht: NIVEL, 1997]

Vraag en aanbod in de thuiszorg

De objectieve vraag naar thuiszorg is moeilijk te kwantificeren. Het gebruik van thuiszorg is hangt samen met leeftijd en de mate dat men beperkingen in de persoonlijke of huishoudelijke verzorging ervaart. Niet iedere oudere die dergelijke beperkingen ervaart, wendt zich echter tot de thuiszorg. Het is aannemelijk dat de vraag naar thuiszorg groeit naarmate de samenleving meer vergrijsst. Meer dan de helft van de cliënten is ouder dan 75 jaar. Een deel van de potentiële cliënten wendt zich tot particuliere vormen van zorg.

In principe wordt de hulpbehoefte van cliënten via indicatiestelling op tot zekere hoogte objectiveerbare wijze vastgesteld. Wanneer de capaciteit van het aanbod te klein is, wordt de zorg gerantsoeneerd. De groei van de vraag naar thuiszorg wordt ten dele veroorzaakt door de vergrijzing van de bevolking, maar ook door ontwikkelingen in verpleeghuizen, ziekenhuizen en verzorgingshuizen. Het percentage wachtenden voor met name psychogeriatrische bedden is in de periode 1993-1995 echter gedaald met bijna 12%, voor somatische bedden met 2%. Ook de lengte van de wachttijd voor psychogeriatrische bedden nam af.

Het blijkt dat verzorgingshuizen steeds meer functies overnemen van verpleeghuizen via zorgvormen als 'groepsverzorging' en 'huiskamerprojecten'. De personele capaciteit is daarom ook gegroeid.

Ondanks de groeiende vraag nam in diezelfde periode de personele capaciteit van de reguliere thuiszorg juist af. Het aantal fte voor uitvoerend personeel daalde met 10%. Dit is opgevangen door het aantal uren zorg per fte te verhogen met bijna 14%. Verder is de efficiëntie verhoogd door waar mogelijk zorg te verschuiven van een hoger naar een lager functieniveau. Uit de evaluatie van de integratie van kruis zorg en gezinszorg bleek evenwel dat hulpverleners van mening zijn dat door de grotere aandacht voor efficiëntie de kwaliteit van de zorg onder druk komt.

[Bron: Delnoij DMJ, Welling BJM, Kwartel AJJ van der. Vraag en aanbod in de thuiszorg. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Verdiepingsstudie nr.2. Utrecht: NIVEL/NZi, 1997]

Terminale thuiszorg

Eén van de vormen van zorg waarvoor steeds meer belangstelling bestaat, is de terminale thuiszorg. In opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het NIVEL een literatuurstudie uitgevoerd naar de kwaliteit en toegankelijkheid hiervan. Uit deze studie komt naar voren dat er (nog) geen sprake is

van een gemeenschappelijke visie van zorgverleners op terminale zorg. Zowel de afbakening van deze specifieke soort van zorg als het verschil met andere vormen van zorg is niet voor ieder even duidelijk.

De belangstelling voor terminale thuiszorg wordt enerzijds veroorzaakt door de groeiende aandacht voor 'thuis sterven', anderzijds door de ontwikkelingen op het gebied van de thuiszorgtechnologie, de groei van de particuliere thuiszorgmarkt, de groei van het aantal vrijwilligersorganisaties en de ontwikkeling van nieuwe vormen van terminale zorg op basis van het hospice-concept. De toegankelijkheid is echter weinig overzichtelijk. Knelpunten doen zich voor in de financiering van deze zorg, de culturele toegankelijkheid en in de capaciteit van de reguliere thuiszorginstellingen. Wat de kwaliteit van de reguliere thuiszorg betreft zijn vanuit het veld diverse projecten opgezet ter verbetering van de kwaliteit. Knelpunten bestaan met name op het gebied van scholingsmogelijkheden voor verplegenden en verzorgenden, de deskundigheid van huisartsen inzake pijnbestrijding, de samenwerking tussen eerstelijns zorgverleners, de afstemming tussen de eerste en de tweede lijn en het omgaan met euthanasieproblematiek.

[Bron: Rijken PM, Kerkstra A. Kwaliteit en toegankelijkheid van terminale thuiszorg in Nederland; een literatuurstudie. Een achtergrondstudie van de SGZ. Utrecht: NIVEL, 1997]

Werken in de gezinsverzorging

Gezinsverzorgenden bieden vooral huishoudelijke hulp, maar ook verzorging en begeleiding aan mensen thuis. De meeste cliënten zijn oudere mensen met een chronische ziekte, ouderdomsklachten, een lichamelijke handicap of dementie, die lichamelijk of geestelijk niet of nauwelijks in staat goed voor zichzelf te zorgen of hun zorg zelf te regelen. Sinds een paar jaar kent de gezinsverzorging uitvoerenden in zes verschillende functieniveaus, variërend van de thuis- en verzorgingshulpen (die vooral huishoudelijk werk moeten doen) tot de gespecialiseerde verzorgende (die vooral begeleidende taken heeft). Ook alfa-hulpen horen in dit rijtje thuis, maar zij zijn formeel niet in dienst van de instelling.

Voor een omvangrijk onderzoek naar het werk in de gezinsverzorging enquêteerde het NIVEL bijna 500 uitvoerenden in 17 instellingen voor gezinsverzorging en thuiszorginstellingen over hun ervaren werklast. Ook hielden de geënquêteerden vier weken lang hun activiteiten bij. Het bij de uitvoerenden zelf verzamelde materiaal werd aangevuld met gegevens over de indicatiestelling en zorgtoewijzing bij 3.000 van hun cliënten. Het onderzoek werd gefinancierd door het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV).

Een daarin gespecialiseerde intaker stelt bij de cliënt thuis vast welke hulp nodig is. De leidinggevende of thuiszorgmanager wijst de hulp vervolgens toe. Pas dan kan de uitvoerende zelf aan de slag. Als er zich tijdens de zorgverlening onverwachte (vaak psychosociale) problemen voordoen, is de verzorgende

tijd kwijt aan begeleiding. In 20% van de gevallen is hiervan sprake. Echter in de planning is niet in deze extra tijd voorzien. Deze discrepantie wordt vooral veroorzaakt doordat de indicatiestelling slechts incidenteel wordt bijgesteld.

In theorie zijn de taken van hulpverleners met een verschillend functieniveau goed van elkaar te onderscheiden. Uit het onderzoek blijkt echter dat er overlap bestaat, waardoor veel uitvoerenden werk doen buiten hun (in de CAO vastgelegde) functieprofiel. Zo doen veel alfahulpen begeleidend werk, hoewel dat formeel niet tot hun taak behoort. Ook thuishulpen-A en -B besteden relatief veel tijd aan begeleiding, verzorging en rapportage. Uitvoerenden in de hogere functieniveaus doen relatief vaak (ook) huishoudelijk werk.

In het onderzoek is ook aandacht besteed aan de gezondheid van uitvoerenden. Zij noemen zich over het algemeen gezond. Desondanks is het gemiddeld ziekteverzuim in de onderzochte instellingen hoog: 10% in 1995. Alfahulpen melden zich minder vaak ziek dan anderen, waarschijnlijk omdat zij de eerste twee dagen van hun ziek-zijn zelf moeten betalen. Vooral uitvoerenden in de hogere functieniveaus vertonen tekenen van 'burnout'. Die gevoelens komen vaker voor naarmate men meer uren per week werkt, lichamelijk en emotioneel belast is en onder een strak tempo het werk moet doen. De manier waarop uitvoerenden met de stress van het werk weten om te gaan, speelt ook een rol. De – zelfstandig werkende – alfahulpen zijn van alle gezinsverzorgenden het minst tevreden met hun werk. Zij zien weinig mogelijkheden om in hun vak te groeien en promotie te maken. Ook missen zij het dagelijkse contact met leidinggevenden en collega's.

De werkdruk in de gezinsverzorging kan kleiner worden als bij de indicatiestelling rekening wordt gehouden met 10% extra tijd voor begeleiding van cliënten. Ook wordt aanbevolen uitvoerenden een stem te geven in het tussentijds bijstellen van de hulp, zodat die beter kan worden afgestemd op de vraag van de cliënt. Een nieuwe functiedifferentiatie in vier niveaus kan het beroep een duidelijker gezicht geven. Ten slotte dienen de instellingen te zorgen voor voldoende mogelijkheden voor bij- en nascholing en een goed arbeidsomstandighedenbeleid. De betrokkenheid van de alfahulpen kan worden vergroot door het organiseren van (interne) opleidingen en thema-bijeenkomsten.

[Bron: Arts SEJ, Kersten JWET, Kerkstra A. Werken in de gezinsverzorging. Utrecht: De Tijdstroom/LCVV/NIVEL, 1997]

2.3 PARAMEDISCHE BEROEPEN

Fysiotherapie

Op uitnodiging van de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband (LVFD) heeft het NIVEL een onderzoek gedaan naar het beroepsprofiel

van de fysiotherapeut, zowel in dienstverband werkzaam als anderszins. Dit onderzoek heeft een representatief beeld opgeleverd van beroep en beroepsuitoefening van de fysiotherapeuten, hun positie in de samenleving en hun gezondheid.

Fysiotherapeuten zijn gemiddeld 33 uur per week werkzaam; de mannen méér, de vrouwen minder. Zij besteden driekwart van hun tijd aan patiëntenzorg. Fysiotherapeuten vinden hun vak inhoudelijk interessant en zij voelen zich gewaardeerd, met name door hun patiënten. Zij vinden hun beroep aantrekkelijk door de omgang met mensen en de zelfstandigheid. Als negatieve kanten van hun beroep noemen zij de wettelijke maatregelen, (onvoldoende) salariëring en arbeidsvoorwaarden, een hoge werkdruk en de afhankelijkheid van verwijzers. Men vreest dat het aanzien van het beroep zal dalen.

In het algemeen hebben de fysiotherapeuten het gevoel dat overheid, zorgverzekeraars en politieke partijen hen slecht gezind zijn. Wat dat betreft hebben zij meer vertrouwen in patiëntenverenigingen, beroepsorganisaties, en de verplegenden en verzorgenden, terwijl zij huisartsen en specialisten als potentiële bondgenoten beschouwen. De fysiotherapeuten vinden dat fysiotherapie een basisvoorziening moet blijven, maar ook dat de efficiëntie verbeterd kan worden. Het huidige kwaliteitsbeleid kan op veel ondersteuning rekenen. Men vreest dat ondanks de groeiende behoefte aan fysiotherapie het gebruik ervan door de bezuinigingen zal dalen.

De gezondheid van de fysiotherapeuten is goed, al komen rugklachten veel voor, met name bij fysiotherapeuten die in instellingen werken. Vooral vrouwelijke fysiotherapeuten die in instellingen werken, zijn bezorgd om hun toekomstige gezondheid.

[Bron: Kersten JWET, Zee J van der, Abrahamse HPhH, Sixma HJ. Fysiotherapeuten kijken vooruit! (1997) Drie artikelen in Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 107 (nr.4) :82-101]

Lijst aandoeningen

Per 1 januari 1996 is de 'Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering' ('Beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck') in werking getreden. Volgens deze regeling wordt de vergoeding door het ziekenfonds van fysio- en oefentherapeutische behandelingen beperkt tot negen zittingen per patiënt per indicatie per jaar. In een aantal gevallen kan de patiënt aanspraak maken op een vergoeding van meer zittingen, namelijk wanneer zijn indicatie voorkomt op de 'Lijst aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck'. Naar aanleiding over de discussies die deze lijst oproep, heeft een commissie van de Ziekenfondsraad een aantal voorstellen tot wijziging van de lijst ingediend. In opdracht van het Ministerie van VWS heeft het NIVEL de financiële gevolgen van het doorvoeren van de voorgestelde wijzigingen berekend. Voor dit onderzoek kon worden

geput uit de gegevensbestanden van twee eerder uitgevoerde omvangrijke studies.

[Bron: Steultjens MPM, Dekker J, Bosveld W. Financiële gevolgen van de voorstellen tot wijziging van de lijst aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefen therapie en oefen therapie Cesar/Mensendieck. Utrecht: NIVEL, 1997]

Ergotherapie

Een betrekkelijk jong paramedisch beroep is dat van de ergotherapeut. De ergotherapie richt zich op de gevolgen van ziekte en de betekenis die deze gevolgen hebben voor de activiteiten in het dagelijks leven. Hoewel het beroep wettelijk erkend is en in de gezondheidszorg is ingebed, is de kennis van de ergotherapie nog weinig geëxpliciteerd, gestructureerd en getoetst. Als eerste stap naar wetenschappelijke fundering van de ergotherapie heeft het NIVEL een beschrijvend en analyserend onderzoek uitgevoerd naar de praktijk van ergotherapie in ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen en psychiatrische instellingen.

De ergotherapie past goed in het Nederlandse gezondheidszorgbeleid, waarin zorg die mensen in staat stelt zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren, als zeer belangrijk wordt gezien. In de thuiszorg is er dan ook een duidelijke rol voor de ergotherapeut. De praktijk bevestigt dit: in de afgelopen vijf jaar is het aantal in de thuiszorg werkzame ergotherapeuten toegenomen met 75%. De overheid steunt deze groei.

Speciaal ten behoeve van de extramurale ergotherapie zijn formulieren ontwikkeld en getoetst waarmee naar extramuraal werkende ergotherapeuten kan worden verwezen. Daarnaast is een bijbehorend rapportageformulier ontwikkeld waarmee ergotherapeuten kunnen terug rapporteren en verwijzen. Hulpverleners zouden in de toekomst graag met de formulieren willen werken.

Hoewel er op het ogenblik een tekort aan ergotherapeuten bestaat, is het aantal studenten op de opleidingen ergotherapie zo snel toegenomen dat er een overschot dreigt. Een goede raming van het aantal ergotherapeuten dat in de toekomst nodig is, is van belang.

[Bron: Driessen MJ. Occupational therapy in hospital based care in the Netherlands. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam. Utrecht: NIVEL, 1997 en Visser E, Bosveld W, Driessen MJ, Dekker J. Extramurale ergotherapie: verwijzen en rapporteren. Utrecht: NIVEL, 1997]

Podotherapie

In samenwerking met het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit en Spaarne Ziekenhuis Heemstede heeft het NIVEL richtlijnen ontwikkeld voor preventieve en curatieve zorg aan patiënten met diabetes mellitus. Het preventieve deel geldt voor alle patiënten; het curatieve deel met name voor diabetespatiënten met stoornissen die door middel van podotherapie kunnen worden

behandeld. De richtlijnen zijn samengesteld vanuit het perspectief van de podotherapeut.

[Bron: Rijken PM, Dekker J, Dekker E, Lankhorst GJ, Dooren J, Bakker K. *Richtlijnen voor de podotherapeutische zorg aan patiënten met diabetes mellitus. Utrecht/Amsterdam/Heemstede: NIVEL/Academisch Ziekenhuis VU, afd. Revalidatie/Spaarne Ziekenhuis, 1997*]

2.4 VERLOSKUNDIGE ZORG

De verloskundige zorg is een van de meest opvallende elementen van de Nederlandse gezondheidszorg. Behoort de thuisbevalling in andere landen bijna tot het verleden, in ons land vindt één op de drie bevallingen thuis plaats. In Nederland zien we zwangerschap en bevalling als natuurlijke gebeurtenissen, waar medisch ingrijpen als het even kan niet thuis hoort. Meestal, want soms is het inschakelen van een specialist onontbeerlijk. Het eigenzinnige Nederlandse systeem staat of valt met 'risicoselectie': het antwoord op de vraag of ook deze vrouw veilig thuis kan bevallen of toch beter af is met een bevalling onder de hoede van een gynaecoloog – om alleen de uiterste keuzemogelijkheden te noemen.

De voorkeur voor een thuisbevalling van veel Nederlandse vrouwen blijkt niet tot nauwelijks risicovol te zijn. Bevallingen van een eerste kind bij vrouwen die geen medische indicatie hebben verlopen thuis even goed als in een ziekenhuis. Bij vrouwen die al eerder bevallen zijn, verloopt een thuisbevalling zelfs beter. Vrouwen die onverwacht tijdens de bevalling voor het ziekenhuis moesten, kiezen een volgende keer toch weer voor een thuisbevalling. Dit werd in het proefschrift 'Home or hospital birth. A prospective study of midwifery care in the Netherlands' aangetoond. Overigens wordt één op de drie vrouwen die gepland hadden thuis te bevallen van een eerste kind tijdens de bevalling verwezen naar een ziekenhuis. Bij de volgende kinderen is dit cijfer één op de tien.

[Bron: Wieggers TA. *Home or hospital birth: a prospective study of midwifery care in the Netherlands. Dissertatie, Rijksuniversiteit Leiden. Utrecht: NIVEL, 1997*]

Verloskundigen in cijfers

Het aantal praktiserende verloskundigen blijft stijgen; tien jaar geleden waren er nog geen 1000, nu meer dan 1350, waarvan bijna driekwart werkzaam in de eigen praktijk. De stijging van bijna 40 procent vindt vooral plaats onder de vrijgevestigde verloskundigen; het aantal klinisch werkzame verloskundigen blijft vrijwel constant. Van de 1357 verloskundigen die op 1 januari 1997 werden geteld, zijn er 44 (3,2%) van het mannelijk geslacht.

Nieuwe vestigingen vinden voor 60% in een groepspraktijk plaats (3 of meer verloskundigen) en voor 37% in een duo-praktijk. Slechts een enkele verloskun-

dige vestigt zich solo (3%). Het aantal solistisch werkzame verloskundigen daalde van ongeveer driekwart in 1980 tot een op zes in 1997; het aantal duo-praktijken schommelde rond de 30%; spectaculair was echter de stijging van het aantal verloskundigen werkzaam in groepspraktijken; een stijging van 5 tot 55% sinds 1980.

Verloskundigen vindt men vooral in stedelijke en verstedelijkte gebieden; op het platteland doet de huisarts de eerstelijns-bevallingen. Gemiddeld is er in Nederland één verloskundige op ongeveer 2900 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39 jaar). Dit getal loopt uiteen van één op de 6000 vrouwen in Friesland en Zeeland en één op de 2000 in Flevoland .

Per jaar komen tussen de zestig en zeventig verloskundigen van de drie opleidingen (Amsterdam, Rotterdam en Kerkrade) en worden tussen de 25 en 40 verloskundigen uit het buitenland toegelaten (ongeveer 30% van het totaal). Het jaar 1996 was bijzonder; vanwege de verlenging van de opleiding van 3 naar 4 jaar studeerden in dat jaar slechts 9 verloskundigen af.

De meeste verloskundigen vinden snel werk; een klein deel (ongeveer 10% gemiddelde) gaat het vak uiteindelijk niet uitoefenen.

[Bron: Hingstman L. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 1997. Brochure: Utrecht, NIVEL]

Opgebrand

Onder hulpverleners komt 'burnout' (opgebrand zijn) regelmatig en frequent voor. Het is typisch een beroepsziekte in deze sector. Er zijn studies gedaan naar 'burnout' onder huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Onder verloskundigen heeft een dergelijk onderzoek tot dusver niet plaatsgevonden, terwijl er aanwijzingen waren dat vroegtijdige vertrek uit de praktijk voor een deel aan 'burnout' te wijten zou kunnen zijn.

Daarom is onder 200 vrijgevestigde verloskundigen en 124 verloskundigen in dienstverband een onderzoek verricht naar dit verschijnsel.

Het is goed om te weten dat 'burnout' een samengesteld begrip is, bestaande uit drie componenten: 'emotionele uitputting', een cynische en negatieve houding ten opzichte van cliënten (dat heet 'de-personalisatie') en, tenslotte, een gevoel van incompetentie. Vaak gaat het een aan het ander vooraf.

Belangrijke oorzaken van 'burnout' zijn langdurige overbelasting, maar ook de manier waarop mensen in het algemeen met problemen omgaan. Gaat men actief met problemen om, dan is , zelfs bij hoge werkdruk, burnout te vermijden. Een passieve stijl bij het omgaan met problemen is bevorderlijk voor het optreden van 'burnout'. Gebrek aan autonomie en gebrek aan sociale steun in werk en privé-leven zijn eveneens als oorzaak van 'burnout' te betitelen.

De verwachting was dat verloskundigen met veel (tijdrovende) thuisbevallingen vaker verschijnselen van 'burnout' zouden vertonen dan verloskundigen met een beperktere werklast.

De resultaten van het onderzoek bevestigden de verwachtingen ten dele. Hoe langer de werkweken (en hoe meer thuisbevallingen) des te minder opgebrand de verloskundigen waren, maar hoe hoger het aandeel poliklinische bevallingen, des te meer opgebrand. Bovendien werden onder vrijgevestigde verloskundigen meer verschijnselen van burnout gevonden dan bij verloskundigen in dienstverband (vooral meer emotionele uitputting en gevoelens van incompetentie). Vrijgevestigde verloskundigen verschillen echter niet van huisartsen en klinisch werkzame verloskundigen niet van verpleegkundigen (althans niet bij 'emotionele uitputting'). Het vrije beroep brengt kennelijk een ander soort spanningen met zich mee dan het dienstverband.

Op de twee andere gebieden: gevoelens van onbekwaamheid en de-personalisatie zijn huisartsen er slechter aan toe dan verloskundigen.

De stijl van probleem oplossen hangt ook bij verloskundigen samen met 'burnout'; een passieve stijl (problemen ontlopen) is slechter dan een actieve stijl (problemen oplossen); sociale steun helpt bij het voorkomen van burnout.

Al met al geeft het onderzoek een genuanceerd beeld, wat echter niet zou mogen inhouden dat men de ogen voor het verschijnsel mag sluiten.

[Bron: Bakker RHC, Veer AJE de, Groenewegen PP. Burnout bij verloskundigen. Onderzoek naar chronische stress. (1997) Tijdschrift voor Verloskundigen. 22 (nr.4) :6-14]

2.5 HET PERSPECTIEF VAN DE HULPVRAGER

Algemene Eigen Bijdrageregeling

Per 1 januari 1997 is de Algemene Eigen Bijdrageregeling (AEB-regeling) in de gezondheidszorg van kracht geworden. Vanaf die datum betalen ziekenfondsverzekerden 20% van de kosten van zorg die voorheen door het ziekenfonds betaald werden. Voor ziekenhuisopname moet de patiënt f 8 per dag betalen. Zorg door huisarts, tandarts en verloskundige vallen buiten de regeling. Er is een maximum gesteld van f 200 aan het totaal van algemene eigen bijdragen en ter compensatie is de nominale ziekenfondspremie verlaagd met f 110. Het NIVEL doet een omvangrijk evaluatie-onderzoek naar de invoering en uitvoering van de Algemene Bijdrageregeling. In 1997 zijn de eerste twee deelonderzoeken afgerond.

In het eerste deelrapport wordt verslag gedaan van de eerste ervaringen van ziekenfondsen met de invoering en uitvoering van de AEB-regeling. Het blijkt dat de ziekenfondsen de huidige AEB-regeling zeer ingewikkeld en complex vinden. Een complicerende factor hierbij is dat er per 1 januari 1997 ook andere

wijzigingen in de Ziekenfondswet zijn doorgevoerd. Verder wordt duidelijk dat de ziekenfondsen zich genoodzaakt hebben gevoeld om voor de concrete invulling van de regeling eigen interpretaties te formuleren. Deze interpretaties worden in een later stadium door de Ziekenfondsraad getoetst. De ziekenfondsen hebben echter ondanks de problemen met de implementatie een werkbaar systeem voor de uitvoering van de AEB-regeling weten te creëren. De feitelijke uitvoering van de AEB-regeling is vaak pas later in het jaar van start gegaan.

Het invoeren van de AEB-regeling ging gepaard met voorlichtingscampagnes van de Ziekenfondsraad en verschillende ziekenfondsen. In mei 1997 heeft het NIVEL een enquête gehouden onder 655 ziekenfondsverzekerden uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg over de Algemene Eigen Bijdrage-regeling. Het panel is voor deze gelegenheid aangevuld met 270 ziekenfondsverzekerden die een laag gezinsinkomen hadden of ouder dan 65 waren, omdat hier meer problemen met de regeling verwacht werden. Bijna 90% van de ondervraagden bleek gehoord te hebben van de AEB-regeling, 80% wist dat er een maximum aan het totale bedrag aan AEB is vastgesteld en 70% wist dat de nominale premie is verlaagd. Wanneer echter per voorziening wordt gevraagd of er een AEB betaald moet worden, ontstaat een ander beeld: 30% van de ziekenfondsverzekerden denkt dat er ook AEB voor de huisarts geldt, terwijl deze speciaal buiten de regeling gehouden is om de drempel voor hulpverlening laag te houden: 60% denkt ten onrechte dat bij de tandarts AEB betaald moet worden, of weet het niet; 40% weet niet dat er een bijdrage voor medicijnen gerekend wordt en 40% weet niet dat de AEB geldt voor specialistische hulp. Kortom, de kennis van de ondervraagde ziekenfondsverzekerden laat nog veel te wensen over. Men weet dat er een regeling is, maar de precieze inhoud is onduidelijk.

Vijfentwintig procent van de ondervraagden verwacht in de toekomst (misschien) minder gebruik te maken van medische voorzieningen. Het gevaar bestaat hierbij dat patiënten niet meer naar een hulpverlener durven omdat ze bang zijn dat het hen veel geld gaat kosten. Overigens beïnvloedt de AEB-regeling niet alle ziekenfondsverzekerden op dezelfde manier. Ouderen, mensen met lage inkomens of een lage opleiding verwachten vaker in de toekomst minder snel gebruik te maken van voorzieningen, en twijfelen vaker aan de toegankelijkheid van zorg.

[Bron: Hutten JBF, Delnoij DMJ, Friele RD, Ros CC, Groenewegen PP. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling Ziekenfondsverzekerden. Deelrapport I: in- en uitvoering in de praktijk, voorjaar 1997. Utrecht: NIVEL, 1997 en Ros CC, Friele RD, Hutten JBF, Groenewegen PP, Delnoij DMJ. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling Ziekenfondsverzekerden. Deelrapport II: rapportage op basis van peiling onder Consumentenpanel. Utrecht: NIVEL, 1997]

Brancherapport patiënten en consumenten

Het brancherapport patiënten/consumenten geeft inzicht in de stand van het overheidsbeleid op het terrein van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg. Zowel de positie van de individuele patiënt als de positie van patiëntenorganisaties worden behandeld. De conclusie van het rapport is dat beide posities de laatste jaren versterkt zijn, zij het onvoldoende.

De individuele patiënt

Patiënten en consumenten kunnen op veel plaatsen klagen over de gezondheidszorg. Meestal is men erop gericht zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de vraag van de individuele klager, maar wordt er te weinig met de klachten gedaan. Men leert niet van de klachten. Daardoor kan een bepaald type klacht steeds weer terugkomen, zonder dat er iets verandert. Nog te weinig worden klachten systematisch verzameld om vervolgens na te gaan wat er van deze klachten te leren valt.

De patiëntenorganisaties

De patiëntenbeweging lijkt nog steeds sterker te worden. Het aantal patiëntenorganisaties neemt toe én het aantal leden van de verschillende organisaties groeit. De patiëntenbeweging vindt zichzelf echter niet effectief genoeg: ze wil effectiever zijn in de ondersteuning van mensen met een chronische ziekte en in het beïnvloeden van zorgaanbieders op regionaal niveau en op landelijk niveau, bijvoorbeeld daar waar het gaat om de invoering van patiëntenwetten.

Zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties

Zorgaanbieders, zowel in de reguliere als de alternatieve zorg, en verzekeraars betrekken patiëntenorganisaties over het algemeen weinig bij hun beleid. Bij de reguliere zorgaanbieders zijn de meest voorkomende activiteiten: het bespreken van klachtenregistraties, het bespreken van resultaten van satisfactieonderzoek of de raadpleging van cliënten- of patiëntenraden. Onder de beroepsorganisaties van alternatieve genees-/behandelwijzen zijn er slechts enkele die schriftelijke afspraken kennen met patiënten- of consumentenorganisaties. Ook zijn er maar enkele die kwaliteitsoordelen van deze organisaties gebruiken bij hun beleidsvorming.

Van de ziektekostenverzekeraars betreft slechts eenderde patiënten- of consumentenorganisaties bij hun beleid, en dan meestal op incidentele basis. De invloed van patiënten- en consumentenorganisaties op de zorg is dus vooral nog beperkt, en vooral incidenteel van aard.

Wetgeving en positie van de individuele patiënt

In de afgelopen jaren is een aantal wetten van kracht geworden die de positie van de individuele patiënt versterken, vooral de juridische positie. Helaas zijn er geen gegevens beschikbaar waaruit blijkt of dit heeft geleid tot een daadwerkelijke positieversterking. Dit is ten dele te wijten aan het feit dat het enige tijd duurt voordat nieuwe wetten werken, zoals is geconstateerd in de evaluatie van de wet BOPZ. Belangrijker is dat de meeste wetten kaderwetten zijn, die in overleg met de verschillende partijen in het veld (zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten) nader moet worden ingevuld.

De patiëntenbeweging vindt dat zij te weinig invloed heeft op de concrete invulling van de wetten. Hierdoor ontstaat het gevaar dat zorgaanbieders en verzekeraars de wet invullen op een manier die vooral tegemoet komt aan hun belangen, en onvoldoende aan de belangen van patiënten en consumenten. Het is dus niet vanzelfsprekend dat een juridische versterking van de positie van patiënten ook leidt tot een feitelijke positieversterking van de patiënt of consument. Om deze redenen is het van belang dat geëvalueerd wordt in welke mate de patiëntenwetten ook echt gaan functioneren als wetten ten behoeve van de patiënt.

[Bron: Straten GFM, Janssens ACJW, Friele RD. Branche-rapport Patiënten/Consumenten. Utrecht: NIVEL, 1997]

Consumentenpanel Gezondheidszorg

Samen met de Consumentenbond voert het NIVEL het project Consumentenpanel Gezondheidszorg uit. Aan dit Consumentenpanel nemen bijna 1500 patiënten/consumenten deel. Zij vormen qua leeftijdsverdeling, geslacht en geografische spreiding een afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Binnen dit project vinden regelmatige peilingen plaats.

De poortwachtersrol van de huisarts

Op grond van informatie uit een enquête onder de leden van het panel werd een beeld verkregen van de redenen waarom mensen een specialist bezoeken zonder eerst een huisarts te consulteren. Tevens is nagegaan wat men vindt van de verwijzing door de huisarts naar een specialist.

De poortwachtersfunctie van de huisarts kent een financieel en een zorginhoudelijk aspect. Enerzijds wordt specialistische zorg slechts vergoed na verwijzing door een huisarts. Anderzijds zou de huisarts, als gids, ervoor moeten zorgen dat de patiënt op het juiste moment op de juiste plaats komt.

Zowel voor ziekenfondsverzekerden als voor de meeste particulier verzekerden is de vergoeding voor specialistische hulp in principe afhankelijk van een verwijzing door de huisarts. In ander onderzoek bleek dat ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen nauwelijks controle uitoefenen op individuele naleving van deze regels, in de veronderstelling dat direct specialistenbezoek een marginaal

fenomeen is. Verder vreest men dat controle in strijd is met de keuzevrijheid van de patiënt.

Uit de gegevens blijkt dat ongeveer 8% van de consulten met een medisch specialist plaats vinden op een eigen initiatief van de patiënt. Wanneer men alleen de eerste consulten in beschouwing neemt, komt men echter tot 28% van de consultaties het gevolg van het eigen initiatief van de patiënt. Dat betekent dus dat patiënten rechtstreeks een kwart van de instroom in de specialistische zorg zeggen te bepalen. Dit is vooral het geval voor de oogarts, op afstand gevolgd door de algemeen chirurg, de gynaecoloog, de KNO-arts, de huidarts en de orthopedisch chirurg. Bezoek aan de specialist op initiatief van de patiënt is dus duidelijk geen marginaal fenomeen, zoals wel wordt verondersteld.

De meest genoemde reden voor direct bezoek aan de specialist is dat er reeds eerder contact was met dezelfde specialist. Iets minder vaak noemt men tijdswinst en het uitsparen van een huisartsenconsult als argument. Eén op de tien respondenten geeft aan meer vertrouwen in de specialist te hebben dan in de huisarts. Nauwelijks genoemd worden: een slechte relatie met de huisarts, onbereikbaarheid van de huisarts, onbekendheid van de huisarts en onwil van de huisarts.

Huisartsen blijken volgens de leden van het Consumentenpanel zeer bereidwillig te zijn om te verwijzen. Eénderde van de respondenten gaf aan in 1995 hun huisarts bezocht te hebben om verwezen te worden naar een medisch specialist. De meerderheid van hen (88%) geeft aan dat hun huisarts hen inderdaad heeft doorverwezen, particulier verzekerden overigens vaker dan ziekenfonds-verzekerden.

Een opmerkelijke uitkomst van de enquête is dat 40% van de respondenten het niet vanzelfsprekend vindt dat de huisarts altijd verwijst naar een specialist, als de patiënt dit wil. Kennelijk is een groot deel van de patiënten bereid een afweging te maken tussen zijn persoonlijke wens en het oordeel van de huisarts.

Wel vinden vrijwel alle respondenten dat de huisarts rekening moet houden met de persoonlijke voorkeur van de patiënt. Driekwart vindt dat de huisarts rekening moet houden met zijn eigen oordeel over de kwaliteit van de specialist en de lengte van de wachtlijst. Bijna alle respondenten vinden dat hun huisarts inderdaad rekening houdt met hun persoonlijke voorkeur en de kwaliteit van de specialist. Minder vaak dan gewenst houdt de huisarts rekening met de lengte van de wachtlijst.

[Bron: Friele RD, Andela M. Consumenten over de huisarts als wachter voor de poorten tot de specialistische zorg. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.41) :1275-1277]

Preventie door de huisarts

Het opsporen van risicofactoren in de huisartspraktijk kan een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkómen van ziektes. Juist doordat de huisartsenprak-

tijk door de hele Nederlandse bevolking wordt bezocht, zou de huisarts juist die groepen weten te bereiken, die doorgaans slecht bereikt worden met preventiecampagnes. In de praktijk blijkt echter vaak dat preventie pas plaatsvindt als de klacht van de patiënt hiertoe aanleiding geeft of deze er zelf om vraagt. In vergelijking met collega's in andere landen besteedt de Nederlandse huisarts naar verhouding weinig aandacht aan preventie.

Om te weten te komen of een van de oorzaken hiervan is dat patiënten het niet op prijs stellen als hun huisarts preventieve onderwerpen aan de orde stelt, is de deelnemers van het Consumentenpanel een aantal vragen voorgelegd over preventie door de huisarts. Gevraagd is in hoeverre de huisarts tijdens een consult onderwerpen ter sprake mag brengen zoals eet- en drinkgewoonten, medicijngebruik, woon- en leefomstandigheden, bloeddruk en cholesterolgehalte. Ook werd de mening gevraagd over een jaarlijkse oproep door de huisarts voor een preventief onderzoek ('check-up').

Vrijwel alle ondervraagden vinden het goed als de huisarts informatie geeft die kan bijdragen aan het voorkómen en het tijdig ontdekken van ziektes. Zo vindt meer dan 95% van de respondenten dat hun huisarts zaken als roken, gewicht, cholesterol of bloeddruk aan de orde mag stellen. Tussen 85% en 95% van de respondenten heeft er geen bezwaar tegen als de huisarts praat over hun drankgebruik, eetgewoonten, lichaamsbeweging of anticonceptie.

Van belang is de situatie waarin de huisarts preventieve onderwerpen ter sprake brengt. Wanneer de huisarts preventieve onderwerpen aan de orde stelt na een consult over een heel andere klacht, zijn patiënten iets minder positief. Dan vindt nog maar driekwart van de respondenten het goed als de huisarts onderwerpen als bloeddruk, medicijngebruik of lichaamsbeweging ter sprake brengt. Voor roken, drankgebruik, gewicht, eetgewoonten en cholesterolgehalte geldt dat zelfs voor tweederde van de respondenten. Onderwerpen als anticonceptie, een uitstrijkje of borstonderzoek kregen in die situatie de minste waardering: ruim 40% vindt dan niet prettig als de huisarts in een niet-verwante situatie die onderwerpen aan de orde stelt.

Een jaarlijkse oproep voor een preventief onderzoek zou 85% van de respondenten (zeer) goed vinden, ook als hiervoor een aparte rekening wordt gestuurd.

Ten slotte blijken patiënten die roken, wat ouder zijn of geregeld medicijnen gebruiken en een beter contact met hun huisarts hebben, meer open te staan voor preventie in de huisartspraktijk.

[Bron: Hulshof NA, Essen GA van, Andela M, Friele RD. Patiënten over preventie door hun huisarts. (1998) Huisarts en Wetenschap. 41 (nr.3) :117-120]

Bejegening en informatieverschaffing in apotheek

Met het toenemen van de rol van informatieverstrekking in de gezondheidszorg wordt ook voorlichting in de apotheek steeds belangrijker. Voorlichting heeft

twee aspecten: informatiebereidheid en bejegening. Enerzijds dient er juiste informatie te worden verstrekt of een probleem te worden opgelost. Anderzijds is aandacht en begrip voor de patiënt en diens situatie van belang. Inhoudelijk juiste informatie moet ook op de juiste manier gegeven worden. Om na te gaan hoe patiënten de informatiebereidheid van en de bejegening door apothekersassistenten beoordelen, is het Consumentenpanel Gezondheidszorg in 1994 een vragenlijst hierover voorgelegd.

In deze lijst werden vragen gesteld over het laatste bezoek aan een apotheek. De lijst werd beantwoord door 691 deelnemers (respons 57%). Daaruit blijkt dat men in het algemeen positief is over de wijze waarop men bejegend wordt. Over de informatiebereidheid oordeelde men minder gunstig. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan een duidelijke uitleg over het gebruik van medicijnen te hebben gekregen. De informatie op het etiket was voor de meesten (88%) duidelijk. De meesten kregen bij het laatste bezoek een bijsluiter of folder mee. Meer dan 60% van de respondenten vindt dat de medewerkers in de apotheek altijd goed uitleggen. Slechts één op de tien respondenten meldde dat er gevraagd was of er nog meer vragen waren. Deze lage score heeft een negatief effect op de beoordeling van de informatiebereidheid. Een kwart van de patiënten had soms of regelmatig het gevoel te hebben vergeten om bepaalde vragen te stellen. Ten slotte meldde 15% van de patiënten weleens tegenstrijdige informatie over het gebruik van medicijnen te hebben ontvangen van huisarts, specialist en apotheek. In totaal werd de informatiebereidheid gewaardeerd met een score van 5,2 op een schaal van 1-10. Door iedereen een duidelijke mondelinge uitleg te geven over het gebruik van de medicijnen en ook bij iedereen na te vragen of er nog verdere vragen zijn, zal het oordeel over de informatiebereidheid aanzienlijk kunnen verbeteren.

Over de bejegening oordeelt men gunstiger. Ruim 80% van de respondenten voelt zich altijd door de medewerkers serieus genomen. Ook over andere aspecten van bejegening oordeelt men over het algemeen gunstig (62% tot 75%). Het eindoordeel over de bejegening ligt dan ook aanzienlijk hoger dan dat over de informatiebereidheid: 8,0 (op een schaal van 1-10).

[Bron: Kerssens JJ, Andela MG, Friele RD. Apotheek scoort naar oordeel patiënt beter in bejegening dan in informatieverschaffing. (1997) Pharmaceutisch Weekblad. 132 (nr.38) :1432-1439]

Klachten, klachtenbehandeling en rapportage over klachten

Eind 1995 werd de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector van kracht, die zorgaanbieders verplicht commissies in te stellen voor de opvang van klachten. Deze commissies rapporteren jaarlijks aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Konden patiënten en cliënten vroeger direct bij de Inspectie terecht, nu moeten zij hun klachten voorleggen aan de nieuwe klachtencommissies. Daardoor mist de Inspectie een deel van de informatie over wat fout gaat, en is zij

afhankelijk geworden van wat 'het veld' haar jaarlijks rapporteert. En wát er precies gemeld moet worden, staat niet in de wet omschreven. Het NIVEL onderzocht wat de Inspectie aan informatie te wachten staat en hoe zij die gegevens zinvol kan gebruiken.

In het in voorjaar 1997 verschenen onderzoeksrapport wordt beschreven hoe vijftien koepel- en beroepsorganisaties de klachtenbehandeling hebben geregeld. Sommige organisaties hebben gekozen voor een landelijke klachtenregeling. Andere geven de voorkeur aan regionale klachtenregelingen, al dan niet geënt op een landelijk ontwikkeld voorbeeld. De implementatie van de nieuwe wet stuit niet op grote problemen: de klachtencommissies zijn in staat klachten van patiënten te behandelen en daarover te rapporteren. Wel worden er meestal drempels opgeworpen. Een aantal voorbeelden: een klacht kan alleen schriftelijk worden ingediend, de commissie kan eerst besluiten tot een bemiddelingspoging of er worden geen schadeclaims behandeld. Zorgaanbieders - zo blijkt verder - willen ook aan de Inspectie rapporteren, maar weten niet goed wat er van hen wordt verwacht: gaat het bijvoorbeeld om alle ingediende klachten of alleen om de klachten die door de commissie zijn behandeld?

De onderzoekers signaleren twee belangrijke knelpunten bij het verwerken van de gegevens. Ten eerste laten de door de zorgaanbieders gerapporteerde klachten slechts het 'topje van de ijsberg' zien: niet iedereen heeft een klachtenregeling getroffen of is daarbij aangesloten en bovendien worden veel klachten opgelost zonder aan de commissie te worden voorgelegd. De Inspectie krijgt daardoor een selectief beeld van de aard en omvang van de klachten. Ten tweede leggen de verschillende zorgaanbieders de gegevens op uiteenlopende manieren vast. Ook de verslaglegging verschilt per beroepsgroep: soms zal per klacht worden gerapporteerd, soms zullen geaggregeerde cijfers worden gegeven. Door dergelijke problemen kan de Inspectie de rapportages niet gebruiken om een oordeel uit te spreken over de kwaliteit van de zorg. Ze kan zich wél een beeld vormen van het functioneren van de klachtenregeling.

[Bron: Straten GFM, Friele RD. Klachten, klachtbehandeling en rapportage over klachten. Een inventariserend onderzoek over klachtenbehandeling en gegevensverstrekking aan de Inspectie in het kader van de Wet Klachtrecht. Utrecht: NIVEL, 1997]

2.6 HET HULPVERLENINGSPROCES/DETECTIE EN BEHANDELING PSYCHISCHE PROBLEMEN

De rol van de huisarts bij chronische moeheid

Een werkgroep van huisartsen, specialisten en andere deskundigen, afkomstig van de Katholieke Universiteit Nijmegen (KUN), het Nederlands Huisartsen

Genootschap (NHG) en het NIVEL heeft zich beziggehouden met de rol van de huisarts in de begeleiding van patiënten met chronische moeheid (ME). Het onderzoek werd uitgevoerd op verzoek van het ministerie van VWS.

Deze werkgroep is tot de conclusie gekomen dat mensen met ME goed door hun huisarts kunnen worden begeleid. Deze kan de diagnose stellen, voorlichting geven en de patiënt steunen in de problemen die de aandoening met zich meebrengt. Voorwaarde is wel dat huisartsen de klachten serieus nemen. Van hun kant moeten patiënten bereid zijn met hun beperkingen te leren omgaan.

Wetenschappelijk onderzoek heeft de oorzaak van ME nog altijd niet kunnen achterhalen. Daarom spreken artsen en onderzoekers liever in neutrale termen van het 'chronische vermoeidheidssyndroom' (CVS). Eén tot twee op de duizend Nederlanders lijdt aan deze aandoening, die gepaard gaat met onverklaarde moeheid en vaak ook met (spier)pijn, duizelingen en slapeeloosheid. De ernst van de klachten maakt het patiënten onmogelijk normaal te functioneren. CVS kan niet in het lichaam worden aangetoond en een effectieve behandeling is nog niet gevonden. Herstel is echter mogelijk, zeker als de betrokkene controle over de klachten leert ervaren. Het is daarom belangrijk dat de huisarts snel de diagnose stelt, voorlichting geeft en de patiënt steunt. Zo wordt voorkomen dat deze naar snelle (medische) oplossingen blijft zoeken en terecht komt in een negatieve spiraal van valse hoop en ontmoediging.

De conclusies van de werkgroep zijn gebaseerd op een uitvoerige studie van de relevante wetenschappelijke literatuur over moeheid en CVS. Op grond daarvan wordt huisartsen aangeraden de (niet direct te verklaren) vermoeidheidsklachten een maand lang op hun beloop te laten. Na een maand kan eventueel besloten worden tot beperkt laboratoriumonderzoek naar de aanwezigheid van bijvoorbeeld een infectieziekte. Blijven resultaten uit, dan zal de huisarts moeten uitleggen dat de klachten geen aanwijsbare lichamelijke oorzaak hebben. Het heeft geen zin de patiënt te verwijzen voor verder onderzoek of verdere behandeling. Wel kan de huisarts hem of haar helpen met de beperkingen om te gaan. Na een half jaar kan de huisarts de diagnose CVS stellen en de patiënt adviseren langzaam weer bepaalde activiteiten te gaan uitvoeren.

Sinds het criterium voor arbeidsongeschiktheid in 1993 werd aangescherpt, hebben veel patiënten met CVS problemen ondervonden bij het aanvragen van een ziektewet- of WAO-uitkering. De diagnose CVS mag echter geen belemmering zijn om voor een uitkering in aanmerking te komen, meent de werkgroep.

[Bron: Meer JWM van der, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Hinloopen RJ, Bensing JM, Dekker J, Galama JMD, Weel C van, Velden J van der. Langdurige lichamelijke onverklaarbare moeheidsklachten. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen voor het beleid van de medicus practicus. Nijmegen/Utrecht: KUN/NHG/NIVEL, 1997]

Het AMW als poortwachter tot de GGZ

Sinds 1989 wordt het algemeen maatschappelijk werk (AMW) niet langer door het rijk gefinancierd, maar door de gemeenten. De gemeenten hebben daarmee een belangrijke stem gekregen in de besteding van de gelden. Van meet af aan betwijfelde het AMW zelf de juistheid van die keuze. Gemeenten zouden de instellingen 'richting welzijn' duwen en hen daardoor afhouden van een andere belangrijke taak: de zorg voor mensen met psychische en relationele problemen.

Volgens een onderzoek van het NIVEL, uitgevoerd onder de 160 instellingen voor maatschappelijk werk, RIAGG's en (een steekproef van) huisartsen, heeft tweederde van de AMW-instellingen de decentralisatie aan den lijve ondervonden. Vaak dringt de gemeente er bij hen op aan meer dan vroeger aandacht te besteden aan specifieke groepen als migranten, vluchtelingen en kansarmen. Ook moest een aantal instellingen de afgelopen jaren bezuinigen, fuseren met verwante instellingen als het jeugd- en ouderenwerk of wijkgericht gaan werken. Slechts eenderde van de instellingen kon na 1989 op de oude voet verder.

Tussen 1990 en 1994 is het aantal cliënten per instelling gemiddeld met 36 procent gegroeid, van 1060 tot 1450. Doordat het aantal formatieplaatsen nauwelijks is vergroot, zo luidt de conclusie, is ook de werkbelasting van de maatschappelijk werkers toegenomen. Volgens de geënquêteerde huisartsen is de wachttijd voor het AMW gemiddeld veertien dagen - lang, maar altijd nog wat korter dan die voor de RIAGG. Inhoudelijk veranderde er echter weinig. Nog altijd heeft één op de vijf cliënten materiële problemen (zoals problemen met huisvesting), één op de drie psychische problemen (zoals eenzaamheid) en eveneens één op de drie relationele problemen. Ook het hulpaanbod is vrijwel gelijk gebleven. De vrees dat het AMW na de decentralisatie niet meer zou toekomen aan hulp bij psychische of relationele problemen is dus niet terecht gebleken.

Van alle cliënten van het AMW komt 40% op eigen initiatief; ruim 20% wordt door de huisarts verwezen. Huisartsen die intensief met maatschappelijk werkers samenwerken (bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum) verwijzen meer mensen naar het AMW en minder naar de RIAGG. Ook blijken huisartsen sneller een beroep op het AMW te doen als men weet dat de maatschappelijk werkers goede contacten hebben met de RIAGG. Is dat niet het geval, dan kiezen huisartsen eerder voor de meer gespecialiseerde RIAGG, kennelijk veiligheids-halve. Huisartsen zijn vooral goed te spreken over de toegankelijkheid van het maatschappelijk werk. Van de RIAGG waarderen zij het brede hulpaanbod.

Het ministerie van WWS wil vooral de huisarts de stroom van patiënten naar de GGZ laten kanaliseren. Maar ook het AMW heeft daarin een taak: door de behandeling van cliënten over te nemen, kan het de 'poortwachtersfunctie' van de eerste lijn versterken. Volgens het onderzoek kan het AMW in het bijzonder een rol spelen bij de behandeling van cliënten met problemen op het werk, relatieproblemen, opvoedingsproblemen, spanningsklachten en hyperventilatie. Niet alleen worden deze cliënten ook nu al vaak door de huisarts naar het AMW verwezen, ook de meeste RIAGG's vinden dat deze zorg niet op hun terrein ligt, maar op dat van het maatschappelijk werk. RIAGG's kunnen het AMW behulpzaam zijn door het instellen van een consultatiespreekuur, waar maatschappelijk werkers kunnen overleggen over de indicatiestelling of een eventuele verwijzing. Ook zouden maatschappelijk werkers nauw moeten gaan samenwerken met huisartsen, liefst in een gezondheidscentrum of hometeam. Wil het AMW méér cliënten gaan opvangen, dan zijn extra hulpverleners én extra financiën noodzakelijk.

[Bron: Verhaak PFM, Bruin A de, Bakker R, Marrée J. Het Algemeen Maatschappelijk Werk in de 1e-lijns-GGZ. Een onderzoek naar de bijdrage van het AMW aan de GGZ-poortwachtersfunctie sinds de decentralisatie. Utrecht: NIVEL, 1997]

Verschillen in communicatie tussen internist en diabetespatiënten in eerste consulten en vervolconsulten.

In deze verkennende studie zijn bij één internist de eerste drie consulten met 18 opvolgende diabetespatiënten op video opgenomen en ge-geanalyseerd. Bij de analyse is gekeken naar de duur van de consulten, het verbale gedrag van arts en patiënt en het non-verbale gedrag. Ook is onderzocht bij welke consulten patiënten meer tevreden waren dan bij andere.

Uit het onderzoek blijkt dat eerste consulten een stuk langer duren dan vervolconsulten (27 minuten gemiddeld voor het eerste consult, 11 voor het tweede en 9 voor het derde). Meer dan een kwart van de tijd in het eerste consult werd besteed aan lichamelijk onderzoek.

Een belangrijk onderscheid in het onderzoek is het verschil tussen 'instrumenteel' (zakelijk, taakgericht) gedrag en 'affectief' gedrag (persoonlijk, inlevend). In het eerste contact spelen instrumentele uitingen, zowel van de arts als de patiënt, een belangrijke rol; in de vervolconsulten verandert er bij de arts niet zoveel, maar praat de patiënt vaker over persoonlijke zaken.

De auteurs concluderen dat het eerste consult vooral gebruikt wordt voor vestigen van een effectieve arts-patiënt communicatie, het tweede consult vooral over de behandeling en alles wat daarbij hoort, gaat en dat in het derde consult vooral psychosociale onderwerpen aan de orde komen.

Patiënten zijn in het algemeen tevreden, maar nog net iets tevredener als de arts minder geïrriteerd was, minder bedenkingen uitte, meer parafraseerde en, vooral, bijna tweemaal zo lang lichamelijk onderzoek deed.

[Bron: Dulmen AM van, Verhaak PFM, Bilo HJG. *Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. (1997) Patient Education and Counseling. 30 (No.3) :227-237*]

De bijdrage van kinderen in consulten bij de kinderarts

Het zou voor de hand liggen dat kinderartsen zich voornamelijk tot het kind richtten en slechts zijdelings tot de ouders.

Onderzoek waar meer dan 300 consulten bij 21 kinderartsen op video werden vastgelegd laat zien dat kinderartsen wel het kind bij het consult betrekken als het om algemene en sociale opmerkingen gaat maar dat hij (of zij) medisch inhoudelijke onderwerpen niet met het kind maar met de ouders bespreekt. De kinderarts stelt wel rechtstreeks medische vragen aan het kind, maar geeft de uitleg aan de ouders.

Angst voor het 'uitlopen' van het consult is niet terecht, vinden de onderzoekers. Consulten waar het kind meer ruimte krijgt duren niet langer.

De leeftijd van het kind is een belangrijke factor in het gesprek; hoe ouder het kind is, hoe groter zijn of haar aandeel in het consult.

Kinderartsen verschilden in de mate waarin ze overeenstemming met de ouders zochten, en de ouders om begrip vroegen. Ook glimlacht de ene kinderarts beduidend vaker en meer dan de andere.

De aanbeveling van het onderzoek is om ook te proberen medisch inhoudelijke zaken rechtstreeks met het kind te bespreken. Het onderzoek is gevolgd door een training waarin deze aspecten aan de orde komen.

[Bron: Dulmen AM van. *In de spreekkamer van de kinderarts. Kind en ziekenhuis 21 (nr.1):23-25* en Dulmen AM van. *Children's contribution to pediatric outpatient consultations. Art. geaccepteerd door Pediatrics*]

2.7 KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Kwaliteitsverslagen

Per 1 januari 1996 is de Kwaliteitswet zorginstellingen in werking getreden. Volgens artikel 5 van deze wet behoren instellingen in een openbaar verslag verantwoording af te leggen over het gevoerde beleid ten aanzien van kwaliteitsbewaking en -verbetering. Het NIVEL maakte een inhoudsanalyse van de eerste serie jaarverslagen sinds de invoering van de Kwaliteitswet.

Het bleek moeilijk na te gaan met welke frequentie en hoe systematisch activiteiten met betrekking tot kwaliteitsbewaking en -verbetering worden uitgevoerd. De invulling die gegeven wordt aan de eisen van de Kwaliteitswet is divers en

moeilijk ondubbelzinnig te operationaliseren. Het hanteren van een uniform begrippenkader en het enigszins standaardiseren van het kwaliteitsjaarverslag zou de beoordeling betrouwbaarder maken.

Slechts 3,9% van de zorginstellingen in Nederland had voldaan aan de Kwaliteitswet, in die zin dat er vóór 1 juni 1997 een rapport was opgestuurd naar het Ministerie van VWS. Een factor kan hierbij zijn dat bekend was dat slechts een aantal sectoren zou worden gecontroleerd, namelijk ziekenhuizen, verpleeghuizen, gezondheidscentra en GGD-en. Toch bedroeg ook hier het percentage dat een rapport tijdig had ingestuurd slechts 7 tot 20%.

De wel ingestuurde kwaliteitsverslagen voldoen niet alle aan de door de wet gestelde eisen. Mogelijk is dit eraan te wijten dat men nog niet vertrouwd is met deze wet en de inhoud ervan nog niet goed kan plaatsen.

[Bron: Schuller R, Wagner C, Bakker DH de. *Kwaliteitsjaarverslagen van zorginstellingen; een inhoudsanalyse*. Utrecht: NIVEL, 1997]

De rol van zorgverzekeraars bij kwaliteit en toegankelijkheid

In opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het NIVEL onderzocht in hoeverre zorgverzekeraars het als hun taak zien om de kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen, in hoeverre zij hiervoor concrete activiteiten ontplooiën, en of daarbij verschil bestaat tussen de verschillende soorten van zorg.

Hoewel de koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland het een duidelijke taak vindt voor zorgverzekeraars om zich te bemoeien met kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, zijn de verzekeraars zeker nog niet algemeen en over de volle breedte met deze onderwerpen bezig. De meeste zorgverzekeraars zijn actief op een aantal gebieden, maar niet op alle gebieden. Een kleiner aantal zorgverzekeraars – waaronder veel particuliere en/of landelijke zorgverzekeraars – is vrijwel niet actief op de gebieden van kwaliteit van zorg. Er zijn echter ook zorgverzekeraars die heel actief zijn op allerlei terreinen. Dit zijn vaak voormalige ziekenfondsen en regionaal werkende zorgverzekeraars. Opmerkelijk is dat hoewel 94% van de zorgverzekeraars vindt dat zij een taak hebben op de gebieden van kwaliteit en toegankelijkheid, slechts 57% van hen van mening is dat zij ook een taak hebben in het betrekken van patiënten/consumentenorganisaties bij het kwaliteitsbeleid.

In de literatuur wordt regelmatig gesteld dat de zorgverzekeraars volgens de zorgaanbieders vooral activiteiten moeten ontplooiën met betrekking tot de structuur en de uitkomsten van zorg. Uit het onderzoek blijkt dat de zorgverzekeraars inderdaad actief zijn op het gebied van structuur en uitkomsten, maar dat zij zich ook bezighouden met het zorgverleningsproces. Het meest houden de verzekeraars zich dan bezig met

toetsende activiteiten: tevredenheidsonderzoek verzekerden, vergelijken productiegegevens, controleren erkenningseisen, praktijkcontroles, controleren van

de aanwezigheid van protocollen/richtlijnen en uitvoeren statuscontroles. Meer dan de helft van de ondervraagde verzekeraars houdt zich hiermee bezig, meestal naar aanleiding van klachten of bij een beperkt aantal aanbieders uitgevoerd;

bevorderende activiteiten: financieel en inhoudelijk stimuleren van projecten (40%);

bewakende activiteiten: uitvoeren van materiële controles (26%).

Overigens zijn de zorgverzekeraars volgens de Ziekenfondswet verplicht verschillende van de genoemde taken uit te voeren.

Opvallend is dat de verzekeraars dergelijke activiteiten veel minder ontplooiën in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. De reden hiervan zou kunnen zijn dat deze sectoren volgens de AWBZ gefinancierd zijn.

Voor de curatieve sector en in mindere mate de thuiszorg-/verpleeghuissector houden veel verzekeraars zich ook bezig met de toegankelijkheid van de zorg. Een enkele zorgverzekeraar treft regelingen met bedrijven om hun werknemers met voorrang te behandelen. Sommige zijn in onderhandeling met privé-klinieken.

Driekwart van de zorgverzekeraars heeft zicht op de verkeerde-bed problematiek, tweederde heeft zicht op het bestaan van wachtlijsten en de helft heeft afspraken met de zorgaanbieders gemaakt over maximale wachttijden. Zorg in het buitenland is voor driekwart van de verzekeraars bespreekbaar. Tweederde van de respondenten houdt zich bezig met een vestigingsbeleid voor vrijgevestigden en instellingen, terwijl bij tweederde van de verzekeraars projecten lopen op het gebied van de toegankelijkheid van zorg.

[Bron: Schuller R, Wagner C. De inzet van zorgverzekeraars op het terrein van kwaliteit en toegankelijkheid. Een achtergrondstudie van de SGZ. Utrecht: NIVEL, 1997]

Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg

De afgelopen drie jaar hebben de paramedische beroepen grote vorderingen gemaakt bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid en zijn tal van kwaliteitsbevorderende activiteiten in gang gezet. Dit is het resultaat van het driejarige - door het Ministerie van VWS gesubsidieerde - programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). Tot de paramedische beroepen worden gerekend: diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten.

In vier deelrapporten wordt verslag gedaan van een evaluatie van dit project. De ervaringen van ruim 600 paramedici met intercollegiale toetsing laten zien dat intercollegiale toetsing een niet geringe (tijds)investering vraagt, maar tal van concrete verbeteringen oplevert. Intercollegiale toetsing blijkt tot meer uniformiteit in de beroepsgroep te leiden. Veel paramedische beroepsgroepen zien zich voor een ingrijpende keuze geplaatst als het gaat om de richtlijnen, standaarden

of protocollen die zij de komende jaren willen gaan ontwikkelen. Deelrapport 3 van de evaluatie bevat onder meer tal van tips die van belang zijn bij het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden of protocollen. Het kan daarmee een hulpmiddel zijn bij het maken van keuzes op dit gebied. In het algemeen blijken de paramedische beroepsgroepen positief tegenover zaken te staan als intercollegiale toetsing en protocolontwikkeling. De implementatie van kwaliteitsactiviteiten blijkt echter nog op diverse obstakels te stuiten. Hoge werkdruk en het gebrek aan tijd worden knelpunten genoemd. Een belangrijke rol spelen de verschillen in en tussen de beroepen en werkvelden. Evenals specialisaties, visies, theorievorming en behandelingswijzen. Een laatste – waarschijnlijk tijdelijk – knelpunt wordt gevormd door de nog lage graad van automatisering van de paramedische praktijken.

[Bron: Sluijs EM, Dekker J. *Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). Deelrapporten 1 t/m 4. Utrecht: NIVEL, 1997*]

Informatievoorziening

Essentieel voor de ontwikkeling van goede kwaliteitszorg is een goede informatievoorziening. In de pilotstudie Informatievoorziening Paramedische Zorg (uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS) is een concreet plan van aanpak ontwikkeld voor de inhoud en organisatie van een landelijke informatievoorziening paramedische zorg.

[Bron: Scholten H, Onink A, Pijper F (BDC Adviesgroep), Heugten CM van, Dekker J, Bosveld W (NIVEL). *Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg. Zeist/Utrecht: BCD Adviesgroep/NIVEL, 1997*]

Patiënten- en consumentenorganisaties en de kwaliteit van zorg

Informatie is verzameld over de bijdrage die patiënten- en consumentenorganisaties als vertegenwoordigers van zorgvragers leveren aan het beleid omtrent kwaliteit en toegankelijkheid.

De patiënten- en consumentenorganisaties zijn vrijwel alle van mening dat zij een belangrijke functie hebben op het beleidsterrein van kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Het blijkt echter dat veel organisaties er niet aan toekomen om hier ook concrete activiteiten in te ondernemen. Van al deze organisaties voeren de regionale patiënten- en consumentenplatforms en in iets mindere mate de koepelorganisaties relatief vaak activiteiten uit op dit gebied. Zij doen dit naar hun zeggen ook structureel en met succes, waardoor hun bijdrage in totaal groot is.

Daarnaast leveren zij ook een bijdrage aan het regionale patiëntenbeleid (Regionale Consumenten/Patiënten Platforms). Gezien hun regionale oriëntatie kan dit leiden tot regionale verschillen in de invloed van gebruikersvertegenwoordigers op dit beleidsterrein.

Tot slot wordt geconcludeerd dat de bijdrage van patiënten- en consumentenorganisaties sterk aan het professionaliseren is. Zij ontwikkelen bijvoorbeeld een eigen kwaliteitssysteem. In dit onderzoek wordt geconstateerd dat de elementen uit dit systeem breed worden gedragen door de patiënten- en consumentenorganisaties. Een belangrijk kenmerk van dit kwaliteitssysteem is dat er sprake is van een middellange- en een langetermijnplanning. Daarnaast realiseert men zich dat een effectieve bijdrage niet zonder een goede organisatie kan, wil men zich tot een werkelijk volwaardige partij in het krachtenveld van de gezondheidszorg ontwikkelen.

[Bron: Calsbeek H, Friele RD. Patiënten- en consumentenorganisaties en de kwaliteit van zorg. Een achtergrondstudie van de SGZ. Utrecht: NIVEL, 1997]

Palliatieve zorg in Nederland

Deze zomer publiceerde het NIVEL een inventariserende studie over de palliatieve zorg in Nederland. De studie is uitgevoerd voor ZorgOnderzoek Nederland (ZON), dat vorig jaar van minister Borst van VWS opdracht kreeg een programma te ontwikkelen voor toekomstig onderzoek naar palliatieve zorg in de terminale fase. Dit rapport is daartoe een eerste aanzet.

Palliatieve zorg is bedoeld om het lijden van stervende patiënten te verlichten. Naast bestrijding van lichamelijke symptomen (zoals pijn), wordt aandacht besteed aan emotionele, sociale en geestelijke problemen. De zorg strekt zich ook uit tot de naasten van de patiënt, en gaat zo nodig over in steun bij de rouwverwerking. In Nederland bestaan 35 voorzieningen waar exclusief palliatieve zorg in brede zin wordt verleend. Daaronder zijn 6 zogenoemde hospices (vaak op christelijke grondslag) en 28 palliatieve afdelingen van een verzorgingshuis, een verpleeghuis of een ziekenhuis.

Daarnaast telt Nederland talloze projecten waarin patiënten belangrijke onderdelen van palliatieve zorg worden verleend. Zo wordt ook in een aantal ziekenhuizen en verpleeghuizen zónder palliatieve afdeling bijzondere aandacht besteed aan stervende patiënten. Ook wordt gewerkt aan het verbeteren van de palliatieve zorg aan patiënten die thuis sterven. Dat gebeurt bijvoorbeeld door huisartsen en verpleegkundigen te leren op professionele wijze pijn te bestrijden of door de inzet van vrijwilligers. Voor al deze projecten is meestal een reguliere instelling - verpleeghuis, ziekenhuis, thuiszorgorganisatie - verantwoordelijk.

Langs verschillende wegen worden hulpverleners geschoold in het verlenen van palliatieve zorg. In de meeste medische en verpleegkundige opleidingen komt het onderwerp niet in aparte cursusblokken ter sprake, maar verspreid in het lesprogramma. De specifieke beroepsopleidingen van huisartsen en verpleeghuisartsen besteden er wél expliciet aandacht aan. Ook zijn er specifieke na- en bijscholingscursussen, meestal gericht op huisartsen en verpleegkundigen. Een

probleem in de deskundigheidsbevordering is het vrijwel ontbreken van scholingsmateriaal voor medisch specialisten en ook voor verzorgenden en helpenden.

Op meer dan twintig plaatsen (waaronder de negen Integrale Kankercentra) kunnen huisartsen en verpleegkundigen eventuele problemen in de zorgverlening (bijvoorbeeld op het gebied van pijnbestrijding) bespreken met consultants, veelal gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen. Ook voor professionele hulpverleners is het verlenen van zorg aan stervende patiënten emotioneel zwaar. In tal van projecten wordt aan zorgverleners emotionele ondersteuning geboden: de 'zorg voor zorgenden'.

Palliatieve zorg blijkt in Nederland veelal ingebed te zijn in het reguliere aanbod aan zorg. Dat maakt de zorg in principe voor patiënten goed toegankelijk. Wel doet zich het probleem voor dat in de uitvoering veel langs elkaar heen wordt gewerkt. Professionals en vrijwilligers, maar ook hulpverleners binnen en buiten het ziekenhuis werken onvoldoende met elkaar samen. Het opstellen van gezamenlijke standaarden en protocollen kan hier zijn diensten bewijzen. Ook kan het helpen als één persoon wordt aangewezen die de zorg van begin tot eind coördineert. Dat kan er toe bijdragen dat terminale patiënten en hun naasten snel op de juiste plaats en door de juiste personen worden geholpen.

De inventariserende studie heeft niet duidelijk kunnen maken of het aanbod aan palliatieve zorg voldoende tegemoet komt aan de (groeierende) vraag onder patiënten en hun naasten. In 1998 vindt een vervolgonderzoek plaats naar de verwachte ontwikkelingen op dit terrein.

[Bron: Francke AL, Persoon A, Temmink D, Kerkstra A. Palliatieve zorg in Nederland. Een inventarisatiestudie naar palliatieve zorg, deskundigheidsbevordering en zorg voor zorgenden. Utrecht: NIVEL, 1997]

Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen

In 1996 begon het NIVEL in opdracht van het Ministerie van VWS met de uitvoering van een driejarig onderzoek om het kwaliteitsbeleid in de alternatieve zorg in kaart te brengen en in de tijd te volgen.

De eerste fase van dit onderzoek werd afgesloten met de publicatie van het rapport 'Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen'. Dit rapport beschrijft een referentiekader voor het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld. De 36 kwaliteitsnormen in het referentiekader weerspiegelen de voorwaarden voor een goede beroepsuitoefening.

Het rapport bevat daarnaast de stand van zaken wat betreft het kwaliteitsbeleid bij ruim 80 beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen:

beschreven wordt in welke mate bijvoorbeeld opleiding, registratie van beroepsbeoefenaren, protocollering of klachtenbehandeling zijn geregeld.

[Bron: Bakker DH de, Miltenburg IA, Sluijs EM, Visser GJ. Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen. Rapport eerste fase. De stand van zaken in 1996. Utrecht: NIVEL, 1997]

Gezondheidszorg minder maakbaar dan gedacht: het Almeerse experiment

Het NIVEL evalueerde het Experiment Almeerse Gezondheidszorg (EAG). Dit experiment was bedoeld om de gezondheidszorg efficiënter en goedkoper te maken door middel van een strikte planning waarin voorrang werd gegeven aan de eerstelijns gezondheidszorg.

Begin jaren zeventig wilde de overheid de gezondheidszorg herstructureren omdat die teveel kostte en inefficiënt werkte. Er werd een experiment opgezet in de nieuwe stad Almere. Het EAG had als doel meer zorg van de tweede lijn (ziekenhuis, specialistische zorg) naar de goedkopere eerste lijn (met name huisartsen) te verplaatsen. Bovendien moest de kwaliteit van de zorg tenminste even goed zijn als binnen de traditionele gezondheidszorg, bij voorkeur tegen lagere kosten. De overheid trad plannend en sturend op.

De doelen van het EAG zijn maar ten dele bereikt. Dit komt enerzijds doordat organisaties zich moeilijk konden schikken in het experiment; anderzijds door ontwikkelingen die niet waren voorzien. Zo bleek de Almeerse bevolking minder gezond dan de gemiddelde Nederlander. Daardoor gingen er, hoewel huisartsen minder snel verwezen, toch net zoveel patiënten naar het ziekenhuis als elders in Nederland. Wél bleven ze er minder lang.

Midden jaren veranderde tachtig het overheidsbeleid met betrekking tot de gezondheidszorg. De overheid wilde zich tot op zekere hoogte terugtrekken en vooral concurrentie inzetten om de kosten binnen de gezondheidszorg te beteugelen. Dat had consequenties voor het experiment. De overheid trok er minder geld voor uit. De gemeente Almere moest de regie van het experiment overnemen, maar dat is niet gelukt. Toch wil de overheid op nieuwe te bouwen locaties als Leidsche Rijn (Utrecht) en Arnhem/Nijmegen ook weer planmatig te werk gaan en minder aan de markt overlaten.

De kwaliteit van de zorg blijkt in Almere hetzelfde te zijn als in de rest van Nederland al zijn Almeerse patiënten minder tevreden over de gezondheidszorg. De totale kosten vielen niet lager uit.

De structuur die de overheid eind jaren zeventig voor ogen stond, is wel grotendeels gerealiseerd. Zo werden de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere en

andere koepelorganisaties opgericht om te voorkomen dat verschillende instellingen langs elkaar heen bleven werken. Omdat zij veel hulpverleners vertegenwoordigden, hadden ze bovendien grote invloed op de opzet en werkwijze van de Almeerse gezondheidszorg. Door hun stevige onderhandelingspositie met zorgverzekeraars en andere financiers kunnen deze koepelorganisaties zich overigens goed staande houden in een concurrerende gezondheidsmarkt.

[Bron: Sixma HJ. *New land, new town, new health care system*. Dissertatie Universiteit Maastricht. Utrecht: NIVEL, 1997]

2.8 INTERNATIONAAL VERGELIJKEND ONDERZOEK

Back to Bismarck

Onder de titel 'Back to Bismarck' verscheen een (Engelstalig) boek waarin de veranderingen in de gezondheidszorg in vijf Oost-Europese landen (voormalige DDR, Tsjecho, Slowakije, Hongarije en Polen) worden beschreven. Deze veranderingen worden gerelateerd aan de organisatie van gezondheidszorg en sociale zekerheid van vóór de communistische omwentelingen.

In de inleiding van het boek worden drie basistypen van gezondheidszorg beschreven, genoemd naar hun geestelijke vaders: de 19e eeuwse Duitse kanselier Bismarck, de (sovjet-)Russische arts Semashko en de Engelse staatsman Beveridge.

Bismarck gaf de wereld aan het eind van de 19e eeuw een stelsel van sociale zekerheid dat bestand is gebleken tegen oorlog, het nationaal-socialisme en het communisme. Semashko organiseerde in de jaren twintig de Russische staatsgezondheidszorg en Beveridge, na de tweede wereldoorlog, de Engelse National Health Service.

Alle drie de systemen hebben navolgers gevonden; soms met geweld (communistische regimes in Oost-Europa, Nederlandse ziekenfondssystemen tijdens de Duitse bezetting), maar, vaker nog door vrijwillige overname van de principes. Het Bismarckiaanse systeem vindt men op het Europese continent; de National Health Service naast de UK ook in Zuid-Europa en het volledige staatssysteem is behalve in Oost-Europese ook in Noord-Europa en in de rest van wereld populair geworden.

Kenmerk voor het Bismarck systeem is: financiering en fondsvorming door werkgevers en werknemers (soms aangevuld uit algemene middelen); weinig bemoeienis van de staat, een zeker paternalisme (hogere inkomens van verplichting tot deelname uitgesloten), weinig tot geen bemoeienis met de verstrekking van zorg (vaak door zelfstandig gevestigde professionals).

Semashko: financiering uit algemene middelen, zorgverstrekking door de staat, strikt hiërarchisch opgezet districtenstelsel, zorgverstrekking door in dienstver-

band werkende hulpverleners, laagste niveau polikliniek, sterk arbeidgeoriënteerde zorgverstrekking.

Beveridge: financiering uit algemene middelen, strikte planning en rantsoenering, meer ruimte voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren dan bij Semashko, belangrijke rol voor de huisarts.

Uit het boek wordt duidelijk dat in de vijf landen wel een variant van het Semashko systeem is geïntroduceerd, maar dat er toch wel verschillen waren. Zo bleven in Oost-Duitsland (twee) ziekenfondsen bestaan, heeft men in Hongarije een soort huisarts gehandhaafd en werkten de Tsjechen (en Slowaken) met nationale en regionale 'instituten voor gezondheid'. Ook verschilden de landen in de mate waarin ze voor de oorlog over een stelsel van sociale zekerheid beschikten; Hongarije, Oost-Duitsland en Tsjecho-Slowakije waren daarin verder dan Polen.

Na de omwenteling van 1989 zijn het tempo en de aard van de veranderingen verschillend. In Oost-Duitsland is het West-Duitse systeem overgenomen; in Hongarije kon men met succes de huisarts (her-)introduceren terwijl de ontwikkelingen in Polen en Slowakije veel trager en voorzichtiger plaatsvonden. Niettemin koos men, met uitzondering van Polen, voor een Bismarck-achtig systeem van sociale zekerheid.

'Keuzevrijheid' is een centraal begrip geworden als reactie op de strikt planmatige aanpak voorheen. Beroepsbeoefenaren ondernamen succesvolle pogingen hun bescheiden inkomenspositie te verbeteren, vooral door de introductie van betalingen per verrichting. De snel stijgende kosten van de gezondheidszorg noopten de regeringen al spoedig tot kosten dempende maatregelen (budgetplafonds, degressieve tarieven). Ziekenhuizen gingen zonder al te veel consideratie over van het ene extreem (open-eind financiering per ligdag) naar het andere (DRG-gerelateerde 'output pricing').

De stelsels van gezondheidszorg in de vijf landen zijn nog volop in ontwikkeling; sommige zijn al aan hun tweede of derde stelselhervorming toe, daartoe gedwongen door de scherp stijgende kosten. Een aandachtspunt is de bedreiging van het goed functionerende 'public health' systeem, door het wegvallen van de per district georganiseerde openbare gezondheidszorg.

[Bron: Marrée JTC, Groenewegen PP. *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Aldershot/Brookfield USA/Hong Kong/Singapore/Sydney: Avebury, 1997]

Fuzzy Concepts

De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) verzamelt sinds jaar en dag cijfers over de stelsels van gezondheidszorg en sociale zekerheid van de aangesloten landen.

Met als beginpunt het jaar 1960 zijn gegevens verzameld over gezondheid, levensverwachting en sterfte, kosten en financiering van de (verschillende sec-

toren van de) gezondheidszorg, het gebruik van voorzieningen en nog veel en veel meer.

Het is verleidelijk om deze tijdreeksen in verband te brengen met de beleidsmaatregelen die in de diverse landen zijn genomen, vooral ter beteugeling van de in de jaren zestig en zeventig scherp opgelopen kosten. Doet men dit dan blijkt er weinig verband tussen beleidsmaatregelen en, bijvoorbeeld, kostenverloop. Voordat men echter mag concluderen dat 'beleid' niet effectief is, moet men zich eerst afvragen of beleidsmaatregelen wel goed in de tijd te traceren zijn.

Het onderzoek 'fuzzy concepts' gaat over het probleem dat door verschillende oorzaken beleid niet rechtlijnig maar warrig en vaag is, kortom als een 'fuzzy concept' moet worden beschouwd. Soms worden wetten fasegewijs ingevoerd of als kaderwet langzaam met beleidsmaatregelen ingevuld, soms is een land zover geregionaliseerd dat er eigenlijk geen sprake is van een nationaal beleid, soms zijn er gewoon fouten in de bronnen aanwezig en soms wordt het beleid bewust een beetje vaag gehouden om zoveel mogelijk draagvlak bij de participanten te creëren. Kleinere bronnen van verwarring zijn: wetgeving in december, die pas het jaar daarop ingaan en soms zijn er wel wettelijke maatregelen, maar laat de naleving te wensen over. Helemaal ingewikkeld wordt het als partijen gaan anticiperen op aangekondigd beleid en door deze anticipatie het beleidsproces al ingrijpend beïnvloeden.

In het artikel wordt gepoogd om het beleidsproces te kwantificeren, door in de tijdreeksen een zekere mate van geleidelijkheid te introduceren; zelfs dat levert niet altijd even duidelijke verbanden in de OESO-cijferreeksen op.

[Bron: Kroneman MW, Zee J van der. Health policy as a fuzzy concept: Methodological problems encountered when evaluating health policy reforms in an international perspective. (1997) Health Policy. 40 (No.2) :139-155]

2.9 OVERIG ONDERZOEK

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997

Het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997, een gezamenlijke rapport van NIVEL en NZi, geeft een cijfermatig overzicht van de ontwikkelingen binnen de curatieve somatische zorg. Hieronder worden gerekend: huisartsen, thuiszorg, verloskunde, tandartsen, ziekenvervoer, paramedische zorg, specialisten, ziekenhuizen en topzorg. Dit rapport is een vervolg op het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1996; de opzet is echter veranderd. Het Brancherapport bestaat uit twee delen: deel 1 bevat een grote hoeveelheid kengetallen over de sector; deel 2 geeft een verdieping op enkele geselecteerde thema's (zorg voor CVA-patiënten (zie pag.22), vraag-aanbod thuiszorg (zie pag.27), oogzorg (zie pag.19)).

Kengetallen

De overheid wil de ontwikkelingen in het veld van de curatieve somatische zorg gaan 'monitoren' op basis van deze kengetallen. Onder 'monitoren' verstaat men het methodisch verzamelen, beoordelen en analyseren van gegevens ten behoeve van beleidsevaluatie. Om aan de informatiebehoefte van de overheid te voldoen zijn er 'kengetallen' ontwikkeld. Dit is gebeurd in nauw overleg met de betrokken beleidsambtenaren. Het is inmiddels duidelijk dat deze kengetallen in de loop van de komende jaren nog verder verfijnd moeten worden.

Voor iedere deelsector zijn kengetallen ontwikkeld op de volgende terreinen: gebruik, kosten, productie en middelen.

[Bron: Welling BJM, Meijer CHM, Delnoij DMJ, Bakker DH de (NIVEL), Kwartel AJJ van der, Smit RLC (NZi). Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: NIVEL/NZi, 1997]

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

Binnen de structurele dienstverlenende activiteiten van de afdeling Bibliotheek en Documentatie begint zich een gedaanteverwisseling te voltrekken. Naast de klassieke wijze van informatie verschaffen - aanschaf, ontsluiting en ter beschikking stellen van literatuur - kon door de aanwezigheid van een aantal Internet-PC's een veel groter informatie-aanbod voor de interne onderzoekers getraceerd en ter beschikking gesteld worden. Daarnaast was instructie en begeleiding van gebruikers bij het vinden van hun weg op de digitale snelweg een eerste vereiste. Bij de ontwikkeling van de homepage en de website van het NIVEL op Internet is de afdeling zeer nauw betrokken geweest.

Verder kende de afdeling haar normale productie: de verdere uitbouw van het Documentatiecentrum Statistische Data Gezondheidszorgsystemen en van het literatuurbestand Verpleging en Verzorging; het beheer van het literatuurbestand Kwaliteit van Zorg; het jaaroverzicht Registratie Wetenschappelijk Onderzoek op diskette; het uitvoeren van een aantal literatuursearches ten behoeve van reviewartikelen; een update van de Engelstalige reader over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem; verdere uitbouw en productie van een herziene versie van de Thesaurus Gezondheidszorg. De bibliotheekcollectie is gegroeid met ca. 3000 nieuwe titels van boeken, rapporten en tijdschriftartikelen.

Documentatiecentrum Statistische Data Gezondheidszorgsystemen

De verdere uitbouw van het documentatiecentrum heeft zich vooral geconcentreerd op het verzamelen van statistische gegevens van de landen rond de Middellandse Zee.

Literatuurbestand Verpleging en Verzorging

Het literatuurbestand is een samenwerkingsproduct van het NIVEL, het NZi en het LCVV op het terrein van de verpleging en verzorging. Elke twee maanden worden de nieuw opgenomen titels betreffende verpleging en verzorging in de catalogi van de participerende instituten aan het bestand toegevoegd. Het literatuurbestand bestaat nu twee jaar en omvatte eind 1997 ruim 14.500 titels.

Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg

Het literatuurbestand is ontwikkeld en verder uitgebouwd in samenwerking met het Trimbos-instituut en geeft de gebruiker directe toegang tot literatuurreferenties betreffende een groot scala aan kwaliteitsaspecten binnen de gezondheidszorg. Het literatuurbestand is ook verkrijgbaar op diskette. Na afloop van de projectsubsidie door NWO is onderzocht of verdere uitbreiding

van het bestand met literatuurgegevens betreffende kwaliteit van zorg uit de catalogi van het NZi, het CBO en het BBI uit eigen middelen te financieren was. Voor een inschatting van mogelijke terugverdien mogelijkheden is eind 1997 een marktonderzoek gehouden onder de huidige afnemers van de diskette en onder het ledenbestand van de Nederlandse Vereniging van Kwaliteit en Zorg, een potentiële en belangrijke doelgroep voor afname van de diskette. Op basis van de resultaten hiervan zal elke participant besluiten tot wel of geen deelname.

Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (Eerstelijns)gezondheidszorg (RWO)

In de registratie en beschikbaarstelling van gegevens over lopend wetenschappelijk onderzoek hebben zich ontwikkelingen voorgedaan die consequenties hebben voor het voortbestaan van de NIVEL-database RWO. Door deze ontwikkelingen heeft het NIVEL besloten om medio 1997 te stoppen met het registratiebestand RWO.

Sinds de 70-er jaren heeft RWO een belangrijke plaats ingenomen in de registratie en het beschikbaar stellen van gegevens over lopend en afgesloten sociaal-wetenschappelijk onderzoek binnen de gezondheidszorg. De registratiegegevens werden aan het SWIDOC en in een later stadium via het SWIDOC aan de NOD (Nederlandse Onderzoek Databank) geleverd, zodat deze gegevens op een veel grotere schaal beschikbaar gesteld konden worden. Het RWO-registratiebestand heeft tot een paar jaar geleden in deze informatieketen een sterke positie gehad: de aanlevering van een groot aantal unieke projecten. De werving van nieuwe projecten is het afgelopen jaar drastisch afgenomen. Steeds meer contactpersonen uit het RWO-adresbestand leverden hun onderzoeksgegevens direct aan het SWIDOC/KNAW (dubbele enquêtering of via centrale aanlevering van met name de universiteiten). Het RWO-registratiebestand begon daarmee zijn functie als aanvullend op het SWIDOC- en KNAW-bestand te verliezen. Het adresbestand en dus ook de registratie-activiteiten van RWO zijn overgedragen aan het SWIDOC (per 1 september 1997 NIWI).

Reviewartikelen

Voor het vervaardigen van reviewartikelen door NIVEL-onderzoekers zijn door de afdeling Documentatie literatuursearches uitgevoerd in Nederlandse en buitenlandse databases. De searches hadden als onderwerp: migranten en gezondheidszorg, organisatiestructuur van acute medische zorg in vijf Europese landen en coping en artrose.

Thesaurus Gezondheidszorg

De Thesaurus Gezondheidszorg (TG) -oorspronkelijk een gezamenlijk product van de vier nationale onderzoeksinstituten van de gezondheidszorg -NIVEL ((eerstelijns)gezondheidszorg), NZi (intramuraal gezondheidszorg), Trimbos-instituut

(geestelijke gezondheidszorg) en TNO-PG (preventie) was bij de definitieve structurering al uitgebreid met meer en specifiekere termen op het gebied van verpleging en verzorging door deelname van het LCVV. De update van 1997 heeft veel inspanningen gevergd: door participatie van het CBO zijn met name de "kwaliteitstermen" grondig herzien en zijn specifiekere termen toegevoegd. Begin 1998 zal een herziene versie van de TG verschijnen.

Reader Engelstalige artikelen Nederlandse gezondheidszorg

Deze reader is een update van de uitgave van 1994. Het is een gebundelde uitgave van artikelen over alle facetten van de Nederlandse gezondheidszorg.

Literatuurbestand Medical Technology Assessment

Het opzetten van thematische literatuurbestanden in samenwerking met meerdere organisaties stuit vaak op financieringsproblemen. Wanneer er geen externe financier gevonden kan worden zullen de participerende organisaties de kosten zelf moeten dragen. Met name de kosten in de aanloopfase zijn hoog: ontdebbling, uniforme ontsluiting. Als opmaat voor de database MTA is er een update gemaakt van het overzichtsartikel uit 1995 over thuiszorgtechnologie.

Online toegankelijkheid catalogus en literatuurbestanden

De externe toegankelijkheid van de catalogus en de literatuurbestanden laat nog op zich wachten. In verband met beveiligingseisen zullen de bestanden waarschijnlijk via Internet aangeboden worden als onderdeel van de website van het NIVEL. De afdeling Documentatie is nauw betrokken geweest bij het ontwerp en structurering van de homepage van het NIVEL en de verdere uitbouw tot een website. Ook onderhoud en beheer is in nauwe samenspraak met de afdeling PR onderdeel geworden van het takenpakket van de afdeling Documentatie. De website van het NIVEL is voorzien van 'links' naar belangrijke bestanden met (literatuur)informatie.

Externe dienstverlening

Het afgelopen jaar is het aantal uitleningen constant gebleven (3418). Dit geldt ook voor het Interbibliothecair Leenverkeer (568). Verder zijn er 133 literatuurlijsten over speciale onderwerpen gemaakt. Hier valt een afname te constateren (1996: 175). Een verklaring hiervoor is dat steeds vaker gevraagd wordt naar literatuur over zeer gedetailleerde onderwerpen. In deze gevallen worden klanten geadviseerd om zelf naar de bibliotheek te komen zodat ter plekke de literatuur geraadpleegd kan worden.

4. OVERIGE ACTIVITEITEN

In 1997 hebben evenals in voorgaande jaren weer verschillende buitenlandse bezoekers ons instituut bezocht:

Het hele jaar was Lillemor Cedergren, SPRI Stockholm, Zweden werkzaam op het NIVEL. Verder hebben we de volgende gasten/delegaties ontvangen:

Januari:

15 januari A. Picken, British Council, Manchester, UK

Maart:

gedurende 3 weken in maart: Ottomar Bahrs en Nicola Mead voor training als video-observer

6 maart Boryana Dimitrova, Svetlana Dimitrova (beide adviseurs Ministerie van Volksgezondheid) en Rumiana Mutafofa uit Bulgarije

7 maart Linda Gask, Luca Oppizi, Michael Peltenburg, Verena Messerli, Antonio Peres

19 maart Vakgroep huisartsgeneeskunde St. Petersburg/Tomsk Rusland

April:

31 maart - 4 april Eva Durechova en Jan Goljer uit Slowakije

7 april 12 Bulgaren in het kader van Phare project

10 april Leo Pas, Vlaams Huisartseninstituut, België

23 april, delegatie Ministry of Health, Estland

24 april Bill Yoels, Alabama, USA

Prof.dr. Yola Verhasselt uit Brussel, David Phillips uit Nottingham, Prof. Michael Calnan uit Canterbury

Mei:

21 mei Efi Arbel, Ministry of Finance, Dept. Of the Budget, Israel

Mei (vervolg):

26 mei Shirley Chan, Toronto, Canada

25-30 mei 6 artsen uit Slovakije in het kader van Phare project

28-29 mei 4 artsen uit Tsjechië ook in het kader van Phare project

Juni:

23 -25 juni Debra Roter, Johns Hopkins University Baltimore en Judith Hall, Northeastern University Boston, USA

Juli:

8 juli Prof. Pierre de Villiers, Universiteit van Stellenbosch, Zuid-Afrika

15 juli Pirjo Kääriäinen, Chief Physician of Southern Health Centre, Helsinki en collega, Administrative Manager of Helsinki City Southern Social Services Centre, Finland

September:

26 september José Marinho Falcão, Carlos Dias en Guilherme Gonçalves, Instituto Nacional de Saude Dr. Ricardo Jorge, Lissabon, Portugal

November:

23-28 november Yong-Ik Kim, London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK

Naast de bijdragen van medewerkers aan (internationale) congressen worden er ook regelmatig congressen, symposia, invitational conferences en cursussen door het NIVEL georganiseerd, in sommige gevallen in samenwerking met anderen:

14 februari Symposium 'Ontwikkelingen in de klinimetrie'. Hoog Brabant, Utrecht

13 mei Invitational Conference 'Samenwerken in de verloskundige zorg' in samenwerking met CBO. Hoog Brabant, Utrecht

18 juni Congres Wet klachtrecht: Rapportages in het kader van de Wet klachtrecht, Kasteel Montfoort

26 juni Symposium 'Sex differences in doctor-patient communication' tijdens congres 'Realizing gender sensitive health care'; Amsterdam

8-9 september CaRe-cursus 'Internationale vergelijking van gezondheidszorg-systemen'

17-21 oktober Workshop 'Home Care in Europe' at the World Home Care congress, Boston, USA

23 oktober Artrose van heup en knie 'Wat moet ik ermee', nascholingscursus voor huisartsen (LHV geaccrediteerd). Schouwburg Orpheus Apeldoorn

18 november Symposium 'Ontwikkelingen in de klinimetrie II'. Hoog Brabant, Utrecht

24-27 november CaRe-cursus 'Beleidsgericht onderzoek met betrekking tot de extramurale zorg'.

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.

Het algemeen bestuur van de Stichting NIVEL is in het verslagjaar vier maal bijeen geweest. Het dagelijks bestuur kwam in 1996 eveneens vier keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 1997.

Samenstelling van het bestuur per 31 december 1997

Leden

Drs. R.W. Lubbers*	Voorzitter
Mr. S.I.M. Bless*	Secretaris
Dr. C. Kleisen*	Penningmeester

Leden uit de kring van het veld

	Voorgedragen door:
Mw. J.A. Schulkes-v.d. Pol, arts*	Landelijke Huisartsen Vereniging
Dhr. N.F. de Pijper, arts	Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen
Dr. G.J. Caris	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Dhr. R. van Hulst	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Leden uit de kring van het beleid

	Voorgedragen door:
Dhr. J.A.M. van Adrichem, arts	Zorgverzekeraars Nederland
Mw. Mr. P. Swenker*	Zorgverzekeraars Nederland
Drs. G.J. Huis in 't Veld	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
Vacature	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
Dhr. J.M. van der Klaauw	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dhr. J. Verhoeff, zenuwarts	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Drs. A.J. Lohmann	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
Dhr. J. 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 (tot 01-07-1997);
 - Hoogleraar Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht;
 - Gezondheidsraad;
 - Adviesraad voor Wetenschap- en Technologiebeleid (AWT);
 - Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW): Sociaal Wetenschappelijke Raad;
 - Praeventiefonds ZON: vice-voorzitter programma-commissie Zorg;
 - Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): werkgroep gezondheidszorgonderzoek;
 - 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;
 - KWF: Wetenschappelijke Raad voor Sociaal Oncologisch Onderzoek;
 - Bestuur Onderzoeksschool CaRe;
 - Bestuur Stichting Korrelatie;

- American Academy Physician and Patient;
- Editorial Board International Journal of Psychiatry in Medicine;
- Redactie-adviesraad Handboek 'Sturen met Zorgproducten', Bohn - Stafleu - Van Loghum;
- Adviseur Stuurgroep Vrouwenhulpverlening van het Ministerie van VWS;
- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (correspondent).

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

- Bijzonder 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 (NSPH);
- Netherlands School of Public Health (NSPH): lid commissie beoordeling scripties-community medicine;
- College Toezicht Sociale Verzekeringen, Voorzitter begeleidingscommissie Onderzoek Internationale Vergelijking Ziekteverzuim;
- Redactieraad Journal of Health Services Research & Policy;
- Lid redactieraad Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg;
- Permanent lid Wetenschappelijke Commissie EUPHA/Health Services Research Conference;
- Permanent secretaris EUPHA-executive council, speciaal belast met jaarlijkse conferentie;
- Jeltje de Bosch Kemper Stichting, lid jury Johanna Diepenveen-Speekenbrink prijs.

- Dr. D.H. de Bakker
- Lid begeleidingscommissie CBO-project Ondersteuning Kwaliteitsbevordering Alternatieve Behandelwijzen;
 - Adviserend lid Raad voor Informatisering en Automatisering van de huisartsenzorg (RIA);
 - Lid deelprojectgroep Registratie en Informatie van het project Geneeskundige hulpverlening bij Ongevallen en Rampen;
 - Voorzitter bestuur tijdschrift Kwaliteit in Beeld.
- A. Bartelds, arts
- Lid van de Managementgroup van het European Influenza Surveillance Scheme;
 - Lid Gezondheidsraadcommissie 'Risico-analyse voedselpathogenen';
 - Corresponderend lid Werkgroep 'Cijfers' van de Hartstichting.
- Drs. W.G.W. Boerma
- NHG platform 'Internationale betrekkingen';
 - Lid Association Latine pour l'analyse des systèmes de santé (ALASS);
 - Lid European General Practice Research Workshop (onderdeel European Society for General Practice/Family Society).
- Ir. J.M. Bosman
- Permanent lid organiserend comité EUPHA/Health Services Research Conference.
- Dr. C. van Campen
- Lid redactie Psychologie & Maatschappij.
- Drs. W. Caris-Verhallen
- Secretaris plaatselijke Abbeyfield Stichting (woonvoorziening voor ouderen).
- Prof.Dr. J. Dekker
- Bijzonder hoogleraar Paramedische Zorg bij EMGO-Instituut/VU Amsterdam;
 - 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;
- Lid Scientific Committee 5th International Congress of Behavioral Medicine, Copenhagen 1998;
- Associate editor International Journal of Behavioral Medicine;
- Lid Onderzoekschool CaRe;
- Lid van de redactieraad van het 'Tijdschrift voor Seksuologie';
- Lid begeleidingscommissie 'Revalidatie Activiteiten Profiel als kwaliteitssysteem van het multidisciplinair Revalidatieteam' (VU);
- Lid begeleidingscommissie 'Post-operatieve behandeling van hernia' (UM);
- Lid begeleidingscommissie 'Model of Human Occupation project' (HVA);
- Lid begeleidingscommissie 'Fysiotherapeutische diagnose' (KNGF);
- Lid werkgroep Revalidatie-onderzoek ZON;
- Vice voorzitter congrescommissie 'Diabetes en gedrag', Amersfoort 1998;
- Lid Local Organizing Committee van het ISTAHC-2000 Congres, Den Haag.

Dr. D.M.J. Delnoij

- Bestuur Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen.

Dr. M. Foets

- NWO werkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek.

Dr. A.L. Francke

- Lid Review Board 'Qualitative Health Research. An International, Interdisciplinary Journal';
- Lid redactie 'Verpleegkunde', Nederlands-Vlaams Wetenschappelijk Tijdschrift voor Verpleegkundigen';
- Lid redactieraad 'Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding';
- Bestuurslid van 'KWALON. Organisatie voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland'.

Dr.Ir. R.D. Friele

- 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 Universiteit Utrecht;
 - NWO werkgemeenschap gezondheidszorgonderzoek;
 - NWO programmacommissie Chronisch Zieken, voorzitter subcommissie zorg, opvang en begeleiding;
 - Sociaal Wetenschappelijke Adviescommissie van de Programmacoördinatiecommissie Aids-onderzoek;
 - Programmacommissie SEGV-II, lid Wetenschappelijke Subcommissie;
 - Lid Onderzoekschool CaRe;
 - Lid Themacommissie Cultuur en Gezondheid NWO en ZON;
 - Lid werkgroep Wetenschappelijke Kwaliteit van Gezondheidszorgonderzoek van de Programmacommissie Zorg van ZON.
- Drs. J.B.F. Hutten
- Lid begeleidingscommissie project 'Persoonsgebonden budget internationaal' van het NIZW.
- Dr. A. Kerkstra
- Voorzitter begeleidingscommissie 'Evaluatie ervaringsgerichte zorg in verzorgingshuizen', Universiteit van Maastricht;
 - Lid werkgroep Thuiszorgtechnologie en doelmatigheid thuiszorg' van ZON;
 - Nursing Research Interest Group;
 - Overseas Editorial Adviser 'Health & Social Care in the community';
 - Lid begeleidingscommissie 'Taken en verrichtingen van bejaarden- en ziekenverzorgenden in verzorgingshuizen', Universiteit van Maastricht;
 - Lid begeleidingscommissie 'Preferenties dementerende bewoners', NZi;
 - Lid Programmacommissie Second European Nursing Congress;
 - Lid Onderzoekschool CaRe;
 - Redactielid tijdschrift 'Verpleegkunde' .

- Dr. E.M. Sluijs
- Lid projectgroep 'Kwaliteitsbeleid' van de Stuurgroep Vrouwenhulpverlening, Ministerie VWS;
 - Adviseur Stichting HKZ.
- J. v.d. Velden, arts
- Voorzitter Consilium Opleiding Tropische Gezondheidszorg, Ned. Vereniging van Tropische Geneeskunde;
 - Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Ned. Stichting voor Leprabestrijding;
 - Nederlands Huisartsen Genootschap, Programma-commissie Wetenschappelijke Vorming Kaderopleiding Huisartsgeneeskunde;
 - Landelijke Huisartsen Vereniging/Zorgverzekeraars Nederland, Werkgroep Huisartsen in achterstandsgebieden;
 - Adviseur Stichting Domus Medica Krupitsa;
 - Adviseur Gezondheidsonderzoek Urk;
 - College voor Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde.
- Dr. P.F.M. Verhaak
- Lid Editorial Board Patient Education & Counseling;
 - NWO werkgemeenschap huisartsgeneeskunde;
 - Lid Onderzoekschool Psychology & Health;
 - Lid begeleidingscommissie HVRC 'evaluatie 3-jarige huisartsenopleiding'.
- Drs. C. Wagner
- Lid begeleidingscommissie NVBV-project Verantwoorde Zorg;
 - Adviseur klankbordgroep Normalisatie van Det Norske Veritas;
 - Lid redactie Kwaliteit in Beeld.

7. LIJST VAN PUBLICATIES

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

Bekkers MJTM, Knippenberg FCE van, Dulmen AM van, Borne HW van den, Berge Henegouwen GP van. Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: a 4-year follow-up. (1997) *Journal of Psychosomatic Research*. 42 (No.3) :235-244

Boerma WGW, Zee J van der, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. (1997) *British Journal of General Practice*. 47 :481-486

Brink-Muinen A van den. Women's Health Care: For Whom and Why? (1997) *Social Science & Medicine*. 44 (No.10) :1541-1551

Campen C van, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L. Assessing Non-institutionalized Asthma and COPD Patients' Priorities and Perceptions of Quality of Health Care; The Development of the QUOTE-CNSLD Instrument. (1997) *Journal of Asthma*. 37 :531-538

Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A, Bensing JM. The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. (1997) *Journal of Advanced Nursing*. 25 :915-933

Casparie AF, Sluijs EM, Wagner C, Bakker DH de. Quality systems in Dutch health care institutions. (1997) *Health Policy*. 42 (No.3) :255-267

Delnoij DMJ, Spreeuwenberg PMM. Variation in GP's referral rates to specialists in internal medicine. (1997) *European Journal of Public Health*. 7 (No.4) :427-435

Donker GA, Foets M, Spreeuwenberg PMM. Epilepsy patients: health status and medical consumption. (1997) *Journal of Neurology*. 244 :365-370

Donker GA, Labarthe DR, Harrist RB, Selwyn BJ, Srinivasan SR, Wattigny W, Berenson GS. Low Birth Weight and Serum Lipid Concentrations at Age 7-11 Years in an Biracial Sample. (1997) American Journal of Epidemiology. 145 (No.5) :398-407

Donker GA, Labarthe DR, Harrist RB, Selwyn BJ, Wattigny W, Berenson GS. Low Birth Weight and Blood Pressure at Age 7-11 Years ub a Biracial Sample. (1997) American Journal of Epidemiology. 145 (No.5) :387-397

Driessen MJ, Dekker J, Lankhorst GJ, Zee J van der. Occupational therapy for patients with chronic diseases: CVA, rheumatoid arthritis and progressive diseases of the central nervous system. (1997) Disability and Rehabilitation. 19 (No.5) :198-204

Dulmen AM van, Verhaak PFM, Bilo HJG. Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. (1997) Patient Education and Counseling. 30 (No.3) :227-237

Hulsman RL, Ros WJG, Janssen M, Winnubst JAM. Interact-cancer. The development and evaluation of a computer-assisted course on communication skills for medical specialists in oncology. (1997) Patient Education and Counseling. 30 (No.2) :129-141

Jansen PGM, Kerkstra A, Huijer Abu-Saad H, Zee J van der. Differentiated practice and specialization in community nursing: a descriptive study in the Netherlands. (1997) Health and Social Care in the Community. 5 (No.4) :219-226

Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG. Patient preference for genders of health professionals. (1997) Social Science & Medicine. 44 (No.10) :1531-1540

Kroneman MW, Zee J van der. Health policy as a fuzzy concept: Methodological problems encountered when evaluating health policy reforms in an international perspective. (1997) Health Policy. 40 (No.2) :139-155

Mens-Verhulst J van, Bensing JM. Sex Differences in Persistent Fatigue. (1997) Women & Health. 26 (No.3) :51-70

Suijlekom-Smit LWA van, Bruijnzeels MA, Wouden JC van der, Velden J van der, Visser HKA, Dokter HJ. Children referred for specialist care: a nationwide study in Dutch general practice. (1997) *British Journal of General Practice*. 47 (No.414) :19-24

Verhaak PFM. Somatic disease and psychological disorder. (1997) *Journal of Psychosomatic Research*. 42 (No.3) :261-273

Visser GJ, Peters P. Cause for pause. Dutch cooperation between GPs and alternative practitioners. (1997) *Journal of Alternative & Complementary Medicine*. 15 (No.6) :9-13

Zee J van der. Substitution strategies in Health Care: self-evident in theory but harder in practice. 1 (nr.4):2-3

Nederlandstalige artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

Bakker RHC, Knibbe JJ, Friele RD. Rugklachten en andere klachten aan het bewegingsapparaat van het verzorgend en verplegend personeel van verzorgingshuizen. (1997) *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*. 75 (nr.6) :333-338

Blokker R, Meeuwesen L, Hulsman R. Hoe communiceren medisch specialisten met poliklinische patiënten in de oncologie? Vragen omtrent kwaliteit en sekse specificiteit. (1997) *Gedrag & Gezondheid*. 25 (nr.6) :283-295

Delnoij DMJ, Groenewegen PP, Velden J van der. Lage-rugklachten tussen eerste en tweede lijn. (1997) *Nederlands Tijdschrift voor Orthopedie*. 4 (nr.4) :113-117

Delnoij DMJ, Kok FW, Frijters DHM. Van verwijzing door de huisarts tot opname in het ziekenhuis. Een pilot-studie naar morbiditeitspecifiek zorgbeslag. (1997) *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*. 75 (nr.6) :320-326

Francke AL, Persoon A, Temmink D, Kerkstra A. Transmurale zorg in de algemene gezondheidszorg: de stand van zaken. (1997) *Kwaliteit & Zorg*. 5 (nr.2) :70-80

Kersten JWET, Zee J van der, Abrahamse HPhH, Sixma HJ. Fysiotherapeuten kijken vooruit! Beroep en beroepsuitoefening. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 107 (nr.4) :82-88

Kersten JWET, Zee J van der, Abrahamse HPhH, Sixma HJ. Fysiotherapeuten kijken vooruit! Fysiotherapeut en maatschappij. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 107 (nr.4) :89-95

Kersten JWET, Zee J van der, Abrahamse HPhH, Sixma HJ. Fysiotherapeuten kijken vooruit! Gezondheid en welbevinden. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 107 (nr.4) :96-101

Knibbe NE, Knibbe JJ, Elvers JWH, Oostendorp RAB. De baten van rugscholing. de cursist aan het woord. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 107 (nr.3) :56-59

Knibbe NE, Knibbe JJ, Elvers JWH, Oostendorp RAB. Rugscholing, wat heeft zin? Onderzoek naar determinanten van advies- en therapietrouw. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 107 (nr.3) :60-64

Kragt K, Holtkamp CCM, Dongen MCJM van, Rossum E van, Salentijn C. Het effect van snoezelen in de snoezelruimte op het welbevinden van demente ouderen. Een cross-over trial bij bewoners van R.K. Zorgcentrum Bernardus te Amsterdam. (1997) Verpleegkunde. 12 (nr.4) :227-236

Meer JWM van der, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Hinloopen RJ, Bensing JM. Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige, lichamelijk onverklaarbare moeheidsklachten. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 141 (nr.31) :1516-1519

Rimmelzwaan GF, Jong JC de, Bartelds AIM, Claas ECJ, Wijngaarden JK van, Osterhaus ADME. Influenza in het seizoen 1996/'97; vaccinsamenstelling voor het seizoen 1997/'98. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 141 (nr.36) :1743-1747

Roebroeck ME, Dekker J, Oostendorp RAB, Bosveld W. Fysiotherapie bij ouderen in de eerste lijn. Een inventariserend onderzoek. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 107 (nr.5) :134-141

Velden J van der, Rasch P, Reijneveld SA. Identificatie van achterstandsgebieden; een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 141 (nr.14) :693-697

Weide MG, Foets M. Migranten en de huisarts. Bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht. (1997) Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg. 75 (nr.1) :4-12

Welling N, Delnoij DMJ. De praktijkverpleegkundige in de Britse huisartspraktijk. Lessen voor Nederlandse experimenten. (1997) Verpleegkunde. 12 (nr.3) :131-139

Artikelen in vaktijdschriften

Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W. Burnout bij huisartsen. (1997) Arts en Auto. september

Bakker DH de. Kwalitatief versus kwantitatief onderzoek: een zinloos onderscheid? (1997) Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg. 75 (nr.5) :279-281

Bakker RHC, Veer AJE de, Groenewegen PP. Burnout bij verloskundigen. Onderzoek naar chronische stress. (1997) Tijdschrift voor Verloskundigen. 22 (nr.4) :6-14

Bekkers MJTM, Bakker DH de, Boter JP. Coördinatiecentra chronisch zieken geëvalueerd. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.45) :1421-1424

Bensing JM, Hingstman L, Velden L van der. Rekenen op de toekomst. De waarde van beroepskrachtenplanningen. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.48) :1521-1523

Berghs GAH, Wiegers TA. Perinatale sterfte 'Gelderlandonderzoek'. Evaluatie van een casus. (1997) Tijdschrift voor Verloskundigen. 22 (nr.1) :6-21

Bruin A de, Kerkstra A. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging: wat levert het op? (1997) Maandblad voor Gezondheid & Management. nr.6 :7-10

Calsbeek H, Hingstman L, Windt W van der. De vraag naar verpleging en verzorging in kaart gebracht. (1997) Tijdschrift voor Verpleegkundigen. 108 (nr.23) :695-699

Calsbeek H, Hingstman L. Het aanbod van verpleging en verzorging in kaart gebracht. (1997) Tijdschrift voor Verpleegkundigen. 108 (nr.24) :755-759

Francke AL, Kerkstra A. Palliatieve zorg in Nederland: een inventarisatiestudie. (1997) Mediator. 8 (nr.7) :5-6

Francke AL, Persoon A, Kerkstra A. Doorbroken muren; transmurale zorg in Nederland. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.10) :309-313

Francke AL, Persoon A, Kerkstra A. Transmurale zorg in Nederland. Een inventarisatiestudie in opdracht van ZON. (1997) Mediator. 8 (nr.1) :4-5

Friele RD, Andela M. Consumenten over de huisarts als wachter voor de poorten tot de specialistische zorg. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.41) :1275-1277

Heiligers Ph, Hingstman L. In deeltijd werken. Een perspectief voor artsen. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.13) :405-409

Heugten CM van, Rijken PM, Dekker J. Fysiotherapie in Nederland: een overzicht. (1997) FysioPraxis. 6 (nr.3) :20-28

Heugten CM van, Rijken PM, Dekker J. Logopedische zorg in Nederland: een overzicht. (1997) Logopedie en Foniatrie. 69 (nr.5) :124-131

Jansen PGM, Kerkstra A, Zee J van der, Huijter Abu-Saad H, Abrahamse HPhH. Effecten van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg op de kwaliteit van zorg. Bekeken vanuit het cliëntenperspectief. (1997) Verpleegkunde. 12 (nr.2) :95-110

Kerssens JJ, Andela MG, Friele RD. Apotheek scoort naar oordeel patiënt beter in bejegening dan in informatieverschaffing. (1997) Pharmaceutisch Weekblad. 132 (nr.38) :1432-1439

Kulu Glasgow I, Delnoij DMJ. Het verwijzingskaartensysteem in de praktijk. Toepassing van en controle op het verwijzingsysteem voor ziekenfondsverzekerden. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.12) :373-374

Kulu Glasgow I, Delnoij DMJ, Hermans I. Ziektekostenverzekeraars en de poortwachtersfunctie van huisartsen. Formele regels en dagelijkse praktijk. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.4) :127-129

- Meijer WJ. Van overheidsbeleid naar onderzoek; Verloskundige Samenwerkingsverbanden. (1997) Tijdschrift voor Verloskundigen. 22 (nr.3) :27-32
- Rijken PM, Dekker E, Dooren J, Dekker J, Lankhorst GJ, Bakker K. Richtlijnen voor zorg aan diabetespatiënten. (1997) PodoSophia. 5 (nr.4) :28-31
- Rijken PM, Heugten CM van, Dekker J. Brancherapport: radiologisch laboranten in Nederland: een overzicht. (1997) GAMMA. 1 :3-7
- Rijken PM, Heugten CM van, Dekker J. Podotherapie in Nederland: een overzicht (I). (1997) PodoSophia. 5 (nr.2) :23-26
- Rijken PM, Heugten CM van, Dekker J. Podotherapie in Nederland: een overzicht (II). (1997) PodoSophia. 5 (nr.3) :6-8
- Rijken PM, Heugten CM van, Dekker J. Podotherapie in Nederland: een overzicht (III). (1997) PodoSophia. 5 (nr.4) :17-19
- Rijken PM, Heugten CM van, Dekker J. Podotherapie in Nederland: een overzicht (IV). (1997) PodoSophia. 5 (nr.5) :6-8
- Schuller R, Bakker DH de. Voorschrijven op stofnaam. Stimuleren via implementatieprogramma. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.10) :307-308
- Schuller R, Bakker DH de. Voorschrijven op stofnaam wint terrein bij huisartsen. (1997) Pharmaceutisch Weekblad. 132 (nr.10) :296300
- Sixma HJ, Bosveld W, Dekker J. De MBRT-opleiding; oordelen van recent (en minder recent)afgestudeerde MBRT-(st)ers. (1997) GAMMA. :290-295
- Sixma HJ, Bosveld W, Dekker J. Het functioneren van MBRT'ers en hun leidinggevenden. (1997) GAMMA. :312-318
- Sluijs EM, Evers A. PITD geëvalueerd: effecten van intercollegiale toetsing in de diëtetiek. (1997) Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten. 52 (nr.3) :28-33
- Sluijs EM, Verschure CMM, Kusters J. Kwaliteitsbepalingen in de contracten met zorgverzekeraars. Kwaliteit in Beeld 7 (nr.2):5-7

Straten GFM, Friele RD. Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Wet plaatst Inspectie voor de Gezondheidszorg op afstand. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.24) :765-767

Veer AJE de, Meijer WJ, Groenewegen PP. Samenwerking een haalbare zaak? Verloskundige Samenwerkingsverbanden. (1997) Tijdschrift voor Verloskundigen. 22 (nr.4) :22-28

Verhaak PFM, Hutschemaekers G. Overzicht van de organisatie van de psychotherapie. (1997) Bijblijven. 13 (nr.9):54-59

Visser GJ, Visser G. Het kaf en het koren. De alternatieve zorg werkt aan kwaliteit. (1997) Kwaliteit in Beeld. 7 (nr.6) :7-10

Visser J. 'Stafvoorzitter is een evenwichtskunstenaar' Van dokter naar mede-manager. (1997) ZorgVisie. 27 (nr.8) :30-33

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Praktijkverpleegkundigen op veel manieren ingezet. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.1 :33-35

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Nog te vaak stappen mensen 'om niets' naar de dokter. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.2 :30-32

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Gezondheidscentra leveren waar voor hun geld. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.3 :35-37

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Werken in deeltijd is een wenkend perspectief. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.4 :40-42

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Algemeen maatschappelijk werk kan ook de huisarts helpen. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.5 :35-37

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Nieuwe klachtwet laat nog vele vragen onbeantwoord. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.6 :26-28

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Fundholding niet geschikt voor Nederlandse gezondheidszorg. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.7/8 :22-25

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Ook huisartsen zijn betrokken bij transmurale zorg. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.9 :18-20

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Wetenschappelijk antwoord op schijnbaar zinloze vraag: Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? (1997) De Huisarts in Nederland. nr.10 :7-9

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Nederland heeft een divers aanbod aan palliatieve zorg. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.11 :35-37

Visser J. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Veel patiënten gaan zonder verwijzing naar de specialist. (1997) De Huisarts in Nederland. nr.12 :30-32

Wagner C. De opkomst van de kwaliteitsfunctionaris. (1997) Kwaliteit in Beeld. 7 (nr.1) :1-5,14

Wagner C, Ribbe M. Het RAI: een beoordelingsinstrument. (1997) Kwaliteit in Beeld. 7 (nr.6) :11-14

Zee J van der. Het NIVEL in de spagaat tussen beleid en wetenschap. (1997) Mediator. 8 (nr.8) :14-15

Zee J van der. Europa en gezondheid. De strijd tussen nationale regelgeving en het vrije verkeer van personen, goederen en diensten. (1997) Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg. 75 (nr.4) :200-201

Zee J van der, Ros CC. Houdt Nederland bij Eijsden op? Een pleidooi voor reflectie. (1997) Medisch Contact. 52 (nr.1) :10-12

Dissertaties

Bruijnzeels MA. Illness in children and parental respons. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997

Driessen MJ. Occupational therapy in hospital based care in the Netherlands. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam. Utrecht: NIVEL, 1997

Sixma HJ. New land, new town, new health care system. Dissertatie Universiteit Maastricht. Utrecht: NIVEL, 1997

Wiegers TA. Home or hospital birth: a prospective study of midwifery care in the Netherlands. Dissertatie, Rijksuniversiteit Leiden. Utrecht: NIVEL, 1997

Oratie

Dekker J. Ziekte, functionele gezondheid en paramedische zorg. Oratie, VU Amsterdam. Amsterdam/Utrecht: VU/EMGO-instituut/NIVEL, 1997

Boeken en boekbijdragen

Arts SEJ, Kersten JWET, Kerkstra A. Werken in de gezinsverzorging. Utrecht: De Tijdstroom/LCVV/NIVEL, 1997

Bensing JM, Hulsman RL. Vermoeidheid bij chronische ziekten. In: Dupuis HM, Birfelder EJ, Hartman GT, Bensing JM, Meer JWM van der, (eds). Vermoeidheid. Cahier bio-wetenschappen en maatschappij. Rotterdam: Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij, 1997 :27-33

Boer A de, Groenewegen PP, Hooimeijer P. Home help utilization under conditions of restricted supply. In: Westert GP, Verhoeff RN, (eds). Places and people: multilevel modelling in geographical research. Utrecht: Nederlandse Geografische Studies, 1997 :55-73

Boerma WGW, Jong FAMJ, Mulder PH. Cuidados de salud y atencion primaria en Europa. Barcelona: semFYC, 1997

Borgquist L, Boerma W, Einevik-Bäckstrand K, Bränd Persson K, Håkansson A, Nerbrand Chr. Allmänmedicin i Europe - Vad kan Sverige lära? Stockholm, Sweden: SPRI, 1997

Delnoij DMJ. De invloed van zorgaanbod op zorggebruik. In: Post D, Stokx LJ, (eds). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI Zorgbehoefte en zorggebruik. Maarssen/Bilthoven: ELSEVIER/De Tijdstroom/RIVM, 1997 :99-118

DeVries RG, Barroso R. Midwives among the machines. Re-creating midwifery in the late twentieth century. In: Marland H, Rafferty AM, (eds). Midwives, Society and Childbirth. Debates and controversies in the modern period. London and New York: Routledge, 1997

Francke AL. Transmurale zorg: begrippen, beleidsontwikkelingen en basisvormen. In: Habets HPJM, Koning CC, Mechelen PMF van, (eds). Jaarboek Verpleegkunde 1997. Dwingeloo: KAVANAH, 1997 :17-35

Francke AL. Inleiding. In: Habets HPJM, Koning CC, Mechelen PMF van, (eds). Jaarboek Verpleegkunde 1997. Dwingello: KAVANAHA, 1997 :11-15

Groenewegen PP. Dealing with micro-macro relations: a heuristic approach with examples from health services research. In: Westert GP, Verhoeff RN, (eds). Places and people: multilevel modelling in geographical research. Utrecht: Nederlandse Geografische Studies, 1997 :9-18

Groenewegen PP, Delnoij DMJ. Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? Utrecht: ELSEVIER/De Tijdstroom, 1997

Groot R de (ed). Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1997. Utrecht: De Tijdstroom, 1997

Hutschemaekers G, Bijl R, Verhaak PFM, Have M ten. Gezondheid en gezondheidszorg: een historische analyse. In: Hutschemaekers G, Hosman C, Lieshout P van, (eds). Geestelijke Volksgezondheid in Nederland. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum, 1997

Jansen PGM, Kerkstra A. Effecten van functiedifferentiatie in de thuiszorg. Utrecht: De Tijdstroom/LCVV/NIVEL, 1997

Kerkstra A. Home Nursing in The Netherlands: an overview. In: Modly D, Zanotti R, Poletti P, Fitzpatrick JJ, (eds). Home Care Nursing Services: International Lessons. New York: Springer Publishing Company, 1997 :79-98

Marrée JTC, Groenewegen PP. Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition. Aldershot/Brookfield USA/Hong Kong/Singapore/Sydney: Avebury, 1997

Sluijs EM, Miltenburg IA, Visser GJ, Bakker DH de. Kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld: de stand van zaken in 1996. NIZG-gids alternatieve geneeswijzen 1997/1998. Beroepsopleidingen, beroepsverenigingen en koepelorganisaties. Woerden: NIGZ, 1997 :18-22

Smit RLC, Kroneman MW. Wachtlijsten in de zorg. In: Post D, Stokx LJ, (eds). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI Zorgbehoefte en zorggebruik. Maarssen/Bilthoven: ELSEVIER/De Tijdstroom/RIVM, 1997 :119-135

Veer AJE de. Inleiding. In: Groot R de, (ed). Innovatie in de Zorgsector. Jaarboek. Utrecht: De Tijdstroom, 1997

Verhaak PFM. Epidemiologie van psychische problemen in de huisartspraktijk. In: Ree J van, DeVries M, (eds). Psychiatrie. Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum, 1997

Verheij RA. Physiotherapy utilization: does place matter. In: Westert GP, Verhoeff RN, (eds). Places and people: multilevel modelling in geographical research. Utrecht: Nederlandse Geografische Studies, 1997

Wagner C, Stoop AP, Temmink D, Bakker DH de. Kwaliteitsbewaking in de verpleging en de verzorging. Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1997

Wagner C, Stoop AP, Temmink D, Bakker DH de. Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. Utrecht: De Tijdstroom/LCVV/NIVEL, 1997

Windt W van der, Calsbeek H, Hingstman L. Verpleging en verzorging in kaart gebracht. Utrecht: De Tijdstroom/LCVV, 1997

Rapporten

Bakker DH de, Abrahamse HPhH, Hoogen H van den, Jonge J de, Overbeeke J van, Rutten R. Jaarrapport LINH 1996. Contactfrequenties in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht: NIVEL, 1997

Bakker DH de, Miltenburg IA, Sluijs EM, Visser GJ. Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen. Rapport eerste fase. De stand van zaken in 1996. Utrecht: NIVEL, 1997

Bartelds AIM. Continue Morbiditeits Registratie peilstations Nederland 1996. Utrecht: NIVEL, 1997

Bartelds AIM. Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations in the Netherlands. 1995. Utrecht: NIVEL, 1997

Bekkers MJTM, Bakker DH de, Boter JP. Coördinatiecentra Chronisch Ziekenzorg Geëvalueerd. Utrecht: NIVEL, 1997

Boerma WGW. Developing quality in primary care. Background document Phare project 'Primary Health Care Financing in the Slovak Republic. Utrecht: NIVEL, 1997

Boerma WGW. Primary Health Care in the Slovak Republic. Progress Summary Report. Utrecht: NIVEL, 1997

Boerma WGW, Durechova E, Goljer J. Primary Health Care Financing in the Slovak Republic. Inception report EU Phare project SR 9520 03 01. Utrecht/Bratislava: NIVEL, 1997

Braspenning J, Hoogen H van den, Rutten R, Tacken M, Tiersma W, Wentink E, Velden J van der. LINH als monitoringsinstrument voor influenzavaccinatie. Utrecht: NIVEL, 1997

Calsbeek H, Friele RD. Patiënten- en consumentenorganisaties en de kwaliteit van zorg. Een achtergrondstudie van de SGZ. Utrecht: NIVEL, 1997

Campen C van, Kerkstra A, Taes CGJ. Het meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten. Ontwikkeling van een meetinstrument. Utrecht: NIVEL, 1997

Caris-Verhallen WMCM, Gruijter IM de, Kerkstra A. De kwaliteit van de communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten. Utrecht: NIVEL, 1997

Caris-Verhallen WMCM, Miltenburg IA, Kerkstra A. Aard en omvang van particuliere thuiszorgaanbieders in Nederland. Een achtergrondstudie van de SGZ. Utrecht: NIVEL, 1997

Cucic S, Klazinga N, Both J, Velden J van der. Health policy development in Szatmar Szabolcs Bereg county. Progress Report III. Utrecht: CBO/CvZ/NIVEL, 1997

Delnoij DMJ, Welling BJM, Kwartel AJJ van der. Vraag en aanbod in de thuiszorg. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Verdiepingsstudie nr.2. Utrecht: NIVEL/NZi, 1997

Doeglas D. Huisarts en zorgvernieuwing. Een onderzoek naar de rol van de huisarts in zorgvernieuwingprojecten en transmurale zorg. Utrecht: NIVEL, 1997

Francke AL, Persoon A, Temmink D, Kerkstra A. Palliatieve zorg in Nederland. Een inventarisatiestudie naar palliatieve zorg, deskundigheidsbevordering en zorg voor zorgenden. Utrecht: NIVEL, 1997

Gijsen R, Verkleij H, Ruwaard D, Lisdonk EH van de, Velden J van der, Metsemakers J. Morbiditeit in de huisartspraktijk: een vergelijking van registratiesystemen. Bilthoven: RIVM, 1997

Heerkens YF, Rijken PM, Dekker J, Wams HWA, Oostendorp RAB. Inventarisatie van paramedische zorg voor chronisch zieken. Amersfoort/Utrecht: Nederlands Paramedisch Instituut/NIVEL, 1997

Heiligers Ph, Hingstman L, Marrée JTC. Inventarisatie deeltijd werken onder artsen. Utrecht: NIVEL, 1997

Hulshof NA, Veer AJE de. Voormeting knip in de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1997

Hutten JBF, Delnoij DMJ, Friele RD, Ros CC, Groenewegen PP. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling Ziekenfondsverzekerden. Deelrapport I: in- en uitvoering in de praktijk, voorjaar 1997. Utrecht: NIVEL, 1997

Janssens ACJW, Verhaak PFM, Bensing JM. Prioriteiten in onderzoek naar psychosociale aspecten van prenatale screening en diagnostiek. Utrecht: NIVEL, 1997

Jong JC de, Rimmelzwaan GF, Bartelds AIM, Bestebroer TM, Osterhaus ADME. Influenza 1996/97 in The Netherlands. 1997

Kerssens JJ, Peters L. Vragen over AIDS bij de huisarts in de periode 1 april 1996 - 1 januari 1997. Utrecht: NIVEL, 1997

Kwartel AJJ van der. Oogzorg in Nederland. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Utrecht: NIVEL/NZi, 1997

Loo MEvan (ed). Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (RWO) 1995/1996 nr.24. Uitgave op diskette. Utrecht: NIVEL, 1997

Meer JWM van der, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Hinloopen RJ, Bensing JM, Dekker J, Galama JMD, Weel C van, Velden J van der. Langdurige lichamelijke onverklaarbare moeheidsklachten. Samenvatting, conclusies en

aanbevelingen voor het beleid van de medicus practicus. Nijmegen/Utrecht: KUN/NHG/NIVEL, 1997

Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: een caleidoscoop. Utrecht: NIVEL, 1997

Rijken PM, Dekker J, Dekker E, Lankhorst GJ, Dooren J, Bakker K. Richtlijnen voor de podotherapeutische zorg aan patiënten met diabetes mellitus. Utrecht/Amsterdam/Heemstede: NIVEL/Academisch Ziekenhuis VU, afd. Revalidatie/Spaarne Ziekenhuis, 1997

Rijken PM, Kerkstra A. Kwaliteit en toegankelijkheid van terminale thuiszorg in Nederland; een literatuurstudie. Een achtergrondstudie van de SGZ. Utrecht: NIVEL, 1997

Ros CC, Friele RD, Hutten JBF, Groenewegen PP, Delnoij DMJ. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling Ziekenfondsverzekerden. Deelrapport II: rapportage op basis van peiling onder Consumentenpanel. Utrecht: NIVEL, 1997

Ros CC, Kerssens JJ, Foets M, Peters L. Vragen over AIDS bij de huisarts in de periode 1988-1996. Utrecht: NIVEL, 1997

Scholten H, Onink A, Pijper F(BDC Adviesgroep), Heugten CM van, Dekker J, Bosveld W(NIVEL). Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg. Zeist/Utrecht: BCD Adviesgroep/NIVEL, 1997

Schuller R, Wagner C. De inzet van zorgverzekeraars op het terrein van kwaliteit en toegankelijkheid. Een achtergrondstudie van de SGZ. Utrecht: NIVEL, 1997

Schuller R, Wagner C, Bakker DH de. Kwaliteitsjaarverslagen van zorginstellingen; een inhoudsanalyse. Utrecht: NIVEL, 1997

Simek A, Snab E, Dubois V, Dalhuijzen J, Velden J van der. Local consensus guidelines. Final Report. Hungary: Baja, 1997

Sluijs EM, Dekker J. Het paramedisch kwaliteitsbeleid in 1997. Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). Deelrapport 1. Utrecht: NIVEL, 1997

Sluijs EM, Dekker J. Intercollegiale toetsing door paramedici: ervaringen en effecten. Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). Deelrapport 2. Utrecht: NIVEL, 1997

Sluijs EM, Visser E, Steultjens MPM, Dekker J. Draagvlak voor het paramedisch kwaliteitsbeleid in de praktijk. Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). Deelrapport 4. Utrecht: NIVEL, 1997

Steultjens MPM, Dekker J, Bosveld W. Financiële gevolgen van de voorstellen tot wijziging van de lijst aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. Utrecht: NIVEL, 1997

Straten GFM, Friele RD. Klachten, klachtbehandeling en rapportage over klachten. Een inventariserend onderzoek over klachtenbehandeling en gegevensverstrekking aan de Inspectie in het kader van de Wet Klachtrecht. Utrecht: NIVEL, 1997

Straten GFM, Janssens ACJW, Friele RD. Brancherapport Patiënten/Consumenten. Utrecht: NIVEL, 1997

Veer AJE de, Kerkstra A. Vraag en aanbod in de opvoedingswinkel. Utrecht: NIVEL, 1997

Veer AJE de, Kerkstra A. Verpleeghuisonderzoek: stand van zaken en relevante onderzoeksvelden. Utrecht: NIVEL, 1997

Veerman F, Bakker DH de, Broeren J, Rijdt-van de Ven A van de, Sande J van de. Is meten weten. Analyse en terugkoppeling van productiecijfers in 5 gezondheidscentra in Eindhoven. Eindhoven/Utrecht: SGE/VGZ/NIVEL, 1997

Velden J van der. Restructuring Hungarian Health Care System Technical Assistance Planning and Research Unit. Final Report. Utrecht: NIVEL, 1997

Velden LFJ van der, Hingstman L, Heiligers Ph, Groenewegen PP. Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband. Utrecht: NIVEL, 1997

Velden LFJ van der, Hingstman L, Ridder M. Behoefteraming orthopaeden 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1997

Velden L van der, Hingstman L, Coelingh Bennink F, Ridder M. Behoefteraming obstetrici/gynaecologen 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1997

Velden L van der, Hingstman L, Harmsen J. Behoefteraming reumatologen 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1997

Verhaak PFM, Bruin A de, Bakker R, Marrée J. Het Algemeen Maatschappelijk Werk in de 1e-lijns-GGZ. Een onderzoek naar de bijdrage van het AMW aan de GGZ-poortwachtersfunctie sinds de decentralisatie. Utrecht: NIVEL, 1997

Visser E, Bosveld W, Driessen MJ, Dekker J. Extramuraal ergotherapie: verwijzen en rapporteren. Utrecht: NIVEL, 1997

Visser E, Sluijs EM, Dekker J. Ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen door de paramedische beroepsgroepen. Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). Deelrapport 3. Utrecht: NIVEL, 1997

Weide MG, Foets M. Migranten in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1997

Welling BJM, Delnoij DMJ, Bakker DH de. De praktijkverpleegkundige in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1997

Welling BJM, Donker GA, Delnoij DMJ. De zorg voor CVA-patiënten in Nederland. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Verdiepingsstudie nr.1. Utrecht: NIVEL/NZi, 1997

Welling BJM, Meijer CHM, Delnoij DMJ, Bakker DH de (NIVEL), Kwartel AJJ van der, Smit RLC(NZi). Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Kenggetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: NIVEL/NZi, 1997

Wiegers TA, Harmsen J, Hingstman L (NIVEL), Windt W van der, Bent J van der (NZi), Allaart PC, Voogd-Hamelink M de (OSA). Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1997. Deel 1: hoofdrapport. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1997

Wiegers TA, Harmsen J, Hingstman L (NIVEL), Windt W van der, Bent J van der (NZi), Allaart PC, Voogd-Hamelink M de (OSA). Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1997. Deel 2: tabellenrapport. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1997

Lezingen en posterpresentaties

Arts SEJ, JWET Kersten, A Kerkstra: De dagelijkse praktijk in de gezinsverzorging. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Arts SEJ, A Kerkstra: Pressure of work in home help services in the Netherlands. EUPHA-conference, Pamplona, Spanje, 20-22 november 1997

Baar ME van: Nascholingscursus voor huisartsen 'Artrose van heup of knie' (LHV-geaccrediteerd)

Baar ME van: Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie: een systematische review Jaarcongres Fysiotherapie

Baar ME van: Effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of knee or hip: randomized clinical trial. Poster Annual General Meeting British Society for Rheumatology

Baar ME van: Effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of knee or hip: a randomized clinical trial. Poster, Second International Conference Scientific Basis of Health Care, Amsterdam

Bakker DH de: Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing. NIHES cursus Herintrende Academica, Rotterdam, 15 april 1997

Bakker DH de, CHM Meijer: Terugkoppeling van verwijzgegevens als basis voor transmurale samenwerking. Lezing EMD-congres, Ede, 10 oktober 1997

Bakker DH de: A computerized national information network in general practice in the Netherlands (NIN-GP). Poster EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Bakker, DH de: Quality systems in Dutch health care institutions; college in kader NIHES/CARE cursus Research on Quality of Care; Utrecht, 1-5 december 1997

Bartelds A, J van der Zee, J van der Velden: Inventarisatie automatisering peilstations. Jaarvergadering Peilstations, Utrecht, januari 1997

Bartelds A: De viroloog en de huisarts. Symposium 'Continu variëren op variatie' RIVM, Bilthoven, 11 december 1997

Bekkers MJTM: Coördinatiecentra voor chronisch ziekenzorg: een evaluatie-onderzoek. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Bensing JM: KwaZo-onderzoek. Symposium Kwaliteitszorg tussen Wetenschap en Praktijk, Progr.cie KwaZo, De Reehorst, Ede, 17 januari 1997

Bensing JM: Inleiding. Invitational Conference 'Deeltijd werken onder artsen'. KNMG, Utrecht, 26 maart 1997

Bensing JM: Care for communication. Underestimated problems and overestimated skills. Diepenbeek, België, 18 april 1997

Bensing JM, A van den Brink-Muinen: Realizing a Gender-Sensitive Health Care. International Interdisciplinary Conference on Women and Health, Dutch Foundation Women & Health Research, 25-27 June 1997, Amsterdam, The Netherlands

Bensing JM: Rekenen op de toekomst. KNMG, Utrecht, 24 september 1997

Bensing JM: Inleiding. Congres Ver. voor Sociaal, Organisatie en Arbeidspsychologen, Amsterdam/Diemen, 28 oktober 1997

Bensing JM, A van den Brink-Muinen: Sekse in de spreekkamer: waar praten we over. NHG-congres, Utrecht, 28 november 1997

Bilsen PMA van, DD Otten, A Kerkstra: Omgang van ziekenverzorgenden met demente bewoners in het verpleeghuis. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Bilsen PMA van: Omgaan met dementerende bewoners in het verpleeghuis. Lezing gehouden tijdens 'De dag van de verzorgenden', oktober 1997

Boerma WGW: Primary care and family practice: opportunities for the health care systems in Central and Eastern Europe. Lezing International Conference on Primary Care. Svidnik (Slovak Republik), 8 mei 1997

Boerma WGW: What are we doing in the PHARE project "Primary Health Care Financing". Lezing First National Conference on Primary Care. Bratislava, 10 mei 1997

Boerma WGW, J van der Zee, PP Groenewegen. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg; deel 1. Cursus in het kader van de onderzoeksschool CaRe

Brink-Muinen A van den: Influences of gender and type of health care on doctor-patient communication in general practice. Congres "Realizing a gender sensitive health care" Amsterdam, 25-27 juni 1997

Brink-Muinen A van den: Does it play any role if the doctor is a woman? Kvalitet 97 - i kommuner, landsing og stat. Konferens och fackmåssa i Göteborg den 18-20 november 1997

Bruin AFde, M Foets: SF-36 and COOP-WONCA charts: construct validity and known groups validity. Poster EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Campen C van: Een meetinstrument voor kwaliteit van leven. Symposium 'Kwaliteit van leven'. Hoorn: Verpleeghuis Lindendael, 21 mei 1997

Campen C van: De RAI Effectstudie. RAI Coördinatorenendag. Verpleeghuis Zonnehuis. Zuidhorn, 30 mei 1997

Campen C van: Een meetinstrument voor kwaliteit van leven. Verpleeghuis Aeneas. Breda, 11 juni 1997

Campen C van: Kwaliteit van Zorg onderzoek. Themadag van de Stichting FOKUS 'Kwaliteit verbeteren doe je samen', De Eenhoorn Amersfoort, 12 juni 1997

Campen C van, HJ Sixman: Poster themadag van de Stichting FOKUS 'Kwaliteit verbeteren doe je samen', De Eenhoorn Amersfoort, 12 juni 1997

Campen C van, A Kerkstra: Assessing perceived quality of life in elderly nursing home residents. 2nd European Nursing Congress, Amsterdam, The Netherlands, 5-8 October 1997

Caris-Verhallen WMCM: Observatie van communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten. de UNRIG-bijeenkomst, Vakgroep Verplegingswetenschap, Universiteit van Utrecht, 13 maart 1997

Caris-Verhallen WMCM: Internationale vergelijking thuiszorg. Symposium van het Wit-Gele Kruis, Brussel, 24 mei 1997

Caris-Verhallen WMCM: Communicatie van verplegenden met oudere cliënten. Symposium SSIO, 's-Hertogenbosch, 4 juni 1997

Caris-Verhallen WMCM: Nurse-elderly patient communication in home care and in a home for the elderly. 2nd International Conference on community Health Nursing Research. Edinburgh, 13-15 August 1997

Caris-Verhallen WMCM, A Kerkstra, P van der Heijden, JM Bensing: Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care. 2nd European Nursing Congress, Amsterdam, The Netherlands, 5-8 October 1997

Caris-Verhallen WMCM: Factors related to nurse communication with elderly people. Poster EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Dekker J: Exercise therapy in patients with osteoarthritis of the knee or hip: a systematic review. Workshop Knee pain and neck pain

Dekker J, ME van Baar, JWW Bijlsma, RAB Oostendorp, ThB Voorn, JAM Lemmens: Effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis.

Delnoij DMJ: Making doctors responsible for prescribing costs: conditions for implementing budget systems. EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Dulmen AM van: Diabetologen in gesprek met patiënten. Stafvergadering St. Lucas Ziekenhuis Amsterdam, 14 mei 1997

Dulmen AM van: Communicatie tussen kinderartsen, kinderen en ouders tijdens poliklinische consulten. de Algemene Ledenvergadering Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis. Utrecht 31 mei 1997

Dulmen AM van: Doctor-patient communication in out-patient consultations in NIDDM. Lezing gehouden te Helsinki juli 1997

El Fakiri F, Foets M, Weide MG, Kulu-Glasgow I. Kraamzorg in allochtone gezinnen. Poster SISWO, 10e marktdag medische sociologie en antropologie, 6 juni 1997

Foets M: Ziektegedrag en medische consumptie. Gastcollege iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, mei 1997

Foets M: Review of research from the patient's perspective at the NIVEL. Hull University, oktober 1997

Francke AL: Palliatieve zorg. Invitational Conference van ZorgOnderzoek Nederland, 4 juni 1997

Francke AL: Twee colleges over kwalitatief onderzoek bij de Vakgroep Verpleegwetenschap Universiteit Utrecht, 15 en 28 juni 1997

Francke AL, D Temmink: Evaluatiestudies naar transmurale spreekuren. Landelijk Overleg Transmurale Onderzoekers, Utrecht, 10 september 1997

Francke AL: Evaluatie-onderzoek bij zorginnovaties. College gegeven op VO-Zorginnovatie van de Hogeschool van Nijmegen, 18 september 1997

Francke AL, D Temmink: Evaluatiestudies naar transmurale reumasprekuren. Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Reumatologie, Wapenveld, 3 oktober 1997

Friele RD: Thuiszorgtechnologie en het initiatief voor een Geïntegreerde Eerstelijnszorg Leidsche Rijn. Inleiding studiemiddag GEL, 5 juni 1997

Groenewegen PP: De transformatie van de gezondheidszorg in Oost en Midden Europa. Colloquium Vakgroep Sociologie UU, januari 1997

Heiligers Ph: Deeltijd werken onder medisch specialisten. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Heiligers Ph, L Hingstman: Deeltijd werken onder artsen: een inventarisatie. Invitational Conference 'Deeltijd werken onder artsen' KNMG, Utrecht, 26 maart 1997

Heiligers Ph: Deeltijd werken in de zorg. Conferentie 'De arbeidstijd van je leven, (arbeids)tijd en loopbanen in de zorg, Domus Medica, Utrecht, 12 juni 1997

Heiligers Ph: Explaining Part-time Practice in Medicine. International Interdisciplinary Conference on Women and Health, UvA Amsterdam, 25 June 1997

Heiligers Ph: In deeltijd werken: een perspectief voor artsen. Nascholingsprogramma Alkmaar Medisch Centrum, 3 september 1997

Heiligers Ph: Deeltijd werken onder artsen, niet alleen een kwestie van sekseverschillen. Voordracht vrouwenstudie d.d. 4 september 1997

Heiligers Ph, L Hingstman: Part-time practice in medicin. ENOP 1997. Conference on Organizational Psychology and Health Care. Oktober 1997

Hingstman L: Positie van huisartsen op de arbeidsmarkt. Vestigingsdag voor HAIO's, februari 1997

Hingstman L, Ph Heiligers: Gender differences in part-time work among medical specialist in the Netherlands. Poster EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Holtkamp CCM, K Kragt, M van Dongen, E van Rossum: The effect of snoeze-len on the well being of demented elderly people. 2nd European Nursing Congress, Amsterdam, The Netherlands, 5-8 October 1997

Kerkstra A, WMCM Caris-Verhallen: Nonverbal communication in Nursing Care for the Elderly. Paper presented at the 2nd International Conference on Community Health Nursing Research, Edingburgh, 13-15 August 1997

Kerkstra A, PMA van Bilsen, DD Otten: Communication with demented elderly in nursing homes. 2nd European Nursing Congress, Amsterdam, The Netherlands, 5-8 October 1997

Kerkstra A, JBF Hutten: Home care in europe. Invited lecture World Home Care congress, Boston, 17-21 October, 1997

Kulu Glasgow IK, M Weide: Hollanda'daki Türk kökenli kadınlar arasindi dom sonrasi bakim hizmetinden yararlanma, Ankara 2-5 december

Meijer WJ: Het nut van plaatselijke samenwerking tussen de eerste en tweede-lijjn. Invitational Conference 'Samenwerking in de verloskundige zorg', Utrecht, 13 mei 1997

Otten DD, PMA van Bilsen, A Kerkstra: Problems experienced by nurses in their interaction with demented patients in nursing homes. 2nd European Nursing Congress, Amsterdam, The Netherlands, 5-8 October 1997

Persoon A, A Francke, D Temmink, A Kerkstra: Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatiestudie. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Pijnenborg A: Evaluatie van de beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Lezing, Jaarcongres Fysiotherapie

Raaijmakers M, R Bakker, M Foets ea: Continuïteit van zorg in de thuiszorg voor chronisch zieken en verstandelijk gehandicapten. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Rijken M, Foets M. Panel study into the consequences of chronic disease: a feasibility study. Poster EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Roebroeck M, et al: Fysiotherapie bij ouderen in de eerste lijn. Poster, TSG-jubileumcongres 'Succesvol ouder worden'. World Trade Center, Rotterdam, 31 oktober 1997

Roebroeck M: Fysiotherapie bij ouderen in de eerste lijn. Gastcollege post-HBO-opleiding Fysiotherapie en Geriatrie

Roebroeck M: Onderzoek naar gepast gebruik van fysiotherapie bij patiënten met een lateraal enkelbandletsel in de eerste lijn. Gastcollege post-HBO-opleiding Sportfysiotherapie

Ros CC, JBF Hutten, PP Groenewegen: Gezondheidscentra in de Nederlandse gezondheidszorg. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Ros CC, JBF Hutten, PP Groenewegen: The integrated health centre as 'gate keeper' in the Dutch health care system. Lezing EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Schuller R, DH de Bakker: Huisartsenzorg buiten kantooruren in een grote stad. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Sixma HJ: Quality of Care from the perspective of Patients. Presentatie op uitnodiging van de South and East Belfast Health and Social Services Trust, Belfast (Noord-Ierland) 15-16 januari 1997

Sixma HJ: Quality of Care through the patients' eye. Poster NWO/KwaZo symposium 'Kwaliteitszorg tussen Wetenschap en Praktijk', de Reehorst, Ede, 17 januari 1997

Sixma HJ: MBRT-afgestudeerden; meningen en ervaringen. Werkveldcommissie MBRT-opleidingen, Utrecht, 14 mei 1997

Sixma HJ: De inbreng van patiënten in programma's gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg. Presentatie Workshop "Patiëntinbreng bij sturing van processen in de gezondheidszorg". IRV 15 jarig bestaan, 31 mei 1997

Sixma HJ: Burnout bij huisartsen. Regionale Huisartsenvereniging, Den Bosch, 10 juni 1997

Sixma HJ, M Foets: Quality of care from patients' perspective; the empowerment of patient organizations. Poster EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Sluijs EM, J Dekker: Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepen. Poster symposium 'Kwaliteitszorg tussen Wetenschap en Praktijk'. De Reehorst Ede, 17 januari 1997

Sluijs EM: Gastcollege, Therapietrouw. Bedrijfsartsenopleiding AMC Amsterdam, 26 maart 1997

Sluijs EM: Kwaliteitsstand van zaken: inventarisatie en referentiekader. Lezing Conferentie 'Omdat het ook anders kan'. De Reehorst te Ede, 16 september 1997

Sluijs EM, J Dekker: Draagvlak voor het kwaliteitsbeleid en mogelijkheden voor implementatie. Voordracht voor werkconferentie Implementatie. Utrecht, CBO, 27 oktober 1997

Steultjens MPM: Observatie versus zelfrapportage bij het beoordelen van beperkingen in mobiliteit van patiënten met artrose. Lezing, SWORA - Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek bij Reumatische Aandoeningen

Straten G, R Friele: Monitoring van klachten in de zorgsector: een haalbaarheidsstudie. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Straten G: Rapportages in het kader van de wet klachtrecht; resultaten uit onderzoek. Inleiding Invitational conference over de wet klachtrecht. Montfoort, 18 juni 1997

Temmink D, AL Francke, A Kerkstra: Transmural nurse clinics for the chronically ill. 2nd European Nursing Congress, Amsterdam, The Netherlands, 5-8 October 1997

Veer AJE de: Prikkel om deel te nemen aan een verloskundig samenwerkingsverband. Invitational Conference 'Samenwerking in de verloskundige zorg', Utrecht, 13 mei 1997

Velden J van der: Quality control in PHC Research: methods and implementation Lezing Workshop Research programme Morbidity and Interventions in General Practice in Romania. Boekarest (Romania), 6 february 1997

Velden J van der: The development of general practice in the Netherlands. Lezing workshop Regional Society of General Practice. Cluj-Napoca (Romania), 9 february 1997

Velden J van der: Primary Health Care Research: principle and methodology. Lezing PHC Research Workshop. Szentendre(Hungary), april 1997

Velden J van der: Setting Priorities in PHC Research. Lezing programma Training PHC Researchers Leiden april 1997

Velden J van der: Emancipation and professionalization of general practice in the Netherlands. First National Conference of General Practice/Family Medicine. Bratislava (Slowakije), 10 mei 1997

Velden J van der: Job description of practice nurses in the Netherlands. First National Conference of General Practice/Family Medicine. Bratislava (Slowakije), 10 mei 1997

Velden J van der: Prevention in primary care in Europe. Lezing Workshop Prevention and Health Promotion Tempus II programma Poland, Granada (Spanje), juni 1997

Velden J van der: The European Influenza Surveillance Scheme. WONCA, Praag, Tsjechië, 2 juli 1997

Velden J van der: The European Influenza Surveillance Scheme. WONCA, Parijs, Frankrijk, 18 september 1997

Velden J van der: Morbidity in general practice in CCE countries. Lezing National GP Conference. Iasi (Romania), 5 oktober 1997

Velden L van der: Keuzes in aantal op te leiden reumatologen. Jaarvergadering Nederlandse Vereniging van Reumatologen, Jaarbeurs, Utrecht, januari 1997

Velden L van der L Hingstman: Arbeidsmarkt voor obstetrici/gynaecologen. Jaarvergadering NVOG, 1997

Verhaak PFM, A van den Brink-Muinen, ea: GPs' psychosocial task perception and recognition of psychosocial problems: a comparison between health care systems in Europe. Lezing EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Verhaak PFM: Arts-patient interactie bij psychosociale problemen. Lezing PAOG Rotterdam, 23 april 1997

Verhaak PFM, JJ Kerssens: CBPS in de huisartspraktijk. Lezing NHG referaten dag Rotterdam 30 mei 1997

Wagner C: The commitment of management and professionals in QI activities. Poster 2nd European Forum on Quality Improvement. Paris, 26/27 april

Wagner C: Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. Invitational Conference LCVV, Amersfoort, 27 juni 1997

Wagner C: Kwaliteitsbewaking in de verzorging. Poster op de Dag van de Verzorging, Eindhoven, 9 oktober 1997

Wagner C, R Schuller: Kwaliteitsjaarverslagen van zorginstellingen. Poster Congres NVKZ, 29 oktober 1997

Wagner C: De functie van de verpleegkundige adviesraden bij de kwaliteitsbewaking. Lezing Invitational Conference LCVV, Amersfoort, 8 december 1997

Weide M, M Foets: Gezondheidsproblemen en consultbezoek van migranten. GZO-1997, Amsterdam, 6 februari 1997

Westert GP, PP Groenewegen: Regional disparities in health care supply in eleven European countries: the role of the state and politics. Lezing EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

Zee J van der: Paper tigers with a bite. Departmental seminar, Dept. for Social and Preventive Medicine, University of Bern, Zwitserland, 4 maart 1997

Zee J van der: Integration of home nursing and home help. Lessons from the Netherlands. Congres Europese Vereniging voor Thuiszorg, Milaan, Italië, 30 mei 1997

Zee J van der: Steering by money or by quality; the changing position of general practice in Holland and the UK. Invited speach European Health Forum. Leuven, 11 juni 1997

Zee J van der: Health culture; a neglected concept. Lezing EUPHA-conference, Pamplona, Spanje 20-22 november 1997

8. PERSONEELSOVERZICHT EN ENKELE KENGETALLEN OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER 1997

WETENSCHAPPELIJK PERSONEEL

Wetenschappelijk management

Bensing Mw. Prof.Dr. J.M.	Directeur (externe zaken)/Hoogleraar Universiteit Utrecht
Zee Prof.Dr. J. van der Groenewegen Prof.Dr. P.P. Dekker Prof.Dr. J.	Directeur (algemene leiding) Hoofd Onderzoeksafdeling 1 Hoofd Onderzoeksafdeling 2

Projectleiders

Bakker Dr. D.H. de Bosveld Dr.W. Delnoij Mw.Dr. D.M.J. Foets Mw. Dr. M.M.E. Hingstman Dr. L. Kerkstra Mw.Dr. A. Meijer W.J., arts Peters Drs. L. Schellevis Dr. F.G. Velden J. van der, arts Verhaak Dr. P.F.M.	Plv. Hoofd Onderzoeksafdeling 1 Plv. Hoofd Onderzoeksafdeling 2
---	--

Onderzoekers

Arts Mw.drs.. S.E.J. Baar Mw.drs.. M.E. van Bartelds A.I.M., arts Bekkers Dr. M.J.T.M. Bijl D., arts Bilsen Mw.drs.. P.M.A. van Boerma Drs. W.G.W. Brink-Muinen Mw.Dr. A. v.d. Bruin Dr. A.F. de Bruin Mw.drs.. A. de Campen Dr. E.C.M. van Caris-Verhallen Mw.drs.. W. Doeglas Drs. D.M. Donker Mw.Dr. G.A.	Donkervoort Mw.drs..M. Dulmen, Mw.drs.. A.M. van Eijkelenburg-Waterreus Mw.JJH,arts Francke Mw.Dr.A.L. Friele Dr.Ir. R.D. Harmsen Drs. J. Heiligers Mw.Dr. Ph. Heugten Mw.drs.. C.M. van Hulsman Drs.R.L. Hutten Drs. J.B.F. Kerssens Dr. J.J. Knibbe Mw.drs. J.J. Kruijver Mw.drs.. I.P.M. Kulu-Glasgow, Mw.Dr. I.
---	--

Onderzoekers (vervolg)

Persoon Mw.drs. J.W.B.
Pijnenborg Mw.drs.. J.M.A.
Raaijmaekers Mw.drs.. M.F.
Roebroeck Mw.Dr. M.E.
Ros Mw. Ir.C.
Rijken Mw.Dr. P.M.
Schuller Mw.drs.. R.
Sixma Drs. H.J.M.
Sluijs Mw.Dr. E.M.
Steultjens drs.M.P.M.
Straten dr.G.F.M.

Veer Mw.Dr. A.J.E. de
Velden J. van der, arts
Velden Dr.L.F.J. van der
Verheij Drs. R.A.
Visser Mw.drs..E.
Visser Drs. G.J.
Wagner Mw.drs.. C.
Weide Mw.drs.. M.G.
Welling Mw.drs..B.J.M.
Wiegers Mw.Dr. Th.A.

Assistent-onderzoekers

Abrahamse H.P.H.
Beekhoven Mw.drs.. S.
Calsbeek Mw.drs.. H.
Ehren Mw.drs..J.
El Fakiri Mw.drs..F.
Grielen Mw.drs. S.J.
Gruyter Mw.drs.. I. de
Hensgens Mw. M.J.A.
Hermans Mw.drs.. I.M.J.
Holtkamp Mw.drs..C.C.M.
Hulshof Mw.drs.. N.A.
Janssens Mw. A.C.J.W.
Jellema Mw.drs. S.
Lim, Mw.drs. M.L.

Miltenburg Mw.drs.. I.A.
Mocking Mw.drs. P.W.
Otten Mw.drs.. D.D.
Panis Mw.J.M.P.
Reul Mw. J.H.W.
Ridder M.W.
Spreeuwenberg P.M.M.
Stoop Drs.A.P.
Timmink Mw.drs..D.
Visser Mw. J.A.M.
Weert Mw.J.C.M. van
Westland Mw.drs. I.
Wind-Blokker Mw.drs. R.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEKSONDERSTEUNING

Research assistentie

Boschman Mw. M.A.
Gravestein J.V.
Kerkhof Mw.ing. M.J.W. van

Adm. medew. registratiesystemen

Bie-Vos Mw. T.A. de
Groot Mw. R. de

Helleman P.R. van
Hoekstra J.
Scheepmaker A.F.

Secretariële ondersteuning

Aalst-van Well Mw. C.J.M. van
Geelkerken Mw. M. van
Heshusius-van Valen Mw. M.
Kamphuys Mw. B.M.

Karamat Ali Mw. I.M.
Ploeg-van Voorthuizen Mw. R.
Velthuis Mw. J.L.

Bibliotheek en documentatie

Berg Mw. R. van den (Hoofd)
Heijden Drs.P.M.J.R.van der
Weijzen Mw.drs.. E.M.

Garcia Mw. O.
Loo Mw. M.E. van
Schoonmade Mw. L.J.

ALGEMEEN ONDERSTEUNEND EN BEHEERSPERSONEEL**Management**

Jong T.J.M. de

Management ondersteuning

Bosman Mw.Ir. J.M.
Schinkel Mw.drs.. E.E.

Secretariële ondersteuning directie, F&A/PZ, congresburo, publiciteit

Brouwer Mw. M.W.
Cornelius Mw. M.M.
Franke C.H.
Jong Mw. J.A.M. de
Kerkhof Mw. J.D.M.
Kerkman Mw. A.

Leeuwen Mw. M. van
Kimmelaar Mw. M.A.M.
Vlieger Mw. J.H.de
Witte Mw. J.M.W.
Zoer Mw. E.

Systeembeheer

Snellenberg J.N.H.M. van

Algemene dienst (receptie, beheer en huishoudelijke dienst)

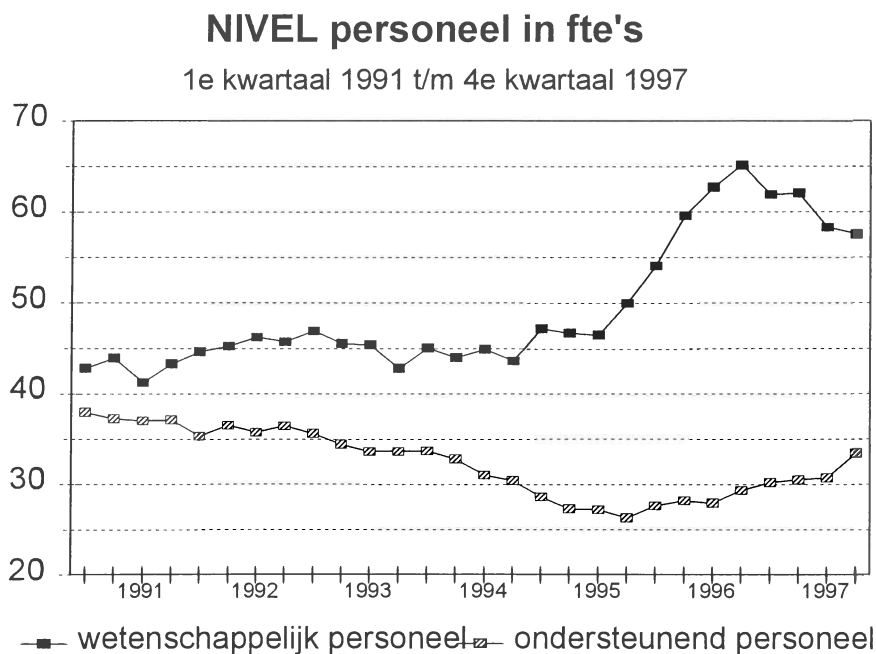
Cornelissen Mw. M.M.J.
Dam Mw. B. van
Felperlaan Mw. C.M.
Goris Mw. M.
Kraus Drs. E.

Kruijsdijk R.A.J.T. van
Sieders Mw. Th.
Smit Mw. W.
Spruit W.L.

GEMIDDELDE FORMATIE

In figuur 1 wordt weergegeven de gemiddelde personeelsbezetting van het NIVEL per kwartaal over de laatste 7 jaar. Na een aantal jaren van redelijke stabiliteit is de omvang van het wetenschappelijke personeel vanaf 1994 flink gestegen, met een top in 1996. Hier staat een afname van het niet-wetenschappelijk personeel tegenover. Deze afname is in 1996 omgeslagen in een lichte stijging, waarbij de stijging eind 1997 vooral is veroorzaakt door een groot aantal veldwerkers.

Figuur 1: NIVEL-personeel in fte's 1991-1997 (gem. per kwartaal)



In tabel 1 wordt over dezelfde periode een overzicht van de formatie per functie gegeven. Ook hier is duidelijk de toename van het wetenschappelijk personeel en de in eerste instantie afname, maar voor 1997 weer een toename van het niet-wetenschappelijk personeel zichtbaar.

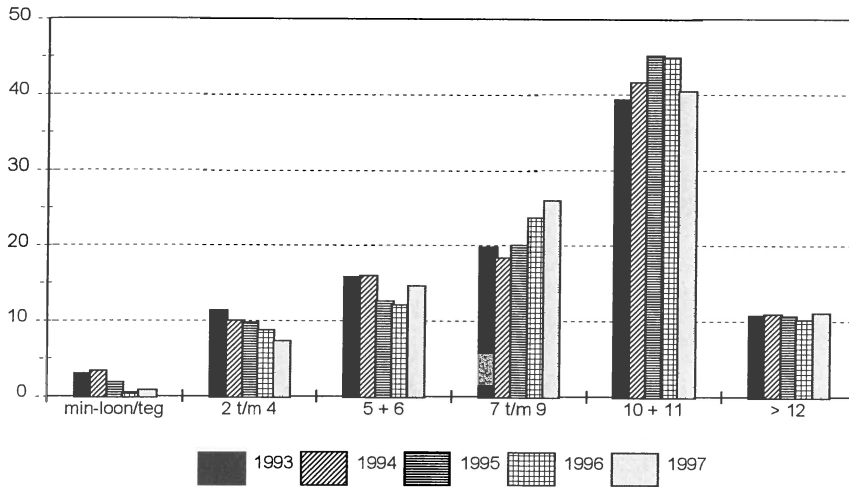
TABEL 1: Overzicht formatie per functie

	1993	1994	1995	1996	1997
<u>Wetenschappelijk personeel (in fte's)</u>					
Instituuts-management ^{*)}	4.00	3.92	3.94	4.00	4.00
Senior-onderzoekers (projectleiders, onderzoekers met meer dan 6 ancienn. jr.)	16.87	18.85	22.11	27.23	31.10
Junior-onderzoekers/AIO's	15.37	14.35	13.34	16.01	11.67
Ass.-onderzoekers/student-ass.	8.90	7.36	8.17	12.97	15.36
Sub-totaal wetenschappelijk personeel	45.15	44.48	47.56	60.21	62.13
<u>Niet wetenschappelijk personeel (in fte's)</u>					
Instituuts-management	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Management-ondersteuning (dir.-secr.+ PR)	4.85	4.81	4.77	4.91	5.98
Onderzoeks-ondersteuning (res-ass., bibl. proj.secr., registr.)	18.98	17.68	14.08	14.85	16.89
Informatici	1.95	1.42	1.00	1.00	1.00
Algemene Dienst	7.69	7.18	6.60	6.92	7.35
Sub-totaal niet wetenschap. personeel	34.47	32.09	27.44	28.68	32.22
Wetenschap. + niet wetenschap. personeel	79.62	76.57	75.00	88.89	94.35
Wetenschap. personeel in % van totaal	56.7%	58.1%	63.4%	67.7%	65.9%

*) gedeeltelijk t.b.v. universiteitsactiviteiten (hoogleraar/bijzonder hoogleraar), te weten 1993: 0,69; 1994: 1,00; 1995: 1,00; 1996: 1,17; 1997:1,33.

In figuur 2 wordt een beeld geschetst van de salaris-opbouw met betrekking tot de gemiddelde personeelsbezetting in 1997.
(zie volgende pagina)

Figuur 2: Gemiddelde formatie naar salarisoniveau 1992-1997 (in procenten)



ZIEKTEVERZUIM

Uit de cijfers in tabel 2 blijkt, dat het NIVEL in 1997 een duidelijk lager ziekteverzuim heeft dan de landelijke cijfers voor deze branche (adm. organisaties). Sinds 1995 zijn de cijfers voor het ziekteverzuim continu aan het dalen..

Tabel 2: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)

	Referentie Landelijk verzuim ¹⁾	NIVEL
1992	4.4 ²⁾	3.9
1993	5.3 ²⁾	5.5
1994	4.2 ²⁾	2.7
1995	4.9 ²⁾	2.4
1996	4.2 ²⁾	2.3
1997	±4 ²⁾	1.9

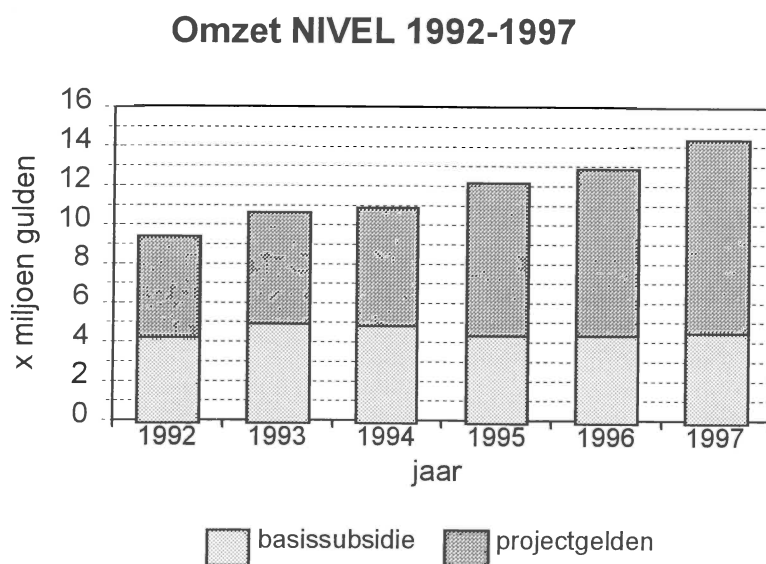
1) Tot 1995 CBS-cijfers, daarna gegevens NIA

2) Na aftrek van 1% zwangerschapsverlof (schatting)

OMZET

In onderstaand figuur 3 is de omzet van het NIVEL over de afgelopen 6 jaar weergegeven. Duidelijk is de toename van de omzet in met name de laatste 3 jaar. Ten opzichte van 1992 is deze zelfs met ruim 45% toegenomen. Daar staat tegenover, dat het aandeel van de basissubsidie flink is afgenomen. In 1992 was dat nog 45% van de totale omzet, in 1997 is dit gedaald tot 33%.

Figuur 3: Omzet NIVEL



9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIES IN HET JAAR 1997

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Universiteit van Amsterdam	landelijk onderzoek naar diagnostiek en behandeling bij diepe veneuze trombose in de huisartsenpraktijk	adressen van huisartsen
Universiteit Utrecht	landelijk onderzoek naar het voorkomen van het vermoeden van een onnatuurlijke dood bij kinderen (0-18 jaar)	adressen van huisartsen
Stoker/De Boer	onderzoek naar spreiding en dichtheid binnen de provincie Drenthe van de fysiotherapeuten 1e lijn	aantallen fysiotherapeuten
Maatschap Internisten Rijnstate Arnhem	mailing boekje "Is 100 genoeg?"	adressen van huisartsen
Nederlands Huisartsen Genootschap	enquête over de stand van zaken rond de automatisering van de huisartsenpraktijk	adressen van huisartsen
NIVEL	onderzoek kraamzorg migranten	adressen van huisartsen en verloskundigen
Regionale Huisartsen Vereniging Rotterdam	een aantal gegevens over de laatste 20 jaar van huisartsen in Rotterdam en omgeving	tabellen ziet af van aanvraag
Synchron, Coördinatiecentrum Chronisch Zieken Limburg	onderzoek: 'De rol van de huisarts bij de ondersteuning van mantelzorgers van ernstig en/of chronisch zieken'	adressen van huisartsen
IRV	onderzoeksproject 'De effectiviteit van ultrageluidbehandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat'	adressen van huisartsen en fysiotherapeuten
Academisch Ziekenhuis Maastricht, Pijn-kenniscentrum	versturen consensusrapport 'Chronische Lage Rugpijn'	adressen van huisartsen

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Erasmus Universiteit Rotterdam	vervolgonderzoek naar samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker	adressen van huisartsen
Academisch Ziekenhuis Nijmegen	onderzoek betreffende begrip, kennis en attitude ten aanzien van 'preconceptionele zorg'	adressen van huisartsen
NIVEL	identificatie van stedelijke achterstandsgebieden	adressen van huisartsen
NIVEL	onderzoek naar het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie	adressen van huisartsen
Rijksuniversiteit Groningen	gebruik van zwaailicht bij spoedvisites in verschillende regio's	adressen van huisartsen
Universiteit van Birmingham	onderzoek zorg bij hartklachten in de eerste lijn	adressen van huisartsen
Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid	promotie-onderzoek naar de effectiviteit van voedingsvoorlichting bij huisartsen	adressen van huisartsen
Sportraad Zuid-Holland	mailing Infobulletin met informatie over sport voor mensen met een handicap in Zuid Holland	adressen van fysiotherapeuten
Nederlands Huisartsen Genootschap	mailing Congres 'Gezond en wel-Huisarts en ouderen'	adressen van huisartsen
Nederlands Paramedisch Instituut	onderzoek 'Evaluatie Beperkende Maatregel'	adressen van huisartsen en fysiotherapeuten
Centraal Bureau voor de statistiek	statistisch onderzoek	adressen van Fysiotherapiepraktijken en verloskundepraktijken
NIVEL	Patientenpanel Chronisch Zieken	adressen van huisartsen
Universiteit Maastricht	inventariserend onderzoek naar het (be-)handelen van huisartsen bij patiënten met atriumfibrilleren in het kader van de huisartsenopleiding	adressen van huisartsen

Aanvrager	doel	gevraagde gegevens
Instituut Medische Statistiek	samenstelling van een panel voor het verzamelen van informatie over morbiditeit en (farmaco)therapie	statische gegevens artsenbestand
Katholieke Universiteit Nijmegen, WOK	project 'Toetsen aan Standaarden'	onderzoekadressen van huisartsen
Stichting Jeuginformatie Nederland	mailing voorlichtingsmateriaal	adressen van huisartsen ziet af van aanvraag
Het Loo erf	mailing voorlichtingsmateriaal	adressen van huisartsen
Universitair huisartsinstituut Groningen	onderzoek in het kader van de wetenschappelijke stage van de huisartsopleiding	adressen van huisartsen
Universiteit Twente, vakgroep Psychologie	evaluatie-onderzoek PROMISE-project	adressen van huisartsen
Universiteit van Utrecht, vakgroep Huisartsgeneeskunde	NHG/LHV-project 'Preventie: maatwerk'	update bestand 1996
Emma Kinderziekenhuis AMC	Mailing voor themajaar 1998 "Leven en Later Leven"	adressen van huisartsen in de omgeving van Amsterdam
Universiteit Utrecht, vakgroep Huisartsgeneeskunde	Project "Preventie: maatwerk"	adressen van huisartsen in achterstandsgebieden
NIVEL	telefonische enquête evaluatie eigen bijdrage ziekenfondspatiënten	adressen van huisartsen
Katholieke Universiteit Nijmegen, WOK	hoofdmeting BIOMED2-project, huisartsenzorg in 12 landen	adressen van huisartsen

